

Cetelem Balesetbiztosítás biztosítási feltételek

Jelen feltételek - ellenkező szerződéses kikötések hiányában - a CARDIF Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) és a Magyar Cetelem Bank Zrt. között létrejött 6/B/2014 Cetelem számú csoportos balesetbiztosítási szerződésre (a továbbiakban: csoportos biztosítási szerződés) érvényesek.

Kifejezetten felhívjuk a figyelmet az Általános Biztosítási Feltételek 1.3., 3.2., 3.3.3., 4.7., 4.8., 7.2.6., 8.1., 9.3.1., 10.6., 15.2., 15.5., 15.6., 15.7., pontjaira, 16. §-ára, 17. §-ára és 19.2. pontjára.

1. § Meghatározások

- 1.1. **Baleset:** a Biztosított akaratan kívüli okból eredő, hirtelen fellépő olyan külső behatás, amely a Biztosított halálát, 50%-ot meghaladó mértékű rokkantságát vagy 3 napot meghaladó kórházi kezelését idézi elő.
Jelen szerződés szempontjából nem minősül balesetnek:
 - 1.1.1. öngyilkosság vagy öngyilkossági kísérlet (függetlenül attól, hogy azt a Biztosított tudatzavarában követte-e el vagy sem), valamint annak következményei,
 - 1.1.2. betegségek vagy azok következményei, beleértve a sebészeti beavatkozásokat is, vagy az ezen beavatkozások közvetlen vagy közvetett következményei,
 - 1.1.3. „errendszeri baleset” vagy külső trauma nélkül bekövetkezett belső vérzés.
- 1.2. **Bank:** a Magyar Cetelem Bank Zrt. (székhely: 1062 Budapest, Teréz körút 55-57. Cégjegyzékszám: 01-10-043269, nyilvántartó bíróság: Fővárosi Törvényszék Cégbírósága, PSZÁF engedély száma: 260/1997. (1997. május 22.) felügyeleti hatóság: Magyar Nemzeti Bank), amely a Biztosítóval 6/B/2014 Cetelem számú csoportos balesetbiztosítási szerződést (a továbbiakban: csoportos biztosítási szerződés) szerződőként megkötötte és az azzal kapcsolatos jognyilatkozatokat megteszi (ld. még a 4.1. pontot).
- 1.3. **Biztosított:** az a természetes személy akire vonatkozóan a Biztosító a kockázatot viseli.
 - 1.3.1. **Alap biztosítási csomag esetén Biztosított (családi biztosítási csomag esetében Főbiztosított) kizárólag olyan természetes személy lehet, aki az alábbi feltételek mindegyikének megfelel:**
 - a Bankkal (I) személyi kölcsön- vagy (II) ingatlanfelújítási kölcsönszerződéses jogviszonyban (a továbbiakban együttesen: kölcsönszerződés) áll,
 - a kölcsönszerződéséhez igénybe veszi az 5/É/2014 Cetelem és 5/B/2014 Cetelem számú csoportos bankbiztosítási szerződések alapján nyújtott hitelfedezeti biztosítást,
 - a 6/B/2014 Cetelem számú csoportos balesetbiztosítási szerződéshez történő csatlakozása időpontjában (1) életkora 18 és 65 év között van és (2) nem öregségi nyugdíjas vagy nem részesül rokkantsági ellátásban.
 - 1.3.2. **Családi biztosítási csomag esetében - a 3.6.2. pontban szereplő korlátozások figyelembe vétele mellett - Biztosítottnak minősül még az a természetes személy, aki az alábbi feltételek mindegyikének megfelel:**
 - a Főbiztosított házastársa vagy bejegyzett élettársa, amennyiben életkora a Főbiztosított csatlakozásakor 18 és 65 év között van,
 - a Főbiztosítottal közös háztartásban élő, 6 hónapnál idősebb, de 18 éven aluli gyermek, aki a Főbiztosítottal életvitelszerűen egy életközösséget alkot (a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában a Főbiztosított lakcíme van hatóságilag bejelentve).
- 1.4. **Biztosító:** a CARDIF Biztosító Zrt., amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és a jelen feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.
- 1.5. **Kórház:** a magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.

2. § A csoportos biztosítási szerződés létrejötte

- 2.1. A csoportos biztosítási szerződés a Bank, mint szerződő és a Biztosító között írásban jött létre.

3. § A Biztosított csatlakozása a csoportos biztosítási szerződéshez

- 3.1. A csoportos biztosítási szerződés egyidejűleg több Biztosítottra vonatkozik, melyhez a Bank kölcsönszerződést köt, vagy már meglévő kölcsönszerződéssel rendelkező ügyfele az általa tett csatlakozási nyilatkozat megtételével biztosítottként csatlakozhat.
- 3.2. **A Bank a biztosítottak csatlakoztatásával kapcsolatban a Biztosító függő biztosításközvetítőjeként jár el. Az ezzel kapcsolatos részletes tájékoztatást ld. a jelen feltételek végén, az „Adatvédelmi tájékoztató” részt követően.**
- 3.3. A Bank ügyfele az alábbiakban felsorolt módok valamelyike útján csatlakozhat a jelen csoportos biztosítási szerződéshez:
 - 3.3.1. **Írásbeli csatlakozási nyilatkozattal:**
 - 3.3.1.1. a kölcsönszerződés aláírásával egyidejűleg aláírta – a kölcsönszerződés részét képező - csatlakozási nyilatkozattal,
 - 3.3.1.2. a kölcsönszerződés aláírását követően a Banknál tett és aláírta, illetőleg tanúk előtt aláírta és a Bank részére eljuttatott utólagos írásbeli csatlakozási nyilatkozattal
 - 3.3.2. **szóbeli csatlakozási nyilatkozattal:**
 - 3.3.2.1. a kölcsönszerződés aláírását megelőzően vagy azt követően a Bank által kezdeményezett, rögzített telefonbeszélgetés során tett szóbeli csatlakozási nyilatkozattal.
 - 3.3.3. **A kölcsönszerződés aláírását követően a 3.3.1.2 pont szerinti, a Bank ügyfele által kezdeményezett utólagos írásbeli csatlakozására csak abban az esetben van lehetőség, ha az aláírta utólagos írásbeli csatlakozási nyilatkozat a Bankhoz a kölcsönszerződés aláírásától számított 90 napon belül beérkezik. Az ezen határidő lejártát követően tett és/vagy beérkezett csatlakozási nyilatkozat hatálytalan és annak alapján az adott ügyfélre (családi biztosítási csomag esetében az adott ügyfélre és az 1.3.2. pont szerinti egyéb személyekre) a csoportos biztosítási szerződés hatálya nem terjed ki.**
- 3.4. A Biztosított (családi biztosítási csomag esetében a Főbiztosított) a csatlakozási nyilatkozat megtételkor (egyéb nyilatkozatok megtétele mellett):
 - 3.4.1. elfogadja a csoportos biztosítási szerződés feltételeit és hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosító kockázatviselése rá kiterjedjen,

- 3.4.2. a csoportos biztosítási szerződéshez biztosítottként csatlakozik,
- 3.4.3. vállalja a biztosítási díj megfizetését, egyben felhatalmazást ad a Banknak arra, hogy a biztosítási díjat a havi törlesztőrészekkel együtt tőle beszedje és a beszedett díjat a Biztosító részére átutalja.

