

**Biztosítási terméktájékoztató a Budapest
Jövedelembiztosításhoz**

Jelen terméktájékoztató a Budapest Bank Zrt. bankszámla-, hitelkártya- vagy befektetési kártya szerződésekhez kapcsolódó csoportos jövedelempótló biztosításának főbb jellemzőit tartalmazó, egyszerűsített tájékoztató anyag, mely (1) nem tartalmazza az alkalmazandó feltételek összességét, és (2) nem képezi a biztosításra vonatkozó szerződési feltételek részét.

Jelen terméktájékoztató kizárólag azt a célt szolgálja, hogy tájékoztatást nyújtson a biztosítási fedezet leglényegesebb jellemzőiről és a kárbejelentés rendjéről. Kérjük, figyelmesen tanulmányozza át a vonatkozó Általános és Különös Biztosítási Feltételeket is! A jelen összefoglaló és a vonatkozó Biztosítási Feltételek között fennálló esetleges ellentmondás esetén a vonatkozó Biztosítási Feltételek rendelkezései irányadóak. Tájékoztatjuk, hogy a Budapest Bank Zrt. által nyújtott fizető számlához kapcsolódó Jövedelempótló Csoportos Biztosítás választható, azaz kizárólag abban az esetben terjed ki Önre, ha Ön a biztosítást írásban vagy távértékesítés útján igényelte.

Szerződő és függő Biztosításközvetítő:	Budapest Bank Zrt. (a továbbiakban: Bank); Székhely: 1138 Budapest, Váci út 193.; Cégjegyzékszám: 01-10-041037 A Bank a Biztosítottaknak a csoportos biztosítási szerződéshez történő csatlakoztatásával kapcsolatban a Biztosító 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:	BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt., székhely: 1062 Budapest, Teréz krt. 55-57., cégjegyzékszám: 01-10-044717	
Biztosított:	Az a természetes személy, aki az általa tett Biztosított nyilatkozattal csatlakozik a Bank, mint szerződő és a Biztosító között létrejött csoportos biztosítási szerződéshez. Biztosított az lehet, aki: <ul style="list-style-type: none"> • a Bankkal bankszámla, hitelkártya- vagy befektetési kártya (együtt: fizető számla) szerződéses jogviszonyban áll, és a fizető számla felett szabadon rendelkezik, • a Biztosító kockázatviselésének kezdetekor betöltötte a 18. életévét, de még nem töltötte be a 60. életévét, • nem öregségi nyugdíjas, továbbá nem részesül rokkantsági- vagy rehabilitációs ellátásban. „Fix 150” biztosítási csomag igénylése esetén a fenti követelményeken felül csak az lehet biztosított, aki (i) a Biztosított nyilatkozat megtételének (azaz a csoportos jövedelempótló biztosításhoz történt csatlakozás) időpontjában legalább havi nettó 150 ezer Ft-os jövedelemmel rendelkezik, vagy (ii) az elmúlt 6 hónap során átlagosan legalább havi nettó 150 ezer Ft-os jövedelemmel rendelkezett.	
Biztosított kockázatok:	1) Keresőképtelenség (táppénz) 2) Munkanélküliség	
Biztosítási összegek:	„Fix 75” csomag esetén 75.000 Ft/hó, „Fix 150” csomag esetén 150.000 Ft/hó (a Biztosított által választható)	
Biztosítási szolgáltatás:	<p>30 napon túli keresőképtelenség (betegállomány) esetén: A Biztosító kifizeti a Biztosított részére a havi szolgáltatási összeget (ld. alább). A Biztosító térítési kötelezettsége a továbbiakban abban az esetben áll fenn, ha a Biztosított igazolja, hogy a soron következő jogosultsági időpontban (ld. alább) még keresőképtelen.</p> <p>30 napon túli nyilvántartott munkanélküliség esetén: A Biztosító kifizeti a Biztosított részére a havi szolgáltatási összeget (ld. alább). A Biztosító térítési kötelezettsége a továbbiakban abban az esetben áll fenn, ha a Biztosított igazolja, hogy a soron következő jogosultsági időpontban (ld. alább) még nyilvántartott álláskereső.</p> <p>Havi szolgáltatási összeg: a Biztosított által választott biztosítási csomag szerinti biztosítási összeg. A havi szolgáltatási összeg meghatározásakor a Biztosító a jogosultsági időpontban hatályos biztosítási összeget veszi figyelembe.</p> <p>Jogosultsági időpont:</p> <ul style="list-style-type: none"> • az első alkalommal megegyezik a biztosítási esemény bekövetkezésének napjával (keresőképtelenség esetén a keresőképtelenség, munkanélküliség esetén az álláskeresőkénti nyilvántartás 31. napjával), • ezt követően a jogosultsági időpontok (ha vannak) megegyeznek a soron következő naptári hónapok ugyanezen számú napjaival (ha egy adott hónapban ilyen számú nap nincs, akkor az adott hónapban a jogosultsági időpont a hónap utolsó napja). <p>A Biztosító térítési kötelezettsége addig az időpontig áll fenn, amelyik az itt felsorolt időpontok közül a leghamarabb bekövetkezik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • keresőképtelenség esetén (1) a keresőképtelenség megszűnéséig, vagy (2) a kockázatviselés megszűnésének időpontjáig, (3) de legfeljebb 6 egymást követő hónapig, • munkanélküliség esetén (1) az álláskeresőként történő nyilvántartás megszűnéséig, vagy (2) a kockázatviselés megszűnésének időpontjáig, vagy (3) ha a megszűnt munkaviszony határozott tartamú volt, az eredeti lejárati időpontjáig, de (bármely esetben) legfeljebb 6 egymást követő hónapig. <p>A biztosítási esemény bekövetkezését követően mindvégig fennáll a Biztosított kötelezettsége az áthárított biztosítási díj megfizetésére, ideértve a biztosítási szolgáltatás fizetésének időtartamát is.</p>	
A szolgáltatással kapcsolatos egyéb tudnivalók:	Várakozási idő (munkanélküliség esetében):	Ha (i) a Biztosított munkaviszonya a kockázatviselés kezdetétől számított 90 napon belül szűnt meg, vagy (ii) a munkaviszonyát megszüntető írásbeli jognyilatkozat a várakozási idő alatt kelt, úgy a Biztosító az emiatt bekövetkezett munkanélküliség esetében nem nyújt biztosítási szolgáltatást. Ha a Biztosított a biztosítási összeget az Általános Biztosítási Feltételek 9.4. pontja szerint megnövelte, akkor a várakozási időt (i) a biztosítási összeg növekmény vonatkozásában a módosított (új) kockázatviselési kezdő időponttól, míg (ii) az eredeti biztosítási összeg vonatkozásában a meglévő biztosítás kockázatviselési kezdő időpontjától kell számítani.

	Szolgáltatási maximum:	<ul style="list-style-type: none"> • egy biztosítási esemény kapcsán legfeljebb egymást követő 6 havi szolgáltatási összeg • a biztosítás tartama alatt összesen legfeljebb 12 havi szolgáltatási összeg (kockázatonként külön-külön értendő)
	Újbóli szolgáltatásra jogosultság:	Ha a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége 6 havi szolgáltatási összeg kifizetése miatt szűnt meg, akkor (i) keresőképtelenségi szolgáltatás utáni újabb keresőképtelenségi igény, vagy, (ii) munkanélküliségi szolgáltatást követő újabb munkanélküliségi igény esetén a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége kizárólag abban az esetben nyílik meg újra, ha (1) az érintett Biztosítottat illetően újabb biztosítási esemény következett be (munkanélküliség esetében a szolgáltatási kötelezettség megszűnését követően ismételt munkaviszonyt létesített, majd azt követően ismételt nyilvántartott álláskereső lett), és (2) a Biztosító szolgáltatásának a 6 hónapos limit kimerülése miatti megszűnése és az újbóli jogosulttá válás között 12 hónapos, díjfizetéssel fedezett időszak eltelt.
	Teljesítési határidő:	A Biztosító az elbíráláshoz szükséges összes dokumentum beérkezését követő 15 napon belül teljesít szolgáltatást, ha a biztosítási esemény tekintetében a Biztosító térítési kötelezettsége fennáll.
	Kizárások, mentesülések:	Ld. az Általános Biztosítási Feltételek 17-18.§-át, valamint a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek kizárásokra vonatkozó §-ait. (Pld: meglévő betegségek az első 6 hónap során, munkaviszony próbaidő alatti vagy közös megegyezéssel történő megszűnése, anyasággal kapcsolatos keresőképtelenség, stb.)
A kockázatviselés kezdete:	A Biztosító kockázatviselésének kezdete a Biztosított nyilatkozat megtételét követő nap 0 óra.	
A biztosítás tartama, megszűnése:	A tartamról és a Biztosító kockázatviselésének a megszűnéséről a vonatkozó Általános Biztosítási Feltételek 6. §-a és 10. §-ai rendelkeznek.	
A biztosítás megszüntetése a Biztosított által:	A Biztosított nyilatkozat visszavonása:	<p>A Biztosított nyilatkozat (azaz a csoportos jövedelemplótló biztosításhoz történt csatlakozás) írásbeli csatlakozás esetén annak megtételétől, távértékesítés (szóbeli csatlakozás) esetén a csatlakozásról szóló visszaigazolás kézhezvételétől számított 30 napon belül a Bankhoz intézett írásbeli nyilatkozattal indokolási és fizetési kötelezettség nélkül visszavonható.</p> <p>A kezdeti 30 napos időszakot követően a biztosított jogviszony a Bankhoz intézett írásbeli nyilatkozattal bármikor megszüntethető. A Biztosító kockázatviselése a tárgy hónap végére szűnik meg, feltéve, hogy az írásbeli visszavonó nyilatkozat legkésőbb a tárgy hónap 15. napján 24 óráig a Bankhoz beérkezik. Ha a visszavonó nyilatkozat a tárgy hónap ezen időpontját követően érkezik be a Bankhoz, akkor a Biztosító kockázatviselése a tárgy hónapot követő hónap utolsó napján 24 óráig szűnik meg.</p>
A biztosítási esemény bejelentésének módja:	<p>A biztosítási eseményt haladéktalanul, de legkésőbb 2 éven belül be kell jelenteni az alábbi címen illetve telefonszámon: BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt. - Kárrendezési osztály 1062 Budapest, Teréz krt. 55-57. Telefon: (1) 501-2377</p> <p>A biztosítási esemény bejelentésére vonatkozó részletes rendelkezéseket az Általános Biztosítási Feltételek 16.§-a, valamint a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek tartalmazzák (keresőképtelenségi kockázat esetén a 3.§, munkanélküliségi kockázat esetén a 4.§).</p>	
Elévülési idő:	Az igény alapjául szolgáló esemény bekövetkezésétől számított 2 év.	
A biztosítás áthárított díja:	<p>A választott biztosítási csomagtól függően havonta:</p> <p>„Fix 75” csomag: 75.000 Ft/hó esetén: 2.490 Ft</p> <p>„Fix 150” csomag: 150.000 Ft/hó esetén: 4.490 Ft</p>	
Figyelem!	A Biztosítottra egyidejűleg csak egy fizető számlára megkötött szerződéshez kapcsolódóan terjedhet ki a csoportos biztosítási szerződés hatálya. Az első csatlakozást követően tett további Biztosított nyilatkozat(ok) alapján a Bank ügyfele nem válik biztosítottá, és a Biztosító nem nyújt részére biztosítási szolgáltatást.	
Bank/Biztosító felügyeleti szerve	Magyar Nemzeti Bank, ügyfélszolgálat címe: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39. (Krisztina Plaza), levélcím: 1534 Budapest, Pf. 777., helyi tarifával működő kék száma: 06 80 203-776, központi fax száma: (+36-1) 489-9102, e-mail: ugyfelszolgalat@mbn.hu	
Jogorvoslati lehetőségek	<p>Panaszbejelentés</p> <p>A Biztosító szolgáltatásának teljesítésével vagy működésével kapcsolatos panaszokat, valamint a Banknak a Biztosított csatlakoztatásával kapcsolatos - biztosításközvetítői minőségben történő – eljárásával kapcsolatos panaszokat</p> <ul style="list-style-type: none"> • szóban (személyesen vagy telefonon) • vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, formanyomtatványon, faxon, e-mail-ben) <p>az alábbi elérhetőségen lehet bejelenteni: BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt. 1062 Budapest, Teréz krt. 55-57., Tel: (1) 501-2345; Fax: 06-1-430-2301, e-mail: ugyfelszolgalat@cardif.hu</p> <p>személyesen az alábbi címen lehet megtenni: BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt. Ügyfélszolgálati Iroda (1062 Budapest, Teréz krt. 55-57.)</p> <p>Jogok érvényesítésének egyéb fórumai, amennyiben a biztosító által a panaszára adott válaszával nem ért egyet A biztosított jogviszony létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén:</p>	

• a Pénzügyi Békéltető Testület eljárását kezdeményezheti (Cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., Levélcím: H-1525 Budapest BKKP Pf.: 172.,
• Telefon: (36-80) 203-776 , E-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu) , vagy bírósághoz fordulhat.
Fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén:
Magyar Nemzeti Bank Fogyasztóvédelmi Központ
(székhely: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., levélcíme: 1534 Budapest BKKP, Pf. 777., telefon:: (+36-80) 203-776,
központi fax száma: (+36-1) 489-9102)
(részletesen ld. az Általános Biztosítási Feltételek 19.§-át)

**A Biztosító a fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről szóló éves jelentést a weboldalán teszi közzé
(www.bnpparibascardif.hu)**

Általános Biztosítási Feltételek

Kifejezetten felhívjuk a figyelmet

az Általános Biztosítási Feltételek 2.2.1-2.2.4., 3.3., 5.2., 5.3.1., pontjaira, 8.§-ára, 9.2., 9.4., 10.1., 10.6., 10.7. pontjaira, 11.§-ára, 12.8-12.9., 12.11-12.14., 15.2., 16.2., 16.5-16.7. pontjaira, 17., 18. és 20.§-aira, 21.1. és 21.2. pontjaira,

a Különös Biztosítási Feltételek - *Keresőképtelenségi kockázat* 1.3., 2.2., 2.4., 2.5., 3.2-3.4. pontjaira, 4.§-ára, továbbá

a Különös Biztosítási Feltételek - *Munkanélküliségi kockázat* 1.1., 1.3., 1.4., 2.2-2.4. pontjaira, 3.§-ára, 4.2.- 4.4. pontjaira, 5.§-ára, valamint 6.1. pontjára.

