



Terméktájékoztató és biztosítási feltételek a Citibank hitelkártyáihoz kapcsolódó élet-, baleset- és egészségbiztosításról és Ügyfélértékoztató (CRS-6)

A hitelkártya szerződéshez kapcsolódóan között csoportos hitelfedezeti biztosítási szerződéssel kapcsolatban tájékoztatjuk Önt, hogy jogszabályi rendelkezés alapján a biztosítás is részét képezi az átadó (Citibank Europe Plc Magyarországi Fióktelepe) és az átvevő (Erste Bank Hungary Zrt.) bank közötti állomány átruházásnak. Ez azt jelenti, hogy az átadó bankkal kötött csoportos biztosítási szerződés és annak részeként az Ön biztosított jogviszonya továbbra is minden külön nyilatkozat nélkül változatlan feltételekkel hatályban marad az élő hitelkártya szerződéséhez kapcsolva. A biztosítási szerződésben a bank kötelezettségei és jogai az átruházást követően az átvevő bankot terhelik, illetve illetik meg.

TERMÉKTÁJÉKOZTATÓ

A CITIBANK EUROPE PLC MAGYARORSZÁGI FÍÓKTELEPE (székhelye: 1051 Budapest, Szabadság tér 7., nyilvántartó bíróság és cégjegyzékszám: Fővárosi Törvényszék, mint Cégbíróság 01-17-000560, amely a CITIBANK EUROPE PLC (székhelye 1 North Wall Quay, Dublin 1, nyilvántartás helye és száma: Companies Registration Office, no. 132781), Írországban bejegyzett társaság nevében és képviselésében jár el (továbbiakban: Szerződő, vagy Citibank) arra törekszik, hogy ügyfeleinek biztosítási védelemben való részvételét elősegítse, ezért a hitelkártyaszerződést megkötő vagy azzal rendelkező természetes személy Biztosítottként megített hozzájáruló nyilatkozata alapján hitelfedezeti élet-, baleset- és egészségbiztosítási védelemben részesülhet a Generali-Providencia Zrt-nél (továbbiakban: Biztosító) a Szerződő és a Biztosító között fennálló csoportos hitelfedezeti biztosítási szerződés alapján. A biztosítási védelmet a Generali-Providencia Biztosító Zrt. nyújtja, melynek székhelye: 1066 Budapest, Teréz Krt. 42-44.

Kérjük, hogy figyelmesen tanulmányozza át terméktájékoztatónkat és a biztosítási szerződés részét képező vonatkozó biztosítási feltételeket, hogy Ön előtt is egyértelműen világos legyen, milyen biztosítási eseményekre nyújt az Ön által igényelt biztosított jogviszony védelmet. Külön felhívjuk figyelmét, hogy a feltételekben foglaltak szerint, bizonyos esetekben a Biztosító nem visel kockázatot, illetve kockázatviselését korlátozza, vagy mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól!

Ki a Biztosított és a Kedvezményezett?

Biztosított az a Szerződőnél hitelkártyaszerződéssel rendelkező 18-70 év közötti Főként birtokos természetes személy, aki a biztosított nyilatkozat aláírásával, illetve telefonon megített szóbeli biztosított nyilatkozattal hozzájárul ahhoz (a továbbiakban: Biztosított nyilatkozat), hogy a Szerződő és a Biztosító között létrejött biztosítási szerződés hatálya reá is kiterjedjen, és a biztosítási díj megfizetésére kötelezettséget vállal. **A biztosítás igénylésére a Főként birtokos természetes személy 65 éves koráig kerülhet sor és a Biztosító annak a biztosítási időszaknak a végéig visel kockázatot, amelyben a Biztosított a 70. életévét betöltötte.**

A biztosítási szolgáltatás Kedvezményezettje a Biztosított által tett Biztosított nyilatkozat alapján a Citibank, aki a biztosítási szolgáltatásra jogosult.

Hogyan terjed ki a biztosítási szerződés hatálya a Biztosítottra?

A biztosítási szerződés hatályának adott Biztosítottra történő kiterjesztéséhez a Biztosítottnak a következőket kell tennie:

- A hitelfedezeti biztosítást a hitelkártya igényléssel egyidejűleg, a hitelkártya igénylőlapon a biztosítás igénylésének egyértelmű megjelölésével és az igénylőlapon található Biztosított nyilatkozatban foglaltak elfogadása esetén, a Biztosított nyilatkozat aláírásával kell igényelnie,
- vagy a távértékesítés keretében kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésekről szóló 2005. évi XXV. törvény szerint távértékesítés keretében a Szerződő honlapjáról letöltött „Biztosított nyilatkozat a Citibank és a Generali-Providencia Zrt. között létrejött élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződéshez” című nyomtatvány kitöltésével, aláírásával és a Szerződő részére történő eljuttatásával, vagy telefonon tett és rögzített szóbeli nyilatkozatával - Biztosított nyilatkozatot tenni.

Ki fizeti a biztosítási díjat?

A biztosítási díj megfizetésére vonatkozóan a Biztosított felhatalmazást ad a Szerződőnek, hogy a hitelkártyaszámláját a havonta esedékes biztosítási díjjal megterhelje. A Biztosított hitelkártyaszámláján beterhelt biztosítási díj összegét a Szerződő banki átutalással továbbítja a Biztosító részére. A Biztosítottat terhelő havonta esedékes biztosítási díj a felhasznált hitelkeret összege alapján kerül megállapításra.

A kockázatviselés kezdete és megszűnése

Az egyes Biztosítottak vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése a Biztosított nyilatkozat megtételét követő első Hitelkártya Fordulónap utáni nap 0. órákor veszi kezdetét. Távértékesítés keretében igényelt biztosítási jogviszony esetén, amennyiben a Biztosított a Biztosító kockázatviselésének fenti időpont szerinti megkezdéséhez nem járul hozzá, abban az esetben a kockázatviselés a Szerződő által a biztosított jogviszony létrejöttéről szóló visszaigazolás Biztosított általi kézhezvételétől számított 30. nap utáni első Hitelkártya Fordulónapot követő nap 0. órákor veszi kezdetét.

Távértékesítés keretében tett Biztosított nyilatkozat esetén a Biztosított a biztosítási jogviszonyt a Szerződő által részére elküldött írásbeli visszaigazolás kézhezvételét követő 30 napon belül a Szerződőhöz megküldött írásbeli nyilatkozatával indokolási kötelezettség nélkül, azonnali hatállyal felmondhatja. A felmondási jogot határidőben érvényesítenek kell tekinteni, ha a Biztosított az erre vonatkozó nyilatkozatát a fentiekben meghatározott határidő lejártáig előtti postára adja, vagy egyéb igazol-

ható módon a Szerződőnek elküldi. Amennyiben ezen időszak alatt biztosítási esemény nem történt, úgy a már betervezett biztosítási díj a Biztosított részére visszatérítésre kerül.

A Biztosított a biztosítotti jogviszony hatálya alatt, valamint távértékesítés keretében a fenti (30 nap) határidőn túl a biztosítást a Szerződőhöz intézett írásbeli nyilatkozatával bármikor felmondhatja; a felmondás a felmondó nyilatkozat Szerződő általi kézhezvételét követő Hitelkártya Fordulónapon válik hatályossá.

A Szerződő és a Biztosító közötti biztosítási szerződés megszűnése / adott biztosítotti jogviszony Biztosított általi felmondása esetén a Biztosító kockázatviselése csak a biztosítási szerződés, illetőleg az adott biztosítotti jogviszony hatálya alatt bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki, a biztosítotti jogviszony (a Biztosító kockázatviselése) a biztosítási szerződés megszűnése esetén az adott Biztosítottak vonatkozásában a biztosítási díjjal fedezett Elszámolási Időszak utolsó napján / a felmondási idő elteltével szűnik meg.

A Szerződő elérhetőségei:

Citibank Europe plc Magyarországi Fióktelepe
1367 Budapest, Pf. 123 vagy 1134 Budapest, Váci út 35.
Telefax: 06-40-200-300

Mire nem terjed ki a biztosítási védelem?

A Biztosító a biztosítási szerződés részét képező „Terméktájékoztató és biztosítási feltételek a Citibank hitelkártyáihoz kapcsolódó élet-, baleset- és egészségbiztosításról és Ügyfélértékoztatók” elnevezésű dokumentumban nevesített esetekben egészen, vagy részben mentesülhet a szolgáltatási kötelezettség alól, illetve bizonyos események kizár a kockázatviselésből (pl. szerződéskötés előtt bekövetkezett Baleset vagy betegség következményei, öngyilkosság, alkoholos befolyásoltság közrehatása).

Mi a biztosítási esemény időpontja?

A biztosítási események bekövetkezésének időpontja az alábbiak szerint alakul:

- halál esetén a Biztosított halálának a napja;
- balesetből eredő, legalább 50%-os mértékű maradandó egészségkárosodás esetén a Baleset napja;
- I-II-III. csoportos rokkantság esetén az Orvosszakértői Intézet által kiállított, az egészségkárosodást megállapító szakvélemény keltének napja;
- 60 napon túli, folyamatos, előzmény nélküli keresőképtelenség esetén az igazolt keresőképtelen állomány 1. napja.

Milyen szolgáltatást nyújt a Biztosított?

