

Biztosítási terméktájékoztató a Budapest Bank Zrt. által nyújtott Személyi kölcsonszerződésekhez kapcsolódó csoportos hitelfedezeti biztosításhoz

Jelen terméktájékoztató a Budapest Bank Zrt. által nyújtott személyi kölcsonszerződésekhez kapcsolódó csoportos hitelfedezeti biztosítás főbb jellemzőit tartalmazó egyszerűsített tájékoztató anyag, mely (1) nem tartalmazza az alkalmazandó feltételek összességét és (2) nem képezi a biztosításra vonatkozó szerződési feltételek részét. A jelen terméktájékoztató és az Általános Biztosítási Feltételek (ÁBF) és/vagy a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek (KBF) között fennálló esetleges ellentmondás esetén az ÁBF és a vonatkozó KBF rendelkezései irányadók.

A csoportos biztosítási szerződésre vonatkozó biztosítási feltételek megismerése céljából kérjük, olvassa el a mellékelt Általános és Különös Biztosítási Feltételeket. Felhívjuk figyelmét, hogy a csoportos hitelfedezeti biztosítás nem automatikus, hanem választható, ezért hatálya Önre, mint Biztosítottra csak abban az esetben terjed ki, ha ezen szolgáltatást igényelte!

Szerződő:	Budapest Bank Zrt. (a továbbiakban: Bank) Székhely:1138 Budapest, Váci út 193. Cégjegyzékszám:01-10-041037 A Bank a Biztosítottaknak a csoportos hitelfedezeti biztosítási szerződéshez történő csatlakoztatásával kapcsolatban a Biztosítók függő biztosításközvetítőjeként jár el. Ezzel kapcsolatban részletes tájékoztatást a Bank által átadott „Biztosításközvetítői Tájékoztató” elnevezésű dokumentumban talál. A Biztosításközvetítői Tájékoztató megtalálható a Bank honlapján is.		
Biztosító:	CARDIF Életbiztosító Zrt. , Cégjegyzékszám: 01-10-044718 (haláleseti szolgáltatás) CARDIF Biztosító Zrt. , Cégjegyzékszám: 01-10-044717 (egyéb szolgáltatások) Székhely: 1033 Budapest, Kórház u. 6-12.		
Biztosított:	Biztosítottként azok a természetes személyek csatlakozhatnak a csoportos biztosítási szerződéshez, akik a csatlakozási nyilatkozat megtételének időpontjában betöltötték a 18. életévüket, de életkoruk nem haladta meg a választott biztosítási csomagra megállapított korhatárt (ld. alább).		
Biztosítási csomagok, fedezett kockázatok:	„A” csomag	„B” csomag	
	Fedezett kockázatok: 1) Haláleset 2) Balesetből eredő végleges, min. 50%-os egészségkárosodás 3) Keresőképtelenség (táppénz) 4) Munkanélküliség (ha a biztosított a munkanélküliségi KBF 6.3. pontja szerinti munkaviszonnyal rendelkezik) 5) Balesetből eredő, 3 napot meghaladó kórházi kezelés (ha a biztosított nem rendelkezik a munkanélküliségi KBF 6.3. pontja szerinti munkaviszonnyal)	Fedezett kockázatok: 1) Haláleset 2) Balesetből eredő végleges, min. 50%-os egészségkárosodás 3) Balesetből eredő, 3 napot meghaladó kórházi kezelés	
Biztosítási szolgáltatás:	Halál vagy Balesetből eredő min. 50%-os egészségkárosodás esetén a Biztosító kifizeti a folyósított kölcsön teljes összegét, melyből (1) a Biztosított hitel-számlájára utalja a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában fennálló tartozás összegét, (2) a Biztosított, illetve halálozás esetén a Biztosított örököse részére (több örökös esetén az örökösök között fejenként egyenlő arányban megosztva) átutalja az eredeti kölcsönösszeg és a fennálló kölcsöntartozás közötti különbözet összegét. 60 napot meghaladó keresőképtelenség, illetőleg munkanélküliség esetén a Biztosító havonta megfizeti a törlesztőrészlet kétszeresét, fele-fele arányban a Biztosított hitelszámlájára, illetve a Biztosított által megjelölt bankszámlára. A Biztosító a szolgáltatást a keresőképtelenség vagy regisztrált munkanélküliség ideje alatt nyújtja, annak 61. napját követően, legfeljebb 6 hónapon keresztül. Balesetből eredő, 3 napot meghaladó kórházi kezelés esetén a Biztosító napi 10 000 Ft-ot fizet a Biztosított részére a kórházi tartózkodás időtartamára, annak 4. napjától kezdődően, legfeljebb 30 napon keresztül.		
A kockázatviselés kezdete:	A Biztosítók kockázatviselésének kezdő időpontja a csatlakozási nyilatkozat megtételének napját követő nap 0 óra, de legkorábban a kölcsön folyósításának napja 0 óra.		
A szolgáltatással kapcsolatos egyéb tudnivalók:	Várakozási idő (munkanélküliség esetében):	Ha a Biztosított munkaviszonya a kockázatviselés kezdetétől számított 90 napon belül szűnt meg, úgy a Biztosító nem nyújt biztosítási szolgáltatást.	
	Szolgáltatási maximum:	Munkanélküliség és keresőképtelenség esetén egy biztosítási eseményből eredően legfeljebb 6 havi szolgáltatást , a biztosítás tartama során összesen legfeljebb 24 havi szolgáltatást nyújt a Biztosító. Balesetből eredő kórházi kezelés esetén egy biztosítási eseményből eredően legfeljebb 30 napi szolgáltatást , a biztosítás tartama során összesen legfeljebb 120 napi szolgáltatást nyújt a Biztosító. A CARDIF Biztosító Zrt. és a CARDIF Életbiztosító Zrt. egy Biztosítottra vonatkozó kockázatvállalásának felső határa (összesen kifizetett összeg függetlenül a bekövetkezett biztosítási események számától és a szolgáltatás mennyiségétől) külön-külön 20.000.000 forint .	
	Teljesítési határidő:	A Biztosító szolgáltatása az elbíráláshoz szükséges összes dokumentum beérkezését követő 15 napon belül esedékes.	
	Elévülési idő:	Az igény alapjául szolgáló esemény bekövetkezésének időpontjától számított 2 év.	
	Mentesülési okok:	Ld. az ÁBF 15.§-át.	
	Kizárások:	Ld. az ÁBF 16.§-át, valamint a vonatkozó KBF 4.§-át (munkanélküliségi kockázat esetében a KBF 5.§-át)	
	Díjfitetés:	A biztosítás díját a Bank, mint szerződő fizeti meg a Biztosítók részére, majd a megfizetett biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét - a Biztosított által a csatlakozási nyilatkozatban tett hozzájárulása alapján – áthárítja Önre, mint Biztosított. A díjfitetésre vonatkozó részletes rendelkezéseket ld. az Általános Biztosítási Feltételek 9.§-ában, az áthárított biztosítási díj mértékét ld. a jelen Biztosítási Terméktájékoztató végén.	
A biztosítási esemény bejelentése:	A biztosítási eseményt haladéktalanul be kell jelenteni az alábbi címen illetve telefonszámon: CARDIF Életbiztosító Zrt. (haláleset esetén), CARDIF Biztosító Zrt. (egyéb esetekben); Kárrendezési osztály - 1033 Budapest, Kórház u. 6-12. Telefon: (1) 501-2352 A biztosítási esemény bejelentésére vonatkozó részletes rendelkezéseket az ÁBF 14.§-a, valamint a vonatkozó KBF 3.§-a (munkanélküliségi kockázat esetében 4.§-a) tartalmazza.		
A biztosítás megszűntetése:	Őn a biztosítást a csatlakozásról szóló visszaigazolás kézhezvételét követő első 30 napban a Bankhoz intézett írásos nyilatkozattal azonnali hatállyal felmondhatja, mely esetben az addig esetlegesen Ön által már megfizetett áthárított biztosítási díjat a Bank jóváírja Önnek. Ön a 30. napot követően is bármikor felmondhatja írásban a biztosítást a következő törlesztőrészlet esedékességére, 15 napos értesítési határidővel.		
A Biztosítók a fizetőképességükről és pénzügyi helyzetükről szóló éves jelentést a honlapjukon (www.bnpparibascardif.hu) a „Rölkunk” menüpont alatt, a „közlemények” rovatban teszik közzé.			
	„A” csomag	„B” csomag	
		ha a Biztosított a 66. életévének betöltését megelőzően csatlakozott:	ha a Biztosított a 66. életévének betöltésének napján vagy azt követően csatlakozott:
Csatlakozási korhatár:	18. életév betöltésétől a 66. életév betöltésének napját megelőző napig	18. életév betöltésétől a 66. életév betöltésének napját megelőző napig	66. életév betöltésétől a 78. életév betöltésének napját megelőző napig
Kockázatviselési korhatár:	legfeljebb a 80. életév betöltését követő év január hónap azon napja, amelyen az adott havi törlesztőrészlet esedékes	legfeljebb a 66. életév betöltését követő év január hónap azon napja, amelyen az adott havi törlesztőrészlet esedékes	legfeljebb a 80. életév betöltését követő év január hónap azon napja, amelyen az adott havi törlesztőrészlet esedékes
A biztosítás havi áthárított díja:	a folyósított kölcsönösszeg 0,35 % -a	a folyósított kölcsönösszeg 0,2%- a	a folyósított kölcsönösszeg 0,55%- a

FONTOS! A biztosítási szerződésre tekintettel bejelentett szolgáltatási igény benyújtása a Biztosítottat a kölcsönszerződés alapján a Bank felé fennálló fizetési kötelezettségei alól nem mentesíti. A Bank felé a Biztosított köteles az esedékessé váló törlesztőrészleteket a Biztosító teljesítéséig megfizetni. A Biztosító szolgáltatása teljesítését követően a Bank a Biztosítottal, illetve örökösével a fennmaradt tartozást/tulfitelést illetően elszámol.

A CARDIF Életbiztosító Zrt. és a CARDIF Biztosító Zrt. csoportos hitelfedezeti biztosításának általános feltételei a Budapest Bank Zrt. által nyújtott Személyi kölcsön szerződésekhöz

Általános Biztosítási Feltételek

(mindkét Biztosítói szolgáltatásra egyaránt vonatkoznak)

Jelen feltételek - ellenkező szerződéses kikötések hiányában - a CARDIF Életbiztosító Zrt. és a CARDIF Biztosító Zrt. (a továbbiakban együttesen: Biztosítók) és a Budapest Bank Zrt. között létrejött 10/É/2014 Budapest Bank és 10/B/2014 Budapest Bank számú csoportos biztosítási szerződésre (a továbbiakban: csoportos biztosítási szerződés) érvényesek.

Kifejezetten felhívjuk a figyelmet az ÁLTALÁNOS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK 1.3., 3.2., 3.4., 3.8., 3.9., 6.1.3., 6.1.4., 6.1.10., 7.3.4. pontjára, 8.§-ára, 9.8., 9.9., 9.12., 9.13., 12.2., 13.2., 13.3.2., 14.2., 14.4., 14.6., 14.7., pontjaira, 15.§-ára, 16.§-ára, 18.2. pontjára, a KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK -BALESETBŐL EREDŐ, MIN. 50%-OS EGÉSZSÉGGÁROSODÁS KOCKÁZAT 3.2., 3.3. pontjaira és 4.§-ra, a KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK - KERESŐKÉPTELENSÉGI KOCKÁZAT 1.3., 2.2., 2.4., 3.5. pontjaira és 4.§-ára, a KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK -MUNKANÉLKÜLISÉGI KOCKÁZAT 1.3, 2.2., 2.3., 2.4. pontjaira, 3.§-ára, 4.4. pontjára és 5.§-ára. és 6.3. pontjára, valamint a KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK - BALESETBŐL EREDŐ, 3 NAPOT MEGHALADÓ KÓRHÁZI KEZELÉS KOCKÁZAT 1.1., 2.1., 2.2. pontjaira és 4. §-ára.