1. § A csoportos biztosítási szerződés létrejötte

A csoportos biztosítási szerződés a Bank és a Biztosító között írásban jött létre a Bank azon ügyfelei javára, akik a szerződéshez Biztosítotti nyilatkozat megtételével csatlakoznak.

2. § A biztosítási jogviszony alanyai

2.1. A Szerződő a Budapest Bank Zrt. (a továbbiakban: Bank vagy Szerződő), amely a Biztosítóval a csoportos biztosítási szerződést a biztosítottként később csatlakozó ügyfelei javára megkötí és az azzal kapcsolatos jognyilatkozatokat teszi és a biztosítási díjat megfizeti (a biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét - a Biztosított által a Biztosítotti nyilatkozatban tett hozzájárulása alapján – a Bank áthárítja a Biztosítottra - a díjfizetésre vonatkozóan ld. még a 12.§ rendelkezéseit). A Bank a biztosítottaknak a csoportos jövedelempótló biztosítási szerződéshez történő csatlakoztatásával kapcsolatban a Biztosító függő 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/szolgalatas/lakossag/biztositas.php>

2.2. A **Biztosított** az a természetes személy, aki (i) a Banknál bankszámla, hitelkártya vagy befektetési kártya (együtt: fizető számla) szerződéssel rendelkezik, (ii) a csoportos jövedelempótló biztosítási szerződéshez írásbeli vagy szóbeli - a Bank vagy megbízottja telefonos ügyfélszolgálatára részére tett, a telefonos ügyfélszolgálat által rögzített - Biztosítotti nyilatkozattal biztosítotti minőségben csatlakozott (ld. még 4.§) és (iii) akit erre való tekintettel a Bank a Biztosítónak Biztosítottként jelelt és akire vonatkozóan a Bank a biztosítási díjat megfizeti. A Bank azon - természetes személy - ügyfele csatlakozhat a csoportos jövedelempótló biztosítási szerződéshez, aki a Biztosítotti nyilatkozat megtételének időpontjában a következő feltételeknek megfelel:

2.2.1. a **Biztosító kockázatviselésének kezdetekor már betöltötte a 18. életévét, de még nem töltötte be a 60. életévét,**

2.2.2. **nem öregségi nyugdíjas, továbbá nem részesül rokkantsági- vagy rehabilitációs ellátásban,**

2.2.3. **fizető számlája mindenféle korlátozástól mentes, és afelett szabadon rendelkezik,**

2.2.4. „Fix 150” biztosítási csomag igénylése esetén a fenti követelményeken felül csak az lehet biztosított, aki (i) a Biztosítotti nyilatkozat megtételének időpontjában legalább havi nettó 150 ezer Ft-os jövedelemmel rendelkezik, vagy (ii) az elmúlt 6 hónap során átlagosan legalább havi nettó 150 ezer Ft-os jövedelemmel rendelkezett.

2.3. A **Biztosító** a BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt. amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és a feltételekben

meghatározott események bekövetkezésekor a feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.

3. § A biztosítási jogviszony alanyainak jogai és kötelezettségei

- 3.1. A Bank köteles (1) a csoportos biztosítási szerződéssel kapcsolatos megfelelő jognyilatkozatok megtételére, (2) a Biztosító által hozzá intézett jognyilatkozatokról és a csoportos biztosítási szerződésben bekövetkezett változásokról tájékoztatni azokat a Biztosítottakat, akikre az adott jognyilatkozat és/vagy változás hatást gyakorol, (3) a biztosítási díjat a Biztosítónak megfizetni (a Bank az általa megfizetett biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét - a Biztosított által a Biztosítotti nyilatkozatban tett hozzájárulása alapján – áthárítja a Biztosítottra).
- 3.2. A Biztosított köteles a Bank részére megfizetni a Bank által áthárított biztosítási díjat (a díjfizetésre és a díj áthárítására vonatkozó részletes rendelkezéseket ld. a 12.§-ban).
- 3.3. A Bank és a Biztosított köteles közlési kötelezettségét teljesíteni, valamint a Biztosító által feltett, a biztosítás szempontjából szükséges kérdéseket a valóságnak megfelelően és teljes körűen megválaszolni. **A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.**
- 3.4. A Biztosító a szolgáltatás jogalapjának megállapításához a közölt adatokat ellenőrizheti, saját orvosa által vizsgálatot kezdeményezhet.
- 3.5. A Biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. tv-ben (továbbiakban: Biztosítási törvény) foglaltak szerint titokként kezelni.
- 3.6. A Biztosított a csoportos biztosítási szerződéshez kizárólag Biztosítotti minőségben csatlakozhat, a Biztosítottat nem illeti meg a szerződői minőségben történő belépés joga.

4. § A Biztosított csatlakozása a csoportos biztosítási szerződéshez

- 4.1. A csoportos biztosítási szerződés egyidejűleg több Biztosítottra vonatkozik, amelyhez a biztosítottak Biztosítotti nyilatkozattal egyénileg csatlakozhatnak. A Bank ügyfele az alábbiakban felsorolt módok valamelyike útján csatlakozhat a csoportos biztosítási szerződéshez:
 - 4.1.1. *írásbeli Biztosítotti nyilatkozattal* (a Bank által rendelkezésre bocsátott Biztosítotti nyilatkozat formanyomtatvány aláírásával),
 - 4.1.2. *szóbeli Biztosítotti nyilatkozattal*: a Bank vagy a Megbízottja által végzett rögzített telefonos megkeresés során tett szóbeli Biztosítotti nyilatkozat útján.
- 4.2. Ha a Biztosított a csoportos biztosítási szerződéshez szóbeli, vagy a fizető számlára vonatkozó szerződés megkötését követően, nem a Banknál személyesen tett írásbeli Biztosítotti nyilatkozat útján csatlakozott, akkor a Bank a Biztosító felhatalmazása alapján írásbeli visszaigazolást küld a Biztosított részére arról, hogy a Biztosító kockázatviselése a Biztosítottra kiterjed (a továbbiakban: írásbeli visszaigazolás), melyhez mellékeli a vonatkozó biztosítási feltételeket is.
- 4.3. A Biztosított a csoportos biztosítási szerződéshez történő csatlakozása esetén (1) elfogadja a csoportos biztosítási szerződés feltételeit és hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosító kockázatviselése rá kiterjedjen, (2) a csoportos biztosítási szerződéshez biztosítottként csatlakozik.
- 4.4. A Biztosított a Biztosítotti nyilatkozat megtételekor választja ki, hogy a „Fix 75” vagy a „Fix 150” biztosítási csomagot igényli.
- 4.5. A Biztosított mind a szóbeli Biztosítotti nyilatkozat megtételével, mind az írásbeli Biztosítotti nyilatkozat aláírásával hozzájárul, hogy

- 4.5.1. a Bank az általa szerződői minőségben megfizetett biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét áthárítsa a Biztosítottra, egyben vállalja az áthárított biztosítási díj megfizetését,
- 4.5.2. a Bank a vele közölt, a banktitok körébe tartozó, a csoportos biztosítási szerződés teljesítéséhez szükséges adatait a Biztosítónak a biztosítási szerződés teljesítésének céljából átadja.

A csatlakozás lehetőségének megszüntetése a jövőre nézve

- 4.6. A csatlakozás lehetőségét *(i)* Bank és a Biztosító bármikor megszüntethetik közös megegyezéssel az általuk megállapított jövőbeli időponttól, valamint *(ii)* akár a Bank, akár a Biztosító a másik félhez intézett egyoldalú jognyilatkozattal is megszüntetheti 90 napos határidővel bármikor, a jövőre nézve. Ezt követően a csoportos biztosítási szerződéshez újabb Biztosítottak nem csatlakozhatnak, azonban a korábban csatlakozott Biztosítottakra vonatkozóan a Biztosító kockázatviselése – a biztosítási díjak folyamatos megfizetése esetén - mindaddig fennmarad, amíg a 0., illetőleg a **Hiba! A hivatkozási forrás nem található.** pontokban írt esetek valamelyikének bekövetkezése miatt meg nem szűnik.

5. § A biztosítási fedezet megszűnésének esetei

- 5.1. A Biztosítottra vonatkozó biztosítási fedezet megszűnik, ha
- 5.1.1. a Biztosított a Biztosítotti nyilatkozatát visszavonja (ld. az alábbi 5.3. pontban), vagy
- 5.1.2. ha a csoportos biztosítási szerződés megszűnik *(i)* azonnali hatályú felmondás (ld. az alábbi 5.4. pontban), *(ii)* rendes felmondás (ld. az alábbi 5.5. pontban) vagy *(iii)* közös megegyezéssel történő megszüntetés (ld. az alábbi 5.6. pontban) miatt.
- 5.2. **A Bank a csoportos biztosítási szerződés rendes felmondása vagy közös megegyezéssel történő megszüntetése esetén köteles a Biztosítottat a biztosítotti jogviszonya megszűnéséről – és a megszűnés időpontjáról - előzetesen írásban értesíteni. A csoportos biztosítási szerződés azonnali hatályú felmondása esetén a Bank *(i)* az általa tett azonnali hatályú felmondás esetén a felmondás megtételét, *(ii)* a Biztosító által tett azonnali hatályú felmondás esetén a felmondás kézhezvételét követően haladéktalanul köteles a Biztosítottat a biztosítotti jogviszonya megszűnéséről írásban értesíteni.**
- 5.3. A Biztosítotti nyilatkozat visszavonása
- 5.3.1. **A Biztosítotti Nyilatkozat írásbeli csatlakozás esetén a Biztosítotti Nyilatkozat aláírásától, szóbeli csatlakozás esetén a csatlakozásról szóló írásbeli visszaigazolás kézhezvételétől számított 30 napon belül a Bankhoz intézett, a Biztosított által aláírt írásbeli nyilatkozattal indokolási- és fizetési kötelezettség nélkül visszavonható.**
- 5.3.2. A Biztosított a fenti 5.3.1. pont szerinti 30 napos időszaktól követően a rá vonatkozó biztosítotti jogviszonyt a Biztosítotti nyilatkozatát visszavonó, a Bankhoz intézett írásbeli nyilatkozattal megszüntetheti. A Biztosítotti nyilatkozat visszavonása esetén a Biztosító kockázatviselése a tárgyhónap végére szűnik meg, feltéve, hogy az írásbeli visszavonó nyilatkozat legkésőbb a tárgyhónap 15. napján 24 óráig a Bankhoz beérkezik. Ha a visszavonó nyilatkozat a tárgyhónap ezen időpontját követően érkezik be a Bankhoz, akkor a Biztosító kockázatviselése csak a tárgyhónapot követő hónap utolsó napján 24 órakor szűnik meg.
- 5.4. A csoportos biztosítási szerződés azonnali hatályú felmondása
- 5.4.1. A csoportos biztosítási szerződést mind a Bank, mind a Biztosító jogosult azonnali hatállyal felmondani, ha *(i)* a másik fél a csoportos biztosítási szerződésben meghatározott lényeges kötelezettségét nem, vagy nem szerződésszerűen teljesíti, és ezen szerződésszegő magatartását írásbeli felszólítás ellenére tizenöt (15) napon belül nem szünteti meg,

vagy *(ii)* a másik Fél ellen felszámolási vagy végelszámolási eljárás indul.

- 5.4.2. A Biztosító akkor is 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.

- 5.4.3. A csoportos biztosítási szerződés azonnali hatályú felmondása esetén a Biztosító kockázatviselése a felmondás napján 24 órakor Biztosítottak tekintendő személyekre vonatkozóan - egyéb megállapodás hiányában - a Bank által legutóbb megfizetett biztosítási díj által lefedett időszak (ld. még a 12.7. pontban) utolsó napján 24 óráig áll fenn.

5.5. A csoportos biztosítási szerződés rendes felmondása

- 5.5.1. A Bank bármikor jogosult a Biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal a csoportos biztosítási szerződést 90 napos felmondási idővel felmondani.

- 5.5.2. A Biztosító akkor jogosult a csoportos biztosítási szerződést rendes felmondással harminc (30) napra felmondani, ha a díjmelés kezdeményezésének a csoportos biztosítási szerződésben rögzített feltételei fennállnak, azonban a díjmelésre vonatkozó módosító szerződés aláírására a Biztosító ilyen irányú kezdeményezését követő két hónapon belül - a Bank együttműködésének hiánya miatt - nem került sor.

- 5.5.3. A rendes felmondás átvételét követő 15. napot követően a csoportos biztosítási szerződéshez újabb Biztosítottak nem csatlakozhatnak. Az ezen időpontig csatlakozott és Biztosítottak tekintendő személyekre vonatkozóan a Biztosító kockázatviselése a vonatkozó felmondási idő lejártát megelőzően a Bank által utólag megfizetett biztosítási díjjal fedezett időszak (ld. még a 12.7. pontban) utolsó napján 24 óráig áll fenn.