A biztosítás keretében a Biztosított az alábbi események bekövetkezése esetén a következő szolgáltatásokat nyújtja a Kedvezményezett (Szerződő) részére az alábbiak szerint:

- halál és a balesetből eredő, legalább 50%-os mértékű maradandó egészségkárosodás biztosítási események bekövetkezésekor a biztosítási esemény elszervezett Biztosítottnak a biztosítási esemény időpontjában fennálló felhasznált hitelkeret (legfeljebb a Hitelkeret 120%-a*) összegével megegyező mértékű biztosítási szolgáltatást teljesít a Kedvezményezett részére, függetlenül attól, hogy a Biztosított, illetve örököse az igénybejelentéstől a szolgáltatás teljesítéséig tartozását törlesztette-e. A Szerződő ilyen esetben a Biztosítottal, illetve örököseivel a Biztosító szolgáltatása teljesítését követően elszámol;
- I., II. vagy III. csoportos rokkantság biztosítási esemény vonatkozásában a Biztosítottnak a biztosítási esemény időpontjában fennálló felhasznált hitelkeret (legfeljebb a Hitelkeret 120%-a*) összegével megegyező mértékű biztosítási szolgáltatást teljesít a Biztosító a Kedvezményezett részére, függetlenül attól, hogy a Biztosított az igénybejelentéstől a szolgáltatás teljesítéséig tartozását törlesztette-e. A Szerződő ilyen esetben a Biztosítottal a Biztosító szolgáltatása teljesítését követően elszámol;
- a Biztosított saját egészségi állapotának romlása miatti, 60 napot meghaladó folyamatos keresőképtelensége esetén a keresőképtelenség 61. napjával áll be a szolgáltatási kötelezettség. Ennek alapján a Biztosító a biztosítási esemény időpontjában fennálló felhasznált hitelkeret összegének alapul vételével megállapított Biztosítási összeg 25%-ának egy összegben történő megfizetését vállalja. A Biztosító ezt a térítést egy Biztosítási éven belül csak egyszer fizeti meg Kedvezményezett részére.

Mit kell tenni a szolgáltatási igény felmerülése esetén?

A szolgáltatási igényt annak érvényesítője (a Biztosított), a Biztosított képviselője, illetve örököse, közeli hozzátartozója) a biztosítási eseményt követő 15 napon belül (keresőképtelenség esetén a 60. keresőképtelen napot követően) köteles bejelenteni. Káresemény bejelentéséhez kérjük, töltsé ki a Szerződő honlapján található szolgáltatási igénybejelentőt, és küldje el az alábbi címre, hogy a Biztosító a szolgáltatási igény elbírálását mielőbb megkezdhesse: **Generali-Providencia Biztosító Zrt. 7602 Pécs, Pf.: 888.**

Amennyiben a káreseménnyel, annak bejelentésével kapcsolatban bármilyen kérdése merül fel, úgy hívja a Generali TeleCenter-t a +36 1 452-3333-as telefonszámon.

A szolgáltatási igény bejelentéséhez a szolgáltatási igénybejelentő nyomtatvány és a Biztosítási Feltételekben meghatározott dokumentumok csatolása szükséges. Keresőképtelenség esetén a 60 napot meghaladó keresőképtelenséget igazoló összes keresőképtelenségi igazolást és táppénzre jogosító kezelőorvosi igazolást, azaz az „Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételéről” c. nyomtatvány másolatát, illetve az „Orvosi igazolás folyamatos keresőképtelenségről” c. nyomtatvány másolatát, továbbá a keresőképtelenség okát igazoló egyéb orvosi dokumentumokat kell az igény érvényesítéséhez a Biztosító részére megküldeni. A Biztosító a hozzá bejelentett szolgáltatási igényt annak elbírálásához szükséges utolsó okmány, nyilatkozat beérkezését követő 15 napon belül elbírálja és jogos igény esetén szolgáltatást teljesít a Kedvezményezett részére.

Amennyiben a biztosítás értékesítésével kapcsolatban bármilyen kérdése, vagy észrevétele lenne, hívja a Citibank munkatársait a +36 1 288-8888-as helyi tarifával hívható telefonszámon. A biztosítási termékkel kapcsolatos esetleges észrevételeit kérjük, forduljon a Generali-Providencia Zrt.-hez, 1066 Budapest, Teréz krt. 42-44., illetőleg a Biztosító TeleCenterének munkatársaihoz a +36 1 452 3333-as számon. A Biztosító köteles a panaszokat, bejelentéseket kivizsgálni és a vizsgálat eredményéről a panaszosnak 30 napon belül írásban tájékoztatást adni.

* Ez nem vonatkozik arra az esetre, amikor a Hitelkeret a Tele-Kölcsön Plusz igénybevétele miatt ideiglenesen megemelésre kerül.

A CITIBANK hitelkártyáihoz kapcsolódó élet-, baleset- és egészségbiztosítási feltételek (CRS-6)

Jelen élet-, baleset- és egészségbiztosítási feltételek (továbbiakban: feltételek) a CITIBANK EUROPE PLC MAGYARORSZÁGI FIÓKTELEPE (székhelye: 1051 Budapest, Szabadság tér 7., nyilvántartó bíróság és cégjegyzékszám: Fővárosi Törvényszék Cégbírósága 01-17-000560, amely a CITIBANK EUROPE PLC (székhelye 1 North Wall Quay, Dublin 1, nyilvántartás helye és száma: Companies Registration Office, no. 132781), Írországban bejegyzett társaság nevében és képviselőjében jár el (a továbbiakban: Szerződő, vagy Citibank) hitelkártyáihoz kapcsolódó biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés) hatályosak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezései, valamint a hatályos magyar jogszabályok az irányadók. A biztosítás szabadon választható, és semmilyen módon nem befolyásolja a hitelkártyaszerződés igénylését vagy annak fennállását. A biztosítás nem minősül befektetésnek, vele összefüggésben adókedvezmény nem igényelhető.

1. ÉRTELMEZŐ RENDELKEZÉSEK:

- (1) Jelen feltételek alkalmazásában Elszámolási Időszak alatt a számlakivonat kiállításának napjától a következő számlakivonat kiállításának napjáig tartó időszakot kell érteni.
- (2) Jelen feltételek alkalmazásában Főkártyabirtokos az a cselekvőképes, természetes személy, aki a hitelkártyaszerződés szerint a nevére kibocsátott hitelkártya kizárólagos birtoklására, használatára és a hitelkártyával együtt járó szolgáltatások igénybevételére jogosult.
- (3) Jelen feltételek alkalmazásában a Hitelkártya Fordulónap a Hitelkártya Elszámolási Időszakának utolsó napját, egyben a számlakivonat kiállításának napját jelenti.
- (4) Hitelkeret – jelenti a Hitelkártya Számla Citibank által megengedett maximum „tartozik” egyenlegét együttesen a Főkártyára és a Társkártyá(k)ra vonatkozóan (ha van ilyen), amelyről a Főkártyabirtokos a Citibank időről-időre értesíti. A Hitelkeretet a Citibank saját hatáskörében határozza meg a Kártyabirtokosnak a Citibank által megállapított hitelképessége alapján. Amennyiben a Főkártyabirtokos Tele-Kölcsön Pluszt vesz igénybe, a Hitelkeret ideiglenesen emelésre kerül, a Hitelkeret Tele-Kölcsön Pluszsal kiegészített része a Forintalapú Egyéni Hitelkártyáról szóló Általános Szerződési Feltételekben meghatározott eltérő jellemzőkkel bír.
- (5) A jelen feltételben hivatkozott, de nem meghatározott banki szolgáltatásokhoz kapcsolódó fogalmakat a Citibank mindenkor hatályos Forintalapú Egyéni Hitelkártyáról szóló Általános Szerződési Feltételekben foglaltak szerint kell értelmezni.
- (6) Jelen feltételek szempontjából a Baleset az a hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a Biztosítottat akaratától függetlenül a kockázatviselés tartama alatt éri.
- (7) Jelen feltételek szempontjából Balesetnek minősül továbbá:
 - (a) a gyermekbénulás és a kullancscsípés következtében kialakuló agyburrok-, vagy/és agyvelőgyulladás, ha a betegséget szerológiai módszerrel megállapították és az legkorábban 15 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 15 nappal annak befejeződése után jelentkeznek. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor a gyermekbénulásként vagy agyburrok- vagy/és agyvelőgyulladásként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz,
 - (b) a veszettség, ha a betegséget megállapították és az legkorábban 60 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 60 nappal annak befejeződése után jelentkeznek. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor a veszettségre diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz,
 - (c) a tetanuszfertőzés, ha a betegséget megállapították és az legkorábban 20 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 20 nappal annak befejeződése után jelentkeznek. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor a tetanuszfertőzésre diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz,
 - (d) Jelen feltételek szerint – figyelemmel a fenti (6), (7) (a) és (b) bekezdésre – nem minősül Balesetnek az ember vagy állat által terjesztett bakteriális, vagy vírusfertőzés még abban az esetben sem, ha balesetszerű fizikális ok váltja ki. Nem minősül Balesetnek továbbá a foglalkozási betegség (ártalom), valamint a Biztosított öngyilkossága, öngyilkossági kísérlete, még abban az esetben sem, ha az a Biztosított zavart tudatállapotában következett be.
- (8) Jelen feltételek alkalmazásában a Biztosítási összeg mértéke a biztosítási esemény időpontjában fennálló felhasznált hitelkeret összegével megegyező mértékű.
- (9) Jelen feltételek alkalmazásában az Orvosszakértői Intézet jelenti a rokkantság megállapítására jogosult szakértői szervet.
- (10) Jelen feltételek alkalmazásában az egyes Biztosítottakra vonatkozóan a Biztosítási év minden évben a biztosítási évforduló napján kezdődik, és ettől számítva egy évig tart. A biztosítási évforduló napja az egyes Biztosítottakra vonatkozóan megegyezik az egyes Biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés kezdetének napjával.

2. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

2.1. A biztosítási szerződés alanyai (a Biztosító, a Szerződő, a Biztosított és a Kedvezményezett)

- (1) Biztosító a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (továbbiakban: Biztosító), aki a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és a feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.
- (2) A biztosítási szerződés Szerződője a CITIBANK EUROPE PLC MAGYARORSZÁGI FIÓKTELEPE (székhelye: 1051 Budapest, Szabadság tér 7., nyilvántartó bíróság és cégjegyzékszám: Fővárosi Törvényszék Cégbírósága 01-17-000560, amely a CITIBANK EUROPE PLC (székhelye 1 North Wall Quay, Dublin 1, nyilvántartás helye és száma: Companies Registration Office, no. 132781), Írországban bejegyzett társaság nevében és képviselőjében jár el (továbbiakban: Citibank).
- (3) A biztosítási szerződés Biztosítottja az a Szerződőnél hitelkártyaszerződéssel rendelkező 18-70 év közötti Főkártyabirtokos természetes személy, aki a Biztosítotttól nyilatkozat aláírásával, illetve telefonon megtett szóbeli Biztosított nyilatkozattal hozzájárul ahhoz (a továbbiakban: Biztosított nyilatkozat), hogy a Szerződő és a Biztosító között létrejött biztosítási szerződés hatálya reá is kiterjedjen, és a biztosítási díj megfizetésére kötelezettséget vállal. A biztosítás igénylésére a Főkártyabirtokos természetes személy 65 éves koráig kerülhet sor és a Biztosító annak a biztosítási időszaknak a végéig visel kockázatot, amelyben a Biztosított a 70. életévét betöltötte.

- (4) A biztosítási szerződés Kedvezményezettje a Biztosított által tett Biztosítotti nyilatkozat alapján a Szerződő, aki a biztosítási szolgáltatásra jogosult.

2.2. A biztosítási szerződés és a biztosítotti jogviszony létrejötte

- (1) A biztosítási szerződés a Szerződő és a Biztosító megállapodása alapján jön létre.
- (2) A Biztosított(ak) a Biztosítotti nyilatkozat megtételével hozzájárul(nak) ahhoz, hogy a Szerződő és a Biztosító között létrejött biztosítási szerződés hatálya rá(juk) is kiterjedjen. A Biztosítási szerződés hatályának kiterjesztése kérhető a hitelkártya igényléssel egyidejűleg, a hitelkártya igénylőlapon a biztosítás igénylésének egyértelmű megjelölésével és az igénylőlapon található Biztosítotti nyilatkozat aláírásával, vagy a távértékesítés keretében kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésekről szóló 2005. évi XXV. törvény szerint távértékesítés keretében, - a Szerződő honlapjáról letöltött „Biztosítotti nyilatkozat a Citibank és a Generali-Providencia Zrt. között létrejött élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződéshez” című nyomtatvány kitöltésével, aláírásával és a Szerződő részére történő eljuttatásával, vagy telefonon tett és rögzített szóbeli nyilatkozattal.

2.3. A Biztosítotti nyilatkozat

- (1) Biztosítotti nyilatkozat az a Biztosított(ak) által aláírt, vagy telefonon megtejt és azonosítható módon rögzített szóbeli nyilatkozat, amely tartalmazza a biztosítási szerződés hatályának a Biztosítottra való kiterjesztéséhez, a Kedvezményezett jelöléséhez és a biztosítási szerződés fenntartásához, továbbá a szolgáltatási igény elbírálásához kapcsolódó adatkezeléshez szükséges nyilatkozatokat és a Biztosító által feltett kérdéseket, valamint a Biztosított által azokra adott válaszokat, amely nyilatkozatok megtételével, és amely kérdések hiánytalan és a valóságnak megfelelő megválaszolásával a Biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz.
- (2) A Szerződő - a Biztosító erre irányuló felhatalmazása alapján - a biztosítási jogviszony létrejöttéről és fennállásáról írásbeli visszaigazolást küld a Biztosított részére.
- (3) A Biztosítottnak a nyilatkozatokat a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell megtennie.
- (3) A Biztosító jogosult a Biztosított közlési kötelezettségének teljesítése során közölt adatok ellenőrzésére.

2.4. A biztosítotti jogviszony kezdete (a biztosítási szerződés hatályának kiterjesztése)

- (1) A biztosítási szerződés az egyes Biztosítottak vonatkozásában a biztosítás igénylését követő első Hitelkártya Fordulónap utáni nap O. órájkor lép hatályba. A Szerződő az igénylést követő első Hitelkártya Fordulónapon a Biztosított hozzájárulása alapján az első biztosítási díjjal a Biztosított hitelkártyaszámláját megterheli. Amennyiben a Szerződő a Biztosított számára távértékesítés keretében tesz ajánlattételi felhívást, ennek során köteles a Biztosítottal közölni, hogy a Biztosító kockázatviselése a Biztosítotti jogviszony megszüntetésére (azonnali hatályú felmondásra, elállásra) nyitva álló határidő lejárta előtt csak a Biztosított kifejezett hozzájárulása alapján kezdődik meg.
- (2) A biztosítotti jogviszony határozatlan időtartamú.
- (3) Jelen feltételek alkalmazásában a biztosítási időszak a hitelkártya Elszámolási Időszakkal esik egybe.

2.5. A kockázatviselés kezdete és megszűnése

- (1) A Biztosító adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselése a biztosítási szerződés hatályának adott Biztosítottra vonatkozó kiterjesztésének időpontjában (2.4. pont (1) bek.) kezdődik meg, várakozási idő nincs. Távértékesítés keretében tett biztosítotti nyilatkozat esetén, amennyiben a Biztosított a Biztosító kockázatviselésének fenti időpont szerinti megkezdéséhez nem járul hozzá, abban az esetben a kockázatviselés a Szerződő által a biztosítotti jogviszony létrejöttéről szóló visszaigazolás Biztosított általi kézhezvételétől számított 30. nap utáni első Hitelkártya Fordulónapot követő nap O. órákor veszi kezdetét.
- (2) A Biztosított a biztosítási szerződés alapján nem jogosult keresőképtelenségi szolgáltatásra, amennyiben a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény alapján saját jogon nem jogosult táppénzre.
- (3) A Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított vonatkozásában megszűnik:
- a) ha az adott Biztosítottra vonatkozó esedékes biztosítási díj nem kerül megfizetésre;
 - b) az Elszámolási Időszaknak az utolsó napján, az alábbi esetekben:
 - a Biztosított halála, balesetből eredő legalább 50%-os mértékű maradandó egészségkárosodása, illetve I., II., vagy III. csoportos rokkantsága esetén (5.2. (1), (2) pont), ha a Biztosító szolgáltatást nyújtott;
 - a Biztosított halála esetén, ha a Biztosító a szolgáltatási igénybejelentés elbírálását követően az igényt elutasította,
 - c) a hitelkártyaszerződés bármelyik fél által történő felmondását követő Hitelkártya Fordulónapon,
 - d) a hitelkártya érvényességi idejének lejáratakor, amennyiben a hitelkártya nem kerül megújításra,
 - e) a hitelkártya Szerződő által történő - nem ideiglenes jellegű - zárolásakor,
 - f) az I., II., III. csoportos rokkantság, illetve a keresőképtelenségi kockázat vonatkozásában a Biztosított öregségi vagy azzal egy tekintet alá eső nyugdíjjogosultsága megszerzésének időpontjában,
 - g) annak a biztosítási időszaknak a végén, amelyben a Biztosított a 70. életévét betöltötte,
 - h) a Biztosított felmondási jogának gyakorlása esetén a felmondás hatályosulásakor.
- (4) A Biztosító kockázatviselése valamennyi Biztosított vonatkozásában megszűnik a Biztosító és a Szerződő közötti biztosítási szerződés bármely okból történő megszűnése esetén. Ebben az esetben a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosítottak vonatkozásában a biztosítási díjjal fedezett Elszámolási Időszak utolsó napján megszűnik meg.

2.6. Felmondási jog

- (1) A biztosítási szerződésből való kilépés - a biztosítotti jogviszony felmondása az egyes Biztosítottak részéről - csak a Biztosított írásbeli nyilatkozatával történhet. A Biztosított felmondása alapján a felmondás hatályosulásával a Biztosító kockázatviselése megszűnik.
- (2) Távértékesítés keretében tett Biztosítotti nyilatkozat esetén a Biztosított a biztosítotti jogviszonyt a Szerződő által részére elküldött írásbeli visszaigazolás kézhezvételét követő 30 napon belül a Szerződőhöz megküldött nyilatkozatával indokolás nélkül írásban, azonnali hatállyal felmondhatja. A felmondási jogot határidőben érvényesítettnek kell tekinteni, ha a Biztosított az erre vonatkozó nyilatkozatát a jelen bekezdésben meghatározott határidő lejárta előtt postára adja, vagy egyéb igazolható módon a Szerződőnek elküldi. Amennyiben ezen időszak alatt biztosítási esemény nem történt, úgy a már betervezett biztosítási díj a Biztosított részére visszatérítésre kerül.

- (3) A Biztosított a biztosítotti jogviszony hatálya alatt, valamint távértékesítés keretében a (2) bekezdésben rögzített határidőn túl a biztosítást a Szerződőhöz intézett írásbeli nyilatkozatával mondhatja fel; a felmondás a felmondó nyilatkozat Szerződő általi kézhezvételét követően Hitelkártya Fordulónapon válik hatályossá.
- (4) Felmondás esetén a Biztosított által a biztosítási szerződéssel kapcsolatban addig teljesített befizetésekkel a Szerződő köteles a felmondó nyilatkozat kézhezvételét követő 30 napon belül elszámolni. A (2) bekezdésben rögzített felmondás esetén a felmondó nyilatkozat Szerződő általi kézhezvételéig, míg a (3) bekezdésben rögzített felmondás esetén a felmondási idő leteltéig a Biztosító a Biztosított vonatkozásában a kockázatot vállalja.
- (5) A biztosítotti jogviszony felmondása a Szerződéssel megkötött hitelkártyaszerződést nem érinti.

2.7. A biztosítás területi hatálya

A Biztosító kockázatviselése az egész világra kiterjed.

3. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAINAK JOGAI ÉS KÖTELEZETTSÉGEI

3.1. Szerződő és a Biztosított közlési kötelezettsége

- (1) A Biztosított köteles közlési kötelezettségének eleget tenni.
- (2) A közlési kötelezettség abban áll, hogy a Biztosított köteles a biztosítási védelem igénylésekor a Biztosító által feltett kérdésekre közölni minden olyan körülményt, amely a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges, és amelyeket ismert vagy ismernie kellett. A Biztosító írásban feltett kérdéseire adott hiánytalan és a valóságnak megfelelő válaszokkal a felek a közlési kötelezettségüknek eleget tesznek.
- (3) A Biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére és e célból a Biztosított egészségi állapotára, tevékenységére, életkörülményeire vonatkozó további kérdéseket tehet fel, orvosi vizsgálatot írhat elő.

3.2. A Biztosító mentesülése a szolgáltatási kötelezettség alól közlési kötelezettség megsértése esetén

A közlési kötelezettség megsértése esetében a Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, kivéve, ha bizonyítják, hogy:

- a) a Biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a szerződéskötéskor ismerte, vagy
- b) az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

4. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ

- (1) A biztosítási díj a Biztosító kockázatvállalásának ellenértéke.
- (2) A biztosítás díjának megfizetésére a Biztosított köteles.
- (3) A fizetendő biztosítási díj mértéke Elszámolási Időszakonként eltérő. Az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási díj számítása mindig az adott Elszámolási Időszak utolsó napján fennálló felhasznált hitelkeret figyelembevételével történik.
- (4) A biztosítás folyamatos díjú, a díjfizetés havonta történik.
- (5) A Biztosított nyilatkozat alapján a Biztosított hitelkártyaszámolója a havonta esedékes biztosítási díj összegével megerhelésre kerül az adott Hitelkártya Fordulónapon. A Biztosított hitelkártyaszámolóján betehelt biztosítási díj összegét a Szerződő banki átutalással továbbítja a Biztosító részére.

5. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

5.1. A biztosítási esemény

- (1) Jelen feltétel alapján létrejött biztosítási szerződés alkalmazásában biztosítási események az alábbiak:
 - a) a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett halála;
 - b) a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesetből eredő, legalább 50%-os mértékű maradandó egészségkárosodása;
 - c) a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező olyan Balesete vagy kialakuló olyan betegsége, amely Orvosszakértői Intézet által megállapított 79%-ot meghaladó egészségkárosodást (I. vagy II. rokkantsági csoport) eredményez;
 - d) a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező olyan Balesete vagy kialakuló olyan betegsége, amely Orvosszakértői Intézet által megállapított 50-79%-os mértékű egészségkárosodást eredményez és a Biztosított rehabilitációja az Orvosszakértői Intézet szakvéleménye szerint nem javasolt (III. rokkantsági csoport);
 - e) a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező Balesete vagy a kockázatviselés tartama alatt kialakuló betegsége miatti, 60 napot meghaladó folyamatos betegállománya (továbbiakban: keresőképtelenség) saját egészségi állapotának romlása miatt.

5.1.1. A biztosítási esemény időpontja

- (1) Jelen feltétel alapján az 5.1. pontban felsorolt biztosítási események bekövetkezésének időpontjai a következők:
 - halál esetén a Biztosított halálának napja;
 - balesetből eredő, legalább 50%-os mértékű maradandó egészségkárosodás esetén a Baleset napja;
 - I-II.-III. csoportos rokkantság esetén az Orvosszakértői Intézet által kiállított, az egészségkárosodást megállapító szakvélemény keltének napja;
 - 60 napon túli, folyamatos, előzmény nélküli keresőképtelenség esetén az igazolt keresőképtelen állomány 1. napja.

5.1.2. A balesetből eredő maradandó egészségkárosodás meghatározása

- (1) Egységkárosodásnak tekintendő az olyan testi és/vagy szellemi működőképesség-csökkenés, mely a szokásos életvitelt korlátozza.
Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha a Biztosított egészségi állapota orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető. A maradandó egészségkárosodás megállapítása során a munkaképesség megváltozása, és/vagy a sporttevékenység abbahagyásának kényszere nem irányadó. A Baleset következtében kialakuló hátrányos esztétikai következmények és egyéb (szociális, anyagi, stb.) hátrányok önmagukban nem képezhetik maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény alapját.
- (2) Amennyiben az elbírálás alapján az egészségkárosodás foka nem éri el az 50%-os mértéket, akkor a Biztosítottnak joga van biztosítási eseményenként a biztosítotti jogviszony tartama alatt bejelentett Baleset napjától számított 2 évig

évenként egy alkalommal a maradandó egészségkárosodás újbóli orvosi megállapítását kéri, feltéve, hogy a Biztosított Baleset miatti egészségkárosodása folyamatosan romlik. A Biztosított ismételt szolgáltatási igény bejelentéssel és megfelelő kezelés ellenére kialakuló állapotrosszabbodást igazoló orvosi iratainak benyújtásával kezdeményezheti a maradandó egészségkárosodás felülvizsgálatát.

- (3) Az 5.2. vonatkozásában az egészségkárosodás fokát a Biztosító orvosa az alábbiak szerint határozza meg:

Testrészek, érzékszervek egészségkárosodása	Egészségkárosodás foka %
Egy kar vállízülettől való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	70%
Egy kar könyökízület fölöttig való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	65%
Egyik kar könyökízület alattig való, vagy egyik kéz teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	60%
Egyik hüvelykujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	20%
Egyik mutatóujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	10%
Bármely más kézujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	5%
Egyik comb csípőízületben történő elvesztése, vagy a csípőízület teljes működésképtelensége	70%
Egyik comb részleges csonkolása, vagy a térdízület teljes működésképtelensége	60%
Egyik lábszár részleges csonkolása	50%
Egyik bokaízület elvesztése vagy teljes működésképtelensége	30%
Egyik nagylábujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	5%
Bármely más lábujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	2%
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése, amennyiben a Biztosított a másik szem látóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezése előtt elvesztette	65%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	15%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése, amennyiben a Biztosított a másik fül hallóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezése előtt elvesztette	45%
A szaglózérék teljes elvesztése	10%
Az ízelelőképesség teljes elvesztése	5%

- (4) Ha az egészségkárosodás foka a (3) bekezdés alapján nem állapítható meg, akkor azt aszerint kell megállapítani, hogy a testi és/vagy szellemi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A maradandó egészségkárosodás mértékét a fenti táblázat figyelembe vételével a Biztosító orvosa állapítja meg. A Biztosított más orvoscakértői testületek határozata nem köti, így például a társadalombiztosítási szervek határozata nem szolgál alapul a maradandó egészségkárosodásra fizetendő szolgáltatás mértékének megállapításánál. A Baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.

5.1.3. Az I., II., III. csoportos rokkantság meghatározása

- (1) Biztosítási esemény az adott Biztosítotttra vonatkozó kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan betegség, Baleset, melynek következtében az Orvoscakértői Intézet szakvéleménye a Biztosítottnál
- 79 százalékot meghaladó mértékű egészségkárosodást állapított meg (az 1997. évi LXXXI. törvény 36/A. § (1) a) aa) bekezdés szerinti rokkantság, I-II. rokkantsági csoportok), vagy
 - 50-79 százalékos mértékű egészségkárosodást állapított meg és rehabilitációja az Orvoscakértői Intézet szakvéleménye szerint nem javasolt (az 1997. évi LXXXI. törvény 36/A. § (1) a) ab) bekezdés szerinti rokkantság, III. rokkantsági csoport), feltéve, hogy a Biztosított a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervnél a rokkantsággal összefüggő igénybejelentését a reá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt kezdeményezi és a Biztosítottnak a Biztosított nyilatkozat megtétele előtt rokkantsági nyugdíjat, baleseti rokkantsági nyugdíjat, rehabilitációs járadékot, baleseti járadékot, átmeneti járadékot, rendszeres szociális segélyt, bányász dolgozó egészségkárosodási járadékát vagy rokkantsági járadékot nem állapítottak meg, illetve a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervnél nem volt folyamatban erre irányuló kérelme.

5.1.4. A keresőképtelenség meghatározása

- (1) Biztosítási esemény a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan betegség vagy Baleset, melynek következtében a Biztosított a keresőképtelenség elbírására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által igazoltan, saját jogon 60 napot meghaladóan keresőképtelen állományba kerül és ezzel összefüggésben tápénpzre szerez jogosultságot. Keresőképtelenség alatt a kötelező egészségbiztosítás ellátásáról szóló 1997. évi LXXXIII. törvény - 44.§. a), f) és g) bekezdése által meghatározott fogalmat kell érteni.

5.2. A Biztosító szolgáltatása

- (1) A Biztosító a halál és a balesetből eredő, legalább 50%-os mértékű maradandó egészségkárosodás biztosítási események bekövetkezésekor a biztosítási eseményt elszenvedett Biztosítottnak a biztosítási esemény időpontjában fennálló felhasznált hitelkeret (legfeljebb a Hitelkeret 120%-a*) összegével megegyező mértékű biztosítási szolgáltatást fizeti meg a Kedvezményezett részére, függetlenül attól, hogy a Biztosított, illetve örököse az igénybejelentéstől a szolgáltatás teljesítéséig tartozását törlesztette-e. A Szerződő ilyen esetben a Biztosítottal, illetve örökösével a Biztosító szolgáltatása teljesítését követően elszámol.
- (2) A Biztosító szolgáltatása az I., II., vagy III. csoportos rokkantság biztosítási esemény vonatkozásában a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges utolsó okmányok a Biztosítóhoz való beérkezését követő 15. napon válik esedékessé, és a

* Ez nem vonatkozik arra az esetre, amikor a Hitelkeret a Tele-Kölcsön Plusz igénybevétele miatt ideiglenesen megemelésre kerül.