- 3.5. A 3.3.1.2. és 3.3.2.1. pontok szerint történt csatlakozás (szóbeli csatlakozási nyilatkozat, vagy nem a Bank fiókjában személyesen aláírt írásbeli csatlakozási nyilatkozat útján történt csatlakozás) esetén a Bank írásbeli visszaigazolást küld a Biztosított (családi biztosítási csomag esetében a Főbiztosított) részére arról, hogy az általa tett csatlakozási nyilatkozat alapján a Biztosító kockázatviselése a Biztosított (családi biztosítási csomag esetében a csatlakozási nyilatkozatot tevő ügyfélre mint Főbiztosított és az 1.3.2.pont szerinti egyéb személyekre) kiterjed, továbbá a biztosításra és a kockázatviselés főbb feltételeire vonatkozóan (a továbbiakban: írásbeli visszaigazolás). A Biztosító a visszaigazoláshoz mellékelte a vonatkozó biztosítási feltételeket is, ha korábban nem küldte el vagy adta át. A Biztosított (családi biztosítási csomag esetében a Főbiztosított) a visszaigazolás kézhezvételétől számított 30 napon belül a balesetbiztosítást azonnali hatálly felmondással (ld. a 9.1 pontban) felmondhatja.

- 3.6. **Családi biztosítási csomag esetén alkalmazandó további rendelkezések:**

- 3.6.1. Amennyiben a Főbiztosított a csatlakozásakor a családi biztosítási csomagot választja, akkor a Főbiztosított által tett csatlakozási nyilatkozat alapján a Biztosító kockázatviselése - a 3.6.2 pontban szereplő korlátozások figyelembe vétele mellett - kiterjed az 1.3.2. pontban írt előírásoknak megfelelő személy(ek)re is.
- 3.6.2. Családi biztosítási csomag esetén a Biztosítottak száma nem haladhatja meg a 4 főt. Közülük legfeljebb 2 fő (a Főbiztosított és a Főbiztosított házastársa vagy bejegyzett élettársa) lehet 18 éven felüli és legfeljebb 2 személy lehet 18 éven aluli, a Főbiztosítottal közös háztartásban élő gyermek. Abban az esetben, ha a Főbiztosítottnak nincs házastársa vagy bejegyzett élettársa, akkor a családi biztosítási csomag alapján a Főbiztosítotton kívül legfeljebb 3, a Főbiztosítottal közös háztartásban élő 18 éven aluli gyermek lehet Biztosított.

4. § A csoportos biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

- 4.1. A Bank köteles (1) a csoportos biztosítási szerződéssel kapcsolatos megfelelő jognyilatkozatok megtételére, valamint (2) a Biztosító által hozzá intézett jognyilatkozatokról és a csoportos biztosítási szerződésben bekövetkezett változásokról tájékoztatni azokat a Biztosítottakat, akikre az adott jognyilatkozat és/vagy változás hatást gyakorol.
- 4.2. A Biztosított (családi biztosítási csomag esetében a Főbiztosított) a csatlakozási nyilatkozatban tett vállalása alapján köteles a biztosítási díj megfizetésére (ld. még a 10.§-t).
- 4.3. A Bank és a Biztosított (családi biztosítási csomag esetében a Főbiztosított) köteles közlési kötelezettségének eleget tenni, valamint a Biztosító által feltett, a biztosítás szempontjából szükséges kérdéseket a valóságnak megfelelően és teljes körűen megválaszolni. A közlési kötelezettség abban áll, hogy a kötelezett köteles a biztosítás elvállalása szempontjából minden olyan lényeges körülményt, adatot a Biztosítóval írásban közölni, amelyeket ismert vagy ismernie kellett. A Biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a fél közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása egymagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.
- 4.4. A Biztosító a szolgáltatás jogalapjának megállapításához a közölt adatokat ellenőrizheti, saját orvosa által vizsgálatot kezdeményezhet.
- 4.5. A Biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és a biztosítási törvényben foglaltak szerint titokként kezelni.
- 4.6. A csoportos biztosítási szerződés feltételeit kizárólag a Bank és a Biztosító módosíthatják az általuk aláírt módosító szerződés útján.
- 4.7. **A Biztosítottat (családi biztosítási csomag esetén a Főbiztosítottat) kizárólag 4.7.1. a balesetbiztosítás rendes felmondásának joga (ld. a 9.2. pontban), valamint 4.7.2. (szóbeli csatlakozási nyilatkozat útján, vagy - nem a Bank fiókjában személyesen aláírt - utólagos írásbeli csatlakozási nyilatkozat útján történt csatlakozás esetén) az azonnali hatálly felmondás joga (ld. a 9.1. pontban) illeti meg.**
- 4.8. **A Biztosítottakat nem illeti meg (1) a csoportos biztosítási szerződésbe történő belépésnek, (2) a csoportos biztosítási szerződés módosításának és/vagy (3) a rájuk vonatkozó biztosítási jogviszonyra vonatkozó szerződési feltételek módosításának a joga.**

5. § A biztosítás tartama, a biztosítási időszak

- 5.1. megszűnésének időpontjáig tart, mely tartam biztosítási időszakokra oszlik.
- 5.2. A biztosítási időszak a naptári hónapoz igazodik.