1. § A csoportos biztosítási szerződés létrejötte, a biztosítási jogviszony alanyai

- 1.1. A csoportos biztosítási szerződés a szerződő és a Biztosítók között írásban jön létre.
- 1.2. A **szerződő** a Budapest Bank Zrt. (a továbbiakban: Bank), amely a Biztosítókkal a csoportos biztosítási szerződést szerződő félként megkötötte, az azzal kapcsolatos jognyilatkozatokat teszi és a biztosítási díjat megfizeti (a biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét - a Biztosított által a csatlakozási nyilatkozatban tett hozzájárulása alapján - a Bank átvétele a Biztosítottra - a díjfizetésre vonatkozóan ld. még a 9.§ rendelkezéseit). A Bank a Biztosítottra vonatkozó biztosított jogviszony létrejöveteléről a Biztosítók fűggő biztosításközvetítőjeként jár el. A Bank biztosításközvetítői minőségével kapcsolatos részletes tájékoztatás a csatlakozást megelőzően a Bank által átadott „Biztosításközvetítői Tájékoztató” elnevezésű dokumentumban található, amely a Bank honlapján is elérhető:
<https://www.budapestbank.hu/szolgaltatas/lakosság/biztositas.php>
- 1.3. A **Biztosított** a Bankkal személyi kölcsönszerződéses jogviszonyban (a továbbiakban: Kölcsönszerződés) álló azon természetes személy, aki **(i)** a 18. életévét már betöltötte, **(ii)** a csoportos biztosítási szerződéshez csatlakozott és **csatlakozásakor életkora még nem haladta meg az igényelt biztosítási csomag szerinti csatlakozási korhatárt (ld. a 2.3. pontban), (iii)** őt erre való tekintettel a Bank a Biztosító(k)knak lejelenti, mint biztosítottat és **(iv)** akire vonatkozóan a Bank, mint szerződő a biztosítási díjat megfizeti. A **Biztosítottra vonatkozóan a kockázatviselés legkésőbb a 6.1.3. illetve a 6.1.4. pont szerinti időpontig állhat fenn.**
- 1.4. A **Biztosító** a haláleseti szolgáltatás esetében a CARDIF Életbiztosító Zrt., a többi szolgáltatás esetében a CARDIF Biztosító Zrt.

2. § A Biztosított csatlakozása a csoportos biztosítási szerződéshez

- 2.1. A csoportos biztosítási szerződés egyidejűleg több Biztosítottra vonatkozik, amelyhez a Biztosítottak az általuk tett csatlakozási nyilatkozat megtételével egyenleg csatlakoznak.
- 2.2. A Bank a jelen biztosítási feltételeket a kölcsönigénylőkor a kölcsönszerződésre vonatkozó szerződési dokumentumokkal együtt átadja a hitelügylet részére, melynek átvételét, megismerését és kötelező érvényét a Biztosított a csatlakozási nyilatkozat 2.3. pont szerinti megtételével ismeri el.
- 2.3. A Bank kölcsönszerződést kötő, vagy már aláírt kölcsönszerződéssel rendelkező ügyfele a csoportos biztosítási szerződéshez az alábbi módokon csatlakozhat és választhatja meg, hogy melyik biztosítási csomagot igényli (az egyes csomagok alapján fedezett kockázatokat ld. a 12.1. pontban):

csatlakozási korhatár	csatlakozás módja	igényelhető csomag
18. életév betöltésétől a 66. életév betöltésének napját megelőző napig	írásbeli (ld. a 2.3.1. pontban) szóbeli (ld. a 2.3.2. pontban)	A A, B
66. életév betöltésétől a 78. életév betöltésének napját megelőző napig	• írásbeli (ld. a 2.3.1. pontban) • szóbeli (ld. a 2.3.2. pontban)	B

- 2.3.1. **írásbeli csatlakozás** (a kölcsönigénylés aláírásával egyidejűleg aláírt - a kölcsönigénylés részét képező - csatlakozási nyilatkozattal)
- 2.3.2. **szóbeli csatlakozás** (a kölcsönigénylés aláírását követően a Bank telefonos ügyfélszolgálatára által tett közvetlen telefonos megkeresés alapján, rögzített szóbeli csatlakozási nyilatkozattal)
- 2.4. A Biztosított a csatlakozási nyilatkozat megtételekor (egyéb nyilatkozatok megtétele mellett):
 - 2.4.1. nyilatkozik arról, hogy a 18. életévét már betöltötte, de még nem töltötte be **(i)** a 66. életévét, vagy **(ii)** a 78. életévét (abban az esetben, ha a 66. életév betöltését követően igényli a „B” biztosítási csomagot),
 - 2.4.2. elfogadja a csoportos biztosítási szerződés feltételeit és hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosítók kockázatviselése rá kiterjedjen,
 - 2.4.3. a csoportos biztosítási szerződéshez Biztosítottként csatlakozik,
 - 2.4.4. hozzájárul, hogy a Bank az általa szerződői minőségben megfizetett biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét átvétele a Biztosítottra, egyben vállalja az átvártott biztosítási díj megfizetését (ld. még a 9.§-ban).
- 2.5. A Bank írásbeli visszaigazolást küld a szóbeli nyilatkozattal csatlakozott Biztosított részére arról, hogy a csoportos biztosítási szerződés hatálya rá a szóbeli csatlakozási nyilatkozata alapján kiterjed. A visszaigazolás kézhezvételétől számított 30 napon belül a Biztosított a biztosított jogviszonyát a Bankhoz intézett írásbeli nyilatkozattal azonnali hatállyal felmondhatja (ld. még a 7.1. pontban).

3. § A Biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

- 3.1. A Bank köteles **(1)** a csoportos biztosítási szerződéssel kapcsolatos megfelelő jognyilatkozatok megtételére, valamint **(2)** a Biztosítók által hozzá intézett jognyilatkozatokról és a csoportos biztosítási szerződésben bekövetkezett változásokról tájékoztatni azokat a Biztosítottakat, akikre az adott jognyilatkozat és/vagy változás hatást gyakorol, **(3)** a biztosítási díjat a Biztosítóknak megfizetni (a Bank az általa megfizetett biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét - a Biztosított által a csatlakozási nyilatkozatban tett hozzájárulása alapján - átvétele a Biztosítottra).
- 3.2. A Biztosított köteles a Bank részére megfizetni a Bank által átvártott biztosítási díjat (a díjfizetésre és a díj átvártására vonatkozó részletes rendelkezéseket ld. a 9. §-ban).
- 3.3. A Bank és a Biztosított köteles közlési kötelezettségének eleget tenni, valamint a Biztosítók által feltett, a biztosítás szempontjából szükséges kérdéseket a valóságnak megfelelően és teljes körűen megválaszolni.
- 3.4. A közlési kötelezettség abban áll, hogy a Bank és a Biztosított köteles a biztosítás elvállalása szempontjából minden olyan lényeges körülményt, adatot a Biztosítókkal írásban közölni, amelyeket ismert vagy ismernie kellett. A Biztosított írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak

megfelelő válaszokkal a Bank és a Biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz. **A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén (ideértve a számdékosan valótlán tartalmú csatlakozási nyilatkozat tételét is) a Biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a csoportos biztosítási szerződés megkötésekor, illetőleg a Biztosított csatlakozásakor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.**

- 3.5. A Biztosított a szolgáltatás jogalapjának megállapításához a közölt adatokat ellenőrizhetik, saját orvosuk által vizsgálatot kezdeményezhetnek.
- 3.6. A Biztosítók kötelesek a tudomásukra jutott adatokat megőrizni és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. tv.-ben (továbbiakban: Bit.) foglaltak szerint titokként kezelni.
- 3.7. A csoportos biztosítási szerződés feltételeit kizárólag a Bank és a Biztosító módosíthatják az általuk aláírt módosító szerződés útján.
- 3.8. A Biztosítottakat kizárólag a biztosított jogviszonyuk azonnali hatályú felmondásának (ld. a 7.1. pontban) és rendes felmondásának (ld. a 7.2. pontban) joga illeti meg.
- 3.9. A Biztosítottakat nem illeti meg **(1)** a csoportos biztosítási szerződésbe történő belépésnek, **(2)** a csoportos biztosítási szerződés módosításának és/vagy **(3)** a biztosított jogviszonyukra vonatkozó szerződési feltételek módosításának a joga.

4. § A biztosítás tartama, a biztosítási időszak

- 4.1. A biztosítás tartama a Biztosítók kockázatviselésének kezdetétől a kockázatviselés megszűnéseig terjedő időtartam, amely biztosítási időszakokra oszlik.
- 4.2. A biztosítási időszak az alábbi eltérésekkel egy hónap, mely az adott havi törlesztőrészlet esedékességétől a soron következő havi törlesztőrészlet esedékességéig tart.
 - 4.2.1. Az első biztosítási időszak a Biztosítók kockázatviselésének kezdetétől a csatlakozást követő első törlesztőrészlet esedékességéig tart.
 - 4.2.2. Az utolsó biztosítási időszak a megelőző biztosítási időszak utolsó napját követő napon kezdődik és a kockázatviselés megszűnéseig tart.

5. § A Biztosítók kockázatviselésének kezdete, tartama

- 5.1. A csoportos biztosítási szerződés alapján nyújtott kockázatviselés egy adott Biztosítottra történő kiterjesztéséhez a Biztosított hozzájárulása szükséges, melyet a Biztosított a csatlakozási nyilatkozat megtételekor ad meg.
- 5.2. Ha a jelen feltételek (ld. 6.1. pont egyes alpontjait), a csoportos biztosítási szerződés és/vagy a vonatkozó különös biztosítási feltételek eltérően nem rendelkeznek, a Biztosítók kockázatviselése a Biztosított kölcsönszerződésének tartamán belül arra az időszakra terjed ki, amely alatt a Biztosítottnak kölcsöntartozása áll fenn a Bankkal szemben.
- 5.3. A Biztosítók a kockázatot az alábbi időponttól viselik:
 - 5.3.1. a kölcsönigénylés részét képező - a kölcsönigénylés aláírásával egyidejűleg tett - csatlakozási nyilatkozattal történő csatlakozás esetén a folyósítás napján 0 órától,
 - 5.3.2. telefonon tett szóbeli csatlakozási nyilatkozattal történő csatlakozás esetén a szóbeli csatlakozási nyilatkozat megtételének napját követő nap 0 órától, de legkorábban a kölcsön folyósításának napján 0 órától.

6. § A Biztosítók kockázatviselésének megszűnése

- 6.1. Mindkét Biztosított kockázatviselése megszűnik:
 - 6.1.1. a Biztosított kölcsönszerződésének (a futamidő során esetlegesen módosult) lejáratú időpontjában, de legkésőbb az utolsó törlesztőrészlet esedékességének napján,
 - 6.1.2. ha a Biztosított kölcsönszerződése bármely okból megszűnik, a kölcsönszerződés megszűnésének napján 24 órákor,
 - 6.1.3. a Biztosított 80. életének betöltését követő naptári év január hónapjának azon napján, amelyen az adott havi törlesztőrészlet esedékes, ha a Biztosított **(i)** „A” biztosítási csomaggal rendelkezik, vagy **(ii)** „B” biztosítási csomaggal rendelkezik és a csoportos biztosítási szerződéshez a 66. életéve betöltésének napja és a 78. életéve betöltésének napját megelőző nap között csatlakozott,
 - 6.1.4. a Biztosított 66. életének betöltését követő naptári év január hónapjának azon napján, amelyen az adott havi törlesztőrészlet esedékes, ha a Biztosított a 66. életéve betöltésének napját megelőző napig csatlakozott a csoportos biztosítási szerződéshez és „B” biztosítási csomaggal rendelkezik,
 - 6.1.5. a Biztosított halálával,
 - 6.1.6. a biztosított jogviszony határidőn belül tett azonnali hatályú felmondása (ld. 7.1. pont) esetén a felmondás hatályba lépésének napján (ld. még 7.1.3. pont) míg a biztosított jogviszony rendes felmondása esetén (ld. 7.2. pont) a felmondási idő lejártát követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességének napján 24 órákor,
 - 6.1.7. a csoportos biztosítási szerződésnek a Bank vagy a Biztosító általi azonnali hatályú felmondása esetén (ld. a 7.3.1. és a 7.3.2. pontokat) a felmondás átvételének napján 24 órákor biztosított személyekre vonatkozóan a Bank által utólagra megfizetett biztosítási díj által lefedett időszak (ld. még a 9.7. pontban) utolsó napján 24 órákor,
 - 6.1.8. a csoportos biztosítási szerződésnek a Biztosító általi rendkívüli felmondása esetén (ld. a 7.3.4. pontban) a felmondási idő lejáratakor folyamatban lévő biztosítási időszak utolsó napján 24 órákor,
 - 6.1.9. ha a Biztosított aktuális kölcsöntartozását a Biztosító a biztosítási események bekövetkezése esetén kiegyenlíti,
 - 6.1.10. az esetlegesen nem fizetett átvártott biztosítási díj esedékességtől számított 90. napon 24 órákor, ha a Biztosított a Bank által küldött fizetési felszólítás(ok) ellenére az esedékességtől számított 90 nap elteltével sem fizette meg a Banknak az átvártott biztosítási díjat és emiatt a Bank, mint szerződő törli a Biztosítottat a biztosítottak közül (ld. még a 9.13. pontban).