- 5.5.4. Rendes felmondás esetén a Bank írásban tájékoztatja az egyes Biztosítottakat a rájuk vonatkozó csoportos biztosítási szerződés rendes felmondás miatti megszűnéséről.

5.6. A csoportos biztosítási szerződés közös megegyezéssel történő megszüntetése

A Bank és a Biztosító a csoportos biztosítási szerződést közös megegyezéssel, írásban bármikor megszüntethetik. Ilyen esetben a Biztosító kockázatviselése az aláírt megszüntető megállapodásban rögzített időpontban szűnik meg. A közös megegyezéssel történő megszüntetés tényéről és a kockázatviselés megszűnésének időpontjáról a Bank írásban tájékoztatja az egyes Biztosítottakat.

6. § A biztosítás tartama, a biztosítási időszak

A biztosítás tartama a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időtartam, mely tartam biztosítási időszakokra oszlik. A biztosítási időszak a naptári hónaphoz igazodik. A tartamon belül a biztosítási időszak egy hónap, amely minden hónap első napjától az utolsó napjáig tart, kivéve az első időszakot, amely a kockázatviselés kezdetétől (ld. 7. §) a csatlakozást követő hónap első napjáig tart (tört időszak).

7. § A Biztosító kockázatviselésének kezdete

A Biztosító kockázatviselésének kezdete a Biztosítotti nyilatkozat megtételét követő nap 0 óra.

8. § A biztosítási fedezet halmozódásának kizárása

- 8.1. **A Biztosítottra egyidejűleg csak egy fizető számlára megkötött szerződéshez kapcsolódóan terjedhet ki a csoportos biztosítási szerződés hatálya.**
- 8.2. **Az első csatlakozást követően tett további Biztosítotti nyilatkozat(ok) alapján a Bank ügyfele nem válik biztosítottá és a Biztosító nem nyújt biztosítási szolgáltatást.**

9. § A biztosítási összeg módosítása

- 9.1. A biztosítási csomag módosítását a Biztosított a Banknál tudja kezdeményezni.
- 9.2. A Biztosított a Banknál tett Módosító nyilatkozattal **évente egy alkalommal** módosíthatja lefelé, azaz **csökkentheti** a meglévő biztosítási összeget. A biztosítási összeg csökkentése esetén az eredeti biztosításra vonatkozó kockázatviselés nem szűnik meg, az új biztosítási összegre vonatkozóan a fedezet a Módosító nyilatkozat aláírását / megtételét követő hónap első napján 0 órától hatályos.
- 9.3. Amennyiben a Biztosított az eredeti biztosítási összegnél alacsonyabb szolgáltatási összegre lenne jogosult, úgy a Biztosítottat terheli a biztosítási összeg csökkentésének kezdeményezése.
- 9.4. **A biztosítási összeg növelése kizárólag az eredeti Biztosított nyilatkozat visszavonásával (ld. az 5.3. pontban), és a csoportos biztosításhoz történő újbóli csatlakozással lehetséges. Ilyen esetben (1) az újbóli csatlakozást követően bekövetkezett biztosítási eseményeket illetően a meglévő betegségekre vonatkozó kizárást (ld. a 18.2. pontban) az újbóli csatlakozást követő kockázatviselési kezdő időponttól számítva kell alkalmazni, (2) a munkanélküliségi kockázatra vonatkozó várakozási időt (ld. a munkanélküliségi kockázatra vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek 3.1. pontját) (i) a biztosítási összeg növekmény vonatkozásában a módosított (új) kockázatviselési kezdő időponttól számítva, míg (ii) az eredeti biztosítási összeg vonatkozásában a meglévő biztosítás kockázatviselési kezdő időpontjától számítva kell alkalmazni.**

10. § A Biztosító kockázatviselésének megszűnése

A Biztosító kockázatviselése megszűnik abban az időpontban, amelyik az alábbiak közül a leghamarabb bekövetkezik:

- 10.1. azon naptári év december 31-én 24 órakor, amelyik évben a Biztosított betölti a 65. életévét,
- 10.2. a Biztosított halálával,
- 10.3. a Biztosított 70%-os, vagy azt meghaladó egészségkárosodását megállapító jogerős határozat meghozatalának napján 24 órakor,
- 10.4. azon a napon 24 órakor, amikor a Biztosított öregségi nyugállományba vonul,
- 10.5. ha a Biztosított biztosítotti jogviszonyát a Biztosított nyilatkozat visszavonásával megszünteti (ld. az 5.3. pontban),
- 10.6. **az esetlegesen meg nem fizetett áthárított biztosítási díj esedékességtől számított 60. napon 24 órakor, ha a Biztosított a Bank által küldött fizetési felszólítás(ok) ellenére az esedékességtől számított 60 nap elteltével sem fizette meg a Banknak az áthárított biztosítási díjat és emiatt a Bank, mint szerződő törli a Biztosítottat a biztosítottak közül (ld. még a 12.13. pontban).**
- 10.7. **a csoportos biztosítási szerződés felmondása (ld. még az 5.4. és 5.5. pontokban) vagy közös megegyezéssel történő megszüntetése (ld. az 5.6. pontban) esetén automatikusan a megszűnést megelőzően a Bank által utoljára megfizetett biztosítási díjjal fedezett időszak (ld. még a 12.7. pontban) utolsó napján 24 órakor.**

11. § Területi hatály

A biztosítás a Magyarország területén bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki.

12. § A biztosítási díj

A biztosítási díjra vonatkozó általános rendelkezések

- 12.1. A biztosítási díjat, mely a Biztosító kockázatviselésének, illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke, a Bank, mint szerződő fizeti meg a Biztosítóknak a csoportos biztosítási szerződés rendelkezései szerint.

- 12.2. A biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét a Bank - a Biztosított által a Biztosított nyilatkozatban tett hozzájárulás alapján – áthárítja a Biztosítottra (a díj áthárításával kapcsolatos részletes rendelkezéseket ld. a 12.10-12.14. pontokban).
 - 12.3. A biztosítás havi díjfizetésű. A Bank minden Biztosított esetében egy teljes havi díjat köteles megfizetni.
 - 12.4. A Bank díjfizetési kötelezettsége - az alábbi 12.5. pontban szereplő kivételekkel - mindaddig fennáll, amíg a Biztosító a Biztosítottra vonatkozóan a kockázatot viseli.
 - 12.5. A 12.4. pontban foglaltaktól eltérően a Bank díjfizetési kötelezettsége nem áll fenn az alábbi esetekben:
 - 12.5.1. a Biztosított nyilatkozat 5.3.1. pont szerinti – határidőn belül történt - visszavonása esetén a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időtartamra vonatkozóan, ha ezen időtartam alatt nem következett be biztosítási esemény,
 - 12.5.2. az első biztosítási időszakra vonatkozóan, amennyiben az rövidebb, mint egy hónap.
 - 12.6. A Biztosított csatlakozását követően az adott Biztosítottra vonatkozó havi biztosítási díj első alkalommal a Biztosított csatlakozását követő hónap 8. napján, a folytatólagos díj pedig ezt követően minden hónap 8. napján esedékes és arra a biztosítási időszakra vonatkozik, amelynek 8. napján esedékessé válik.
 - 12.7. A Bank által fizetendő biztosítási díj arra a hónapra, mint biztosítási időszakra vonatkozik, amelynek során esedékessé vált.
 - 12.8. **A Biztosító jogosult a biztosítási díjakat felülvizsgálni és szükség esetén azok módosítását kezdeményezni a Banknál. A biztosítási díjak módosítására csak a Bank és a Biztosító megállapodása alapján kerülhet sor. Ebben az esetben a Bank által a Biztosítottra áthárított biztosítási díj is módosulhat.**
 - 12.9. **Ha a Bank által a Biztosítottra áthárított havi biztosítási díj emelkedik, a Bank a díjemelés hatályba lépését megelőzően legalább 30 naptári nappal korábban írásban értesíti a díjemelés által érintett Biztosítottakat a díj módosulásáról. Ha a Biztosított a díjemelést nem fogadja el, jogosult a Biztosított nyilatkozatát az 5.3.2. pontban foglaltak szerint visszavonni.**
- A Bank által megfizetett biztosítási díj áthárításával kapcsolatos rendelkezések
- 12.10. A Bank által a Biztosítottra áthárított biztosítási díj összegét írásbeli nyilatkozattal történő csatlakozás esetén a Biztosított Biztosított nyilatkozata, szóbeli csatlakozás esetén a Bank, mint Szerződő által küldött írásbeli visszaigazolás (ld. még a **Hiba! A hivatkozási forrás nem található.** pontban) rögzíti.
 - 12.11. A Bank az áthárított biztosítási díjat a Biztosított által a Biztosított nyilatkozatban adott hozzájárulás és felhatalmazás alapján a Biztosított fizető számlájáról szedi be oly módon, hogy a fizető számlát az esedékességi napokon az esedékes áthárított biztosítási díj összegével megterheli. **Ha a Bank részére megfizetett összeg az áthárított biztosítási díj egészét nem fedezi, az az áthárított biztosítási díj meg nem fizetésének minősül.**
 - 12.12. Amennyiben a Biztosított fizető Számla szerződése, amire tekintettel a csoportos biztosításhoz csatlakozott, megszűnik, úgy a Biztosított köteles biztosítani, hogy a Bank az áthárított biztosítási díjat be tudja szedni a Biztosítottnak a Banknál vezetett másik fizető számlájáról.
 - 12.13. **Ha a Biztosított a Bank által áthárított biztosítási díjat az esedékességkor nem fizeti meg a Banknak, akkor a Bank a 30. 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 (ld. a 12.6. pontban) számított 60 nap elteltével sem fizette meg a Banknak, úgy a Bank, mint**

szerződő az esedékességtől számított 60. nap 24 órai hatállyal törli a Biztosítottat a biztosítottak közül.

- 12.14. A Biztosított mindaddig köteles az áthárított biztosítási díjat megfizetni, ameddig a Biztosító a Biztosítottra vonatkozóan a kockázatot viseli. **Amennyiben a Biztosító kockázatviselése nem hónap végével szűnt meg, úgy az áthárított biztosítási díj arra a teljes hónapra esedékes, amely hónapban a kockázatviselés megszűnt.**

13. § Értékkövetés

A Biztosító értékkövetést nem alkalmaz.

14. § Biztosítási kockázatok

- 14.1.A Biztosító a következő biztosítási kockázatok esetére nyújt szolgáltatást: **(1)** keresőképtelenség (táppénz), **(2)** munkanélküliség.
14.2.A fenti biztosítási kockázatokkal összefüggésben bekövetkező biztosítási események meghatározását a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek tartalmazzák.

15. § A Biztosító szolgáltatása

- 15.1.A vonatkozó biztosítási esemény bekövetkezésekor a Biztosító az adott kockázatra vonatkozó Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott feltételekkel és időtartamra megfizeti a Biztosítottnak a választott biztosítási csomagnak megfelelő havi szolgáltatási összeget.
15.2.A Biztosító a biztosítási szolgáltatást egyidejűleg csak egy jogcímen (vagy csak keresőképtelenség vagy csak munkanélküliség címén) nyújtja. Ha a szolgáltatás teljesítésének tartama alatt a Biztosítottnak másik jogcímen is jogos szolgáltatási igénye keletkezik, akkor a Biztosító az elsőként bejelentett biztosítási esemény alapján teljesít mindaddig, amíg ezen a jogcímen a Biztosított szolgáltatásra jogosult.
15.3.A Biztosító az általa nyújtható szolgáltatást a Biztosított által megadott bankszámlára, ennek hiányában a Biztosított Banknál vezetett fizető számlájára teljesíti.

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

- 16.1. A Biztosított vagy az általa meghatalmazott személy köteles a biztosítási eseményt haladéktalanul - de legkésőbb 2 éven belül - bejelenteni a Biztosítóknak az alábbi címen illetve telefonszámon:
BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt. - Kárrendezési osztály
1062 Budapest, Teréz krt. 55-57.
Tel: (1) 501-2377
- 16.2.A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, amennyiben a bejelentési- vagy a szükséges felvilágosítási kötelezettség megsértése miatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.
16.3.A biztosítási szolgáltatás igénybeviteléhez a Biztosító a következő dokumentumokat kérheti:
16.3.1.a biztosítási szolgáltatást igénylő személy által kitöltött szolgáltatási igénybejelentő nyomtatványt,
16.3.2.baleset esetén a baleseti jegyzőkönyvet, ha ilyen készült,
16.3.3.a Biztosító által a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott, az egyes kockázatokra vonatkozó egyéb dokumentumokon vagy azok másolatain kívül a Biztosító által a 16.4. pontban meghatározott dokumentumok közül azokat vagy azok másolatait, amelyek a jogosultság és a biztosítási esemény megállapításához szükségesek,
16.3.4.ha a biztosítási esemény külföldön történt, az idegen nyelven kiállított dokumentumok hitelesített magyar fordítását,
16.3.5.a Banktól írásbeli csatlakozás esetén az aláírt Biztosított nyilatkozatot, szóbeli csatlakozás esetén a szóbeli Biztosított nyilatkozat hangfelvételét.

16.4.A 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 leletek, háziorvosi- gépi pacienskartont, egészségkárosodást megállapító orvosi bizottság határozatát.

16.5.Abban az esetben, ha a Biztosító által kért dokumentumokat nem, vagy hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetőleg azt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.

16.6.A Biztosító teljesítése az elbíráláshoz szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül esedékes.

16.7.A Biztosított kése delme miatt felmerült kamatot, egyéb költséget a Biztosító nem fizet.