6. § A kockázatviselés kezdete

- 6.1. A Biztosító a kockázatot a Biztosított csatlakozásának módjától függően az alábbi időpontok valamelyikétől viseli:
 - 6.1.1. **a kölcsönszerződés aláírását megelőzően** – írásban vagy szóban - **vagy a kölcsönszerződés aláírásakor írásban történő csatlakozás esetén** a kölcsönszerződés aláírását követő naptári nap 0 órától, feltéve, hogy a kölcsön összege folyósításra kerül,
 - 6.1.2. **a kölcsönszerződés aláírását követően történt csatlakozás esetén:**
 - 6.1.2.1. a kölcsönszerződés aláírását követő utólagos írásbeli csatlakozás esetében a szabályosan kitöltött és tanúk előtt aláírt utólagos csatlakozási nyilatkozatnak a Bankhoz történő beérkezését követő naptári nap 0 órától,
 - 6.1.2.2. a kölcsönszerződés aláírását követően tett szóbeli csatlakozási nyilatkozattal történő csatlakozás esetén az ügyfélszolgálat részére telefonon tett - és rögzített - szóbeli nyilatkozat megtételének időpontját követő naptári nap 0 óra.
- 6.2. Ha a 6.1.2.1 pont szerinti utólagos írásbeli csatlakozást a Bank ügyfele kezdeményezte és az utólagos csatlakozási nyilatkozat a kölcsönszerződés aláírásától számított 90 napon túl érkezik be a Bankhoz, akkor a Biztosító kockázatviselése nem kezdődik meg.

7. § A kockázatviselés megszűnése

- 7.1. Ha családi biztosítási csomag alapján több személy is Biztosított és valamely Biztosított a Biztosító kockázatviselését megszünt, a megszűnés által nem érintett Biztosított(ak)ra vonatkozóan a Biztosító kockázatviselése mindaddig fennmarad, amíg a Biztosító kockázatviselése az alábbiakban felsorolt okok valamelyike miatt egyébként meg nem szűnik.
- 7.2. A Biztosító kockázatviselése *valamennyi*, a jelen feltételek szerinti *kockázatviselés tekintetében*- (családi biztosítási csomag esetén az összes Biztosítottra vonatkozóan) megszűnik abban az időpontban, amelyik az alábbiak közül a leghamarabb bekövetkezik:

- 7.2.1. azon a napon 24 órákor, amikor a Biztosított (családi biztosítási csomag esetében a Főbiztosított) kölcsönszerződése megszűnik,
- 7.2.2. családi biztosítási csomag esetében a Főbiztosított halála esetén a halálozás napján 24 órákor,
- 7.2.3. a balesetbiztosítás rendes felmondása (ld. a 9.2 pontban) esetén a felmondás hatályba lépésének napján (ld. a 9.2.2. pontban) 24 órákor,
- 7.2.4. ha a 9.1.1. pont szerint azonnali hatályú felmondásnak van helye és arra a 9.1.2. pontban írt határidőn belül kerül sor, a felmondó nyilatkozat Bankhoz történő beérkezése napján 24 órákor,
- 7.2.5. a csoportos biztosítási szerződésnek a Biztosító általi rendkívüli felmondása esetén (ld. a 9.3 pontban) a folyó biztosítási időszak utolsó napján 24 órákor,
- 7.2.6. **ha a Biztosított (családi biztosítási csomag esetében a Főbiztosított) az esedékes biztosítási díjat az esedékesség időpontjától (ld. a 10.3 pontban) számított 60 napon belül nem fizette meg, a Biztosító kockázatviselése az utóljára megfizetett biztosítási díj által fedezett időszak (ld. szintén a 10.3 pontban) utolsó napján 24 órára visszamenő hatállyal megszűnik.**
- 7.3. A Biztosító kockázatviselése a 7.2 pontban foglalt eseteken felül az érintett Biztosítottra vonatkozóan megszűnik továbbá:
- 7.3.1. a Biztosított halálának napján 24 órákor,
- 7.3.2. a családi biztosítási csomag alapján biztosított gyermek esetében a 18. életév betöltésének napján 24 órákor,
- 7.3.3. a baleseti halálra (ld. 13.1.1 pont) és a balesetből eredő kórházi napi térítésre (13.1.3 pont) vonatkozóan azon a napon 24 órákor, amely napon az érintett Biztosított a 70. életévét betölti,
- 7.3.4. a balesetből eredő 50%-ot meghaladó mértékű rokkantságra (ld. 13.1.2 pont) vonatkozóan azon a napon 24 órákor, amely napon az érintett Biztosított a 65. életévét betölti,
- 7.3.5. azon a napon 24 órákor, amely napon a Biztosító az adott Biztosítottra vonatkozóan a balesetből eredő 50%-ot meghaladó mértékű rokkantság alapján járó térítést megfizette.

8. § Területi hatály

- 8.1. **A biztosítás valamennyi országban bekövetkeztetett biztosítási eseményre kiterjed, kivéve a kórházi napi térítésre vonatkozó szolgáltatást, amelynek esetében a területi hatály a Magyarországon történő kórházi kezelésre korlátozódik.**

9. § Felmondás

- 9.1. **A balesetbiztosítás azonnali hatályú felmondása**
- 9.1.1. A 3.3.1.2. és 3.3.2.1. pontok szerint történt csatlakozás (szóbeli csatlakozási nyilatkozat útján, vagy - nem a Bank fiókjában személyesen aláírt - utólagos írásbeli csatlakozási nyilatkozat útján történt csatlakozás) esetén a Biztosított jogosult a rá kiterjesztett (családi biztosítási csomag esetében a Főbiztosított jogosult a rá és az 1.3.2 pont szerinti további Biztosítottakra kiterjesztett) kockázatviselést a Bank által küldött írásbeli visszaigazolás (ld. még a 3.5. pontban) kézhezvételétől számított 30 (harminc) napos határidőn belül a Bankhoz intézett írásbeli nyilatkozat megküldése útján azonnali hatállyal felmondani. Az azonnali hatályú felmondás a nyilatkozat Bankhoz történő beérkezése napján 24 órákor lép hatályba.
- 9.1.2. Az azonnali hatályú felmondást akkor kell határidőn belül teljesítettnek tekinteni, ha a Biztosított (családi biztosítási csomag esetében a Főbiztosított) az azonnali hatályú felmondást tartalmazó írásbeli nyilatkozatát a visszaigazolás kézhezvételétől számított 30 napos határidőn belül postára adja, vagy egyéb igazolható módon elküldi. A határidőn túl tett azonnali hatályú felmondás a 9.2. pont szerinti rendes felmondásnak minősül.
- 9.2. **A balesetbiztosítás rendes felmondása**
- 9.2.1. A Biztosított jogosult a rá vonatkozó (családi biztosítási csomag esetében a Főbiztosított jogosult a rá és az 1.3.2 pont szerinti további Biztosítottakra vonatkozó) biztosítási jogviszonyt a Bankhoz intézett írásbeli nyilatkozattal a folyó biztosítási időszak végére felmondani.
- 9.2.2. A rendes felmondás a felmondó nyilatkozatnak a Bankhoz történő beérkezésekor folyamatban lévő biztosítási időszak utolsó napján 24 órákor szüneti meg a kockázatviselést.
- 9.2.3. Családi biztosítási csomag esetén (i) a rendes felmondás joga csak a Főbiztosítottat illeti meg, (ii) a Főbiztosított által tett rendes felmondás valamennyi Biztosított biztosítási jogviszonyát megszünteti.
- 9.3. **A csoportos biztosítási szerződés felmondása rendkívüli felmondás útján**
- 9.3.1. **Ha a biztosítási díj módosítása válik szükségessé és arról a Bank és a Biztosító nem tudnak megállapodni, akkor a Biztosító jogosult a csoportos biztosítási szerződést rendkívüli felmondás útján felmondani. Ilyen esetben (i) a rendkívüli felmondás hatályba lépését követően a csoportos biztosítási szerződéshez újabb ügyfelek nem csatlakozhatnak, (ii) a rendkívüli felmondás időpontjáig Biztosítottak tekintendő személyek biztosítási védelme a folyó biztosítási időszak utolsó napján 24 óráig áll fenn, (iii) a Bank írásban tájékoztatja az egyes Biztosítottakat a rájuk vonatkozó csoportos biztosítási szerződés rendkívüli felmondás miatti megszűnéséről.**