7. § Felmondás

- 7.1. **A biztosított jogviszony azonnali hatályú felmondása**
 - 7.1.1. A Biztosított a csatlakozása folytán létrejött biztosított jogviszonyt a Bank által küldött írásbeli visszaigazolást (ld. még a 2.5. pontban) kézhezvételétől számított 30 napon belül indokolási- és fizetési kötelezettség nélkül írásban (levélben) azonnali hatállyal felmondhatja. Az azonnali hatályú felmondást akkor kell határidőben érvényesítenek tekinteni, ha a Biztosított a felmondó nyilatkozatát a 30 napos határidő lejártá előtt postára adja vagy egyéb igazolható módon elküldi.
 - 7.1.2. A határidőn túl tett felmondó nyilatkozat a 7.2. pont szerinti rendes felmondásnak minősül.
 - 7.1.3. A Biztosított azonnali hatályú felmondása a Bankhoz történő beérkezése napján lép hatályba. Az azonnali hatályú felmondást legkésőbb az elküldését követő negyedik munkanapon 24 órákor beérkezettnek kell tekinteni azzal, hogy a Biztosító bizonyíthatja, hogy a felmondó nyilatkozatot a Bank korábban vette kézhez.
- 7.2. **A biztosított jogviszony rendes felmondása**
A Biztosított jogosult a biztosított jogviszonyt a Bankhoz intézett írásbeli nyilatkozattal, 15 napon felmondási idővel a következő törlesztő részlet esedékességének napjára felmondani.
- 7.3. **A csoportos biztosítási szerződés felmondása (i) azonnali hatályú felmondás, illetve (ii) rendkívüli felmondás útján**

11. § Maradékjogok, kötvénykölcson

A CARDIF Életbiztosító Zrt. által nyújtott életbiztosításnak nincs matematikai díjtartaléka. Ebből kivételként az életbiztosításhoz maradékjog nem tartozik, tehát az nem visszavásárolható, és a díjmentes leszállítás sem alkalmazható. Az életbiztosításra kötvénykölcson nem nyújtható.

12. § Biztosítási csomagok, a biztosítási esemény, a Biztosítottra vonatkozó kockázatok

12.1. Az egyes biztosítási csomagok alapján az alább felsoroltak számítanak biztosítási eseménynek:

A" biztosítási csomag	"B" biztosítási csomag
1) Haláleset 2) Balesetből eredő végleges, min. 50%-os egészségkárosodás 3) Keresőképtelenség (táppénz) 4) Munkanélküliség 5) Balesetből eredő, 3 napot meghaladó kórházi kezelés	1) Haláleset 2) Balesetből eredő végleges, min. 50%-os egészségkárosodás 3) Balesetből eredő, 3 napot meghaladó kórházi kezelés

A fenti biztosítási események meghatározását a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek tartalmazzák.

12.2. Ha a Biztosított az „A” biztosítási csomagot igényelte és

12.2.1. a munkanélküliségi kockázatra vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek 6.3. pontja szerinti munkaviszonyon rendelkezik, akkor ő az „A” biztosítási csomagnál felsorolt 5 kockázatból az 1-4. kockázatokra kiterjedő biztosítási fedezetben részesül,

12.2.2. nem rendelkezik a munkanélküliségi kockázatra vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek 6.3. pontja szerinti munkaviszonyon, akkor ő az „A” biztosítási csomagnál felsorolt 5 kockázatból az 1, 2, 3, és 5. kockázatokra kiterjedő biztosítási fedezetben részesül.

13. § A Biztosítók szolgáltatása

13.1. Általános rendelkezések

13.1.1. A vonatkozó biztosítási esemény bekövetkezésekor az adott Biztosító az alábbi biztosítási szolgáltatást nyújtja:

13.1.1.1. a **Biztosított halála esetén** a CARDIF Életbiztosító Zrt., a **Biztosított balesetből eredő, min. 50%-os egészségkárosodása esetén** a CARDIF Biztosító Zrt. a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott feltételekkel megteríti (1) a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan a Bank által vezetett egyedi hitelszámlára a kölcsönszerződés alapján folyósított kölcsönösszegekből a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában (ld. a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek 1.§-ában) fennálló tartozás összegét, valamint (2) a Biztosított (a Biztosított halála esetén a Biztosított örököse) által megadott bankszámlára pedig a Bank által folyósított kölcsönösszeg és a biztosítási esemény időpontjában fennálló kölcsöntartozás közötti különbözet összegét. Ha a jogerős hagyatékadó végzés több örökös nevesít, a Biztosító a folyósított kölcsönösszeg és a halálozás napján fennálló kölcsöntartozás közötti különbözet összegét az örökösök között fejenként egyenlő arányban megosztja és az egyes örökösök részére járó összeget utalja az általuk megadott bankszámlaszámra.

13.1.1.2. a **Biztosított keresőképtelensége vagy munkanélkülisége esetén** a CARDIF Biztosító Zrt. a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott módon, feltételekkel és időtartamra megfizeti (1) a biztosítási esemény bekövetkezése napján esedékes vagy az azt követően esedékessé váló törlesztőrészt (meghatározását ld. a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételekben) összegét a Bank által a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett egyedi hitelszámlára, valamint (2) ugyanakkora összeget a Biztosított részére, a Biztosított által megadott bankszámlára.

13.1.1.3. a **Biztosított 3 napot meghaladó, balesetből eredő kórházi kezelése esetén** a CARDIF Biztosító Zrt. a kórházi tartózkodásra vonatkozó igazolás kézhezvételét követően az igazolásban feltüntetett napok számából levonja az önrészesedést (3 nap), majd az így kapott napok számával megszorozza a napi térítési összeget (10.000,- Ft / nap) és ezt az összeget a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott módon és feltételekkel megfizeti a Biztosított által megadott bankszámlára.

13.2. A CARDIF Biztosító Zrt. és a CARDIF Életbiztosító Zrt. egy Biztosítottra vonatkozó kockázatvállalásának felső határa (összesen kifizetett összeg függetlenül a bekövetkezett biztosítási események számától és a szolgáltatás mennyiségétől) külön-külön 20.000.000 Ft.

13.3. A CARDIF Biztosító Zrt-re vonatkozó rendelkezések

13.3.1. A CARDIF Biztosító Zrt. a biztosítási szolgáltatást egyidejűleg csak egy jogcímre teljesíti. Ha a Biztosítottnak a biztosítási szolgáltatás teljesítésének tartama alatt egy másik jogcímen is szolgáltatási igénye keletkezik, a CARDIF Biztosító Zrt. mindaddig az elsőként bejelentett biztosítási esemény alapján teljesít, amíg ezen a jogcímen a Biztosított szolgáltatásra jogosult. Ez a rendelkezés nem alkalmazandó a keresőképtelenséget követő min. 50%-os egészségkárosodás jogcímen teljesítendő szolgáltatásra. Ilyen esetben a második biztosítási esemény időpontjától a CARDIF Biztosító Zrt. a min. 50%-os egészségkárosodás jogcímen nyújtja a biztosítási szolgáltatást.

13.3.2. A CARDIF Biztosító Zrt. keresőképtelenség és munkanélküliség esetén egy Biztosítottra és biztosítási eseményre vonatkozóan legfeljebb 6 havi szolgáltatást, a biztosítás tartama során - a biztosítási események számától függetlenül - biztosítási kockázatonként külön-külön összesen legfeljebb 24 havi szolgáltatást nyújt.

14. § A biztosítási esemény bejelentése, a Biztosítók teljesítése, a teljesítéshez szükséges iratok

14.1. A Biztosított halála esetén a Biztosított örököse vagy hozzátartozója, egyéb esetekben a Biztosított vagy az általa meghatalmazott személy köteles a biztosítási eseményt haladéktalanul bejelenteni az érintett Biztosítónak az alábbi címen illetve telefonszámon: CARDIF Életbiztosító Zrt. (haláleset esetén) CARDIF Biztosító Zrt. (egyéb esetekben) Kárrendezési osztály - 1033 Budapest, Kórház u. 6-12. Telefon: (1) 501-2352

14.2. Az érintett Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, amennyiben a bejelentés és a szükséges felvilágosítási adási kötelezettségek megsértése miatt lényeges körülmények kideríthetetlenül váltak.

14.3. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a Biztosítók a következő dokumentumokat kérhetik:
14.3.1. a Banktól a Biztosított csatlakozási nyilatkozatát (szóbeli csatlakozási nyilatkozat esetén annak hangfelvételét),
14.3.2. a biztosítási szolgáltatást igénylő személy (a Biztosított halála esetén a Biztosított örököse vagy hozzátartozója, egyéb esetekben a Biztosított vagy az általa meghatalmazott személy) által kitöltött szolgáltatási igénybejelentő nyomtatványt,
14.3.3. baleset esetén a baleseti jegyzőkönyvet, ha ilyen készült,

7.3.1. Amennyiben a Biztosított vagy a Bank a csoportos biztosítási szerződésben foglalt lényeges kötelezettségeiket nem, vagy nem szerződésszerűen teljesítik, a sérelmet szenvedett Felet megilleti az azonnali hatályú felmondás joga. E jogával a Fél akkor élhet, ha a szerződésszegő Félhez intézett írásbeli nyilatkozatban - a bizonyítékokra hivatkozással - közli a szerződésszegő magatartás vagy mulasztás tényét és a szerződésszegő / mulasztó Fél a szerződésszegő magatartást vagy mulasztást a felhívás kézhezvételétől számított 30 napon belül nem szünteti meg.

7.3.2. A Biztosító jogosult a csoportos biztosítási szerződést azonnali hatállyal felmondani, ha a Bank a Biztosító által kiszámlázott díjat a számla Bankhoz történő beérkezésétől számított 90 napon belül nem fizette meg.

7.3.3. A csoportos biztosítási szerződés azonnali hatályú felmondása esetén a felmondás hatályosulásának napján 24 órákor Biztosítottnak tekintendő személyek biztosítási védelme - egyéb megállapodás hiányában - a Bank által utólagra megfizetett biztosítási díj által lefedett időszak (ld. még a 9.7. pontban) utolsó napján 24 óráig áll fenn.

7.3.4. Ha a biztosítási díj módosítása válik szükségessé és arról a Bank és a Biztosított nem tudnak megállapodni, akkor a Biztosított jogosultak a csoportos biztosítási szerződés rendkívüli felmondás útján 90 napos felmondási idővel felmondani. Ilyen esetben (i) a rendkívüli felmondás kézhezvételét követően a csoportos biztosítási szerződéshez újabb ügyfelek nem csatlakozhatnak, (ii) a rendkívüli felmondás kézhezvételéhez Biztosítottnak tekintendő személyek biztosítási védelme a felmondási idő lejárata napján folyamatban lévő 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.

8. § Területi hatály

8.1. Az életbiztosítási kockázat esetében a Biztosított halála a világ bármely országában bekövetkezhet.

8.2. A balesetből eredő, min. 50%-os egészségkárosodás kockázat esetében a biztosítási eseményre vezető baleset, a keresőképtelenségi kockázat esetében a keresőképtelenséget okozó baleset vagy betegség a világ bármely országában bekövetkezhet azzal, hogy a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott biztosítási eseménynek mindkét kockázat esetében Magyarország területén kell bekövetkeznie.

8.3. A munkanélküliségi kockázat alapján a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott biztosítási eseménynek Magyarország területén kell bekövetkeznie.

9. § A díjfizetésre vonatkozó rendelkezések

A biztosítási díjra vonatkozó általános rendelkezések

9.1. A biztosítási díjat, mely a Biztosító kockázatviselésének az ellenértéke, a Bank, mint szerződő fizeti meg a Biztosítóknak a csoportos biztosítási szerződés rendelkezései szerint.