17. § A Biztosító mentesülése

- 17.1.A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosítási esemény okozati összefüggésben áll a Biztosított - a biztosítás hatályba lépését követően - két éven belül bekövetkező öngyilkossági kísérletével vagy öngyilkosságával, függetlenül attól, hogy azt tudatzavarában követte el.
17.2.A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosítási esemény összefüggésben áll a Biztosított rendszeres alkoholfogyasztásával, súlyosan ittas állapotával, bódító, kábító vagy hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztásával.
17.3.A Biztosító 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 balesetnek, illetve betegségnek minősül, ha:
17.3.1.a biztosítási esemény a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben következett be,
17.3.2.a baleset idején a Biztosított alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt, és ez a tény a baleset bekövetkezésében közrehatott,
17.3.3.a biztosítási esemény amiatt következett be, hogy a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet engedély nélkül végzett, vagy
17.3.4.a biztosítási esemény a Biztosított munkavégzése során, a munkavédelmi szabályoknak a Biztosított általi súlyos megsértése miatt következett be, továbbá
17.3.5.diagnosztizált betegség esetén a Biztosított az orvosi utasításokat nem tartotta be, és ennek következményeként szövődmény, állapotromlás következett be, ami megelőzhető lett volna.

18. § Kizárások

- 18.1.A Biztosító jogosult a szolgáltatást megtagadni, ha a szolgáltatást igénylő személy az igénybejelentés alkalmával és/vagy a Biztosító szolgáltatása során (i) a biztosítási eseménnyel vagy a szolgáltatás szempontjából lényeges körülménnyel kapcsolatban valótlan információt közöl, vagy lényeges körülményt elhallgat, (ii) hamis, hamisított vagy valótlan tartalmú okiratot használ, vagy (iii) a Biztosítót egyéb módon megtéveszti.
18.2.A Biztosító kockázatviselése a csatlakozást követő első 6 hónap során 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. Ha a Biztosított a biztosítási összeg növelése céljából (ld. még a 9.4. pontban) a rá eredetileg vonatkozó biztosított jogviszonyt (meglévő biztosítás) felmondta, majd a csoportos biztosításhoz újból csatlakozott, az újbóli csatlakozást követően bekövetkezett biztosítási eseményeket illetően a jelen kizárást az újbóli csatlakozás szerinti kockázatviselési kezdő időpont figyelembe vételével kell alkalmazni.

18.3.A kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett baleset vagy betegség miatt bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrészekkel és szervekkel összefüggő sérülések későbbi következményei a biztosításból ki vannak zárva.

18.4.A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a Biztosított járművezetés közben alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer 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.

18.5.A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a biztosítási esemény a Biztosított jogosítvány vagy érvényes forgalmi engedély nélküli gépjárművezetése közben következett be, és a Biztosított mindkét esetben más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett.

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

18.6.1.(i) harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel (jelen feltételek szempontjából harci cselekménynek minősül a háború, határviellongás, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskíséret, polgárháború, idegen ország korlátozott célú hadicselekményei: például csak légi csapás, kommandó támadás), (ii) terrorcselekménnyel, (iii) forradalommal, felkeléssel, lázadással, zavargással, zendüléssel (a lázadás fogalmát illetően ld. a Büntető Törvénykönyv szerinti minősítést), kivéve a bejelentett tüntetéseket, (iv) népi megmozdulással (például nem engedélyezett tüntetés, vagy be nem jelentett, illetve nem engedélyezett sztrájk),

18.6.2.nukleáris hasadással, nukleáris reakcióval, fúzióval, radioaktív- illetve ionizáló sugárzással, valamint ezek szennyezésével, kivéve az orvosilag előírt terápiás célú sugárkezelést,

18.6.3.fegyver, robbanószer, vegyi- vagy gyúlékony anyagok használatával, kivéve rendőrök esetében,

18.6.4.a Biztosított az alábbiakban meghatározott veszélyes sporttevékenységével:

- búvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá, félkezes és nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hydrospeed, canyoning, surf,
- hegymászás és sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlangi expedíció, bungee jumping (mélybeugrás),
- 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),
- privát-/sportrepülés/repülősportok (pl. paplanrepülés, léghajózás, siklóernyős repülés, motoros vitorlázó repülés, siklórepülés, sárkány és ultrakönnyű repülés,

hőlégballonozás, ejtőernyős ugrás, vitorlázó repülés, műrepülés),

- bázisugrás,
- állat közreműködésével végzett sporttevékenységek (pl. lovaglás, lovaspólo, díjlovaglás, díjugratás, fogathajtás).

18.6.5.A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki továbbá azokra a biztosítási eseményekre, amelyek a Biztosított hivatásszerű sporttevékenysége közben következtek be. Hivatásszerű sporttevékenységnek minősül, ha a Biztosított sportszervezettel (szakszövetséggel) létesített munkaviszony, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony vagy sportszerződés keretében végez sporttevékenységet.

18.7. A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a Biztosított balesete vagy betegsége

18.7.1.gépi erővel hajtott szárazföldi, légi vagy vízi járműben sportversenyen való részvétel következtében, vagy ilyen versenyekre való felkészülés során következik be, vagy

18.7.2.nem a szervezett légi forgalom keretében végrehajtott légi úton való részvétel, hanem egyéb (akár motoros, akár motor nélküli) repülés vagy repülősportolás következménye.

18.8.A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a Biztosított a Biztosító kockázatviselésének kezdetekor bármilyen jogcímen - kivéve az özvegyi nyugdíjat - nyugdíjas, vagy rokkantsági-, illetőleg rehabilitációs ellátásban részesül.

18.9.A Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezésekor köteles indokolatlan késedelem nélkül orvosi ellátást igénybe venni, valamint a kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatni. A Biztosító jogosult a szolgáltatást részben vagy egészben megtagadni, amennyiben a Biztosított e kötelezettségének nem tett eleget.

18.10.A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az olyan szubjektív panaszokra és azok közvetett vagy közvetlen következményeire épülő igényekre, amelyek objektív orvosi módszerekkel nem igazolhatók (pl. migrén, a gerinc egyes degeneratív betegségei - úgy, mint például polidiszkopátia - és azok közvetett vagy közvetlen következményei).

18.11.A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a biztosítási esemény összefüggésben áll a Biztosított nem orvosi javallatra, vagy nem az előírt adagolásban történő gyógyszer szedésével.

19. § A panaszok bejelentése

19.1.A csoportos biztosítási szerződéssel kapcsolatban felmerült panaszokat (ideértve mind a Biztosító szolgáltatásával kapcsolatos, mind pedig a Banknak a Biztosított csatlakoztatásával kapcsolatos - biztosításközvetítői minőségben történő - eljárásával kapcsolatos panaszokat) a Biztosítónál lehet bejelenteni szóban (személyesen vagy telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, formanyomtatványon, faxon, e-mail-en).

BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt. 1062 Budapest, Teréz krt. 55-57.

Tel: (1) 501-2345; Fax: 06-1-501-2301

E-mail: ugyfelszolgalat@cardif.hu

19.2.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 panasz kezelésével nem ért egyet, a Biztosító a panaszról és az azzal kapcsolatos álláspontjáról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolati példányát (1) 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.

19.3.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.

19.3 A Biztosító felügyeleti szerve:

Magyar Nemzeti Bank
1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

19.4 A panasz megoldásának sikertelensége esetén a panaszos az alábbi lehetőségek közül választhat:

19.5.1 Jogszábálysértés, így különösen a Magyar Nemzeti Bankról szóló törvény szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Magyar Nemzeti Banknál fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet az alábbi elérhetőségen:

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

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

A fogyasztóvédelmi eljárás kezdeményezéséhez szükséges formanyomtatvány:

- megtalálható a Biztosító honlapján (www.bnpparibascardif.hu), a panaszkezelési menüpont alatt, valamint a Biztosító ügyfélszolgálatán (elérhetőségét ld. a 19.1. pontban), továbbá ugyanitt a formanyomtatvány térítésmentes megküldése is igényelhető
- az MNB honlapján (<https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem/penzuzgi-panasz#formanyomtatvanyok>)

A fogyasztóvédelmi eljárás kezdeményezhető továbbá a formanyomtatvány elektronikus ügyintézés keretében (az Ügyfélkapun keresztül) történő benyújtásával is.

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

19.5.2 A biztosítotti jogviszony létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén az igényt érvényesítő fél

19.5.2.1 a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat, vagy

19.5.2.2 a Pénzügyi Békéltető Testület (PBT) (Cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., Levélcím: H-1525 Budapest BKKP Pf.: 172., Telefon: (36-80) 203-776 , E-mail: ugyfelszolgalat@mnbb.hu) eljárását kezdeményezheti

- Elektronikus formában az Ügyfélkapun keresztül
- 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 panaszkezelési menüpont alatt, valamint a Biztosító

ügyfélszolgálatán (elérhetőségét ld. a 19.1. pontban), továbbá ugyanitt a formanyomtatvány térítésmentes megküldése is igényelhető

- az MNB honlapján a PBT aloldalon (<https://www.mnb.hu/bekeltetes/kerelem-es-egyeb-nyomtatvanyok/kerelem-nyomtatvany>)

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

20. § A biztosítási feltételek módosítása

20.1.A Biztosító jogosult a biztosítási feltételeket felülvizsgálni és szükség esetén azok módosítását kezdeményezni a Banknál. A biztosítási feltételek módosítására csak a Bank és a Biztosító megállapodása alapján kerülhet sor.

20.2.A biztosítási feltételek módosítása esetén a Bank a módosítás hatályba lépését megelőzően legalább 60 nappal írásban tájékoztatja a biztosítottakat a módosításokról azzal, hogy amennyiben a változásokkal nem ért egyet, úgy a Biztosított nyilatkozatát az 5.3. pontban foglaltak szerint a változás hatályba lépése előtt visszavonhatja.

21. § Egyéb rendelkezések

21.1.A Biztosító a hozzá eljuttatott adatokat, bejelentéseket és jognyilatkozatokat csak akkor köteles hatályosnak tekinteni, ha azokat írásban vagy elektronikus formában juttatták el hozzá, ide nem értve (i) a szóbeli csatlakozást, (ii) a biztosítási esemény szóbeli bejelentését, (iii) a szóbeli panaszbejelentést.

21.2.A biztosításból eredő igények az igény alapjául szolgáló esemény bekövetkeztétől számított 2 év elteltével elévülnek.

21.3.Az egyes kockázatokra vonatkozó Különös Biztosítási Feltételekben foglaltak a jelen Általános Biztosítási Feltételekkel együtt érvényesek.

21.4.Az itt nem szabályozott kérdésekben a Ptk. rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

Különös Biztosítási Feltételek Keresőképtelenségi kockázat

A Biztosító a csoportos biztosítási szerződés alapján, az ott megállapított biztosítási díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§ szerinti biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 2.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja.

Jelen különös feltételekben foglaltak a Biztosító 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, betegségből vagy balesetből eredő, 30 napot meghaladó folyamatos betegállománya (továbbiakban: keresőképtelenség).

1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a keresőképtelenség 31. 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 eseménynek.

2. § A Biztosító szolgáltatása

2.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító kifizeti a Biztosított részére az 5.2 pont szerinti, rá vonatkozó havi szolgáltatási összeget. A Biztosító térítési kötelezettsége a továbbiakban - az alábbi 2.2 pontban foglalt időbeli korlátozás figyelembevételével - abban az esetben áll fenn, ha a Biztosított igazolja, hogy a soron

- következő jogosultsági időpontban (meghatározását ld. az 5.3 pontban) még keresőképtelen.
- 2.2. **Egy adott biztosítási esemény miatt a Biztosító térítési kötelezettsége addig az időpontig áll fenn, amelyik az itt felsoroltak közül a leghamarabb bekövetkezik: (i) a Biztosított keresőképtelenségének megszűnéséig, vagy (ii) a kockázatviselés megszűnéséig, (iii) de legfeljebb 6 egymást követő hónapig.**
 - 2.3. Ha a Biztosított a biztosítási szolgáltatás megszűnését követő 60 napon belül a korábbi biztosítási eseményt kiváltó ok vagy annak következménye miatt újból keresőképtelenné válik, akkor az ilyen keresőképtelenséget a Biztosító az előző biztosítási esemény folytatásaként tekinti, és az újbóli keresőképtelenség bekövetkezése után azonnal szolgáltat. A 60 napon belül más okból keletkező, vagy a biztosítási szolgáltatás megszűnése után több mint 60 nappal bekövetkező keresőképtelenséget a Biztosító az 1.§-ban leírtak szerint új biztosítási eseménynek tekinti.
 - 2.4. **Ha a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége 6 havi szolgáltatás kifizetése miatt szűnt meg, akkor a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége kizárólag abban az esetben nyílik meg újra, ha (1) a szolgáltatási kötelezettség megszűnését követően újabb biztosítási esemény következett be, és (2) a Biztosító szolgáltatásának a 6 hónapos limit kimerülése miatti megszűnése és az újbóli jogosulttá válás között 12 hónapos, díjfizetéssel fedezett időszak eltelt.**
 - 2.5. **A biztosítás tartama alatt a Biztosító egy Biztosítottra vonatkozóan keresőképtelenség címén összesen legfeljebb 12 hónapig vállalja a szolgáltatás teljesítését .**