10. § A biztosítási díj

- 10.1. A biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének, illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke.
- 10.2. Az adott kölcsönszerződés alapján biztosított személy(ek)re vonatkozó díj megfizetésének kötelezettsége - a csatlakozási nyilatkozatban tett vállalása (ld. a 3.4.3 pontban) alapján - a Biztosítottat (családi biztosítási csomag esetén a Főbiztosítottat) terheli az alábbi rendelkezések szerint:
- 10.2.1. A biztosítás havi díjfizetésű.
- 10.2.2. A 10.2.3. pont szerinti eset kivételével a Biztosított (családi biztosítási csomag esetén a Főbiztosított) (1) díjfizetési kötelezettsége mindaddig fennáll, amíg a Biztosító a kockázatot viseli, (2) minden biztosítási időszakra -akkor is, ha az ténylegesen a naptári hónapnál rövidebb - egységesen egy teljes havi díjat fizet.
- 10.2.3. A 9.1.2. pont szerinti határidőn belül tett azonnali hatályú felmondás esetén a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időszakra nem áll fenn díjfizetési kötelezettség.
- 10.3. A biztosítási díj a kölcsön törlesztőrészletének esedékességi napján esedékes és a megelőző naptári hónapra (biztosítási időszakra) vonatkozik.

- 10.4. Ha a Biztosító kockázatviselésének megszűnésekor folyamatban lévő biztosítási időszakra vonatkozóan a biztosítási díj még nem került megfizetésre, a Bank a Biztosító kockázatviselésének megszűnését követő legközelebbi esedékességi időpontban szedi be azokat a díjakat, amelyek a kockázatviselés megszűnésének időpontjáig járnak.
- 10.5. A Biztosított (családi biztosítási csomag esetén a Főbiztosított) által fizetendő havi biztosítási díjat - a csatlakozási nyilatkozatban a Bank részére adott felhatalmazás alapján - a Bank szedi be a havi törlesztőrészlettel együtt, majd a beszedett díjat átutalja a Biztosítónak.
- 10.6. **A Bank és a Biztosító megállapodhatnak a biztosítási díj módosításáról. Ha a Bank és a Biztosító a díjtétel(ek) emeléséről 30 naptári nappal korábban írásban értesíti a díjemelést érintett Biztosítottat (családi biztosítási csomag esetén a Főbiztosítottat) a díj módosulásáról. Ha a Biztosított (családi biztosítási csomag esetén a Főbiztosított) a díjemelést nem fogadja el, jogosult a balesetbiztosítást a 9.2 pontban foglaltak szerint felmondani.**
- 10.7. **A családi biztosítási csomagra vonatkozó külön rendelkezések**
- 10.7.1. Családi biztosítási csomag esetén a Főbiztosított díjfizetési kötelezettsége abban az esetben is fennmarad, ha a Főbiztosítottra vonatkozóan a Biztosító kockázatviselése már megszűnt, de a többi Biztosítottra vagy azok egy részére vonatkozóan még nem, kivéve, ha a Főbiztosított a balesetbiztosítást rendes felmondás útján felmondja.
- 10.7.2. Ha a Főbiztosított a családi biztosítási csomagot vette igénybe, akkor mindaddig a családi biztosítási csomag szerinti biztosítási díjat köteles megfizetni, amíg a Biztosítottak száma meghaladja az 1 főt.
- 10.7.3. Ha a Biztosítottak száma 1 főre csökkent, akkor a Főbiztosított a soron következő biztosítási időszaktól fogva az egy főre vonatkozó biztosítás díját tartozik megfizetni.

11. § Értékkövetés

- 11.1. A Biztosító értékkövetést nem alkalmaz.

12. § Biztosított kockázatok

- 12.1. **18 éven felüli Biztosítottak esetében** a biztosítás az alábbi kockázatokra terjed ki:
- 12.1.1. baleseti halál,
- 12.1.2. balesetből eredő 50%-ot meghaladó mértékű rokkantság,
- 12.1.3. balesetből eredő, 3 napot meghaladó kórházi kezelés,
- 12.2. **Családi biztosítási csomag alapján biztosított 18 éven aluli gyermekek esetében** a Biztosító - a 14.1.3. pontban meghatározott alacsonyabb biztosítási összeg mellett - csak a balesetből eredő, 3 napot meghaladó kórházi kezelés kockázatát viseli.

13. § A kedvezményezettre vonatkozó rendelkezések

- 13.1. Jelen feltételek szempontjából az alább felsoroltak számítanak biztosítási eseménynek:
- 13.1.1. **baleseti halál**
A Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt - a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül - bekövetkezett balesetből eredő, a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett halála.
- 13.1.2. **balesetből eredő 50%-ot meghaladó mértékű rokkantság**
A Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt - a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül - bekövetkezett balesettel közvetlen okozati összefüggésben, legkésőbb a baleset bekövetkezésétől számított két éven belül legalább 50%-os mértékű állandósult testi károsodása (megrokkánása). Ha a Biztosított egészségkárosodását (i) nem a szakigazgatási szerv állásfoglalása/szakvéleménye alapján hozott határozat állapította meg, vagy (ii) a szakigazgatási szerv állásfoglalása/ szakvéleménye az egészségkárosodás mértékét nem csupán az elszervedett baleset következményének alapul vételével, hanem egyéb ok(ok)ra is tekintettel (pl. korábbi állapot, vagy össz-szervezeti okok figyelembe vétele), akkor a balesetből eredő rokkantság mértékét a Biztosító orvosa határozza meg az alábbi táblázat alapul vételével. Több szerv együttes sérülése esetén a rokkantsági mértékek összeadódnak, de a rokkantság mértéke a 100%-ot nem haladhatja meg.