9.2. A biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét a Bank - a Biztosított által a csatlakozási nyilatkozatban tett hozzájárulás alapján - áthárítja a Biztosítottra (a díj áthárításával kapcsolatos részletes rendelkezéseket ld. a 9.10-9.15 pontokban).

9.3. A biztosítás havi díjfizetésű. A Bank minden Biztosított esetében egy teljes havi díjat köteles megfizetni, akkor is, ha a 4.2. pontban felsorolt esetekben az adott Biztosítottra vonatkozóan a biztosítási időszak tartama ténylegesen hosszabb vagy rövidebb, mint egy hónap.

9.4. A Bank díjfizetési kötelezettsége - az alábbi 9.5. pontban szereplő kivétellel - mindaddig fennáll, amíg a Biztosító a Biztosítottra vonatkozóan a kockázatot viseli.

9.5. A Biztosított jogviszony 7.1. pont szerinti - határidőn belül történt - azonnali hatályú felmondása esetén a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időtartamra vonatkozóan nem áll fenn díjfizetési kötelezettség, ha ezen időtartam alatt nem következett be biztosítási esemény.

9.6. A Biztosított csatlakozását követően a biztosítási díj első alkalommal a kockázatviselés kezdetét követő havi törlesztőrészlettel együtt esedékes.

9.7. A Biztosítási díj az adott havi törlesztőrészlet esedékességi időpontjával lezárult, már eltelt biztosítási időszakra vonatkozik.

9.8. A Bank és a Biztosított jogosultak a biztosítási díj kiszámításához alkalmazandó díjtétel (szorzó) mértékének a módosításában is megállapodni, melynek nyomán a Bank által fizetendő havi biztosítási díj (és így a Bank által a Biztosítottra áthárított biztosítási díj) is módosulhat.

9.9. Ha a Bank által a Biztosítottra áthárított havi biztosítási díj emelkedik, a Bank legalább a díjemelés hatályba lépését megelőzően 30 naptári nappal korábban írásban értesíti a díjemelés által érintett Biztosítottakat a díj módosulásáról. Ha a Biztosított a díjemelést nem fogadja el, jogosult a biztosítási jogviszonyát a 7.2. pontban foglaltak szerinti rendes felmondással megszüntetni.

A Bank által megfizetett biztosítási díj áthárításával kapcsolatos rendelkezések

9.10. A Bank által a Biztosítottra áthárított biztosítási díj összege megegyezik a folyósított kölcsönösszeg, mint díjszámítás alap és az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási csomag szerinti díjtétel szorzatával.

9.11. Az áthárított biztosítási díj összege

9.11.1. az „A” biztosítási csomag esetében a folyósított kölcsönösszeg 0,35%-a,

9.11.2. a „B” biztosítási csomag esetében

9.11.2.1. a folyósított kölcsönösszeg 0,2%-a, ha a Biztosított a 66. életéve betöltésének napját megelőző napig csatlakozott a csoportos biztosítási szerződéshez

9.11.2.2. a folyósított kölcsönösszeg 0,55%-a, ha a Biztosított a 66. életéve betöltésének napján vagy azt követően csatlakozott a csoportos biztosítási szerződéshez.

9.12. Az áthárított biztosítási díjat a Biztosított a havi törlesztőrészlet megfizetésével azonos módon köteles megfizetni a Bank részére. Az áthárított biztosítási díj a havi törlesztőrészlettel együtt esedékes, azt a Bank a havi törlesztőrészlettel együtt szedi be a Biztosítottól. A Bank részére megfizetett összegekből az áthárított biztosítási díj a havi törlesztőrészlethez képest elsőbbséget élvez. Ha a Bank részére megfizetett összeg az áthárított biztosítási díj egészét nem (sem) fedezi, az az áthárított biztosítási díj meg nem fizetésének minősül.

9.13. Ha a Biztosított a Bank által áthárított biztosítási díjat az esedékességkor nem fizeti meg a Banknak, akkor a Bank a 15. hátralékos napot követően írásban felszólítja a Biztosítottat az elmaradt összeg megfizetésére. Ha a Biztosított az áthárított biztosítási díjat a Bank által küldött fizetési felszólítás(ok) ellenére az esedékességtől számított 90 nap elteltével sem fizette meg a Banknak, úgy a Bank mint szerződő az esedékességtől számított 90. nap 24 órai hatállyal törli a Biztosítottat a biztosítottak közül.

9.14. Ha a Biztosított kockázatviselése a kölcsönszerződéssel együtt szűnik meg olyan időpontban, amely nem esik egybe az utolsó törlesztőrészlet esedékességével (pl. a kölcsönszerződés felmondása, a Biztosított halála), akkor az utolsó biztosítási időszakra vonatkozóan az áthárított biztosítási díjat a Bank a kölcsönszerződés lezárásakor számolja fel.

10. § Értékkövetés

A Biztosítók értékkövetést nem alkalmaznak.

- 14.3.4. az érintett Biztosító által a 14.4. pontban meghatározott dokumentumok közül azokat vagy azok másolatait, amelyek a jogosultság és a biztosítási esemény megállapításához szükségesek,
- 14.3.5. ha a biztosítási esemény külföldön történik, az idegen nyelven kiállított dokumentumok hitelesített magyar fordítását,
- 14.3.6. haláleset esetén a Biztosított örököse részére teljesítendő szolgáltatás teljesítéséhez be kell nyújtani a jogerős hagyatékadó végzés másolatát.
- 14.4. Az érintett Biztosító a biztosítási szolgáltatás iránti igény alapját képező betegségekre 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 leleteket, háziorvosi- gépi pacienskartont, egészségkárosodást megállapító orvosi bizottság határozatát.
- 14.5. Az egyes biztosítási kockázatokra / szolgáltatásokra vonatkozó különös biztosítási feltételek a fentiek túl további dokumentumok benyújtását írhatják elő.
- 14.6. Abban az esetben, ha az érintett Biztosító által kért dokumentumokat nem, vagy hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetőleg azt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.
- 14.7. Az érintett Biztosító az elbíráláshoz szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül (a haláleset esetén a Biztosított örököse részére teljesítendő szolgáltatást illetően a jogerős hagyatékadó végzés másolatának benyújtását követő 15 napon belül) köteles szolgáltatását teljesíteni.

15. § A Biztosítók mentesülése

15.1. Mindkét Biztosító esetében alkalmazandó mentesülési okok:

- 15.1.1. A közlési kötelezettség megsértése esetében (ideértve a szándékosan valótlan tartalmú csatlakozási nyilatkozat tételét is) az érintett Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a kockázatviselés kezdetekor már ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.
- 15.1.2. Amennyiben az érintett Biztosítónak a biztosítási esemény után tudomására jut, hogy azt bármely olyan körülmény idézte elő, amely a kockázatviselés kezdetekor - szándékosan pontatlan vagy hiányos információk miatt - nem volt előre meghatározható, holott a kockázatvállalás szempontjából lényeges lett volna, a Biztosító jogosult a szolgáltatását megtagadni.
- 15.1.3. A Biztosítók mentesülnek a szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosítási esemény okozati összefüggésben áll a Biztosított - a biztosítás hatálya lépését követően - két éven belül bekövetkező öngyilkossági kísérletével vagy öngyilkosságával, függetlenül attól, hogy azt tudatzavarában követte el.
- 15.2. A CARDIF Biztosító Zrt-re vonatkozó további mentesülési okok:
- 15.2.1. A CARDIF Biztosító Zrt. mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha bizonyítást nyer, hogy a biztosítási eseményt a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő. Súlyosan gondatlan magatartás okozta balesetek, illetve betegségek minősül, ha:
- 15.2.1.1. a biztosítási esemény a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben következett be,
- 15.2.1.2. a biztosítási esemény a Biztosított rendszeres alkoholfogyasztásával összefüggésben következett be, vagy bódító, kábító, vagy más hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztása miatti állapotával összefüggésben, illetve toxikus anyagok szedése miatti függése folytán áll be,
- 15.2.1.3. a baleset idején a Biztosított alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószert vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt, és ez a tény a baleset bekövetkezésében közrehatott,
- 15.2.1.4. a biztosítási esemény a Biztosított jogosítvány, vagy érvényes forgalmi engedély nélküli gépjárművezetése közben következett be, és a Biztosított mindkét esetben más közlekedésszabályt is megszegett,
- 15.2.1.5. a biztosítási eseményt következett be, hogy a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet engedély nélkül végzett,
- 15.2.1.6. a biztosítási esemény a Biztosított munkavégzése során, a munkavédelmi szabályoknak a Biztosított általi súlyos megsértése miatt következett be,
- 15.2.1.7. diagnosztizált betegség esetén a Biztosított az orvosi utasításokat nem tartotta be és ennek következményeként szövődmény, állapotromlás következett be, ami megelőzhető lett volna.
- 15.3. A 15.1 pontban írt esetekben felül a CARDIF Életbiztosító Zrt. mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben hal meg.

16. § Kizárások

Mindkét Biztosító esetében alkalmazandó kizárások:

- 16.1. A Biztosítók kockázata nem terjed ki arra az esetre, ha a bekövetkezett biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll:
- 16.1.1. harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel (jelen feltételek szempontjából harci cselekménynek minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, határviellövés, felkelés, forradalom, zendülés, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskíséret, 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),
- 16.1.2. állam elleni bűncselekményekkel, felkelésekkel, vagy zavargásokkal (a feltétel szerint állam elleni bűncselekmény az, amit a Büntető Törvénykönyv annak minősít: különösen lázadás, kémkedés, rombolás), kivéve a bejelentett tüntetéseket,
- 16.1.3. atomkárokkal (nukleáris hasadás, nukleáris reakció, fúzió, radioaktív-, ionizáló- illetve lézersugárzás és valamint ezek szennyezés, kivéve az orvosiilag előírt terápiás célú sugárkezelést),
- 16.1.4. fegyver, robbanószer, vegyi vagy gyúlékony anyagok használatával (kivéve rendőrk esetében).
- 16.2. A Biztosítók kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amelyek közvetlenül vagy közvetve összefüggésben állnak a Biztosítottnak az alábbiakban meghatározott veszélyes sporttevékenységével:
- 16.2.1. búvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá, féltrekes és nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hydrospeed, canyoning, surf,
- 16.2.2. hegymászás és sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlangi expedíció, bungee jumping (mélybeugrás),
- 16.2.3. autó- motor sportok (pl. auto-crash (roncsautó) sport, gokart sport, moto-cross sport, motorcsónak sport, motor-kerékpár sport, rally, ügyességi versenyek gépkocsival, versenyzés gépkocsival, quad), vagy ilyen versenyekre való felkészülés,

- 16.2.4. privát-/sportrepülés/repülősportok (pl. paplanrepülés, léghajózás, siklóernyős repülés, motoros vitorlázó repülés, siklórepülés, sárkány és ultrakönnyű repülés, hőlégballonozás, ejtőernyős ugrás, vitorlázó repülés, műrepülés), bázisugrás,
- 16.2.5. állat közreműködésével végzett sporttevékenységek (pl. lovaglás, lovaspólya, díjlovaglás, fogathajtás).
- 16.3. A Biztosítók kockázatviselése nem terjed ki továbbá azokra a biztosítási eseményekre, amelyek a Biztosított hivatásszerű sporttevékenysége közben következtek be. Hivatásszerű sporttevékenységnek minősül, ha a Biztosított sportszervezettől (szakszövetséggel) létesített munkaviszony, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony vagy sportszerződés keretében végez sporttevékenységet.
- 16.4. A Biztosítók nem viselik a kockázatot, ha a Biztosított halála, balesete vagy betegsége utasként nem a szervezett légi forgalom keretében végrehajtott légi úton való részvétel, hanem egyéb (akár motoros, akár motor nélküli) repülés következménye.
- 16.5. A Biztosítók kockázatviselése a csatlakozást követő első két évben bekövetkezett biztosítási események vonatkozásában nem terjed ki a kockázatviselés kezdete előtt meglévő betegséggel, kóros állapottal vagy a veleszületett rendellenességekkel (együttesen: meglévő betegség) és azok következményeivel okozati összefüggésben álló eseményekre abban az esetben, ha a kockázatviselés kezdetekor a meglévő betegségről a Biztosított tudomással bírt.
- 16.6. A Biztosítók nem viselik a kockázatot, ha a Biztosított járművezetése közben alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószert vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt, és ez a tény a baleset bekövetkezésében közrehatott. Alkoholos állapotnak tekintendő a 2,5 ezreléket meghaladó, gépjárművezetés közben a 0 ezreléket meghaladó véralkohol-koncentráció.
- 16.7. A Biztosítók nem viselik a kockázatot, ha a biztosítási esemény összefüggésben áll a Biztosított nem orvosi javallatra, vagy nem az előírt adagolásban történő gyógyszer szedésével.
- 16.8. A Biztosítók nem viselik a kockázatot, ha a biztosítási esemény összefüggésben áll a Biztosított súlyosan ittas állapotával, bódító, kábító vagy hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztásával.