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. „Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről” elnevezésű nyomtatvány másolata,
 - 3.1.2. a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által kiállított olyan igazolás vagy egyéb dokumentum másolata, amely tartalmazza a keresőképtelen állapotban tartás alapjául szolgáló betegség(ek) vagy állapot(ok) megnevezését és/vagy BNO kódját,
 - 3.1.3. „Orvosi igazolás a folyamatos keresőképtelenségről” elnevezésű nyomtatvány másolata.
- 3.2. **Az első szolgáltatást a Biztosító akkor teljesíti, ha a Biztosított igazolta, hogy több mint 30 napja folyamatosan keresőképtelen állományban van. A teljesítéshez a 3.1.3. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a keresőképtelenség kezdetétől számított 31. napon vagy azt követően állítottak ki.**
- 3.3. **További szolgáltatást a Biztosító abban az esetben nyújt, ha a benyújtott igazolás alapján megállapítható, hogy a Biztosított a legutóbb teljesített havi szolgáltatás óta folyamatosan, ugyanazon ok miatt keresőképtelen volt, és a keresőképtelenség az 5.3 pont szerinti jogosultsági időpontban is fennállt. A teljesítéshez a 3.1.3. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a jogosultsági időpontban vagy azt követően állítottak ki.**
- 3.4. **Ha a Biztosított a keresőképtelenség fennállását a 3.3 pont szerint nem igazolja, a Biztosító kötelezettségét teljesítettnek, és a szolgáltatást befejezettnek tekinti. A Biztosító visszamenőleges hatállyal teljesíti a szolgáltatást abban az esetben, ha 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. **aszteniával, depresszióval és más mentális rendellenességekkel kapcsolatos keresőképtelenségre,**
 - 4.1.2. **nem balesetből eredő (pl.: poszttraumatikus stressz szindróma) pszichiátriai vagy pszichológiai kezeléssel kapcsolatos keresőképtelenségre,**
 - 4.1.3. **detoxikálással, alvászterápiával kapcsolatos keresőképtelenségre,**
 - 4.1.4. **geriátriai vagy gerontológiai kezeléssel kapcsolatos keresőképtelenségre,**
 - 4.1.5. **rehabilitációval, utógondozással kapcsolatos keresőképtelenségre,**
 - 4.1.6. **gyógypedagógiával, 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, (pl. kozmetikai, plasztikai beavatkozások) kapcsolatos keresőképtelenségre,**
 - 4.1.9. **anyasággal összefüggő keresőképtelenségre (kivéve a balesetből eredő keresőképtelenséget), mint: (i) terhesség és szülés miatti keresőképtelenség, (ii) gyermekápolási táppénz, (iii) 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 csatlakozás esetén arra a keresőképtelenségre, amelynek tartama alatt a Biztosított csatlakozott a csoportos biztosítási szerződéshez.**
- 4.2. **Amennyiben Magyarország bevezeti a sorkatonaság intézményét vagy más, ezzel egyenértékű honvédelmi kötelezettséget, úgy a Biztosító a Biztosított ezen kötelezettség-teljesítése alatt fennálló keresőképtelenséget nem tekinti biztosítási eseménynek 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 bármely egyéb októl függetlenül a Biztosított időleges keresőképtelenségét idézi elő.
- 5.2. **Havi szolgáltatási összeg:** a Biztosított által választott biztosítási összeg (75.000 Ft vagy 150.000 Ft). A havi szolgáltatási összeg meghatározásakor a Biztosító a jogosultsági időpontban hatályos biztosítási összeget veszi figyelembe.
- 5.3. **Jogosultsági időpont:** az első alkalommal megegyezik a biztosítási esemény bekövetkezésének napjával (azaz a keresőképtelenség 31. napjával). Az ezt követő jogosultsági időpontok (ha vannak) megegyeznek a soron következő naptári hónapok ugyanezen számú napjaival. Ha egy adott hónapban nincs ilyen számú nap, akkor az adott hónapban a jogosultsági időpont a hónap utolsó napja.
- 5.4. Jelen feltétel szempontjából **keresőképtelen** az, **(i)** aki betegsége miatt munkáját nem tudja ellátni; vagy **(ii)** aki fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásban betegségének megállapítása vagy

- gyógykezelése miatt részesül; vagy *(iii)* akit közegészségügyi okokból foglalkozásától eltiltanak és más beosztást nem kap; vagy *(iv)* akit közegészségügyi okokból hatóságilag elkülönítenek; vagy *(v)* aki járványügyi, illetőleg állapot-egészségügyi zárlat miatt munkahelyén megjelenni nem tud és más munkahelyen (munkakörben) átmenetileg sem foglalkoztatható, és az itt felsorolt esetek miatt a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által igazoltan, saját jogon keresőképtelen állományban van.
- 5.5. 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.

Különös Biztosítási Feltételek Munkanélküliségi kockázat

A Biztosító a csoportos biztosítási szerződés alapján, az ott megállapított 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 Biztosító vonatkozó Általános Biztosítási Feltételeivel együtt érvényesek.

1.§ A biztosítási esemény

- 1.1. **E feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül, ha a Biztosított a Biztosító kockázatviselésének tartama alatt - nyilvántartott álláskeresővé válás miatt - 30 egymást követő napot meghaladó tartamra nyilvántartott álláskereső.**
- 1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a Biztosított megszakitás nélkül álláskeresőként nyilvántartott állapotának 31. napja.
- 1.3. **E különös biztosítási feltételek szerint kizárólag a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt - a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül - bekövetkezett véletlen, a Biztosított akaratán kívüli ok miatti álláskeresővé (munkanélkülivé) válása minősül biztosítási eseménynek.**
- 1.4. **A Biztosító csak abban az esetben nyújt szolgáltatást, ha a Biztosított a munkanélkülivé válását megelőzően legalább 6 hónapig folyamatos, a 6.4 pont szerinti munkaviszonnal rendelkezett.**

2.§ A Biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító kifizeti a Biztosított részére a 6.2 pont szerinti havi szolgáltatási összeget. A Biztosító térítési kötelezettsége a továbbiakban - az alábbi 2.2 pontban foglalt időbeli korlátozás figyelembevételével - abban az esetben áll fenn, ha a Biztosított igazolja, hogy a soron következő jogosultsági időpontban (meghatározását ld. a 6.3 pontban) még nyilvántartott álláskereső.
- 2.2. **Egy adott biztosítási esemény miatt a Biztosító térítési kötelezettsége addig az időpontig áll fenn, amelyik az itt felsoroltak közül a leghamarabb bekövetkezik: (i) a Biztosított álláskeresőként történő nyilvántartásának megszűnéséig, vagy (ii) a kockázatviselés megszűnéséig, (iii) a megszünt munkaviszony eredeti lejáratának (ha volt) időpontjáig, de legfeljebb 6 egymást követő hónapig,**
- 2.3. **Ha a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége 6 havi szolgáltatás kifizetése miatt szűnt meg, akkor a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége kizárólag abban az esetben nyílik meg újra, ha (1) az érintett Biztosított a szolgáltatási kötelezettség megszűnését követően ismételtelen a 6.4 pont szerinti munkaviszonyt létesített, majd azt követően ismételtelen nyilvántartott álláskereső lett, és**

(2) a Biztosító szolgáltatásának a 6 hónapos limit kimerülése miatti megszűnése és az újbóli jogosulttá válás között 12 hónapos, díjfizetéssel fedezett időszak eltelt.

- 2.4. **A biztosítás tartama alatt a Biztosító egy Biztosítottra vonatkozóan munkanélküliség címén összesen legfeljebb 12 hónapig vállalja a szolgáltatás teljesítését.**

3.§ Várakozási idő

- 3.1. **A Biztosító a munkanélkülivé válás esetében a kockázatviselés kezdetétől számítandó 90 napos várakozási időt határoz meg. Ha (i) a Biztosított munkaviszonyát megszüntető írásbeli jognyilatkozat a várakozási idő alatt kelt, vagy (ii) a munkaviszony a várakozási idő alatt szűnt meg, a Biztosító az emiatt bekövetkezett álláskeresővé (munkanélkülivé) válás esetében sem a várakozási idő alatt, sem annak lejártát követően nem nyújt biztosítási szolgáltatást.**
- 3.2. **Ha a Biztosított a biztosítási összeget az Általános Biztosítási Feltételek 9.4. pontja szerint megnövelte, akkor a várakozási időt (i) a biztosítási összeg növekmény vonatkozásában a módosított (új) kockázatviselési kezdő időponttól, míg (ii) az eredeti biztosítási összeg vonatkozásában a meglévő biztosítás kockázatviselési kezdő időpontjától kell számítani.**

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 álláskeresési járadék megállapításához” elnevezésű nyomtatvány másolatát,
- 4.1.2. az Országos Egészségbiztosítási Pénztár - a biztosított jogviszonyról és egészségbiztosítási ellátásokról szóló - igazolványának másolatát,
- 4.1.3. a munkáltató által kitöltött igazolás másolatát a munkaviszony megszűnéséről,
- 4.1.4. a megszünt munkaviszonyra vonatkozó munkaszerződés másolatát,
- 4.1.5. a munkaviszonyt megszüntető írásbeli jognyilatkozat (felmondás vagy közös megegyezés) másolatát,
- 4.1.6. a munkaügyi központ vagy kirendeltség igazolását, hogy a Biztosított mely időponttól mely időpontig nyilvántartott álláskereső
- 4.1.7. ha a munkaviszony megszüntetése miatt munkaügyi per indul, az ennek során keletkezett iratokat, amennyiben ez a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához szükséges.
- 4.2. **Az első szolgáltatást a Biztosító akkor teljesíti, ha a Biztosított a munkaügyi központ vagy kirendeltség által kiállított igazolással igazolta, hogy több mint 30 napja folyamatosan nyilvántartott álláskereső. A teljesítéshez a 4.1.6 pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet az álláskeresőkénti nyilvántartás kezdetétől számított 31. napon vagy azt követően állítottak ki.**
- 4.3. **További szolgáltatást a Biztosító abban az esetben nyújt, ha a benyújtott igazolás alapján megállapítható, hogy a Biztosított a legutóbb teljesített havi szolgáltatás óta továbbra is, megszakitás nélkül nyilvántartott álláskereső, és ez az állapot a 6.3 pont szerinti jogosultsági időpontban is fennállt. A teljesítéshez a 4.1.6. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a jogosultsági időpontban vagy azt követően állítottak ki.**
- 4.4. **Ha a Biztosított a szolgáltatásra való jogosultságát a 4.2 pont szerint nem igazolja, úgy a Biztosító kötelezettségét teljesítettnek, és a szolgáltatást befejezettnek tekinti. A Biztosító visszamenőleges hatállyal teljesíti a szolgáltatást abban az**

esetben, ha a Biztosított pótolja az igazolást. A késelem 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 munkaerő-kölcsönzés céljából létesített munkaviszonyra,
- 5.1.2. olyan Biztosítottra, aki az álláskeresővé válását közvetlenül megelőzően (i) nem állt a 6.4 pont szerinti munkaviszonyban (pl. egyéni vállalkozó, megbízási jogviszony keretében foglalkoztatott, egyéb jogviszony alapján kereső foglalkozást folytató, „főállású anya”), vagy (ii) a 6.4 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 jog 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,
- 5.1.5. a munkaviszonynak a Biztosított által kezdeményezett (i) közös megegyezéssel történő megszüntetés vagy (ii) felmondás miatti megszűnésére,
- 5.1.6. a munkaviszony próbaidő alatti megszűnésére,
- 5.1.7. a munkaviszonynak a munkáltató által azonnali hatályú felmondással történő megszüntetésére, illetve ha a munkáltató a Biztosított magatartása miatt felmondással élt,
- 5.1.8. a munkáltató általi felmondásra öregségi- vagy rokkantság miatti nyugdíjazás esetén,
- 5.1.9. a Biztosított munkaviszonyának megszűnésére, ha a munkáltató a munkaviszony megszüntetését a kockázatviselés kezdete előtt már írásban közölte vagy bejelentette,
- 5.1.10. arra a munkanélküliségre, amely a kockázatviselés kezdetekor már fennállt.

6.§ Fogalom-meghatározások

- 6.1. **Álláskereső (munkanélküli):** az, aki (i) a vonatkozó jogszabályok alapján a munkaviszony létesítéséhez szükséges feltételekkel rendelkezik, (ii) *oktatási intézmény nappali tagozatán nem folytat tanulmányokat, (iii) öregségi nyugdíjra nem jogosult, rehabilitációs járadékban, valamint a megváltozott munkaképességű személyek ellátásaiban nem részesül, (iv) az alkalmi foglalkoztatásnak minősülő munkaviszony és a nevelőszülői foglalkoztatási jogviszony kivételével munkaviszonyban nem áll, és egyéb keresőtevékenységet sem folytat, (v) elhelyezkedése érdekében az állami foglalkoztatási szervvel együttműködik, és akit (vi) az állami foglalkoztatási szerv álláskeresőként nyilvántart.*
- 6.2. **Havi szolgáltatási összeg:** a Biztosított által választott biztosítási összeg (75.000 Ft vagy 150.000 Ft). A havi szolgáltatási összeg meghatározásakor a Biztosító a jogosultsági időpontban hatályos biztosítási összeget veszi figyelembe.
- 6.3. **Jogosultsági időpont:** az első alkalommal megegyezik a biztosítási esemény bekövetkezésének napjával (azaz az álláskeresőként történő nyilvántartás 31. napjával). Az ezt követő jogosultsági időpontok (ha vannak) megegyeznek a soron következő naptári hónapok ugyanezen számú napjaival. Ha egy adott hónapban nincs

ilyen számú nap, akkor az adott hónapban a jogosultsági időpont a hónap utolsó napja.

- 6.4. **Munkaviszony:** legalább heti 20 óras tartamú, (i) a Munka Törvénykönyve („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-illetőleg ügyészségi szolgálati viszony, (vi) fegyveres és rendvédelmi szervek hivatásos és szerződéses állományú tagjainak szolgálati viszonya.