Biztosító a biztosítási esemény időpontjában fennálló felhasznált hitelkeret (legfeljebb a Hitelkeret 120%-a*) összegével megegyező mértékű biztosítási szolgáltatást fizet a Kedvezményezett részére, függetlenül attól, hogy a Biztosított a szolgáltatási igény benyújtásától a szolgáltatás teljesítéséig tartozását törlesztette-e. A Szerződő ilyen esetben a Biztosítottal a Biztosító szolgáltatása teljesítését követően elszámol.

- (3) A Biztosított keresőképtelenségi biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjától számított első 60 napon a Biztosító nem teljesít szolgáltatást (önrész). Saját egészségi állapotromlás miatti, 60 napot meghaladó folyamatos keresőképtelenség esetén a keresőképtelenség 61. napjával áll be a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége. Ennek alapján a Biztosító a biztosítási esemény időpontjában fennálló felhasznált hitelkeret összegének alapul vételével megállapított Biztosítási összeg 25%-ának egy összegben történő megfizetését vállalja. A Biztosító a térítést egy Biztosítási éven belül csak egyszer fizeti meg a Kedvezményezett részére.
- (4) A Biztosított a hitelkártyaszerződésben rögzített fizetési kötelezettségének a szolgáltatási igény bejelentésétől függetlenül, a szolgáltatási igény rendezéséig köteles eleget tenni a hitelkártyaszerződésben meghatározott esedékességi időpontban és feltételek szerint. A Biztosító szolgáltatásának teljesítése kapcsán esetlegesen keletkező többletfizetéssel a Szerződő a Biztosított felé elszámol.
- (5) A Biztosító jogosult az adott betegség vagy Baleseti következmény általános gyógytartamára vonatkozó adatok alapján a Biztosított keresőképtelensége indokoltságának felülvizsgálatára.

5.3. A biztosítási esemény és a szolgáltatási igény bejelentésének határideje

A szolgáltatási igényt a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 15 napon belül írásban kell bejelenteni a Biztosítóknál.

5.4. A Biztosító teljesítése

- (1) A Biztosító a hozzá bejelentett szolgáltatási igényt az annak elbírálásához szükséges utolsó okmány, nyilatkozat beérkezését követő 15 napon belül teljesíti.
- (2) Abban az esetben, ha a Biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére nem, vagy újból hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.

5.5. A teljesítéshez szükséges dokumentumok

- (1) A szolgáltatási igény előterjesztésekor minden esetben be kell nyújtani a Biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt, illetve azon okiratokat, amelyek a szolgáltatási igény jogalapjának fennállását bizonyítják és összegezésük megállapításához szükségesek. A szolgáltatási igénybejelentőt és a baleseti jegyzőkönyvet biztosítási eseményenként csak az első bejelentés alkalmával kell benyújtani, ezután csak az egyéb dokumentumokat kell a Biztosító rendelkezésére bocsátani.
- (2) Halál esetén minden esetben be kell nyújtani: (a) a halottvizsgálati bizonyítvány másolatát; (b) a Biztosított halotti anyakönyvi kivonatának másolatát; (c) a halotti epikrízis másolatát; (d) boncjegyzőkönyv másolatát, ha ilyen készült; (e) külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar fordítását.
- (3) Amennyiben a biztosítási eseménnyel, vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, a Biztosítóhoz be kell nyújtani a szolgáltatási igény bejelentőjének rendelkezésére álló, az eljárás során keletkezett, illetve az eljárás anyagának részét képező iratokat, továbbá az eljárást befejező határozatot (így különösen az eljárást megszüntető határozatot, vagy jogerős bírósági határozatot), a büntetőeljárásban, és a szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozatot csak abban az esetben, ha az a szolgáltatási igény bejelentésekor már rendelkezésre áll.
- (4) Balesettel kapcsolatos biztosítási eseménnyel összefüggésben minden esetben be kell nyújtani: (a) a baleseti jegyzőkönyv másolatát, amennyiben ilyen készült; (b) közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolatát minden esetben, illetve a véralkohol vizsgálati eredményének másolatát, amennyiben ilyen készült; (c) amennyiben a Biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a vezetői engedély és a jármű forgalmi engedélyének másolatát; (d) a balesettel/következményeivel kapcsolatos szakértői vélemények másolatát; (e) az első orvosi ellátás dokumentumainak másolatát.
- (5) Baleset miatti maradandó egészségkárosodás esetén minden esetben be kell nyújtani a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a Balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum hiteles másolatát. A Biztosító kérheti a Biztosított állapotleírását tartalmazó friss kezelőorvosi nyilatkozat benyújtását is. A Biztosító a szolgáltatás teljesítésének feltételül orvosi vizsgálatot írhat elő - ennek előírása esetén a Biztosító szolgáltatása mindaddig nem válik esedékessé, amíg a Biztosított az orvosi vizsgálat elvégzését nem teszi lehetővé.
- (6) I., II. vagy III. csoportos rokkantság esetén minden esetben be kell nyújtani:
 - (a) a nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv határozatának és a határozat mellékleteinek - így különösen az Orvosszakértői Intézet szakvéleményének a másolatát;
 - (b) a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozatát a biztosítási esemény háttérében álló alapszindrómá(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismézésének pontos időpontjával.
- (7) Keresőképtelenség esetén minden esetben be kell nyújtani:
 - (a) a legalább 61 napról szóló keresőképtelenségi igazolás (táppénzes lapok) hiteles másolatát, ennek hiányában a társadalombiztosítási kifizetőhely igazolását a keresőképtelenség (keresőképtelen állományban lét) tartamáról;
 - (b) ha kórházi ápolás is történt: a kórházi zárójelentés másolatát, a kórházi gyógykezelés befejezését követő 15 napon belül (a kórházi ápolás időszakára keresőképtelenségi igazolás benyújtása nem szükséges);
 - (c) Orvosi nyilatkozatot (A kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata a káresemény háttérében álló alapszindrómá(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismézésének pontos időpontjával);
 - (d) Szakrendelőben történt ellátás esetén: ambuláns lap másolatát.
- (8) Jelen feltételben a keresőképtelenségéig illetően meghatározott önrészt 30 nappal meghaladó keresőképtelen állomány esetén a Biztosító - orvosának szakvéleménye, vagy személyes vizsgálata alapján - a keresőképtelen állomány fenntartásának indokoltságát jogosult felülbírálni.
- (9) Minden esetben be kell nyújtani a Biztosítóhoz az igény tárgyában meghozandó döntéshez szükséges összes idegen nyelvű dokumentumnak a szolgáltatási igény előterjesztője költségén elkészített magyar nyelvű hiteles fordítását.
- (10) A Biztosító szükség esetén kérheti a következő dokumentumokat is:

- (a) a Biztosító által rendelkezésre bocsátott és a Biztosított kezelőorvosa, illetve az őt ellátó egészségügyi szolgáltató által kitöltött formanyomtatványt a biztosítási eseménnyel kapcsolatos egészségügyi adatokról, a Biztosított egészségi állapotáról, illetve a Biztosított körülményi adatairól;
 - (b) a Biztosítottnak a biztosítási eseménnyel és a körülményi adatokkal összefüggő egészségügyi dokumentumait: házi-, vagy üzemorvosi, illetve állományilletékes orvosi karton másolata, a járő- és fekvőbeteg-ellátás során keletkezett iratok, valamint a gyógyszerfelhasználást igazoló iratok;
 - (c) a társadalombiztosítási szerv, vagy más személy, szervezet által kezelt, a biztosítási eseménnyel, vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatos biztosítotti adatokat tartalmazó iratokat (a jogosult titoktartás alóli felmentéshez és adatbekéréshez szükséges meghatalmazása alapján);
 - (d) a benyújtott dokumentum eredeti példányát és bármely adathozérhető rögzített módozatát.
- (11) A Biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához egyéb iratokat is beszereshet.
- (12) A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén bekérheti a Szerződőtől a szóbeli Biztosított nyilatkozatot tartalmazó hangfelvételt. Ezen dokumentumokat a Szerződő a Biztosított felhatalmazása alapján átadja a Biztosított részére.

6. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE ALÓL, A KOCKÁZATVISELÉSBŐL KIZÁRT ESEMÉNYEK

6.1. A Biztosító mentesülése

- (1) A Biztosító - a haláleseti szolgáltatást kivéve - mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, amennyiben bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt a Biztosított jogellenesen és szándékosan, vagy jogellenesen és súlyosan gondatlanul okozta.
- (2) A Biztosított súlyosan gondatlanul jár el különösen, ha a biztosítási esemény azzal ok-okozati összefüggésben következik be, hogy a Biztosított
 - (a) alkoholt vagy kábítószerrel fogyasztott, kábító hatású anyagot vagy gyógyszert szedett, kivéve, ha ez utóbbiakat a Biztosított esetében a kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták; ha történt véralkoholvizsgálat, alkoholos állapotnak tekintendő a 1,5‰-et meghaladó, gépjárművezetés közben a 0,8‰-et meghaladó mértékű véralkohol-koncentráció;
 - (b) olyan gépjárművet vezetett, amelynek nem volt érvényes forgalmi engedélye, vagy a Biztosított a biztosítási esemény időpontjában legalább két közlekedérendszert szabályt megszegett.
- (3) A Biztosító mentesül a haláleseti szolgáltatás teljesítése alól, ha a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, vagy azokkal okozati összefüggésben veszítette életét.
- (4) A Biztosított a biztosítási esemény bekövetkeztekor úgy köteles eljárni, ahogy az az adott helyzetben elvárható, ennek megfelelően haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe vennie és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatnia kell. Mentesül a Biztosító a kártérítési összeg kifizetése alól annyiban, amennyiben a Biztosított e kötelezettségének nem tett eleget. Ez a rendelkezés nem befolyásolja a Biztosított szabad orvoscsoválasztási jogát és az egészségügyi ellátásra vonatkozó jogszabályokban szabályozott rendelkezési jogát.
- (5) A Biztosító mentesül a halál esetén fizetendő térítés teljesítése alól, ha a biztosítási esemény okozati összefüggésben áll a Biztosított két éven belül bekövetkező öngyilkosságával, még akkor is, ha az a Biztosított zavart tudatállapotában következett be. A két évet a biztosítási szerződés hatályának az adott Biztosítottra való kiterjesztése napjától kell számítani.