A CARDIF Biztosító Zrt. esetében alkalmazandó további kizárások:

- 16.9. A kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett baleset vagy betegség miatt bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrészek és szervek illetve e sérülések későbbi következményei a biztosításból ki vannak zárva.
- 16.10. A Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezésekor köteles indokolatlan késedelem nélkül orvosi ellátást igénybe venni, valamint a kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatni. A CARDIF Biztosító Zrt. jogosult a szolgáltatást részben vagy egészen megtagadni, amennyiben a Biztosított e kötelezettségének nem tett eleget.
- 16.11. A CARDIF Biztosító Zrt. kockázatviselése nem terjed ki az olyan szubjektív panaszokra épülő betegségekre, amelyek objektív orvosi módszerekkel nem igazolhatók (például migrén, vagy a gerinc egyes degeneratív betegségei (polidiszkopátia) és azok közvetett vagy közvetlen következményei, stb.)

17. § A panaszok bejelentése, jogorvoslati fórumok

- 17.1. A csoportos biztosítási szerződéssel kapcsolatban felmerülő panaszokat szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, formanyomtatványon, faxon) az érintett Biztosítónál lehet bejelenteni az alábbi elérhetőségeken:
- CARDIF Életbiztosító Zrt. (haláleseti szolgáltatás esetén)
 - CARDIF Biztosító Zrt. (egyéb biztosítási szolgáltatások esetén)
- Cím: 1033 Budapest, Kórház u. 6-12.,
Tel: 06-1-501-2345
Fax: 06-1-501-2301
e-mail: ugyfelszolgalat@cardif.hu
- 17.2. A Biztosító a szóbeli panaszt azonnal megvizsgálja (kivéve, ha annak azonnali kivizsgálása nem lehetséges), és szükség szerint orvosolja. Ha a szóbeli panasz azonnali kivizsgálása nem lehetséges, vagy a panaszos a szóbeli a panasz kezelésével nem ért egyet, a Biztosító a panaszról és az azzal kapcsolatos álláspontjáról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolatát példányt (1) a személyesen közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek átadja, (2) telefonon közölt szóbeli panasz esetén a panasz közlését követő 30 napon belül küldi meg a panasz kivizsgálásáról szóló, indoklással ellátott álláspontjával egyidejűleg.
- 17.3. A Biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indoklással ellátott álláspontját a panasz közlését követő harminc napon belül megküldi az ügyfélnek. A Biztosító a panaszkezelés során köteles úgy eljárni, hogy a körülmények által adott lehetőségekhez mérten elkerülje a pénzügyi fogyasztói jogvita kialakulását.
- 17.4. A Biztosítók felügyeleti szerve:
Magyar Nemzeti Bank
1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
- 17.5. A panasz megoldásának sikertelensége esetén a panaszos az alábbi lehetőségek közül választhat:
- 17.5.1. Jogszabálysértés, így különösen a Magyar Nemzeti Bankról szóló törvény szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Magyar Nemzeti Banknál fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet
Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ 1013 Budapest, Krisztina körút 39. (Levélcím: H-1534 Budapest BKKP Pf.:777.)
Telefon: (36-80) 203-776, Fax: (36-1) 489-9102, E-mail: ugyfelszolgalat@mnbb.hu
A fogyasztóvédelmi eljárás kezdeményezéséhez szükséges formanyomtatvány megtalálható:
- a Biztosítók honlapján (www.bnpparibascardif.hu) a „panaszkezelés menüpont alatt, valamint a Biztosító ügyfélszolgálatán (elérhetőségét ld. a 17.1. pontban), továbbá ugyanitt a formanyomtatvány térítésmentes megküldése is igényelhető
 - a MNB honlapján (<https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem/penzugyi-panasz>)
- A fogyasztóvédelmi eljárás kezdeményezhető továbbá a formanyomtatvány elektronikus ügyintézés keretében (az Ügyfélkapun keresztül) történő benyújtásával is.
- Fogyasztóvédelmi eljárás kezdeményezése abban az esetben van lehetséges, ha azt megelőzően a Biztosítóhoz panaszt nyújtott be és (i) a panaszra nem kapott választ, vagy (ii) a panasz kivizsgálása nem a vonatkozó jogszabályokban előírtak szerint történt, vagy (iii) a kapott válaszból egyéb, a vonatkozó jogszabályokban előírt fogyasztói jogot sértő körülményt vélelmez.**

Bővebben a <https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem> honlapon kaphat tájékoztatást.

- 17.5.2. A biztosítási jogviszony létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén
- 17.5.2.1. bírósághoz fordulhat, vagy
- 17.5.2.2. a Pénzügyi Békéltető Testület (PBT) (Cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., Levélcím: H-1525 Budapest BKKP Pf.: 172., Ügyfélszolgálat címe: 1013. Budapest, Krisztina krt. 39., Telefon: (36-80) 203-776, E-mail: ugyfelszolgalat@mnbb.hu) eljárását kezdeményezheti
- Elektronikus formában az Ügyfélkapun keresztül, vagy
 - Írásban (postai úton - levelezési cím: H-1525 Budapest Pf.: 172.) vagy személyesen (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.)

A PBT eljárásának kezdeményezésére abban az esetben van lehetőség, ha a Biztosítóhoz panaszt nyújtott be és annak során a jogvitát nem sikerült megoldani.

A PBT eljárásának kezdeményezéséhez szükséges formanyomtatvány megtalálható:

- a Biztosító honlapján (www.bnpparibascardif.hu) a „panaszkezelés menüpont alatt, valamint a Biztosító ügyfélszolgálatán (elérhetőségét ld. a 17.1. pontban), továbbá ugyanitt a formanyomtatvány térítésmentes megküldése is igényelhető
- az MNB honlapján (<https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem/penzugyi-panasz>), valamint a PBT oldalalon (<https://www.mnb.hu/bekeltetes/kerelem-es-egyeb-nyomtatvanyok/kerelem-nyomtatvany>)

18. § Egyéb rendelkezések

- 18.1. A Biztosítók a hozzájuk eljuttatott adatokat, bejelentéseket és jognyilatkozatokat (ide nem értve a szóbeli csatlakozási nyilatkozatot, valamint a személyesen vagy telefonon bejelentett panaszokat) csak akkor kötelesek hatályosnak tekinteni, ha azokat írásban vagy elektronikus formában juttatták el hozzájuk.
- 18.2. **A biztosításból eredő igények az igény alapjául szolgáló esemény bekövetkezésének időpontjától számított 2 év elteltével elújíthatók.**
- 18.3. Az itt nem szabályozott kérdésekben a Ptk. rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

ADATVÉDELMI TÁJÉKOZTATÓ

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

A személyes adatok kezelése

1. A biztosítók adatkezelési nyilvántartási száma:
 - 1.1 CARDIF Életbiztosító Zrt.: NAIH-56812/2012
 - 1.2 CARDIF Biztosító Zrt.: NAIH-56517/2012
2. Személyes adat egy meghatározott természetes személlyel (érintettel) kapcsolatba hozható adat - különösen az érintett neve, azonosító jele, valamint egy vagy több fizikai, fiziológiai, mentális, gazdasági, kulturális vagy szociális azonosságára jellemző ismeret -, valamint az adatból levonható, az érintettre vonatkozó következtetés. A Biztosítóval közölt személyes adat biztosítási titoknak minősül.
3. Különleges adat: A Biztosított az egészségi állapotára, a kóros szenvedélyére vonatkozó, illetve bűnügyi nyilvántartására vonatkozó személyes adat.
4. A Biztosító kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti:
 - 4.1. az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvényben (a továbbiakban: Eüak.) meghatározott, az ügyfél egészségi állapotával összefüggő egészségügyi adatokat az Eüak. rendelkezései szerint,
 - 4.2. az információs szabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (a továbbiakban: Infotv.) szerinti különleges adatnak minősülő személyes adatot.
5. Személyes adat kezelhető akkor is, ha az érintett hozzájárulásának beszerzése lehetetlen vagy aránytalan költséggel járna, és a személyes adat kezelése (i) az adatkezelőre vonatkozó jogi kötelezettség teljesítése céljából szükséges, vagy (ii) az adatkezelő vagy harmadik személy jogos érdekének érvényesítése céljából szükséges, és ezen érdek érvényesítése a személyes adatok védelméhez fűződő jog korlátozásával arányban áll.
6. Írásbeli csatlakozás esetén a Biztosított az általa tett csatlakozási nyilatkozatban írásban, szóbeli csatlakozás esetén a szóbeli csatlakozási nyilatkozatban szóban, valamint a szolgáltatási igénybejelentő nyomtatványon írásban a hozzájárulását adja ahhoz, hogy a Biztosítók a Biztosított személyes adatait, valamint a Biztosítottra vonatkozó biztosítási jogviszony létrejöttével, nyilvántartásával, továbbá a biztosítási szolgáltatással összefüggő egyéb adatait kezeljék.
7. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés létrejöttéhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges cél lehet.
8. A Biztosító az érintett személyes (és különleges) adatait a 20-29. pontokban részletezett módon adhatja ki harmadik személynek vagy szervezetnek.
9. A Biztosító az Infotv. szerinti nyilvántartást vezet a személyes adatok továbbításáról. Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított öt év elteltével, a 3. pontban meghatározott adatok továbbítása esetén húsz év elteltével törli a Biztosító.
10. A Biztosító a személyes adatokat:
 - 10.1. létrejött biztosítási szerződés esetén a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető,
 - 10.2. létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatban addig kezelheti, ameddig a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.
11. A biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.
12. Az érintett kérelmezheti az adatkezelőnél
 - 12.1. tájékoztatását személyes adatai kezeléséről,
 - 12.2. személyes adatainak helyesbítését, valamint
 - 12.3. személyes adatainak - a kötelező adatkezelés kivételével - törlését vagy zárolását.
13. Az ügyfél kérésére a Biztosító köteles az általa vezetett nyilvántartásokban tárolt saját adatairól tájékoztatást adni és az ügyfél által kezdeményezett változásokat adatbázisán átvezetni.
14. 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, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.
15. 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 Információs szabadság 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. Ha az adatkezelő az érintett adatainak jogellenes kezelésével vagy az adatbiztonság követelményeinek megszegésével az érintett személyiségi jogát megsérti, az érintett az adatkezelőtől sérelemdíjat követelhet.

A biztosítási titok

16. Biztosítási titok minden olyan - minősített adatot nem tartalmazó -, a Biztosító és a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a biztosító és a biztosításközvetítő egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a Biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.
17. A Biztosító a biztosításközvetítő ügyfeleinek azon adatait jogosult kezelni, amelyek a biztosított jogviszony létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosított jogviszony létrejöttéhez, módosításához, állományban tartásához, a Csoportos Biztosítási Szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges cél lehet.