ADATVÉDELMI TÁJÉKOZTATÓ

A biztosítási titok és a biztosítási titoknak minősülő személyes adatok kezelésének elvi és gyakorlati tudnivalói.

A biztosítási titok

- A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (Bit.) szerint biztosítási titok minden olyan minősített adatot nem tartalmazó, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, és a biztosításközvetítő egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.
- A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül titoktartási kötelezettség terheli a Biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.
- Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn, illetve a Biztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad vagy a Biztosító által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója ezt a tanúsítási eljárás lefolytatása keretében ismeri meg.
- Ha az alább felsorolt személyek / hatóságok / szervek írásbeli megkereséssel fordulnak a Biztosítóhoz, a titoktartási kötelezettség nem áll fenn:
 - a feladatkörében eljáró Magyar Nemzeti Bankkal szemben;
 - az előkészítő eljárást folytató szervvel, a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel szemben;
 - büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási perben eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a csődeljárásban eljáró vagyongfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyongfelügyelővel, rendkívüli vagyongfelügyelővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyongfelügyelővel, bírósággal szemben;
 - a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel szemben;
 - az adóhatósággal szemben, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkoztattéti kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli;
 - a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal szemben;
 - a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal szemben;
 - a feladatkörében eljáró gyámhatósággal szemben;
 - az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel szemben;
 - törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel szemben;

- a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával szemben;
 - a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal szemben;
 - a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal szemben.
5. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn:
- a viszontbiztosítóval, a BNP Paribas csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló Biztosítóval szemben. A Biztosító által megbízott viszontbiztosítók listája a Biztosító honlapján, a www.bnpparibascardif.hu oldalon tekinthető meg
 - az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében - az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint - az átvevő biztosítóval szemben;
 - a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel szemben. A Biztosítónak kiszervezett tevékenységet végző szervezetek listája a Biztosító honlapján, a www.bnpparibascardif.hu oldalon tekinthető meg.
 - a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval szemben,
 - a hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. törvényben (Hpt.) 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 adatkérés célját;
6. A Biztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az előkészítő eljárást folytató szerv, a nyomozó hatóság, az ügyészség, továbbá a bíróság adatkérésére, illetve írásbeli megkeresésére 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, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel;
 - a Btk. szerinti kábítószer-kereskedéssel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.
7. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha
- a magyar bűnüldöző szerv - nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából - írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot;
 - a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot.
8. A Biztosító az ügyfelet nem tájékoztathatják az előkészítő eljárást folytató szerv, a nyomozó hatóság, az ügyészség, a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálat, a külön törvényben meghatározott feltételek esetén a titkos információgyűjtésre felhatalmazott szerv, valamint a bíróság adatkérése, illetve írásbeli megkeresése alapján történő adattovábbításról.
9. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét
- a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása;
 - abban az esetben, ha a Biztosító az Európai Unió és az ENSZ Biztonsági Tanácsa által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvény meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget;
 - a Hpt. 164/B. § szerinti adattovábbítás.
10. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét
- az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg;
 - a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása;
 - a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás;
 - ha a Biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfelelés 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 szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki;
 - 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.
11. A Biztosító a 7. és 9. pontokban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja.
12. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben:
- ha a Biztosító ügyfele (a továbbiakban: adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
 - ha - az adatalany hozzájárulásának hiányában - az adattovábbítás a személyes adatok harmadik országba való továbbítására vonatkozó előírásoknak megfelel.
13. A Biztosító kötelezettséget vállal arra, hogy megfelelő technikai adatvédelemmel, nyilvántartással rendelkezik, amely megvalósítja a biztosítási titok védelmét.

A veszélyközösség védelme céljából történő adatátadás

14. 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 fordulhatnak más biztosítóhoz. A Biztosító a más biztosító által hozzájuk intézett, a fentiek szerinti megkeresés esetén a megkeresésben szereplő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkereső biztosítónak.
15. A megkeresés illetve az adatátadás az alábbi adatokra vonatkozhat:

- 15.1. baleseti-, betegségi- vagy, életbiztosítási kockázatok (pl. keresőképtelenségi, rokkantsági, haláleseti szolgáltatás) vonatkozásában a szerződés teljesítésével kapcsolatosan:
- a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személyazonosító adatai;
 - a biztosítandó vagy a biztosított személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatok;
 - szerződőt, a biztosítottat, a kedvezményezettet érintő korábbi – a baleset-, betegség- vagy életbiztosítási ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos - biztosítási eseményekre vonatkozó adatok;
 - a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatok; és
 - a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatok.
- 15.2. munkanélküliségi kockázat vonatkozásában a szerződés teljesítésével kapcsolatosan:
- a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett és a károsult személyazonosító adatai;
 - a biztosítandó vagy biztosított vagyontárgyak, követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatok;
 - a biztosítandó vagy biztosított vagyontárgyakat, követeléseket vagy vagyoni jogokat érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatok;
 - a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatok; és
 - a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatok.
16. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő 90 napig kezelheti. Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, a 90 napos időtartam meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig. 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 megismerést követő egy évig kezelhető.
17. A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat a biztosított érdekekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal a 14. pontban meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.
18. A megkereső biztosító az általa tett megkeresésről, az abban szereplő adatokról, továbbá a megkeresés teljesítéséről az érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére a mindenkor hatályos adatvédelmi tárgyú jogszabályokban szabályozott módon tájékoztatja.
19. Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.
- A személyes adatok kezelése**
20. A BNP Paribas Csoport fontosnak tartja az ügyfelek személyes adatainak védelmét; erre tekintettel szigorú elveket határozott meg a személyes adatok védelméről szóló chartájában:
- https://group.bnpparibas/uploads/file/bnpparibas_personal_data_privacy_charter.pdf, amely a <https://group.bnpparibas/en/group/bnpparibas-worldwide> weboldalon található meg.
21. A Biztosító adatkezelőként felelős az ügyfelek személyes adatainak gyűjtéséért, valamint kezeléséért. Az adatkezelési tájékoztató célja, hogy tájékoztassa az ügyfeleket a kezelt adatok köréről, az adatkezelés és az adattovábbítás céljáról, az adatkezelés időtartamáról, valamint a jogokról és azok gyakorlásáról.
22. Az Adatkezelő:
BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt. (székhely: 1062 Budapest, Teréz krt. 55-57.)
23. Személyes adatnak minősül az azonosított vagy azonosítható természetes személyre („érintett”) vonatkozó bármely információ; azonosítható az a természetes személy, aki közvetlen vagy közvetett módon, különösen valamely azonosító, például név, szám, helymeghatározó adat, online azonosító vagy a természetes személy testi, fiziológiai, genetikai, szellemi, gazdasági, kulturális vagy szociális azonosságára vonatkozó egy vagy több tényező alapján azonosítható. A Biztosítóval közölt személyes adat biztosítási titoknak minősül a természetes személy ügyfelek esetén.
24. A Bit. 135. § (1) bekezdése értelmében a Biztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, valamint a szolgáltatással összefüggnek.
25. **Milyen személyes adatokat kezel a Biztosító?**
- 25.2. Az ügyfelek személyes adatait a Biztosító a tevékenysége végzéséhez szükséges mértékben gyűjti és kezeli annak érdekében, hogy magas színvonalú, személyre szabott termékeket és szolgáltatásokat nyújthasson. Többek között a szolgáltatott termék vagy szolgáltatás típusától függ, hogy milyen típusú személyes adatokat kezel ügyfeleivel kapcsolatban, ideértve az alábbiakat:
- **azonosításhoz szükséges adatok** (pl. teljes név, születési név, anyja neve, azonosító szám (személyi igazolvány, útlevel, vezetői engedély adatai, stb.), állampolgárság, születési hely és idő, nem, TAJ szám, fénykép);
 - **személyes és munkahelyi kapcsolattartási adatok** (pl. állandó és levelezési cím, tartózkodási cím, e-mail cím, telefonszám);
 - **családi helyzet** és családi körülmények (pl. családi állapot, hozzátartozók megnevezése, gyermekek száma és életkora, a háztartásban élők száma stb.);
 - **gazdasági, pénzügyi és adózási adatok** (pl. adóazonosító, adóügyi státusz, jövedelem és más bevételek, vagyona);
 - **tanulmányi és foglalkoztatási adatok** (pl. tanulmányi szint, munkahely, munkaadó neve, foglalkozás, javadalmazás);
 - **biztosításával kapcsolatos adatok** (pl. ügyfél azonosítási szám, szerződésszám, kedvezményezett neve, díjfizetési adatok, garanciák, tartam, díj, díjszökkenés, bankszámla adatok, a szerződésre vonatkozó adatok, a biztosított tárgyra vonatkozó azonosító adatok és műszaki tulajdonságok, hitelfedezeti, jövedelempótló és számlavédelmi biztosítás esetén a hitel-, kölcsön-, lízing illetve bankszámla szerződésre vonatkozó adatok, közműszolgáltatóval kötött szerződés adatai, stb);
 - **kockázatelbíráláshoz szükséges adatok** (pl. földrajzi elhelyezkedés, a biztosított tárgyak jellemzői, hitel- illetve kölcsöntartozással, társadalombiztosítással kapcsolatos adatok);
 - **biztosítási kárral és szolgáltatással kapcsolatos adatok** (pl. kártörténet, kárkifizetések, szakvélemények, károsult adatok);
 - **szokásaival és preferenciáival kapcsolatos adatok** (pl. a biztosításával összefüggésben az életmódjával és a biztosított tárgyak használatával kapcsolatos adatok)

- a velünk való interakcióból származó adatok: internetes oldalaink, alkalmazásaink, közösségi oldalaink látogatása, (kapcsolati és nyomonkövetési adatok, például sütik, kapcsolat online szolgáltatásokkal, IP-címek), valamint találkozók, hívások, csevegések, e-mailek, interjúk, telefonbeszélgetések;
- videokamerás védelem (CCTV-t is beleértve) és földrajzi helymeghatározási adatok (pl. biztonsági okokból, vagy a legközelebbi szolgáltató helyének meghatározása érdekében a szolgáltatás helyszínének megjelenítése);
- készülékére vonatkozó adatok (IP-cím, műszaki jellemzők, és egyedül azonosító adatok);
- a BNP Paribas webhelyére és alkalmazásába való belépéshez használt bejelentkezési adatok,
- videokamerás megfigyelés (CCTV) ügyfélszolgálaton történő személyes megjelenés esetén;
- nyereményjátékokban, sorsolásokban és reklámkampányokban az Ügyfelek részvételéhez tartozó adatok (a részvétel dátuma, az Ügyfelek válaszai);
- a biztosítási csalások, a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása elleni küzdelemhez szükséges adatok.

25.3. Az ügyfelek előzetes, kifejezett hozzájárulásával a Biztosító a következő különleges adatokat is gyűjthetik.

- biometrikus adatok: pl. ujjlenyomat, hangminta vagy arckép, amelyek azonosítási vagy biztonsági célokra használhatók;
- egészségügyi adatok: pl. egészségügyi kockázat-elbíráláshoz, a biztosítottá válás feltételeinek vizsgálatához, kárigények illetve panaszügyek elbírálásához szükséges egészségügyi adatok, a biztosított kórtörténetére vonatkozó egészségügyi adatok, orvosszakértői vélemények a kárigény elbírálásához. Ilyen adatokat szigorúan csak szükség esetén dolgozunk fel.

Amennyiben jogszabály erre nem kötelezi a Biztosítót, úgy soha nem kér az ügyfelek faji vagy etnikai származására, politikai véleményére, szakszervezeti tagságára, genetikai adataira, szexuális életére vagy szexuális irányultságára vonatkozó szenzitív, személyes adatokat.

26. Kik érintettek ez a nyilatkozat, és kitől gyűjt személyes adatokat a Biztosító?

Közvetlenül az ügyfelektől vagy leendő ügyfelektől, és közvetve más személyektől is gyűjt adatokat a Biztosító (amikor az ügyfelek felveszik a kapcsolatot a Biztosítóval, felkeresi az ügyfélszolgálatot, a biztosító webhelyét és alkalmazásait, használja a termékeket és szolgáltatásokat, kárigényt nyújt be, részt vesz egy felmérésben vagy a biztosító rendezvényén). Így a Biztosító adatokat gyűjthet olyan személyekről, akikkel nincs közvetlen kapcsolata, viszont valamilyen kapcsolatban állnak az ügyfelekkel vagy leendő ügyfelekkel, például:

- családtagja;
- örököse vagy jogutódja;
- adóstársa és garanciavállalója;
- jogi képviselője (meghatalmazással rendelkező);
- fizetési tranzakcióinak kedvezményezettje;
- biztosítási kötvény kedvezményezettje;
- kárbejelentő,
- végső tényleges tulajdonosok;
- adósa (pl. csőd esetén);
- társaság részvényese,
- szolgáltató munkavállalója.

Ha a fenti példákhoz hasonlóan az ügyfelek megadják harmadik felek személyes adatait, az ügyfélnek tájékoztatnia kell az érintetteket arról, hogy a Biztosító kezeli a megadott adatokat, és segítséget kell nyújtani abban, hogy megismerjék az adatkezelési tájékoztatóban foglaltakat. Ha lehetséges, akkor a Biztosító is tájékoztatni fogja őket az adatkezelésről

Érvényes: a 2020.11.10-ét követően csatlakozott biztosítottakra
Hatályos: 2020.11.11-től

(ha a Biztosító nem rendelkezik kapcsolattartási adatokkal, akkor nem tudja majd felvenni velük a kapcsolatot).