6.2. A kockázatviselésből kizárt események

- (1) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka egészben vagy részben:
 - (a) ionizáló sugárzás,
 - (b) nukleáris energia,
 - (c) HIV-fertőzés,
 - (d) háborús esemény, vagy állam elleni bűncselekmények, idegen hatalom ellenséges cselekedetei, zavargások, kormány elleni puccs vagy puccskíséret, zendülés, polgárháború, forradalom, lázadás, tüntetés, felvonulás, sztrájk, terrorcselekmény, munkahelyi rendbontás, határviilongások, felkelés. Jelen Feltétel alkalmazása szempontjából terrorcselekménynek minősül különösen az olyan erőszakos, erőszakkal fenyegető, az emberi életre, a materiális, immateriális javakra vagy az infrastruktúrára veszélyes cselekmény, amely vagy politikai, vallási, ideológiai, etnikai célok mellett foglal állást vagy valamely kormány befolyásolására vagy a társadalomban, illetve annak egy részében való félelemkeltésre irányul, illetve arra alkalmas.
- (2) A Biztosító kockázatviselése a jelen Feltételek 6.2.(1) bekezdés d) pontjában foglaltakkal ellentétben kiterjed a Biztosított egészségi állapotában bekövetkező olyan károsodásokra, amelyek a Biztosítottnak a tüntetés, sztrájk, illetve felvonulás hatályos magyar jogszabályok rendelkezéseinek megfelelően előre bejelentett és lebonyolított eseményein való aktív részvétele kapcsán keletkeznek abban az esetben, ha a Biztosított a kár megelőzésére és enyhítésére vonatkozó kötelezettségének eleget tett.
- (3) A Biztosító kockázatviselése - a kockázatviselés kezdetétől számított 5 évig - nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben
 - a) a Biztosított veleszületett rendellenessége, szerzett fogyatékosága, illetve olyan betegsége, amely a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének kezdete előtti 1 évben bizonyíthatóan fennállott, vagy amelyet a kockázatviselést megelőző 1 éven belül kórisztézték, vagy amely ez idő alatt gyógykezelést igényelt;
 - b) a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása; Jelen bekezdés vonatkozásában veleszületett rendellenességnek, illetve szerzett fogyatékoságnak minősül a testi és/vagy a szellemi épség bármely fokú hiánya.
- (4) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amelyek okozati összefüggésben vannak a Biztosított alábbiakban meghatározott sporttevékenységével.
 - (a) Autó-motor sportok: versenyzés gépkocsival, motorkerékpár sport, rally, motocross, ügyességi versenyek gépkocsival, gokart sport, auto-crash (roncsautó) sport, motorcsónak sport, quad.
 - (b) Repülősportok: sportrepülés, ejtőernyős ugrás, vitorlázó és motoros repülés, sárkány és ultrakönnyű repülés, paplanrepülés, hőlégballonozás, léghajózás, siklóernyős repülés, bázisugrás, műrepülés.

- (c) Egyéb sportok: búvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá; félkezes és nyílttengeri vitorlázás, hegymászás, illetve sziklamászás az V. főkötől; magasegyi expedíció; barlangászat, barlang expedíció, vadvízi evezés, hydrospeed, canyoning, mélybe ugrás (bungee jumping).
- (5) A keresőképtelenség vonatkozásában a kockázatviselés nem terjed ki továbbá:
- (a) a terhesség és szülés miatti keresőképtelenségre, ha a fogamzás a Biztosító adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselése kezdetét megelőzően történt, kivéve a Baleset miatti keresőképtelenséget. A fogamzás a biztosítási szerződés hatálybalépését megelőzően történt, ha a Biztosító adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselésének kezdete és a terhességet dokumentáló hivatalos iratban (pl. Terhességi kiskönyvben) a szülés várható időpontjaként rögzített időpont között kevesebb, mint 285 nap van.
 - (b) a művi terhesség-megszakítás eseteire, kivéve az anya egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében végrehajtott terhesség-megszakítások eseteit, illetve a bűncselekmény kapcsán előállított terhesség megszakításának eseteit;
 - (c) azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben a mesterséges megtermékenyítés (annak bármely formája); a kizárólag a meddség megszűntetése miatti eseményekre; a sterilizációra; a nemi jelleg megváltoztatására;
 - (d) az esztétikai céllal végzett kezelésre és sebészetre, illetve következményeire; a fogpótlásra;
- Ha a Biztosítottnál a fenti b), illetve a c) pontokban felsorolt események következményeként életmentő beavatkozás szükséges, akkor a Biztosító kockázatviselése az orvosi beavatkozást igénylő állapot miatti eseményekre kiterjed.
- (e) azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben
 - olyan keresőképtelenség, amelyeknek célja nem a Biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozása és egészségének helyreállítása; ide tartozik különösen a szűrővizsgálat miatti keresőképtelenség és a nem saját jogú keresőképtelenség (pl. a szülőnek, nevelőszülőnek, helyettes szülőnek a beteg gyermeke ápolásával összefüggő keresőképtelensége);
 - a krónikus betegségek rehabilitációja, gondozása (különösen geriátriai, gyógypedagógiai, logopédiai ellátás, gyógytorna, fizikoterápia, fűrdőkúra, fogyókúra), kivéve a krónikus betegségek kórimzésével, a gyógykezelés első beállításával, jelentős akut állapotrosszabbodás elhárításával kapcsolatos kezeléseket;
 - orvosi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelés;
 - (f) az olyan keresőképtelenségre, amely alatt a Biztosított jövedelemszerző tevékenységet végez;
 - (g) az olyan keresőképtelenségre, melynek oka a Biztosított lelki működési zavara, betegsége.

7. ELJÁRÁS VÉLEMÉNYKÜLÖNBESÉG ESETÉN

Amennyiben a szolgáltatási igény előterjesztője a Biztosító döntését nem fogadja el, kérheti a szolgáltatási igény újbóli elbírálását. A Biztosító a bejelentett szolgáltatási igényt ismételen az igény előterjesztőjének erre vonatkozó kérelme alapján, az annak elbírálásához szükséges valamennyi okmány benyújtásától számított 30 napon belül bírálja el.

8. A PANASZOK BEJELENTÉSE

A biztosítási szerződéssel kapcsolatban felmerült panaszokat írásban, a Biztosítónál lehet bejelenteni az alábbi címen: Generali-Providencia Biztosító Zrt. Ügyfélkapcsolati Divízió, 1066 Budapest, Teréz krt. 42-44., vagy szóban előadni a TeleCenter +36 1 452-3333 telefonszámán. A Biztosító köteles a panaszokat, bejelentéseket kivizsgálni és a vizsgálat eredményéről a panaszosnak 30 napon belül írásban tájékoztatást adni.

9. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

9.1. A jognyilatkozatok (bejelentések, értesítések) hatályosságának feltételei

- (1) A Biztosító a hozzá intézett ajánlatokat, jognyilatkozatokat, bejelentéseket – amennyiben jelen biztosítási feltétel másként nem rendelkezik – csak akkor köteles hatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. A Biztosító nyilatkozatait szintén írásban juttatja el a biztosítási szerződésben érdekelt személyeknek.
- (2) Amennyiben a Biztosító a jognyilatkozatot a Kedvezményezettnek, a Biztosítottnak vagy egyéb jogosultnak az általa ismert utolsó címére ajánlott levélben küldi, az abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor azt a címzés helyén átvették.

9.2. Kézbesítési megbízott

Devizakülföldi Biztosított köteles magyarországi lakcímmel rendelkező személyt kézbesítési megbízottként megnevezni, aki a megbízás alapján jogosult a Biztosítótól érkező jognyilatkozatok átvételére, illetve megválaszolására.

9.3. Irányadó jog és jogvita esetén alkalmazandó eljárás

A Biztosító és a Biztosítottak jogviszonyára a magyar jog rendelkezései, a jelen Feltételek, az abban nem szabályozott kérdésekben pedig a Magyar Köztársaság Polgári Törvénykönyvéről szóló 1959. évi IV. törvény, a fogyasztóvédelemről szóló 1997. évi CLV. törvény, valamint a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény rendelkezései irányadóak.

Bármely vitában, amely a Biztosítási Szerződésből, illetve a biztosított jogviszonyból vagy azzal összefüggésben, annak megszűnésével, megszűnésével, érvényesítésével vagy értelmezésével kapcsolatban keletkezik, a vita tárgyát képező összeg nagyságától függően, kizárólagosan a Biztosító székhelye szerinti bíróság rendelkezik illetékességgel.

9.4. A kapcsolattartás és az ügyfél-tájékoztatás nyelve

A Biztosító és a Biztosított kapcsolattartása valamint a Biztosítottak tájékoztatása magyar nyelven történik.

10. ELÉVÜLÉS

A biztosítási szerződés alapján érvényesíthető igények elévülési ideje két év.

A Generali-Providencia Zrt. ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓJA

Köszönjük bizalmát, hogy biztosítási szerződés megkötésére irányuló ajánlatával a Generali-Providencia Biztosító Zrt. társasághoz fordult. Kérjük, szíveskedjék figyelmesen elolvasni alábbi tájékoztatónkat, amelyben bemutatjuk társaságunk főbb adatait, tájékoztatjuk a fogyasztói bejelentésekkel és panaszokkal foglalkozó szervezeti egységeinkről, felügyeleti szervünk megnevezéséről és székhelyéről, az ügyfélpanaszoknak - azok jellege szerint - a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéhez, illetve a Pénzügyi Békéltető Testülethez való előterjesztésének a lehetőségéről, a bírói út igénybevételéről, valamint megismertetjük az adatvédelem és adatkezelés legfontosabb szabályait.