Testrészek, érzékszervek egészségkárosodása	Egészségkárosodás foka
Egy kar vállizülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egy kar könyökizület fölötti való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
Egyik kar könyökizület alatt történt teljes elvesztése vagy egyik kéz teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	60%
Egyik hüvelykujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	20%
Egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	10%
Bármely más kézujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5%
Egyik comb csípőizületben történő elvesztése vagy a csípőizület teljes működésképtelensége	70%
Egyik comb részleges csonkolása vagy a térdizület teljes működésképtelensége	60%
Egyik lábszár részleges csonkolása	50%
Egyik bokaizület elvesztése vagy teljes működésképtelensége	30%
Egyik nagylábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5%
Bármely más lábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	2%
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	15%
A szaglóérzék teljes elvesztése	10%
Az ízlésképesség teljes elvesztése	5%

Ha a balesetből eredő egészségkárosodás mértéke a fenti táblázat alapján nem állapítható meg, akkor azt a Biztosító orvosa aszerint állapítja meg, hogy a testi és/vagy szellemi működőképesség a baleset következtében orvosi szempontból milyen mértékben csökkent.

13.1.3. **balesetből eredő kórházi kezelés**

A Biztosított által elszenvedett, a kockázatviselés tartama alatt - a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül - bekövetkezett baleset közvetlen következményeként bekövetkező kórházi ápolás, amely folyamatos, legalább 3 naptári napos kórházban tartózkodást igényel.

14. § A Biztosító szolgáltatása

14.1. A biztosítási esemény bekövetkezésekor a Biztosító az alábbi biztosítási szolgáltatást nyújtja:

- 14.1.1. **baleseti halál esetén** a Biztosító megtéríti az elhunyt Biztosított örökösének a baleseti halál esetére megállapított biztosítási összeget (1.000.000,- Ft),
- 14.1.2. **balesetből eredő 50%-ot meghaladó mértékű rokkantság esetén** a Biztosító megtéríti az érintett Biztosítottnak a balesetből eredő 50%-ot meghaladó mértékű rokkantság esetére megállapított biztosítási összeget (1.000.000,- Ft),
- 14.1.3. **balesetből eredő folyamatos - 3 naptári napot meghaladó - kórházi kezelés esetén** a Biztosító az első 3 kórházban töltött napot (ónrészesedés) követően minden további kórházban eltöltött napra a vonatkozó szolgáltatási (napi térítési) összeget (18 éven felüli Biztosított esetén 4.000,- Ft/nap, családi biztosítási csomag alapján biztosított 18 éven aluli gyermek: 2.000,- Ft / nap) fizeti meg az érintett Biztosítottnak. Ha a biztosítási esemény családi biztosítási csomag alapján biztosított 18 éven aluli gyermekkel kapcsolatban következett be, akkor a Biztosító a szolgáltatást a Főbiztosítottnak fizeti. Ugyanazon balesetből eredően a Biztosító legfeljebb 90 napi szolgáltatásra vállal kötelezettséget (függetlenül a kórházi kezelésektől számtól), a baleset időpontjától számított 2 éven belül. Ugyanazon balesetből eredő újabb kórházi kezelés esetén a Biztosító nem alkalmazza újból az ónrészesedést.

15. § A biztosítási esemény bejelentése, a Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges iratok

15.1. A Biztosított, vagy az általa meghatalmazott személy (a továbbiakban: szolgáltatást igénylő személy) köteles a biztosítási eseményt annak bekövetkezését követő 90 napon belül írásban illetve telefonon bejelenteni a Biztosítóknak az alábbi címen illetve telefonszámon:

CARDIF Biztosító Zrt.
Kárengedési osztály - 1033 Budapest Kórház u. 6-12.
Telefon: (1) 501-2350

- 15.2. A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, amennyiben a bejelentési és a szükséges felvilágosítási kötelezettségek megsértése miatt lényeges körülmények kideríthetetlenül válnak.
- 15.3. A Biztosító a szolgáltatás jogalapjának megállapításához a közölt adatokat ellenőrizheti, saját orvosa által vizsgálatot kezdeményezhet.
- 15.4. A biztosítási szolgáltatás igénybeviteléhez a Biztosító a következő dokumentumokat kérheti:
 - 15.4.1. a szolgáltatást igénylő személy által kitöltött szolgáltatási igénybejelentő nyomtatványt,
 - 15.4.2. a biztosítási esemény baleseti eredetét igazoló orvosi vagy egyéb dokumentációt (pl. kórházi zárójelentés, ambuláns kezelési lap, baleseti jegyzőkönyv stb.) másolatát, hatósági eljárás esetén a vonatkozó határozatot (ide nem értve a szabálysértési illetve a büntetőeljárás során hozott határozatot vagy ítéletet),
 - 15.4.3. baleseti jegyzőkönyvet (munkahelyi baleset esetén a munkabaleseti jegyzőkönyvet), ha ilyen készült,
 - 15.4.4. az érintett Biztosító által a 15.5. pontban meghatározott dokumentumok közül azokat vagy azok másolatait, amelyek a jogosultság és a biztosítási esemény megállapításához szükségesek,
 - 15.4.5. ha a biztosítási esemény külföldön történik, az idegen nyelven kiállított dokumentumok hitelesített magyar fordítását,
 - 15.4.6. családi biztosítási csomag esetén a Főbiztosított személyétől eltérő Biztosítottra vonatkozó igény esetén az adott Biztosított jogosultságát alátámasztó okiratok másolatát (pl. házassági anyakönyvi kivonat vagy a bejegyzett élettársi kapcsolatot igazoló okirat, közös háztartásban élő 18 éven aluli gyermek esetében lakcímgazolvány, személyi igazolvány – ha van – vagy születési anyakönyvi kivonat másolata).
- 15.5. **A Biztosító a biztosítási szolgáltatás iránti igény alapját képező bontásokra nézve az alábbi dokumentumokat illetve azok másolatát kérheti: a csoportos biztosítási szerződéshez való csatlakozást megelőző évekre visszamenőlegesen a biztosítási esemény bekövetkezéséig minden kórházi zárójelentést, műtéti leírást, ambuláns lapot, szakorvosi rendelői és/vagy gondozóintézeti orvosi dokumentumokat, diagnosztikus leletek, háziorvosi- gépi pacienskartont, egészségkárosodást megállapító orvosi bizottság határozatát.**
- 15.6. **Abban az esetben, ha Biztosító által kért dokumentumokat nem, vagy ismételt hiányosan nyújtják be, a Biztosító – hiánypótlási felhívásban meghatározott határidő eredménytelen elteltét követően – a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetőleg azt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.**
- 15.7. **A Biztosító teljesítése az elbíráláshoz szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül esedékes.**
- 15.8. **Baleseti halál esetén** a 15.4 pontban felsoroltakon kívül a Biztosító részére át kell adni:
 - 15.8.1. a halotti anyakönyvi kivonat, a halottvizsgálati bizonyítvány és a boncolási jegyzőkönyv (ha készült) másolatát, valamint
 - 15.8.2. a biztosítási összegre való jogosultság igazolását (az öröklési bizonyítvány, vagy jogerős hagyatékadó végzés másolatát).
- 15.9. **Balesetből eredő 50%-ot meghaladó mértékű rokkantság esetén** a 15.4 pontban felsoroltakon kívül a Biztosító részére át kell adni az alábbi dokumentumok másolatát:
 - 15.9.1. a szakigazgatási szerv orvosi szakvizsgálatának eredményét igazoló, az egészségkárosodás mértékét megállapító szakvélemény, valamint az annak alapján hozott jogerős határozat,
 - 15.9.2. az egészségkárosodás megállapítására jogosult szerv által rendszeresített nyomtatványok, jogerős határozatok, és egyéb orvosi indoklások dokumentációi.
- 15.10. **Balesetből eredő folyamatos kórházi kezelés esetén alkalmazandó külön rendelkezések:**
 - 15.10.1. **30 egymást követő napot meg nem haladó kórházi kezelés esetén**
 - 15.10.1.1. A kórházi kezelés befejezését követően a szolgáltatást igénylő személy köteles – a 15.4 pontban felsoroltak mellett – a Biztosító részére benyújtani a kórházi kezelés tartamát és okát igazoló kórházi igazolást.