A Biztosító adatbázisának ellenőrzése és bővítése érdekében személyes adatokat szerezhet be a következő forrásokból:

- a BNP Paribas más entitásai;
- ügyfelei (vállalati és lakossági);
- üzleti partnerei;
- harmadik felek, például adatkereskedők, akik biztosítják, hogy a vonatkozó információkat törvényesen gyűjtik;
- hivatalos szervek vagy harmadik felek (pl. a pénzügyi felügyeleti hatóság által működtetett adatbázisok, stb) által közzétett publikációk és adatbázisok;
- jogi személyek vagy szakmai ügyfelek webhelyei és közösségi oldalai, ahol az ügyfelek információt tesznek közzé (pl. a saját webhelyen vagy közösségi oldalon);
- nyilvános információk, például a sajtóban megjelenő információk.

27. Miért és milyen jogi alapon használja fel a Biztosító az ügyfelek személyes adatait?

a. Jogi és hatósági kötelezettségeknek való megfelelés céljából

A Biztosító felhasználja az ügyfelek személyes adatait különböző, kifejezetten pedig a biztosítási illetve pénzügyi intézményekre vonatkozó rendelkezéseknek való megfelelés céljából:

- figyelemmel követi a tranzakciókat, hogy azonosítsa azokat, melyek eltérnek a megszokott mintáktól/rutintól;
- kezeli, megelőzi és felderíti a csalást;
- figyelemmel követi és jelentést tesz azokról a kockázatokról (pénzügyi kockázat, megfelelési, hírnévvel kapcsolatos, vagy nemteljesítési kockázat stb.), melyek a Biztosítót és/vagy a BNP Paribas Csoportot érinthetik;
- amennyiben szükséges, rögzíti a telefonhívásokat, csevegéseket, e-maileket, stb., a lentebb leírt más felhasználás mellett;
- megelőzi és felderíti a pénzmosást és a terrorizmus finanszírozását, és megfelel a szankciókkal és embargókkal kapcsolatos rendelkezéseknek az „Ismerd meg az ügyfeled” (KYC) elv révén (azonosítja az ügyfeleket, ellenőrzi a személyazonosságukat, megnézi, hogy szerepelnek-e szankciós listákon, és meghatározza az ügyfelek profilját);
- felderíti és kezeli a gyanús megbízásokat és tranzakciókat;
- a biztosításértékesítésre vonatkozó szabályoknak megfelelően felméri, hogy a javasolt vagy választott biztosítási termék mennyire felel meg az ügyfelek igényeinek;
- segíti az adócsalás elleni küzdelmet, és teljesíti az adóellenőrzési és bejelentési kötelezettségeket;
- számviteli célból rögzíti a tranzakciókat;
- megelőzik, felderíti és jelenti a vállalati társadalmi felelősséggel és fenntartható fejlődéssel kapcsolatos kockázatokat;
- műveletekkel, tranzakciókkal vagy megbízásokkal kapcsolatos adatokat cserél és jelent, és válaszol megfelelő hatáskörrel rendelkező helyi vagy külföldi pénzügyi, adóügyi, közigazgatási, bünyügyi vagy igazságügyi hatóság, választottbírói vagy közvetítői testület, bűnüldöző szerv, állami ügynökség vagy közjogi szerv hivatalos kérésére.

b. Az ügyfelekkel kötött szerződés teljesítése vagy az ügyfelek kérése esetén szerződéskötést megelőző lépések megtétele céljából

A Biztosító az ügyfelek személyes adatait szerződéskötésre vagy jogviszony létesítésére, a megkötött szerződés teljesítésére valamint arra használja fel, hogy kapcsolatot tartson az ügyfelekkel, beleértve az alábbiakat:

- meghatározza a biztosítási kockázatot és az alkalmazandó díjazást;
- felméri, hogy milyen feltételekkel (többek között áron) ajánlhatja az ügyfeleknek a termékeket és szolgáltatásokat;
- rendezi a biztosítási kárigényeket és teljesíti a szerződéses kötelezettségeit;
- segítséget nyújt az ügyfeleknek, például a kérések megválaszolásával;
- termékeket és szolgáltatásokat kínál az ügyfeleknek;
- kezeli a fennálló tartozásokat (azonosítja és kizárja a tartozással rendelkező ügyfeleket).

c. A Biztosító jogos érdekének érvényesítése céljából

A Biztosító az ügyfelek személyes adatait, beleértve a tranzakciós adatokat is, a következő célokból használja fel:

- Kockázatkezelési célok:
 - a biztosítási és áthárított biztosítási díjak megfizetésének igazolása, beleértve elektronikus nyugta;
 - csalás kezelése, megelőzése és felderítése;
 - a Biztosító figyelemmel követi a tranzakciókat, hogy azonosítsa azokat, amelyek eltérnek a megszokott rutintól;
 - követelések behajtása;
 - jogi igények alátámasztása és védelem jogviták esetében;
 - egyéni statisztikai modellek kidolgozása a kockázatok kezelésének javítása valamint meglévő illetve új termékek fejlesztése érdekében;
- A Biztosító és a BNP Paribas entitásai személyre szabják az ügyfeleknek nyújtott kínálatukat, hogy:
 - fejlesszék a termékek és szolgáltatások minőségét;
 - az ügyfelek helyzetéhez és profiljához illő termékeket és szolgáltatásokat nyújtsanak;
 - felméri az ügyfelek preferenciáit és igényeit, hogy személyre szabott biztosítási ajánlatokat tegyenek.

A személyre szabás a következő módokon történhet:

- ✓ az ügyfelek és leendő ügyfelek szegmentálása;
- ✓ különböző kommunikációs csatornákon mutatott szokásainak és preferenciáinak elemzése (e-mailek vagy üzenetek, webhelyeink felkeresése stb.);
- ✓ az ügyfelek adatainak a BNP Paribas más entításával való megosztása, különösen akkor, ha az adott személy már ügyfele vagy leendő ügyfele az adott entitásnak, és a Biztosító fel szeretné gyorsítani a szerződéses kapcsolatlétesítést;
- ✓ összevetése azoknak a termékeknek vagy szolgáltatásoknak, amelyekkel az ügyfelek vagy leendő ügyfelek már rendelkeznek, olyan egyéb adatokkal, amelyeket a Biztosító őriz az ügyfelekre vonatkozóan (pl. amelyekből megállapíthatók, hogy az adott ügyfélnek vannak gyermekei, de még nem rendelkezik családi biztosítással);
- ✓ a meglévő ügyfelek közös tulajdonságainak és magatartásának figyelembe vétele, és hasonló tulajdonságokkal rendelkező személyek keresése, hogy megfelelő biztosítási szolgáltatást kínáljon a Biztosító.
- Kutatás és fejlesztés (R+D), beleértve statisztikák és modellek létrehozása, hogy a Biztosító:
 - optimalizálja és automatizálja a folyamatait (pl. GYIK csevegőrobot létrehozása);

- az ügyfelek igényeit legjobban kielégítő termékeket és szolgáltatásokat nyújtson;
- a termékek és szolgáltatások forgalmazását, tartalmát és árát összehangolja az ügyfelek profiljával;
- új ajánlatokat hozzon létre;
- megakadályozza a lehetséges biztonsági hibákat, javítsa az ügyfelek hitelesítésének és a hozzáférési jogosultságoknak a kezelését;
- javítsa a biztonságrányítást;
- javítsa a kockázatok és a megfelelőség kezelését;
- javítsa a csalás kezelését, megelőzését és felderítését;
- elősegítse a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása elleni küzdelmet.
- Biztonsági okok és az informatikai rendszerek teljesítménye, beleértve:
 - IT menedzsment, beleértve az infrastruktúra kezelését (pl. megosztott platformok), üzletmenet folytonossága és biztonság (pl. internetes felhasználók hitelesítése);
 - személyi sérülés, és a személyeket és árukat érintő károk megelőzése (például videokamerás védelem).
- A Biztosító:
 - tájékoztatást nyújt az ügyfeleknek a termékeiről és szolgáltatásairól;
 - pénzügyi műveleteket végez, például hitelportfólió eladása, értékpapírosítás, a BNP Paribas Csoport finanszírozása vagy refinanszírozása;
 - versenyeket és nyereményjátékokat, ár versenyeket, sorsolást és más promóciós tevékenységeket szervez;
 - ügyfélelégedettségi és közvéleménykutatási felméréseket végez;
 - javítja a folyamatainak hatékonyságát (képzést nyújt a munkatársaknak a telefonos ügyfélszolgálati hívások rögzítésével és elemzésével, és javítja a hívási módokat);
 - automatizálja a folyamatait, pl. alkalmazás tesztelése, panaszok automatikus kezelése stb.

A Biztosító jogos érdekei minden esetben arányosak maradnak, és érdekmérlegelési teszt keretében vizsgálja az ügyfelek érdekeinek, illetve alapvető jogainak és szabadságainak a védelmét.

d. Az ügyfelek döntési szabadságának tiszteletbe tartása érdekében, a Biztosító az Ügyfelek hozzájárulását kéri az alábbi esetekben:

Bizonyos személyes adatok kezelése esetén konkrét tájékoztatást ad a Biztosító az ügyfeleknek és kéri a hozzájárulásukat. Az ügyfelek azonban bármikor visszavonhatják az adatkezeléshez adott hozzájárulásukat.

Személyes adatok kezelése, amely nagyobb hatással lehet az ügyfelekre:

- Ha a fenti célok automatikus döntéshozatalhoz vezetnek, amelyek joghatásokat váltanak ki vagy jelentősen érintik az ügyfeleket. Amennyiben ilyen jellegű adatkezelésre kerül sor, a Biztosító külön értesíteni fogja az ügyfeleket az alkalmazott logikáról, valamint az ilyen feldolgozás jelentőségéről és várható következményeiről;
- Amennyiben további adatkezelés válik szükségessé a 3. szakaszban felsoroltaktól eltérő adatkezelési célból, amelyről a Biztosító értesíteni fogja az ügyfeleket és szükség esetén kéri fogja a hozzájárulásukat;
- A közösségi hálózatokon való egyes interakciók, versenyek vagy más hasonló marketing célú műveletek végrehajtása érdekében;
- Ha a személyes adatok speciális kategóriáinak kezelése válik szükségessé, például biometrikus adatokat, egészségügyi adatokat vagy vallási és filozófiai adatokat.

28. Kivel osztja meg a Biztosító az ügyfelek személyes adatait?

a. Az adatok megosztása a BNP Paribas Csoporton belül

A Biztosító a BNP Paribas Csoport tagja, amely világszerte szorosan együttműködő különböző vállalatokat foglal magába, hogy létrehozzon és forgalmazzon különböző banki, pénzügyi és biztosítási szolgáltatásokat és termékeket.

Üzleti okokból és a hatékonyság érdekében a Biztosító megosztja a személyes adatokat a BNP Paribas Csoporton belül, például:

- a jogi és szabályozási kötelezettségei miatt;
 - a pénzmossás és a terrorizmus finanszírozása ellen, embargók miatt és a KYC során összegyűjtött adatok megosztása érdekében;
 - kockázatkezelés, beleértve a hitel- és működési kockázatokat (hitelminősítés, hitelbírálat stb.);
- jogos érdekeinek védelme céljából;
 - a család megelőzése, észlelése, és az ellene való küzdelem céljából;
 - K+F tevékenységek különösen a megfelelés, kockázatkezelés, kommunikáció és marketing céljaiból;
 - az ügyfelek globális és következetes áttekintése;
 - a Csoport termékei és szolgáltatásai teljes körének felkínálása, hogy az ügyfelek kihasználhassák azokat;
 - a termékek és szolgáltatások tartalmának és árának személyre szabása az ügyfél részére.

b. Az adatok közzététele a BNP Paribas Csoporton kívül

Az adatkezelési tájékoztatóban foglalt egyes célok teljesítése érdekében a Biztosító időről időre megoszthatja a személyes adatait a következőkkel:

- a Biztosító nevében szolgáltatást (pl. informatikai szolgáltatás, logisztika, nyomtatási szolgáltatás, telekommunikáció, követelésbehajtás, tanácsadás és konzultáció, értékesítés és marketing) nyújtó szolgáltatókkal;
- banki és kereskedelmi partnerek, független ügynökök, közvetítők és brókerek, viszontbiztosítók, pénzügyi intézmények, szerződő felek, akikkel kapcsolata van a Biztosítónak, ha az adatok továbbítása szükséges a szolgáltatások és termékek megfelelő nyújtásához, vagy ahhoz, hogy a Biztosító eleget tegyen a szerződéses kötelezettségeinek (pl. bankok, pénzintézetek, letétmenyesek, letétkezelők, értékpapírok kibocsátói, kifizetőhelyek, biztosító társaságok, fizetési rendszerek működtetői, fizetési kártyák kibocsátói vagy közvetítői);
- hitelinformációs ügynökségek;
- helyi vagy külföldi pénzügyi, adóügyi, közigazgatási, bűnügyi vagy igazságügyi hatóságok, választottbírói vagy közvetítői testületek, bűnüldöző szervek, állami intézmények vagy közjogi szervezetek, ha a Biztosító vagy a BNP Paribas csoport bármely tagja köteles adatot szolgáltatni a következők miatt:
 - a kérésük alapján;
 - védekezés céljából egy ügyben, perben vagy eljárásban, vagy erre válaszul;
 - megfelelés egy rendelkezésnek, vagy egy hatóság útmutatásának, ami vonatkozik a Biztosítóra vagy a BNP Csoport egy tagjára;
- bizonyos szabályozott szakmai tevékenységet végzők, mint például ügyvédek, közjegyzők, adminisztrátorok/vagyonkezelők, hitelminősítő intézetek, egészségügyi szakértők vagy könyvvizsgálók, ha ez bizonyos körülmények (peres eljárás,

ellenőrzés stb.) miatt szükséges, továbbá a BNP Paribas Csoport vagy biztosító cégeinek és vállalatainak tényleges vagy tervezett vevői.