Felsoroljuk továbbá azokat a szervezeteket, amelyek részére társaságunk az ügyfelek - biztosítási titkot képező - adatait a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény alapján kiadhatja.

Külön kitérünk a biztosítási ajánlat aláírása előtt szükséges leglényegesebb tudnivalókra, közöttük a személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati ismeretekre, amelyek birtokában a szerződéskötési szándékát kifejező jognyilatkozatát megfontoltan teheti meg. Megjelöljük a biztosítási szerződésre vonatkozó adózással kapcsolatos szabályokat.

Tájékoztatjuk, hogy a jelen ügyféltájékoztató a biztosítási szerződés részét képezi.

1. A Generali-Providencia Biztosító Zrt. - korábbi cégnevén: Generali-Providencia Biztosító Rt. majd Generali-Providencia Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság - a Providencia Osztrák-Magyar Biztosító Rt. és a Generali Budapest Biztosító Rt. egyesülésével jött létre 1999. évi április hó 30. napján.

A társaság az ISVAP által vezetett olasz Biztosítói Csoportok Nyilvántartásában 26-os számon szereplő Generali Csoporthoz tartozik.

A társaság alaptőkéje (jegyzett tőkéje): 4 500 000 000 Ft

A társaság székhelye: 1066 Budapest, Teréz krt. 42-44.

Cégjegyzékszáma: 01-10-041305

Nyilvántartja: a Fővárosi Bíróság mint Cégbíróság

Fő tevékenységi köre: nem-életbiztosítás.

A társaság cégformája: részvénytársaság

Működési módja: zártkörű

Telefon: (36-1) 301-7100

A társaság egyedüli részvényese: Generali PPF Holding B.V.

Cégjegyzékszáma: Amszterdami kereskedelmi Kamara nyilvántartásában 34275688

Székhelye: NL-1077 XX Amsterdam, Strawinskylaan 933.

2. A biztosítási szerződésével kapcsolatos kérdésével, problémájával forduljon bizalommal biztosításközvetítőjéhez, ügyfélszolgálati irodáinkhoz, Személybiztosítási Kompetencia Központjainkhoz, illetőleg a **TeleCenter** munkatársainhoz, akik a **+36 1 452-3333** számon készséggel állnak az Ön rendelkezésére.

Információt, és támogató útmutatást - Online ügyfélszolgálat; Kapcsolatfelvétel - talál a **www.general.hu** címen is. Elektronikus ügyfélszolgálatunk esetleges üzemzavara idején a telefonos ügyfélszolgálatunk biztosítja az elérhetőséget. Amennyiben munkatársaink segítő közreműködése ellenére sem sikerült felmerült problémáját megnyugtatóan rendezni, a **Generali-Providencia Biztosító Zrt. Ügyfélkapcsolati Divíziójánál - 1066 Budapest, Teréz krt. 42-44.** - szóban (személyesen) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, avagy postai úton, továbbá a **(06-1) 452-3927** telefax számon, vagy a **general@general.hu** elektronikus levelezési címen) élhet bejelentéssel, illetőleg a társaságunk magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát a fenti módokon és elérhetőségi címeken közölheti. Szóbeli panaszát személyesen valamennyi, a személyes ügyfélfogadásra nyitva álló ügyfélszolgálati irodánkban, minden munkanapon 8 órától 16 óráig teheti meg. A telefonon közölt szóbeli panasz megtételére pedig ugyancsak minden munkanapon 8 órától 16 óráig, illetőleg legalább a hét egy munkanapján 8 órától 20 óráig biztosítunk lehetőséget. Társaságunk panaszkezelési eljárásával, a panaszkezelés módjával és a panaszkezelési nyilvántartás vezetésével kapcsolatos további részletes információkat megtalálja a honlapunkon illetőleg az ügyfélszolgálati irodáinknál kihelyezett panaszkezelési szabályzatunkban.

3. A biztosító felügyeleti szerve a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (a továbbiakban: PSZÁF vagy Felügyelet), amelynek székhelye: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., központi levelezési címe: 1534 Budapest, BKKP Pf. 777., központi telefonszáma: (36-1) 4899-100, központi fax száma: (36-1) 4899-102, ügyfélszolgálati telefonszáma: 06-40-203-776, e-mail címe: ugyfelszolgalat@pszaf.hu)

Felhívjuk a figyelmét a Felügyelet fogyasztóvédelmi honlapjára (www.pszaf.hu/fogyasztotknak), az ott elérhető tájékoztatókra és összehasonlítást segítő alkalmazásokra.

4. Társaságunk a PSZÁF által felügyelt tevékenység folytatására jogosult szervezet, amely tevékenységünk vonatkozásában fogyasztóvédelmi hatóságként a PSZÁF ellenőrzi
 - a fogyasztóval szemben tanúsítandó magatartásra vonatkozó kötelezettséget megállapító, a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéről szóló 2010. évi CLVIII. törvényben meghatározott jogszabályokban előírt rendelkezéseknek,
 - a fogyasztókkal szembeni tisztességellen kereskedelmi gyakorlat tilalmáról szóló 2008. évi XLVII. Törvény rendelkezéseinek,

- a gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről és egyes korlátairól szóló 2008. évi XLVIII. törvény rendelkezéseinek,
- az elektronikus kereskedelmi szolgáltatások, valamint az információs társadalommal összefüggő szolgáltatások egyes kérdéseiről szóló 2001. évi CVIII. Törvény rendelkezéseinek (a továbbiakban együttesen fogyasztóvédelmi rendelkezéseknek), továbbá
- a pénzügyi fogyasztói jogvitával kapcsolatos kötelezettség betartását, és eljár e rendelkezések pénzügyi szervezet általi megsértése esetén (a továbbiakban fogyasztóvédelmi eljárás).

Tájékoztatjuk, hogy a fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Felügyelet előtt fogyasztóvédelmi eljárás kezdeményezhető. A biztosítási szerződés létrejöttével, érvényesítéssel, joghatásaival és megszüntetésével, továbbá a szerződésszegéssel és joghatásaival kapcsolatos jogvitákban a Felügyeletnek nincs hatásköre eljárni.

A biztosítási szerződés megkötésével és teljesítésével kapcsolatos esetleges pénzügyi fogyasztói jogviták bírósági eljárásán kívüli rendezése érdekében írásban benyújtott kérelmet terjeszthet elő a Pénzügyi Békéltető Testületnél (székhely: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.; levelezési címe: H-1525 Budapest BKKP Pf.: 172.). A Testület eljárása megindításának feltétele, hogy a fogyasztó a biztosító társasággal közvetlenül megkísérelje a vitás ügy rendezését. A Pénzügyi Békéltető Testület működésével kapcsolatos egyéb lényeges információk (így a Testület eljárási szabályzata) megtalálhatóak a www.pszaf.hu/pbt honlapon. A permegelőző, konfliktuskezelő, vitarendezési eljárások közül – a Pénzügyi Békéltető Testületi eljáráson kívül – közvetítői eljárást is kezdeményezhet, a közvetítői tevékenységről szóló 2002. évi LV. törvény alapján.

A fogyasztó a biztosítási szerződésből eredő igényeit a fentiekben megjelölt alternatív vitarendezési módok mellőzésével bírói úton is érvényesítheti. A bíróság eljárására a Polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény rendelkezései irányadók.

5. Tájékoztatjuk, hogy a biztosító a feladatai ellátásához az ügyfelei azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges vagy a biztosítási törvényben meghatározott egyéb cél lehet. A biztosító ügyfelének minősül a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett, a károsult, a biztosító szolgáltatására jogosult más személy; az adatvédelemre vonatkozó rendelkezések alkalmazásában ügyfél az is, aki a szerződésre ajánlatot tesz.

Biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó -, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

Biztosítási titkot képeznek az alábbi adatok:

- a biztosító ügyfelének személyi adatai;
 - a biztosított vagyontárgy és annak értéke;
 - a biztosítási összeg;
 - élet-, baleset-, betegség- és felelősségbiztosítási szerződés esetén az egészségi állapottal összefüggő adatok;
 - a kifizetett biztosítási összeg mértéke és a kifizetés ideje;
 - a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggő összes lényeges tény és körülmény.
6. A biztosító a személyes adatokat, továbbá az egészségügyi állapottal közvetlenül összefüggő, általa kezelt adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatban személyes adatokat addig kezelheti, ameddig a szerződés létrejöttének meghíúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. Telefonon történő panaszkezelés esetén a biztosító a köztöte és az ügyfél közötti telefonos kommunikációt hangfelvétellel rögzíti, és a hangfelvételt egy évig megőrzi. A biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatban, az egészségügyi állapottal közvetlenül összefüggő adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.
 7. Az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvényben (a továbbiakban: Infotv.) foglaltaknak megfelelően tájékoztatjuk, hogy az adatkezelés az Ön önkéntes hozzájárulásán alapul, amely hozzájárulását Ön a biztosítási ajánlattétellel adja meg. Az adatkezelés jogalapja a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 155.§-a. A biztosítási szerződés végrehajtása érdekében a biztosító kezeli az ügyfelek személyes adatait (a továbbiakban „személyes adatok”). Az érintett ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a biztosító az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

Adatfeldolgozási tevékenységét kizárólag erre irányuló megbízási szerződés alapján, kiszervezett tevékenység keretében jogosultak harmadik személyek végezni. Az ügyfél adatait kizárólag társaságunk erre feljogosított munkatársai, megbízott biztosításközvetítői, illetve a társaságunk részére külön szerződés keretében adatfeldolgozási vagy kiszervezett tevékenységet végző személyek, szervezetek ismerhetik meg, a társaságunk által meghatározott terjedelemben és a tevékenységük végzéséhez szükséges mértékben. Az ügyfél adatait jogosultak megismerni továbbá mindazon személyek vagy szervezetek is, akikkel szemben társaságunknak a biztosítási titok megtartásának a kötelezettsége a 9. pont értelmében nem áll fenn.