15.10.1.2. A Biztosító a szolgáltatási igény elbírálását követően – ha az igényt a jelen feltételek alapján téríthetőnek találja - a kórházban töltött napok számából levonja az ónrészesedést (3 nap) és az így kapott napok számának megfelelő kórházi ápolásról, legalább 3 napos kórházban tartózkodást igényel.

15.10.2. **30 egymást követő napot meghaladó kórházi kezelés esetén**

15.10.2.1. Ha a kórházi kezelés tartama a 30 napot meghaladja, a szolgáltatást igénylő személy köteles a biztosítási eseményt a kórházi kezelés 30. napját követően a Biztosító részére írásban bejelenteni, melyhez mellékelni kell a kórházi kezelés tartamára, okára és baleseti eredetére vonatkozó igazolás(ok)at.

15.10.2.2. A 15.10.2.1. pontban írt dokumentumok kézhezvételét követően a Biztosító a bejelentést elbírálja és – ha az igényt a jelen feltételek alapján téríthetőnek találja – akkor a bejelentett és igazolt kórházi tartózkodás tartamából levonja az ónrészesedést (3 nap), majd az így kapott napok számának megfelelő számú napi térítési összeget egy összegben megfizeti a 14.1.3. pont alapján a szolgáltatási összegre jogosult személynek (a továbbiakban: első kifizetés).

15.10.2.3. A szolgáltatást igénylő személy a továbbiakban 15 naponként köteles igazolást benyújtani a kórházi ápolásról, mely igazoláson fel kell tüntetni a kórházi tartózkodás tartamát és okát. A Biztosító az első kifizetés követően a további kórházi tartózkodásra vonatkozó igazolás(ok) kézhezvételét követően az igazolásban feltüntetett napok számának megfelelő összegű napi térítési összegre jogosult személynek.

15.10.2.4. Ha a szolgáltatást igénylő személy a 15.10.2.3 szerinti igazolást nem nyújtja be, a Biztosító kötelezettségét teljesítettnek, és a szolgáltatást befejezettnek tekinti. A Biztosító visszamenőleges hatállyal teljesíti a szolgáltatást, abban az esetben amennyiben a szolgáltatást igénylő személy pótolja az igazolást. A késedelem következtében felmerült kamatot, egyéb költséget a Biztosító nem fizet.

16. § A Biztosító mentesülése

16.1. **A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha:**

- 16.1.1. bizonyítást nyer, hogy a Biztosított halála a biztosítási összegre jogosult szándékos magatartásának következménye,
- 16.1.2. a biztosítási esemény okozati összefüggésben áll a Biztosított – a biztosítás hatályba lépését követően - két éven belül bekövetkező öngyilkossági kísérletével vagy öngyilkosságával, függetlenül attól, hogy azt tudatzavarában követte el,
- 16.1.3. bizonyítást nyer, hogy a biztosítási eseményt a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő.

16.2. **A fenti 16.1.3 pont szempontjából súlyosan gondatlan magatartás okozta balesetnek minősül, ha**

- 16.2.1. a baleset a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben következett be,
- 16.2.2. a baleset a Biztosított bódító, kábító, vagy más hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztása miatti állapotával összefüggésben, illetve toxikus anyagok szedése miatti függése folytán következett be,
- 16.2.3. a baleset idején a Biztosított alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt és ez a tény a baleset bekövetkezésében közrehatott. Ha történt véralkohol vizsgálat, alkoholos állapotnak tekintendő a 2,5 ezreléket meghaladó, a gépjárművezetés közben a 0 ezreléket meghaladó véralkohol-koncentráció.
- 16.2.4. a baleset a Biztosított jogosítvány, vagy érvényes forgalmi engedély nélküli gépjárművezetése közben következett be és a Biztosított mindkét esetben más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett,
- 16.2.5. a baleset amiatt következett be, mert a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet engedély nélkül végzett, vagy
- 16.2.6. a baleset a Biztosított munkavégzése során, a munkavédelmi szabályoknak a Biztosított általi súlyos megsértése miatt következett be.