- társadalombiztosítási szervek, ha a kártérítési igények elbírálása miatt szükséges a megkeresésük, vagy amikor a Biztosító kiegészítő ellátásokat kínál a szociális juttatásokhoz;
- a szerződésben érdekelt felek, például:
 - a szerződő, a díjfizető, a biztosított, a kedvezményezett és a kárbejelentő vagy képviselőik;
 - a szerződést értékesítő és a szerződéses jogutód;
 - a balesetért felelős személyek, a sértett illetve károsult felek, képviselőik és a tanúk.

c. Aggregált vagy anonimizált adatok megosztása

Aggregált vagy anonimizált információkat oszt meg a Biztosító a BNP Paribas Csoporton belül és kívül a partnerekkel, például kutatási csoportokkal, egyetemekkel vagy hirdetőkkel. Az Ügyfelek személyazonosságát nem lehet megállapítani ezen információk alapján.

Az ügyfelek adatai anonimizált statisztikákba is összegyűjthetők, amelyeket a Biztosító szakmai ügyfeleinek ajánlhat fel a vállalkozásuk fejlesztése érdekében. Ilyen esetben az ügyfelek személyes adatai soha nem kerülnek megosztásra, és azok, akik ezeket az anonimizált statisztikákat kapják, nem lesznek képesek azonosítani az ügyfeleket.

29. Személyes adatok nemzetközi továbbítása

Adatok továbbítása az EGT-n kívülre

Az ügyfelek adatai is továbbításra kerülhetnek, ha a Biztosító az Európai Gazdasági Térségből (EGT) az EGT-n kívülre továbbít adatokat. Ha az Európai Bizottság úgy ítéli meg, hogy az EGT-n kívüli ország megfelelő adatkezelési szintet biztosít, akkor az Ügyfelek személyes adatai ezen az alapon kerülnek továbbításra.

Az olyan nem EGT-országokba való továbbítás esetén, amelyek tekintetében az Európai Bizottság nem ismeri el az adatvédelmet megfelelő szintűnek, a Biztosító a különleges helyzetben alkalmazható derogációra támaszkodik (pl. ha az adattovábbítás szükséges a szerződések teljesítéséhez, amikor nemzetközi kifizetést teljesít a Biztosító) vagy az alábbi biztosítékok egyikét alkalmazza, annak érdekében, hogy biztosítsa az ügyfelek személyes adatainak védelmét:

- az Európai Bizottság által jóváhagyott szabványos szerződési feltételek;
- kötelező erejű vállalati szabályok.

Az ügyfelek a 9. pontban meghatározottak szerint írásban kérhetik a Biztosítótól, hogy küldje meg a fent meghatározott adatbiztonsági kikötések másolatát vagy annak elérhetőségi helyét.

30. Mennyi ideig tárolja a Biztosító az ügyfelek illetve leendő ügyfelek személyes adatait?

Az ügyfelek személyes adatait a Biztosító a vonatkozó jogszabályok által előírt, illetve a belső működési követelményeknek (pl. a megfelelő számlakezelés, az ügyfelekkel való kapcsolattartás megkönnyítése), valamint a jogi igények és szabályozói elvárásoknak való megfelelés érdekében megfelelő ideig tárolja.

Az ügyfelek esetében:

A Biztosító az ügyfelekre vonatkozó biztosítási titoknak minősülő adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezeli, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosítási szerződés megkötésével, nyilvántartásával,

valamint a biztosítási szolgáltatással összefüggésben keletkezett, számviteli bizonylatnak minősülő dokumentumokat a Biztosító a Számvitelről szóló 2000. évi C. törvény 169. § alapján 8 évig őrzi meg. A biztosítási szolgáltatással összefüggésben keletkezett, adózással kapcsolatos, bizonylatnak minősülő dokumentumokat az Adózás rendjéről szóló CL. törvény 78. § (3) bekezdésében meghatározottak szerint 5 évig őrzi meg.

A jelen bekezdésben meghatározott adatmegőrzési szabályok érvényesek abban az esetben is, ha az ügyfelek biztosítási eseményt jelentenek be vagy személyesen, telefonon, postai levél vagy e-mail útján felkeresik a Biztosító ügyfélszolgálatát.

A Biztosító termékei iránt érdeklődők valamint leendő ügyfelek esetében:

A Biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (Bit.) 153. § (1) bekezdése szerint az életbiztosítási szerződés megkötése előtt – az olyan megtakarítási elemet nem tartalmazó, tisztán kockázati életbiztosítások kivételével, amelyeket pénzügyi intézmény az általa nyújtott, pénzügyi szolgáltatással összefüggésben javasolt, vagy amelyeknek a biztosítási összege nem haladja meg az egymillió forintot – a biztosítók, illetve a biztosításközvetítők kötelesek felmérni, illetve legalább az ügyfél által megadott információk alapján pontosítani az ügyfél igényeit. A nem életbiztosítási termékek esetén a biztosítók a Bit. 158/B (1) bekezdése alapján kötelesek előzetesen felmérni az adott ügyfél konkrét igényeit és szükségleteit. A Biztosító az igényfelmérésben megadott adatokat biztosítási titokként kezeli.

A Biztosító az igényfelmérő kitöltését követően 60 napig jogosult az igényfelmérés során megadott információkat a biztosítási ajánlat elkészítéséhez felhasználni. Amennyiben az igényfelmérés alapján 60 napon belül nem tesz az ügyfél biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot, a Biztosító a papíralapú igényfelmérőt megsemmisíti, az elektronikusan rögzített igényfelmérőt pedig törli.

Amennyiben az igényfelmérő eredménye alapján a leendő ügyfél biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz vagy csoportos biztosítási szerződéshez csatlakozik, és a biztosítási jogviszony létrejön, akkor az igényfelmérő megőrzésre kerül a szerződéses dokumentáció részeként.

Amennyiben az ügyfelek az egészségügyi kockázatelemzés és elbírálás, biztosítótta válás és/vagy kárrendezés céljából egészségügyi állapotukkal kapcsolatban adatot szolgáltatnak:

A létrejött biztosítási jogviszonyok esetén a Biztosító az egészségügyi adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezeli, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. Amennyiben az ügyfél visszavonja hozzájáruló nyilatkozatát, a Biztosító a hozzájáruló nyilatkozat visszavonásáig kezelheti az érintett egészségügyi adatait. A létre nem jött biztosítási jogviszonyhoz kapcsolódó egészségügyi adatokat a Biztosító az Általános Adatvédelmi Rendelet 9. cikk (2) f) szerinti jogérvényesítés céljából annyi ideig kezeli, amíg az adattal kapcsolatban jogi igény érvényesíthető.

Amennyiben a Biztosító az ügyfeleket ügyfél-azonosítás végett a Pmt. alapján átvilágítja:

Az azonosítás során kezelt személyes adatokat, valamint ezen személyes adatokat tartalmazó okiratok másolatait a Biztosító a Pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény (Pmt.) 56. § (2) bekezdése alapján a biztosítási szerződés megszűnésétől, vagy az ügyleti megbízás teljesítésétől számított 8 évig őrzi meg.

Amennyiben az ügyfelek panaszt jelentenek be:

A rögzített hangfelvételeket a Biztosító öt évig megőrzi. A Biztosító a hozzá beérkezett panaszt és az arra adott választ öt évig megőrzi.

Az ügyfelek kiemelt közszereplői adatbázisban és szankciós listákon való,

Érvényes: a 2020.11.10-ét követően csatlakozott biztosítottakra

Hatályos: 2020.11.11-től

szűrőrendszeren keresztül történő *ellenőrzése* során keletkezett adatokat a jogszabályi előírásokkal összhangban a Biztosító a szűrés végrehajtásától számított 8 évig őrzi meg.

A szolgáltatások minőségének javítása és a munkatársak oktatása céljából rögzített telefonos hangfelvételeket a Biztosító 6 hónapig őrzi meg. A hangfelvételek elemzésének eredményeként létrejött dokumentumok 1 évig kerülnek megőrzésre.

Az ügyfelek azonosítási adatait, amelyeket a 7. pontban foglalt *jogok gyakorlása* során közölnek a Biztosítóval, a joggyakorlástól számított 10 évig kerülnek megőrzésre.

A Biztosító *közvetlen üzletszerzési tevékenységet* (direkt marketing) végezhet meglévő ügyfelei körében. A Biztosító az adatkezelés céljának elérése érdekében, az ahhoz szükséges mértékben és időtartamig vagy a hozzájáruló nyilatkozat visszavonásáig kezelheti az érintett adatait.

31. Mik az ügyfelek jogai és hogyan gyakorolhatják őket?

A vonatkozó jogszabályokkal összhangban, és amely esetekben ez alkalmazandó, az ügyfeleket a következő jogok illetik meg:

- **Hozzáféréshez való jog:** információt kérhetnek személyes adataik kezeléséről, és másolatot is kérhetnek ezekről az adatokról.
- **Helyesbítéshez való jog:** ha úgy gondolják, hogy a személyes adataik pontatlanok vagy hiányosak, kérhetik a személyes adataik helyesbítését.
- **Törléshez való jog:** a törvény által megengedett mértékben kérhetik a személyes adataik törlését.
- **Korlátozáshoz való jog:** az ügyfelek kérhetik a személyes adataik kezelésének a korlátozását.
- **Tiltakozáshoz való jog:** tiltakozhatnak a személyes adataik kezelése ellen. Joguk van tiltakozni a személyes adataiknak közvetlen üzletszerzési célokra történő felhasználása ellen, beleértve a közvetlen üzletszerzési célokhoz kapcsolódó profilalkotást is.
- **Hozzájárulás visszavonása:** joguk van bármikor visszavonni az személyes adataik kezeléséhez adott hozzájárulást.
- **Adathordozhatósághoz való jog:** ha jogilag alkalmazható, az ügyfeleknek joguk van ahhoz, hogy a Biztosító visszajuttassa az ügyfeleknek a kapott és/vagy kezelt személyes adatokat, vagy ha ez technikailag megoldható, akkor továbbítsa azokat harmadik félnek.

Ha az ügyfelek élni szeretnének a fent felsorolt jogaikkal, kérésüket levélben vagy e-mailben juttathatják el az alábbi elérhetőségek egyikére:

BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt.

1062 Budapest, Teréz krt. 55-57., vagy

adatvedelem@cardif.hu

Azonosítás céljából a kérelemhez csatolni kell az ügyfelek személyazonosító igazolványának az arckép kitarásával készített szkennelt vagy fénymásolt másolatát. Amennyiben olyan szkennelt változatot / fénymásolatot küld az ügyfél a személyazonosító igazolványáról, amelyen az arckép nincs letakarva, akkor a Biztosító a kapott dokumentumról olyan másolatot készít és tárol, amelyen az arckép le van takarva, majd a kapott, arcképet tartalmazó példányt megsemmisíti vagy törli rendszereiből.

Az Általános Adatvédelmi Rendelet alapján az ügyfelek panaszt nyújthatnak be az illetékes felügyeleti hatósághoz (Nemzeti Adatvédelmi

és Információszabadság Hatóság, 1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/C., postacím: 1530 Budapest, Pf. 5.; e-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu) a Biztosító adatkezelésével kapcsolatban. Az ügyfelek jogosultak a hatékony bírósági jogorvoslatra a felügyeleti hatóság rájuk vonatkozó, jogilag kötelező erejű döntésével szemben, vagy ha az illetékes felügyeleti hatóság nem foglalkozik a panasszal, vagy három hónapon belül nem tájékoztatja a benyújtott panasszal kapcsolatos eljárási fejleményekről vagy annak eredményéről.

Az ügyfelek hatékony bírósági jogorvoslatra jogosultak, ha megítélésük szerint a személyes adataiknak a GDPR-nak nem megfelelő kezelése következtében az adatkezelő vagy az adatfeldolgozó megsértette a GDPR szerinti jogait. Az adatkezelővel vagy az adatfeldolgozóval szembeni eljárást az adatkezelő vagy az adatfeldolgozó tevékenységi helye szerinti tagállam bírósága előtt kell megindítani. Az ilyen eljárás megindítható az érintett szokásos tartózkodási helye szerinti tagállam bírósága előtt is.

32. Hogyan értesülhetnek az ügyfelek az adatkezelési tájékoztató változásairól?

A Biztosító rendszeresen frissíti az adatkezelési tájékoztatóját. A mindenkori legfrissebb verzió a biztosító honlapján, a www.bnpparibas.hu. érhető el elektronikus formában. Bármilyen jelentős változás esetén a Biztosító a weboldalán keresztül vagy a szokásos kommunikációs csatornák valamelyikén tájékoztatja ügyfeleit.

33. Kapcsolatfelvétel

A személyes adatok felhasználásával kapcsolatban az ügyfelek az adatvédelmi kapcsolattartóhoz vagy az adatvédelmi tisztviselőhöz fordulhatnak az alábbiak szerint:

- elsősorban a Biztosító helyi adatvédelmi kapcsolattartójához az adatvedelem@cardif.hu címre küldött e-mail útján vagy a Biztosító székhelyére (1033 Budapest, Kórház utca 6-12.) küldött levél útján, vagy
- a BNP BARIBAS CARDIF csoport adatvédelmi tisztviselőjéhez a data.protection@cardif.com címre küldött e-mail útján vagy az alábbi címre küldött levél útján:
BNP Paribas CARDIF – DPO
8 rue du Port, 92728 Nanterre -France