18. Az adatkezelés jogalapja a Biztosított hozzájárulása. A csatlakozási nyilatkozat aláírásával a Biztosított felreérthetetlen beleegyezését adja az adatkezeléshez.
19. 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.
20. Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha
 - 20.1. a Biztosító, a biztosításközvetítő ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkörön pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
 - 20.2. a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvényben (a továbbiakban: Bit.) meghatározott esetekben a titoktartási kötelezettség nem áll fenn,
 - 20.3. a biztosítási titok a Biztosító által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója a tanúsítási eljárás lefolytatása keretében ismeri meg. A tanúsító szervezet és alvállalkozója a tanúsítási eljárás lefolytatásához szükséges adatokat - ideértve a személyes adatokat és üzleti titkokat is - a tanúsítással igazolandó követelmények teljesülésének vizsgálata céljából a tanúsítási eljárás lefolytatásához szükséges mértékben, a tanúsítási eljárás befejezéséig jogosult kezelni, azokat harmadik személy részére nem továbbíthatja.
21. A Bit. alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn egyebek között az alábbi hatóságokkal, illetve szervezetekkel szemben (a részletes rendelkezéseket a Bit. 138.§-a tartalmazza):
 - 21.1. feladatkorében eljáró felügyelet, azaz a Magyar Nemzeti Bank (továbbiakban: MNB),
 - 21.2. nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatóság és ügyészség,
 - 21.3. büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási határozatok bírósági felülvizsgálata során eljáró bíróság, a bíróság által kirendelt szakértő, végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtó, a csődeljárásban eljáró vagyonfelügyelő,
 - 21.4. a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyonfelügyelő, rendkívüli vagyonfelügyelő, felszámoló,
 - 21.5. a természetes személyek adósságrendeziési eljárásában eljáró főhitelező, Családi Csődvédelmi Szolgálat, családi vagyonfelügyelő és bíróság,
 - 21.7. a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző, továbbá általa kirendelt szakértő,
 - 21.8. adóhatóság, amennyiben adóügyben, az adóhatóság felhívására a Biztosított (i) törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, vagy (ii) ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről külön törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli,
 - 21.9. feladatkorében eljáró nemzetbiztonsági szolgálat,
 - 21.10. feladatkorében eljáró Gazdasági Versenyhivatal,
 - 21.11. a feladatkorében eljáró gáymhatóság,
 - 21.12. az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108.§-a (2) bekezdésében foglalt egészségügyi államigazgatási szerv,
 - 21.13. a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkoszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szerv,
 - 21.14. a viszontbiztosító, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítók,
 - 21.15. állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében - az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint - az átvevő biztosító,
 - 21.16. a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végző (a Biztosítókhoz kiszervezett tevékenységet végző szervezetek listája a Biztosító honlapján, a www.bnpparibascardif.hu oldalon tekinthető meg),
 - 21.17. a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgáló,
 - 21.18. a feladatkorében eljáró alapvető jogok biztosa,
 - 21.19. a feladatkorében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információs szabadság Hatóság,
 - 21.20. a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatóság.
- A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a fentiekben meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.
22. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. törvényben meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkeres célját.
23. A Biztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az ügyészség, továbbá az ügyész jóváhagyásával a nyomozó hatóság írásbeli megkeresésére esetén akkor is köteles haladéktalanul, írásban tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet - a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövegségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel, - a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény (a továbbiakban: Btk.) szerinti kábítószerek-kereskedelemmel, kábítószerek birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószerek készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövegségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.
24. A Biztosító az ügyfelet nem tájékoztathatja a nyomozó hatóság és ügyészség, a nemzetbiztonsági szolgálat, valamint a külön törvényben meghatározott feltételek esetén a titkoszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szerv részére történő adattovábbításról.
25. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn:
 - 25.1. abban az esetben, ha a Biztosító az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget,
 - 25.2. ha
 - 25.2.1. a magyar bűnüldöző szerv - nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából - írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot,
 - 25.2.2. a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvényben meghatározott feladatkorében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot.
26. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét:
 - 26.1. az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
 - 26.2. a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
 - 26.3. a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás,

- 26.4. ha a Biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a Magyarország Kormány és az Amerikai Egyesült Államok Kormány között a nemzetközi adóügyi meg-
felelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás
kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló
2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA-törvény) alapján az adó- és egyéb
közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabálya-
iról szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B-43/C. §-ában foglalt
kötelezettség teljesítésében merül ki,
- 26.5. ha a Biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás az Aktv. 43/H. §-ában
foglalt kötelezettség, valamint a FATCA-törvény alapján az Aktv. 43/B. és 43/C. §-ában
foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.
- 26.6. a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati
jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.

A fenti 26.1-26.3. pontokban meghatározott adatok átadását a Biztosító a biztosítási titok védel-
mére hivatkozva nem tagadhatja meg.

27. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz, vi-
szontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adattöredékező szervezethez történő adattovábbít-
ás abban az esetben:
- 27.1. ha a Biztosító ügyfele (a továbbiakban: adata) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
- 27.2. ha – a Biztosított hozzájárulásának hiányában - az adattovábbításnak törvényben meg-
határozott adatköre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban a személyes
adatok védelmének megfelelő szintje az Infotv. 8. § (2) bekezdésében meghatározott
bármely módon biztosított.
28. A Biztosító, valamint tulajdonosa, a Biztosítóban részesedést szerezni kívánó személy, a vezető
állású személy, egyéb vezető, valamint a biztosító és a viszontbiztosító alkalmazottja, megbí-
zottja a működésével kapcsolatban a tudomására jutott biztosítási titkoknak is minősülő üzleti
titkot köteles időbeli korlátozás nélkül megőrizni, azt harmadik személynek nem adhatja át.
29. A Biztosító kötelezettséget vállal arra, hogy megfelelő technikai adatvédelemmel, nyilvántartás-
sal rendelkezik, amely megvalósítja a biztosítási titok védelmét.

A veszélyközösség védelme céljából történő adatátadás

30. A Biztosító – a veszélyközösség érdekeinek megóvása érdekében – a jogszabályban, vagy a
szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatás jogszabályoknak és
szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések
megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz. A Biztosító a más bizto-
sító által hozzá intézett, a fentiek szerinti megkeresés esetén a megkeresésben szereplő hatá-
ridőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles
átadni a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkereső biztosítónak.
31. A megkeresés illetve az adatátadás az alábbi adatokra vonatkozik:
- 31.1. baleseti-, betegség- vagy életbiztosítási kockázatok (pl. keresőképtelenségi, rokkant-
sági, haláleseti szolgáltatás) vonatkozásában a szerződés teljesítésével kapcsolato-
san: **(1)** a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személy adatai; **(2)** a biztosítandó
vagy a biztosított személy adatfelvételkor, a szerződéses kockázattal
kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatok; **(3)** az **(1)** pontban meghatározott
személyt érintő korábbi – a baleset-, betegség- vagy életbiztosítási ágazathoz tartozó
szerződéssel kapcsolatos - biztosítási eseményekre vonatkozó adatok; **(4)** a megke-
retett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat
felméréséhez szükséges adatok; és **(5)** a megkeresett biztosítónál megkötött szerző-
dés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatok.
- 31.2. munkanélküliségi kockázat vonatkozásában a szerződés teljesítésével kapcsolatosan:
(1) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett azonosító adatai; **(2)** a biztosítandó
vagy a biztosított követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatok;
(3) az **(2)** pontban meghatározott követeléseket vagy vagyoni jogokat érintően bekö-
vetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatok; **(4)** a megkeresett biztosítónál
megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez
szükséges adatok; és **(5)** a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján tel-
jesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatok.
32. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének.
33. A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvettelt
követő 90 napig kezelheti. Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomásá-
ra jutott adat a biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, e 90 napos időtar-
tam meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig.
34. Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító
jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban
az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a meg-
ismerést követő egy évig kezelhető.
35. A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat a biztosított érdeke nem
vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal a 30. pontban meghatározot-
tól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.
36. A megkereső biztosító az általa tett megkeresésről, az abban szereplő adatokról, továbbá a
megkeresés teljesítéséről az érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesí-
ti, továbbá az ügyfél kérelmére az Infotv-ben szabályozott módon tájékoztatja.

Különös Biztosítási Feltételek

Életbiztosítási kockázat

A **CARDIF Életbiztosító Zrt.** (a továbbiakban: Biztosító) a csoportos biztosítási szerződés alapján díj
ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése
esetén a 2.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja. Jelen különös feltételekben foglaltak a CARDIF Élet-
biztosító Zrt. és a CARDIF Biztosító Zrt. vonatkozó Általános Biztosítási Feltételeivel együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

E feltételek szempontjából biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés időszakán belül bármely
- ki nem zart - okból bekövetkezett halála. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a halál napja.

2. § A Biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosítási esemény bekövetkezésekor a Biztosító a jelen feltételekben, valamint a vonat-
kozó csoportos biztosítási szerződésben meghatározott feltételekkel megtéríti **(1)** a Biztosított
kölcsonnszerződéséhez kapcsolódóan a Bank által vezetett egyedi hitelszámlára a kölcsonnszer-
ződés alapján folyósított kölcsönösszegből a halálozás napján fennálló tartozás összegét, **(2)** a
Biztosított örököse által megadott bankszámlára pedig a folyósított kölcsönösszeg és a halálo-
zás napján fennálló kölcsöntartozás közötti különbözet összegét.
- 2.2. Ha a jogerős hagyatékátadó végzés több örököszt nevesít, a Biztosító a folyósított kölcsönöss-
zeg és a halálozás napján fennálló kölcsöntartozás közötti különbözet összegét az örökösök
között fejenként egyenlő arányban megosztja és az egyes örökösök részére járó összeget utal-
ja az általuk megadott bankszámlaszámra.

3. § A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 3.1. A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához - az Általános Biztosítási Feltételekben
foglaltakon túl - a következő dokumentumokat kéri:
- 3.1.1. halotti anyakönyvi kivonat és a halottvizsgálati bizonyítvány másolata,
- 3.1.2. boncolási jegyzőkönyv (ha készült) másolata.

Különös Biztosítási Feltételek

Balesetből eredő, min. 50%-os egészségkárosodás kockázat

A **CARDIF Biztosító Zrt.** (a továbbiakban: Biztosító) a csoportos biztosítási szerződés alapján díj ellené-
ben arra vállal kötelezettséget, hogy az 1. §-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése ese-
tén a 2.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja. Jelen különös feltételekben foglaltak a CARDIF Élet-
biztosító Zrt. és a CARDIF Biztosító Zrt. vonatkozó Általános Biztosítási Feltételeivel együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

- 1.1. E feltételek szempontjából biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés időszakán
belül bekövetkezett balesetből eredő olyan testi fogyatkozása, melynek következtében
- 1.1.1. egyéb októl függetlenül a Biztosított legalább 50%-os egészségkárosodását (rokkant-
ságot) állapítja meg jogerős határozatában a magyar szakigazgatási szerv, vagy
- 1.1.2. ha a Biztosított rendszeres pénzellátásban (pl. nyugdíj) részesül és emiatt a fenti 1.1.1.
pont szerinti esemény bekövetkezése nem lehetséges, az alábbi 3.2. pontban szereplő
rokkantsági tábla alkalmazásával a Biztosított 50%-ot meghaladó mértékű egészség-
károsodását állapítja meg a Biztosító orvosa.
- 1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja **(1)** a fenti 1.1.1. pont szerinti esetben az a
nap, amelyen a szakigazgatási szerv a legalább 50%-os egészségkárosodás miatti rokkantsá-
got megállapító jogerős határozatát meghozta, **(2)** a fenti 1.1.2. pont szerinti esetben a baleset
napja.

2. § A Biztosító szolgáltatása

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a jelen feltételekben, valamint a vonatko-
zó csoportos biztosítási szerződésben meghatározott feltételekkel megtéríti **(1)** a Biztosított kölcsön-
szerződéséhez kapcsolódóan a Bank által vezetett egyedi hitelszámlára a kölcsonnszerződés alapján
folyósított kölcsönösszegből a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában (ld. a fenti 1.2.
pontban) fennálló tartozás összegét, **(2)**, a Biztosított által megadott bankszámlára pedig a folyósított
kölcsönösszeg és a fennálló kölcsöntartozás közötti különbözet összegét.

3. § A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 3.1. A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához - az Általános Biztosítási Feltételek-
ben foglaltakon túl - a következő dokumentumokat kéri:
- 3.1.1. az egészségkárosodás mértékét megállapító szakhatósági állásfoglalás / szakvélemény másolata,
- 3.1.2. a rokkantságot és a rokkantsági ellátást megállapító jogerős határozatot,
- 3.1.3. az egészségkárosodás megállapítására jogosult szerv által rendszeresített nyomtat-
ványok, jogerős határozatok, és egyéb orvosi indoklások dokumentációinak hiteles
másolatait.
- 3.2. Ha a fenti 1.1.1. pont szerinti biztosítási esemény esetében a Biztosított egészségkáro-
sodását az erre feljogosított szakigazgatási szerv a Biztosítottra vonatkozó szakhatósági
állásfoglalás / szakvélemény alapján nem csupán az elszenvedett baleset következmé-
nyének alapul vételével, hanem egyéb ok(ok)ra is tekintettel állapította meg (pl. korábbi
állapot, vagy össz-szervezeti okok figyelembe vétele), akkor a Biztosító orvosa jogosult
arra, hogy az egészségkárosodásnak az elszenvedett balesetből eredő mértékét a erre
feljogosított szakigazgatási szerv által megállapított szakhatósági állásfoglalásban /
szakvéleményben megállapított mértéktől eltérő mértékben állapítsa meg.
Ilyen esetben, valamint a fenti 1.1.2. pont szerinti biztosítási esemény esetében a Biztosí-
tó orvosa a balesetből eredő egészségkárosodás mértékét az alábbiakban megállapított
%-os mértékek alapul vételével határozza meg:

Egy kar vállizülettel való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egy kar könyökizület fölött való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
Egyik kar könyökizület alatt történt teljes elvesztése vagy egyik kéz teljes elveszté- se, 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 működéskép- telensége	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 szaglólórzék teljes elvesztése	10%
Az izlelőképesség teljes elvesztése	5%

- 3.3. Ha a balesetből eredő egészségkárosodás mértéke a 3.2. pontban szereplő 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.