17. § Kizárások

17.1. **A Biztosító kockázata nem terjed ki arra az esetre, ha a bekövetkezett biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll:**

- 17.1.1. harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel (jelen feltételek szempontjából harci cselekménynek minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, határvillongás, felkelés, forradalom, zendülés, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskísérelt, polgárháború, népi megmozdulás, például nem engedélyezett tüntetés, vagy be nem jelentett, illetve nem engedélyezett sztrájk, idegen ország korlátozott célú hadicselekményei, például csak légi csapás vagy csak tengeri akció, kommandó támadás, terrorcselekmény.),
- 17.1.2. állam elleni bűncselekményekkel, felkelésekkel, vagy zavargásokkal (e feltételek szerint állam elleni bűncselekmény az, amit a Büntető Törvénykönyv annak minősít: különösen lázadás, kémkedés, rombolás.), kivéve a bejelentett tüntetéseket,
- 17.1.3. atomkárokkal (nukleáris hasadás, nukleáris reakció, fúzió, radioaktív-, ionizáló- illetve lézersugárzás valamint ezek szennyezése, kivéve az orvosiilag előírt terápiás célú sugárkezelést),
- 17.1.4. fegyver, robbanószer, vagy gyúlékony anyagok használatával (kivéve rendőrök esetében), vagy
- 17.1.5. a Biztosított által végzett veszélyes sport- vagy szabadidős tevékenységgel (pl. búvárkodás, barlangászat, hegymászás, fal- vagy sziklamászás, vízisízés, motorcsónak vagy jetski használata, vitorlázás, vadvízi evezés, tengeri horgászat).

17.2. **A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a Biztosított balesete:**

- 17.2.1. gépi erővel hajtott szárazföldi, légi vagy vízi járműben hazai vagy nemzetközi sportversenyen való részvétel következtében, vagy ilyen versenyekre való felkészülés során következik be,
- 17.2.2. nem a szervezett légi forgalom keretében végrehatott légi úton való részvétel, hanem egyéb (akár motoros-, akár motor nélküli) repülés vagy repülősportolás során következett be,
- 17.2.3. hivatásos sportolóként végzett, a saját megélhetését biztosító sporttevékenysége során következett be.

- 17.3. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a kockázatviselés kezdete előtt meglévő betegséggel, vagy kóros állapottal, illetve a veleszületett rendellenességekkel és azok következményeivel okozati összefüggésben álló eseményekre abban az esetben, ha arról a Biztosított tudomással bírt.
- 17.4. A baleset előtt bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrészek és szervek illetve e sérülések későbbi következményei a biztosításból ki vannak zárva.
- 17.5. A Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezésékor köteles indokolatlan kérelem nélkül orvosi ellátást igénybe venni, valamint a kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatni. A Biztosító jogosult a szolgáltatást részben vagy egészben megtagadni, amennyiben a Biztosított e kötelezettségét nem tett eleget.
- 17.6. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakban felsorolt (akár köz-, akár magánintézményben, kórházban vagy klinikán folytatott) kórházi kezelésekre:
- 17.6.1. kúra,
17.6.2. pihenés,
17.6.3. rehabilitáció,
17.6.4. lábadozás,
17.6.5. visszaszoktatás,
17.6.6. újraképzés,
17.6.7. pszichiátriai kezelés, kivéve, ha arra a Biztosított által elszenvedett baleset következtében kerül sor
- 17.6.8. olyan szubjektív panaszok miatti kezelés, amely objektív orvosi módszerekkel nem igazolható, (például migrén, vagy a gerinc egyes degeneratív betegségei (poliodiszkopátia) és azok közvetett vagy közvetlen következményei, stb.).
- 17.7. A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a Biztosított a Biztosító kockázatviselésének kezdetekor rokkantsági ellátásban részesül.

18. § A panaszok bejelentése, jogorvoslati fórumok

- 18.1. A baleset következményeinek jellegével és mértékével kapcsolatos a Biztosított és a Biztosító közötti véleménykülönbség esetén a Biztosító vezető orvosa dönt, döntése ellen a Biztosított a Biztosítóhoz, valamint a 18.8. pontban foglaltak szerint a Pénzügyi Békéltető Testülethez vagy bírósághoz fordulhat.
- 18.2. A biztosítással kapcsolatban felmerült panaszokat írásban, az érintett Biztosítónál lehet bejelenteni az alábbi címen:
- CARDIF Biztosító Zrt.
1033 Budapest, Kórház u. 6-12., Tel: 501-2345
- 18.3. A Biztosító köteles a panaszokat kivizsgálni és a vizsgálat eredményéről panaszost 30 napon belül értesíteni.
- 18.4. A Biztosító a szóbeli panaszt azonnal megvizsgálja (kivéve, ha annak azonnali kivizsgálása nem lehetséges), és szükség szerint orvosolja.
- 18.5. Ha a szóbeli panasz azonnali kivizsgálása nem lehetséges, vagy a panaszos a szóbeli panasz kezelésével nem ért egyet, az érintett Biztosító a panaszról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolatát példányát (1) a személyesen közölt szóbeli panasz esetén a panaszosnak átadja, (2) telefonon közölt szóbeli panasz esetén - a panasz közlését követő harminc napon belül megküldendő - indoklással ellátott álláspontjának megküldésével egyidejűleg megküldi a panaszosnak.
- 18.6. A Biztosító felügyeleti szerve:
- Magyar Nemzeti Bank
1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
- 18.7. A Magyar Nemzeti Bankról szóló törvény szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a panaszos a Magyar Nemzeti Banknál fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet.
- Magyar Nemzeti Bank
1013 Budapest, Krisztina körút 39., Levélcím: H-1534 Budapest BKKP Pf.:777.
- 18.8. A biztosítási jogviszony létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén 18.8.1. bírósághoz fordulhat, vagy
- 18.8.2. a Pénzügyi Békéltető Testület eljárását kezdeményezheti
(Cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., Levélcím: H-1525 Budapest BKKP Pf.: 172., Telefon: +361-489-9100, E-mail: pbt@mnb.hu)

19. § Egyéb rendelkezések

- 19.1. A Biztosító a hozzá eljuttatott adatokat, bejelentéseket és jognyilatkozatokat csak akkor köteles hatályosnak tekinteni, ha azokat írásban jutatták el hozzá.
- 19.2. A biztosításból eredő igények a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 2 év elteltével elévülnek.
- 19.3. Az itt nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.) rendelkezései és a vonatkozó hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

ADATVÉDELMI TÁJÉKOZTATÓ

A biztosítási titok, a személyes adatok kezelésének elvi és gyakorlati tudnivalói