4. § Kizárások

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az egészségkárosodás megállapítására vonatkozó
kérelem benyújtása után felvett kölcsönökre.

5. § Fogalom meghatározások

Jelen feltételek szempontjából balesetnek minősül a Biztosított akaratától függetlenül hirtelen fellépő
olyan külső behatás, amely a kockázatviselés tartama alatt, de legkésőbb a balesetet követő egy éven
belül a Biztosított egészségkárosodását idézi elő.

Különös Biztosítási Feltételek

Keresőképtelenségi kockázat

A **CARDIF Biztosító Zrt.** (továbbiakban: Biztosító) a csoportos biztosítási szerződés alapján díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 2.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja. Jelen különös feltételekben foglaltak a CARDIF Életbiztosító Zrt. és a CARDIF Biztosító Zrt. vonatkozó Általános Biztosítási Feltételeivel együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

- 1.1. E feltételek szempontjából **biztosítási esemény a Biztosítottnak** a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, betegségből vagy balesetből eredő **60 napot meghaladó folyamatos betegállománya** (továbbiakban: keresőképtelenség).
- 1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a keresőképtelenség 61. napja.
- 1.3. **E különös biztosítási feltételek szerint kizárólag a kockázatviselés tartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett baleset vagy betegség következményei minősülnek biztosítási eseménnyek.**

2. § A Biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító megfizeti a biztosítási esemény bekövetkezése napján esedékes vagy az azt követően esedékessé váló törlesztőrészlet összegét (meghatározásd ld. az 5.4 pontban) **(1)** a Bank által a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett egyedi hitelszámlára, valamint **(2)** ugyanakkora összeget a Biztosított által megadott bankszámlára, továbbá **(3)** megfizeti a Bank részére az adott hónapokra vonatkozóan a Bank által áthárított biztosítási díj (ld. az Általános Biztosítási Feltételek 9.10-9.12. pontjait) összegét.
- 2.2. **A Biztosító a 2.1. pont szerinti szolgáltatást (i) a keresőképtelenség megszűnéséig, vagy (ii) a kockázatviselés megszűnésének időpontjáig, (iii) de - egy biztosítási esemény kapcsán - legfeljebb 6 egymást követő hónapig fizeti, attól függően, hogy ezen időpontok közül melyik következik be a leghamarabb.**
- 2.3. Ha a biztosítási szolgáltatás megszűnését követő 60 napon belül a Biztosított a korábbi biztosítási esemény kiváltó ok miatt újból keresőképtelenné válik, akkor az ilyen keresőképtelenséget a Biztosító az előző biztosítási esemény folytatásaként tekinti és a keresőképtelenség bekövetkezése után azonnal szolgáltat.
- 2.4. **A biztosítás tartama alatt összesen kifizetett 24 havi szolgáltatást követően a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége megszűnik.**

3. § A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 3.1. A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához - az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl - a következő dokumentumokat kéri:
 - 3.1.1. az „Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről” elnevezésű nyomtatvány másolatát,
 - 3.1.2. a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által kiállított olyan igazolás vagy egyéb dokumentum másolatát, amely tartalmazza a keresőképtelen állapotban tartás alapjául szolgáló betegség(ek) vagy állapot(ok) megnevezését vagy BNO kódját,
 - 3.1.3. az „Orvosi igazolás a folyamatos keresőképtelenségről” elnevezésű nyomtatvány másolatát.
- 3.2. Az első szolgáltatást a Biztosító akkor teljesíti, ha a Biztosított igazolta, hogy több mint 60 napja folyamatosan keresőképtelen állományban van. A teljesítéshez a 3.1.3. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a keresőképtelenség 61. napján vagy azt követően állítottak ki.
- 3.3. Az első szolgáltatást követő további szolgáltatáshoz (ha az jár) a 3.1.3. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a Biztosító által legutóbb megfizetett havi törlesztőrészletet követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességi napját legfeljebb 10 nappal megelőzően állítottak ki.
- 3.4. További szolgáltatást (ha az jár) a Biztosító abban az esetben nyújt, ha a Biztosított igazolja, hogy keresőképtelensége a Biztosító által legutóbb megfizetett havi törlesztőrészlet esedékességét követő legközelebbi havi törlesztőrészlet esedékességének időpontjában is folyamatosan fennáll. A teljesítéshez a 3.1.3. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet annak a havi törlesztőrészletnek az esedékességi napján vagy azt követően állítottak ki, amelynek a megfizetését a Biztosított a Biztosítótól kéri.
- 3.5. **Ha a Biztosító által teljesített szolgáltatást követően a Biztosított a keresőképtelenségének további fennállását a 3.4 pont szerint nem igazolja, a Biztosító kötelezettségét teljesítettnek, és a szolgáltatást befejezettek tekinti. A Biztosító visszamenőleges hatállyal teljesíti a szolgáltatást, amennyiben a Biztosított pótolja az igazolást. A késedelem miatt felmerült kamatot, egyéb költséget a Biztosító nem fizet.**

4. § Kizárások

- 4.1. **A Biztosító kockázatviselése - az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl - nem terjed ki:**
 - 4.1.1. aszténiával, depresszióval és nem baleseti eredetű más mentális rendellenességekkel kapcsolatos keresőképtelenségre,
 - 4.1.2. nem balesetből eredő (pl.: poszttraumatikus stressz szindróma) pszichiatríai vagy pszichológiai kezeléssel kapcsolatos keresőképtelenségre,
 - 4.1.3. detoxikációval, alvasterápiával kapcsolatos keresőképtelenségre,
 - 4.1.4. geriatríai vagy gerontológiai kezeléssel kapcsolatos keresőképtelenségre,
 - 4.1.5. rehabilitációval, utógondozással kapcsolatos keresőképtelenségre,
 - 4.1.6. gyógygyógyógójával, logopédiával kapcsolatos keresőképtelenségre,
 - 4.1.7. gyógytornával, fizio- és fizioterápiával, masszázssal, fürdőkúrával, fogyókúrával kapcsolatos keresőképtelenségre,
 - 4.1.8. orvosilag nem indokolt, a Biztosított által kezdeményezett beavatkozásokkal (például kozmetikai, plasztikai beavatkozások) kapcsolatos keresőképtelenségre,
 - 4.1.9. anyasággal összefüggő keresőképtelenségre (kivéve a balesetből eredő keresőképtelenséget), mint:
 - 4.1.9.1. terhesség és szülés miatti keresőképtelenség,
 - 4.1.9.2. gyermekápolási táppénz,
 - 4.1.9.3. GYES-en, GYED-en lévő Biztosított keresőképtelensége (kivéve, ha a Biztosított a GYES vagy GYED mellett kereső tevékenységet folytat - ha ez a vonatkozó jogszabályok alapján számára megengedett - és e kereső tevékenység folytatása során válik keresőképtelenné),
 - 4.1.10. olyan keresőképtelenségre, amely alatt a Biztosított jövedelemszerző tevékenységet folytat,
 - 4.1.11. olyan keresőképtelenségre, amely nem a Biztosított egészségi állapota miatt következett be,
 - 4.1.12. a keresőképtelenség időtartama alatt történt belépés esetén arra a keresőképtelenségre, amelynek tartama alatt a Biztosított a csatlakozási nyilatkozatot tette,
 - 4.1.13. a kölcsönszerződés felmondása után bekövetkező keresőképtelenségre.
- 4.2. Amennyiben Magyarország bevezeti a sorkatonaság intézményt, vagy más, ezzel egyenértékű honvédelmi kötelezettséget, úgy a Biztosító a Biztosított ezen kötelezettség-teljesítése alatt fennálló keresőképtelenséget nem tekinti biztosítási eseménnyek, és ilyen címen szolgáltatást sem teljesít.

5. § Fogalom meghatározások

- 5.1. Jelen feltételek szempontjából **balesetnek** minősül a Biztosított akaratától függetlenül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amely a kockázatviselés tartama alatt, de legkésőbb a balesetet követő egy éven belül a Biztosított időleges keresőképtelenségét idézi elő.
- 5.2. Jelen feltétel szempontjából **kórháznak** minősül a magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.
- 5.3. Jelen feltétel szempontjából **keresőképtelen** az, aki betegsége miatt munkáját nem tudja ellátni, aki fekvőbeteg-gyógyintézet ellátásban betegségének megállapítása vagy gyógykezelése miatt részese, illetve az a személy, akit közegészségügyi okokból foglalkozásától eltiltanak és más beosztást nem kap, vagy akit közegészségügyi okokból hatóságilag elkülönítenek, továbbá aki járványügyi-, illetőleg állategészségügyi zárlat miatt munkahelyén megjelenni nem tud és más munkahelyen (munkakörben) átmenetileg sem foglalkoztatható, és a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által igazoltan, saját jogon keresőképtelen állományban van.
- 5.4. Jelen feltétel szempontjából a **havi törlesztőrészlet** a kölcsönszerződés keretében a Biztosított által felvett kölcsön visszafizetésére irányuló rendszeres - a Bank által kimutatott - havi törlesztés, amely tartalmazza a tőke, a kamat, kamatjellegű jutalék és egyéb kezelési költségek részleteit.

Különös Biztosítási Feltételek

Munkanélküliségi kockázat

A **CARDIF Biztosító Zrt.** (továbbiakban: Biztosító) a csoportos biztosítási szerződés alapján díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy a 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 2.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja. Jelen különös feltételekben foglaltak a CARDIF Életbiztosító Zrt. és a CARDIF Biztosító Zrt. vonatkozó Általános Biztosítási Feltételeivel együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

- 1.1. E feltételek szempontjából **biztosítási esemény a Biztosítottnak** a Biztosító kockázatviselésének tartama alatt bekövetkezett **60 egymást követő napot meghaladó állaskeresőként (munkanélküliség) történő nyilvántartás.**
- 1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a Biztosított állaskeresőként (munkanélküliség) nyilvántartott állapotának a 61. napja.
- 1.3. **E különös biztosítási feltételek szerint kizárólag a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt - a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül -bekövetkezett vétlen és a Biztosított akaratán kívüli ok miatti állaskeresővé (munkanélküliség) válása minősül biztosítási eseménnyek.**

2. § A Biztosító szolgáltatása

- 2.1. A Biztosító megfizeti a biztosítási esemény bekövetkezése napján esedékes vagy az azt követően esedékessé váló törlesztőrészlet összegét (meghatározásd ld. a 6.2. pontban) **(1)** a Bank által a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett egyedi hitelszámlára, valamint **(2)** ugyanakkora összeget a Biztosított által megadott bankszámlára, továbbá **(3)** megfizeti a Bank részére az adott hónapokra vonatkozóan a Bank által áthárított biztosítási díj (ld. az Általános Biztosítási Feltételek 9.10-9.12. pontjait) összegét.
- 2.2. **A Biztosító a 2.1. pont szerinti szolgáltatást (i) a Biztosított állaskeresőkénti (munkanélküliség) nyilvántartása megszűnésének időpontjáig, vagy (ii) a kockázatviselés megszűnésének időpontjáig, (iii) de - egy biztosítási esemény kapcsán - legfeljebb 6 egymást követő hónapig fizeti, attól függően, hogy ezen időpontok közül melyik következik be a leghamarabb.**
- 2.3. **Ha a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége 6 havi szolgáltatás kifizetése miatt szűnt meg, akkor a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége kizárólag abban az esetben nyílik újra meg, ha (1) az érintett Biztosított a megszűnést követően ismételten a 6.3 pont szerinti munkaviszonyt létesített, majd azt követően ismételten munkanélkülivé vált és (2) a Biztosító szolgáltatásának említett okból történő megszűnése és az újbóli munkanélkülivé válás között 12 hónapos, díjfeltétlenül fedezett időszak eltelt.**
- 2.4. **A biztosítás tartama alatt összesen kifizetett 24 havi szolgáltatást követően a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége megszűnik.**

3. § Várakozási idő

Állaskeresővé (munkanélkülivé) válás esetére a Biztosító a kockázatviselés kezdetétől számítandó 90 napos várakozási időt határoz meg. Ha a Biztosított munkaviszonya a várakozási idő alatt szűnt meg, a Biztosító az emiatt bekövetkezett állaskeresővé (munkanélkülivé) válás esetében sem a várakozási idő alatt, sem annak lejártát követően nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

4. § A Biztosító teljesítése, teljesítéshez szükséges iratok

- 4.1. A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához - az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl - a következő dokumentumokat kéri, illetve kérheti:
 - 4.1.1. a munkáltató által kitöltött „Igazolólap az állaskeresési járadék megállapításához” elnevezésű nyomtatvány másolatát,
 - 4.1.2. az Országos Egészségbiztosítási Pénztár - a biztosítási jogviszonyról és egészségbiztosítási ellátásokról szóló - igazolványának másolatát,
 - 4.1.3. a munkáltató által kitöltött igazolás másolatát a munkaviszony megszűnéséről,
 - 4.1.4. a munkaviszonyt megszüntető írásbeli jognyilatkozat (felmondás vagy közös meg egyezés) másolatát,
 - 4.1.5. a megszünt munkaviszonyra vonatkozó munkaszerződés másolatát,
 - 4.1.6. a munkaügyi központ vagy kirendeltség igazolását, hogy a Biztosított az adott hónapra vonatkozóan mely időponttól mely időpontig regisztrált állaskereső,
 - 4.1.7. az állaskeresési járadék iránti kérelem, vagy - ha van - annak megállapító esetleg elutasító határozatának másolatát, esetleg a megállapított járadék vagy segély havi összegéről szóló szelvény fénymásolatát,
 - 4.1.8. ha a munkaviszonyt megszüntetése miatt munkaügyi per indul, az ennek során keletkezett iratokat, amennyiben ezek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához szükségesek.
- 4.2. Az első szolgáltatást a Biztosító akkor teljesíti, ha a Biztosított igazolta, hogy több mint 60 napja megszakítás nélkül állaskeresőként tartja nyilván a munkaügyi központ vagy kirendeltség. A teljesítéshez a 4.1.6. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a megszakítás nélkül állaskeresőként nyilvántartott állapot 61. napján vagy azt követően állítottak ki.
- 4.3. Az első szolgáltatást követő további szolgáltatáshoz (ha az jár) a 4.1.6. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a Biztosító által legutóbb megfizetett havi törlesztőrészletet követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességi napját legfeljebb 10 nappal megelőzően állítottak ki.
- 4.4. **Ha a Biztosító által teljesített szolgáltatást követően a Biztosított a 4.3 pont szerint nem igazolja, hogy továbbra is nyilvántartott állaskereső, a Biztosító kötelezettségét teljesítettnek, és a szolgáltatást befejezettek tekinti. A Biztosító visszamenőleges hatállyal tel-**

jesíti a szolgáltatást abban az esetben, ha a Biztosított pótolja az igazolást. A késedelem miatt felmerült kamatot, egyéb költséget a Biztosító nem fizet.

5. § Kizárások

- 5.1. A Biztosító kockázatviselése - az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl - nem terjed ki:
- 5.1.1. a határozott tartamú munkaviszonyra, valamint a munkaerő-kölcsönzés céljából létesített munkaviszonyra,
 - 5.1.2. olyan Biztosítottra, aki az álláskeresővé válását megelőzően (i) nem állt a 6.3 pont szerinti munkaviszonyban, vagy (ii) a 6.3 pont szerinti munkaviszonyban állt ugyan, de a munkaviszony megszűnését megelőző 6 hónap során a munkavégzése - a táppénz, illetve a munkáltató érdekkörében felmerült ok kivételével - szünetelt,
 - 5.1.3. a munkaviszony megszűnésére, ha (i) a munkáltatói jogok gyakorlója a Biztosított vagy a Biztosított hozzátartozója, vagy (ii) a Biztosított az adott munkáltatónál többségi tulajdonnal vagy meghatározó befolyással rendelkezik, vagy (iii) a Biztosított a munkáltató üzletvitelét befolyásoló döntések meghozatalára jogosult vagy egyéb vállalati vezetési befolyással rendelkezik,
 - 5.1.4. a munkaviszony közös megegyezéssel történő megszűnésére, kivéve ha a benyújtott dokumentumokból megállapítható, hogy azt nem a Biztosított kezdeményezte,
 - 5.1.5. a munkaviszonynak a Biztosított által kezdeményezett felmondás miatti megszűnésére,
 - 5.1.6. a munkaviszony próbaidő alatti megszűnésére,
 - 5.1.7. a munkaviszonynak a munkáltató által kezdeményezett azonnali hatályú felmondással történő megszüntetésére, illetve ha a munkáltató a Biztosított magatartása miatt felmondással élt,
 - 5.1.8. a munkáltató általi felmondásra öregségi-, rokkantság miatti nyugdíjazás esetén,
 - 5.1.9. a Biztosított munkaviszonyának megszűnésére, ha azt a munkáltató a biztosítás kezdete előtt már írásban közölte vagy bejelentette,
 - 5.1.10. a felmondó levél kézhezvételének napját követően felvett kölcsönökre.
- 5.2. Az 5.1.2 pontban szereplő kizárás nem alkalmazandó abban az esetben, ha a Biztosított a csatlakozásakor és az azt követő 12 hónap során folyamatosan, valamint az álláskeresővé válását megelőzően a 6.3 pont szerinti munkaviszonnyal rendelkezett, de az álláskeresővé válását megelőzően GYES-en vagy GYED-en volt, majd az ellátásra való jogosultsági időtartam lejártát követően a munkáltató a Biztosított munkaviszonyát megszüntette.

6. § Fogalom meghatározások

- 6.1. **Álláskereső (munkanélküli)** az, aki a vonatkozó jogszabályok alapján (i) a munkaviszony létesítéséhez szükséges feltételekkel rendelkezik, és (ii) oktatási intézmény nappali tagozatán nem folytat tanulmányokat, és (iii) öregségi nyugdíjra nem jogosult, rehabilitációs járadékban, valamint a megváltozott munkaképességű személyek ellátásaiban nem részesül és (iv) az alkalmi foglalkoztatásnak minősülő munkaviszony és a nevelőszülői foglalkoztatási jogviszony kivételével munkaviszonyban nem áll, és egyéb keresőtevékenységet sem folytat, és (v) elhelyezkedése érdekében az állami foglalkoztatási szervvel együttműködik, és akit (vi) az állami foglalkoztatási szerv álláskeresőként nyilvántart
- 6.2. Jelen feltétel szempontjából a **havi törlesztőrészlet** a kölcsönszerződés keretében a Biztosított által felvett kölcsön visszafizetésére irányuló rendszeres - a Bank által kimutatott - havi törlesztés, amely tartalmazza a tőke, a kamat, kamattjellegű jutalék és egyéb kezelési költségek részleteit.
- 6.3. **Munkaviszony:** legalább heti 30 óras, határozatlan tartamú, (i) a Munka Törvénykönyvéről szóló törvény („Mt.”) hatálya alá tartozó munkaviszony, továbbá a magyar jog hatálya alá tartozó (ii) közszolgálati jogviszony, (iii) közalkalmazotti jogviszony, (iv) kormányzati szolgálati jogviszony, (v) bírósági és igazságügyi- illetve ügyészségi szolgálati viszony, (vi) fegyveres és rendvédelmi szervek hivatásos és szerződéses állományú tagjainak szolgálati viszonya.

Különös Biztosítási Feltételek

Balesetből eredő, 3 napot meghaladó kórházi kezelés kockázat

A **CARDIF Biztosító Zrt.** (továbbiakban: Biztosító) a csoportos biztosítási szerződés alapján díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy a 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 2.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja. Jelen különös feltételekben foglaltak a CARDIF Életbiztosító Zrt. és a CARDIF Biztosító Zrt. vonatkozó Általános Biztosítási Feltételeivel együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

- 1.1. Jelen Különös Biztosítási Feltételek alapján biztosítási eseménynek minősül a **Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset közvetlen következményeként kórházban fekvőbetegként, az önrészesedés tartamát (3 naptári nap) meghaladó folyamatos kezelése.**
- 1.2. A biztosítási esemény a kórházi kezelés negyedik napján 0 óraker következik be. Az önrészesedés számítása során a kórházi felvétel napja minősül az első napnak.

2. § A Biztosító szolgáltatása

- 2.1. A Biztosító a kórházi tartózkodásra vonatkozó igazolás kézhezvételét követően az igazolásban feltüntetett napok számából levonja az önrészesedést (3 nap), majd az így kapott napok számával megszorozza a napi térítési összeget (10.000,- Ft / nap) és ezt az összeget egy összegben megfizeti a Biztosított által megadott bankszámlára. Ha a Biztosított az első kifizetést követően továbbra is megszakítás nélkül kórházi fekvőbeteg ellátásban részesül, akkor a Biztosító a kórházi tartózkodásra vonatkozó újabb igazolás(ok) kézhezvételét követően az igazolásban feltüntetett, még ki nem fizetett napok számának megfelelő összegű napi térítési összeget (10.000,- Ft / nap) fizet a Biztosított által megadott bankszámlára.
- 2.2. A Biztosító szolgáltatási kötelezettségének felső határa A Biztosító egy biztosítási eseményből eredően összesen legfeljebb 30 napi, a biztosítás tartama alatt összesen legfeljebb 120 napi szolgáltatás fizetését vállalja.

3. § A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 3.1. A Biztosított köteles - az Általános Biztosítási Feltételek 14.§-ában felsoroltak mellett - a Biztosító részére benyújtani a kórházi kezelés tartamára, okára és baleseti eredetére vonatkozó igazolásokat.
- 3.2. A Biztosított vagy az általa meghatalmazott személy köteles a biztosítási eseményt a Biztosító részére írásban bejelenteni, melyhez mellékelni kell a kórházi kezelés tartamára, okára és baleseti eredetére vonatkozó igazolás(oka)t.
- 3.3. A Biztosító a jelen kockázatviselés alapján fizetendő összegeket a Biztosított által megadott bankszámlára történő utalással teljesíti.

4. § Kizárások

- 4.1. A Biztosító kockázatviselése - az általános biztosítási feltételekben foglaltakon túl -nem terjed ki az alábbiakban felsorolt (akár köz-, akár magánintézményben, kórházban vagy klinikán folytatott) kórházi kezelésekre: kúra, pihenés, rehabilitáció, lábadózás, visszazoktatás, újraképzés, nem baleseti eredetű pszichiátriai kezelés.

5. § Fogalom meghatározások

- 5.1. **Baleset:** a Biztosított akaratától függetlenül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amely a kockázatviselés tartama alatt, de legkésőbb a balesetet követő egy éven belül a Biztosított kórházi fekvőbeteg ellátását teszi szükségessé. Jelen szerződés szempontjából nem minősül balesetnek: (i) betegségek vagy azok következményei, beleértve a sebészeti beavatkozásokat is, vagy az ezen beavatkozások közvetlen vagy közvetett következményei, (ii) „érendszeri baleset” vagy külső trauma nélkül bekövetkezett belső vérzés.
- 5.2. **Kórház:** a magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll. Jelen biztosítási feltételek szempontjából nem minősülnek kórháznak - még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg ellátást végeznek - a (1) szanatóriumok, (2) rehabilitációs intézetek, (3) gyógyfürdők, (4) gyógyüdülők, (5) elmebeteg állapotú- és egyéb pszichiátriai rendellenességekkel küzdő betegek gyógy- és gondozóintézetek, (6) geriatríai, „krónikus” intézetek, (7) szociális otthonok, (8) alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények, illetve kórházak, valamint (9) kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai, feltéve, hogy a Biztosított az osztály jellegének megfelelő szolgáltatásban részesül.