A biztosítási titok, üzleti titok

- A Biztosító köteles a mindenkor hatályos biztosítási törvényben meghatározott biztosítási és üzleti titokra vonatkozó szabályokat maradéktalanul betartani.
- Biztosítási titok minden olyan, a Biztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a Biztosító, a biztosításközvetítő egyes ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a Biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik. Személyes adat az olyan adat, az adatból levonható következtetés, amely egy meghatározott természetes személlyel összefüggésbe hozható. A személyes adat biztosítási titoknak minősül. Amennyiben a személyes adat az ügyfél egészségi állapotára, kóros szenvedélyére vonatkozik, úgy az az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (a továbbiakban: Infotv.) szerint különleges adatnak minősül, és így kizárólag az ügyfél írásbeli hozzájárulásával kezelhető.
- A Biztosító, a biztosításközvetítő ügyfeleinek azon adatait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási jogviszony létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási jogviszony létrejöttéhez, módosításához, állományban tartásához, a Csoportos Biztosítási Szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges cél lehet.
- A Biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül titoktartási kötelezettség terheli a Biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.
- Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha
 - a Biztosító, a biztosításközvetítő ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
 - a Biztosítókrol és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 157. §-ában meghatározott esetekben a titoktartási kötelezettség nem áll fenn az alábbi hatóságokkal, illetve szervezetekkel szemben:

- Magyar Nemzeti Bank,
 - folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatóság és ügyészség,
 - büntetőügyben, polgári ügyben, csődeljárás illetve felszámoló eljárás ügyében eljáró bíróság,
 - végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtó,
 - a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző,
 - adóhatóság,
 - feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálat,
 - a Biztosítókkal, illetve a biztosítási tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatal,
 - a feladatkörében eljáró gyámhatóság,
 - az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. §-a (2) bekezdésében foglalt egészségügyi államigazgatási szerv,
 - a külön törvényben meghatározott feltételek esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szerv,
 - a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
 - állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosító,
 - a kiszervezett tevékenységet végző szerv,
 - a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosa,
 - a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság.
- A Biztosító az ügyfelet nem tájékoztathatja a nyomozó hatóság és ügyészség, a nemzetbiztonsági szolgálat, valamint a külön törvényben meghatározott feltételek esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szerv részére történő adattovábbításról.

6. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét:

- Az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
 - a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása.
 - A Bit. Nyolcadik részének III. és III/A. fejezetében foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.
7. A Biztosító a működésével kapcsolatban a tudomására jutott biztosítási titoknak minősülő titkot köteles időbeli korlátozás nélkül megtartani, azt harmadik személynek nem adhatja át. Az üzleti titoktartási kötelezettség nem áll fenn a feladatkörében eljáró
- MNB-vel,
 - nemzetbiztonsági szolgálattal,
 - Állami Számvevőszékkel,
 - Gazdasági Versenyhivattal,
 - a központi költségvetési pénzeszközök felhasználásának szabályszerűségét és célszerűségét ellenőrző, a Kormány által kijelölt belső ellenőrzési szervvel,
 - vagyonellenőrrel,
 - Információs Központtal
- szemben.
8. A Biztosító kötelezettséget vállal arra, hogy megfelelő technikai adatvédelemmel, nyilvántartással rendelkezik, amely megvalósítja a biztosítási titok védelmét.

A személyes adatok kezelése

9. A biztosító adatkezelési nyilvántartási száma:
CARDIF Biztosító Zrt.: NAIH-56517/2012
10. Az érintett kérelmezheti az adatkezelőnél
- tájékoztatását személyes adatai kezeléséről,
 - személyes adatainak helyesbítését, valamint
 - személyes adatainak – a kötelező adatkezelés kivételével – törlését vagy zárolását.
11. Az ügyfél kérésére a Biztosító köteles az általa vezetett nyilvántartásokban tárolt saját adatairól tájékoztatást adni és az ügyfél által kezdeményezett változásokat adatbázisán átvezetni.
12. Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse gyakorolhatja.
13. A Biztosító a személyes – és azon belül a különleges – adatokat azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.
14. Az Infotv. értelmében a jogszabályban meghatározott esetekben az érintett tiltakozhat személyes adatainak kezelése ellen. A Biztosító, mint adatkezelő köteles a bejelentéseket a törvény előírása szerint kivizsgálni és a kérelmezőt írásban tájékoztatni. Az érintett jogainak megsértése esetén az adatkezelővel szemben bírósághoz fordulhat. Az érintett a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál bejelentéssel vizsgálatot kezdeményezhet arra hivatkozással, hogy személyes adatok kezelésével kapcsolatban jogsérelem következett be, vagy annak közvetlen veszélye fennáll. A Biztosító, mint adatkezelő köteles megtéríteni az érintett igazolt kárát is, amennyiben azt jogellenes adatkezeléssel, vagy a technikai adatvédelem követelményeinek megszegésével okozta.

TÁJÉKOZTATÁS A BIZTOSÍTÁSKÖZVETÍTŐRŐL

A Bank

- A Biztosítottaknak a 6/B/2014 Cetelem számú csoportos biztosítási szerződéshez történő csatlakoztatásával kapcsolatban a Biztosító függő biztosításközvetítőjeként jár el,
- a Magyar Nemzeti Bank által vezetett biztosításközvetítők regisztrációjában szerepel, mely a <https://apps.mnb.hu/regisztr/> weboldalon ellenőrizhető
- biztosításközvetítők tevékenysége során okozott kárért a Biztosító áll helyt,
- a biztosítási termék közvetítése során a Biztosítóval történt megállapodása alapján az ügyféltől díjat átvehet,
- a Biztosítótól az ügyfélnek járó összeget előzetesen nem vehet át,
- nem rendelkezik minősített befolyással* a Biztosítóban.

Arra vonatkozóan, hogy a Banknak a jelen biztosításon kívül milyen biztosítási termék(ek) terjesztésére van jogosultsága, a Bank honlapján (www.cetelem.hu) található tájékoztatás.

Sem a Biztosító, sem annak anyavállalata nem rendelkezik minősített befolyással* a Bankban.

* **minősített befolyás:** egy vállalkozással létrejött olyan közvetett és közvetlen kapcsolat, amely alapján a befolyással rendelkező

- vállalkozásban fennálló tulajdoni hányadának (részesezésének) mértéke vagy az általa gyakorolható szavazati jog aránya legalább 10 (tíz) %, vagy
- a vállalkozás döntéshozó, ügyvezető vagy felügyelő szervei, testületi tagjainak legalább 20 (húsz) %-át kinevezheti vagy felmentheti, vagy
- létesítő okirat, megállapodás alapján döntő befolyást gyakorolhat a vállalkozás működésére.