A biztosító a szerződő (biztosított) személyes adatait, erre vonatkozó és kifejezett írásbeli hozzájárulása nélkül csak a Bit. 153-161.§ és 165.§-aiban nevesített szervezeteknek továbbíthatja.

8. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül -ha a törvény másként nem rendelkezik - titoktartási kötelezettség terheli a biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

- a biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
- a biztosítóról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 153-161. §-aiban és 165. §-ában foglaltak alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

9. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn

- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b) a folyamatban lévő büntető eljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel,
- c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel,
- e) az adóhatósággal abban az esetben, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkoztattéleli kötelezettség, illetve, ha a biztosítási szerződésből eredő kötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli,
- f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g) a biztosítóval, biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselővel, ezek érdekképviseleti szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben jelölt egészségügyi hatósággal,
- j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervezettel,
- k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) a biztosítási törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervvel,
- m) az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, továbbá ezek egymás-közi átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát, illetve a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a Levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, kárrendezési megbízottal és a kárképviseelővel, illetve a károkozóval, amennyiben az önrendelkezési jogával élve a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételei jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adataihoz kíván hozzáférni,
- o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
- p) fióktelep esetén - ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal - a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel, szaktanácsadóval,
- q) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,
- r) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal
- s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló rendeletben meghatározott kártörténeti adata és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval szemben, ha az a)-j), n) és s) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a k), l), m), p), q) és r) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a fentebb meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.

A biztosító a nyomozó hatóság, a nemzetbiztonsági szolgálat és az ügyészség írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti

- a) kábítószerrel visszaéléssel,
- b) terrorcselekménnyel,
- c) robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel,
- d) lőfegyverrel vagy lőszernel visszaéléssel,

- e) pénzmosással,
- f) bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

A biztosító a nyomozó hatóságot a „halaszthatatlan intézkedés” jelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyési jóváhagyást nélkülöző megkeresésére is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott ügygel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn továbbá abban az esetben sem, ha a magyar bűnüldöző szerv, illetőleg a pénzügyi információs egységként működő hatóság – a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXCVI. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva, vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv, illetőleg külföldi Pénzügyi Információs Egység írásbeli megkeresése teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól, amennyiben a megkeresés tartalmazza a külföldi adatkérő által aláírt titoktartási záradékot.

10. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét

- az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyekből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
- a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
- az összevont alapú felügyeletre és a kiegészítő felügyeletre vonatkozó törvényi rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

11. Tagállami biztosítóhoz vagy tagállami adatfeldolgozó szervezethez (tagállami adatkezelő) történő adattovábbítást úgy kell tekinteni, mintha Magyarországról területén belüli adattovábbításra került volna sor.

12. Az érintett ügyfél kérelmére társaságunk köteles tájékoztatást adni az ügyfél részére az általa kezelt-, illetve az általa megbízott adatfeldolgozó által feldolgozott, az érintett ügyfél adatairól, azok forrásáról, az adatkezelés céljáról, jogalapjáról, időtartamáról, az adatfeldolgozó nevééről, címéről, és az adatkezeléssel összefüggő tevékenységéről, továbbá - az ügyfél személyes adatainak a továbbítása esetén - az adattovábbítás jogalapjáról és címzettjéről. Törvény az adattovábbításról való tájékoztatást kizárhatja, illetve korlátozhatja.

Az érintett ügyfél kérheti személyes adatainak helyesbítését, továbbá - a jogszabályban elrendelt adatkezelések kivételével - adatainak a zárolását és törlését. Társaságunk az érintett ügyfél által kezdeményezett adatahelyesbítéseket a nyilvántartásaiban köteles átvezetni.

Az érintett ügyfél az Infotv-ben meghatározott esetekben tiltakozhat személyes adatainak a kezelése ellen. A tiltakozást társaságunk legfeljebb 15 napon belül megvizsgálja és írásban tájékoztatja az ügyfelet a döntéséről. Amennyiben az érintett ügyfél a döntéssel nem ért egyet, vagy a biztosító a fenti határidőt elmulasztja, úgy az ügyfél a döntés közlésétől, illetve a határidő utolsó napjától számított 30 napon belül jogosult bírósághoz fordulni.

A Nemzeti Adatvédelmi és Információs szabadság Hatóságnál (1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/c) az érintett ügyfél jogosult bejelentéssel élni, amennyiben észleli, hogy személyes adatai kezelésével kapcsolatban jogsérelem következett be, vagy annak közvetlen veszélye fennáll.

Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

13. Adózási tudnivalók

Adómentes az élet- és nyugdíjbiztosításból származó biztosítói kifizetés, ha az haláleseti, baleseti, vagy betegség miatt, illetve nyugdíjbiztosítási szerződés esetében a harmadik év fordulónapját követően nyújtott szolgáltatás. Az adómentes jövedelmet a magánszemélynek az adóbevallásában nem kell szerepeltetnie.

Kamatjövedelem biztosítási szerződéshez kapcsolódóan élet- vagy nyugdíjbiztosítás lejárati szolgáltatásából, visszavásárlásából vagy részleges visszavásárlásából származhat. Kamatjövedelemről akkor beszélhetünk, ha a szerződésből származó kifizetés összege meghaladja az ugyanazon szerződéshez kapcsolódó magánszemély által befizetett díj(ak), illetve a kifizető által fizetett adókötelesnek minősülő (adózott) díj(ak) együttes összegét. Részleges visszavásárlás esetén a visszavásárlás arányában vehető figyelembe a befizetett díj. A kamatadó mértéke 16%. A kamatadót a biztosító a kifizetésből levonja, és megfizeti az adóhatóságnak. Ha kamatadó nem terheli a kifizetést, vagy a kamatadó levonása megtörtént, akkor a magánszemélynek az adóbevallásában nem kell szerepeltetnie ezt a jövedelmet. A kifizetést követően a biztosító igazolást állít ki a levont kamatadóról a magánszemély szerződő részére, szükség esetén felhívja figyelmét adóbevallási kötelezettségére. A biztosításból származó kamatjövedelem 50 százalékkal csökkenthető, ha a kifizetés a szerződés megkötésének 5. fordulónapját követően történik, és a kifizetéssel a szerződés megszűnik, vagy a 4 évnél régebben, de 6 évnél nem régebben befizetett díjak és hozamok terhére történő kifizetés esetén, ha a szerződés a kifizetéssel nem szűnik meg. A kamatjövedelem 100 százalékkal csökkenthető, ha a kifizetés a szerződés megkötésének 10. fordulónapját követően történik, és kifizetéssel a szerződés megszűnik, vagy a 6 évnél régebben befizetett díjak és hozamok terhére történő kifizetés esetén, ha a szerződés a kifizetéssel nem szűnik meg.

Egyéb jövedelem keletkezik, ha a magánszemély szerződőként olyan teljes életre szóló (élethosszig tartó), kockázati életbiztosítást vásárol vissza, amelynek díját - részben vagy egészben más személy (ide nem értve a más magánszemélyt) fizette, és a kifizető által fizetett díj adómentesnek minősül. Ebben az esetben ugyanúgy kell a jövedelmet meghatározni, mint a kamatjövedelemnél. A biztosító ilyen esetben a hatályos rendelkezések szerint a kifizetésből

levonja a személyi jövedelemadó-előleget és azt befizeti az adóhatóságnak. A levont adóelőlegről a biztosító igazolást állít ki a magánszemély részére. A magánszemélynek e jövedelmet egyéb jövedelem jogcímen szerepeltetnie kell az adóbevallásában. Ezen egyéb jövedelem után százalékos egészségügyi-hozzájárulás (Eho) fizetési kötelezettség is keletkezik, amelyet a biztosító köteles megfizetni az adóhatóságnak. A biztosító - biztosítási feltételekben rendelkezve erről - ezt a költséget érvényesíti a biztosítás pénzalapjának terhére, és e költségre is tekintettel állapítja meg a magánszemély bruttó jövedelmét és a ténylegesen kifizethető összeget.

A fenti szabályok a jövőben megváltozhatnak, ezért felhívjuk szíves figyelmét arra, hogy saját érdekében kövesse figyelemmel az adózási szabályok jövőbeli változásait, így különösen a személyi jövedelemadóról szóló törvény, az egészségügyi hozzájárulásról szóló törvény, valamint az adózás rendjéről szóló törvény rendelkezéseit.

14. Felhívjuk szíves figyelmét, hogy a biztosító a biztosítási szerződésből eredő kötelezettségével összefüggésben, a károsító eseményt megelőző állapot visszaállításához vagy a bekövetkezett kár következményeinek megszüntetéséhez szükséges, általános forgalmiadó-köteles szolgáltatás ellenértéke (anyag-, javítási, illetve helyreállítási költség) után az általános forgalmi adó összegének megfelelő összeg megtérítésére csak olyan számla alapján vállalhat kötelezettséget, illetve térítheti meg azt az arra jogosultnak, amelyen feltüntetik az általános forgalmi adó összegét, vagy amelyből annak összege kiszámítható.
15. A jognyilatkozatok csak írásban érvényesek. A szerződő (biztosított) nyilatkozata csak akkor hatályos, ha az a biztosító valamely szervezeti egységének a tudomására jut.
16. A biztosítási szerződésre, amennyiben a felek másként nem állapodnak meg, vagy jogszabály eltérően nem rendelkezik, a magyar jog szabályai az irányadók.

A sikeres együttműködés reményében:

Erdős Mihály
elnök-vezérigazgató

Hegedűs Anna
ügyvezető igazgató



BIZTOSÍTOTTI NYILATKOZAT

a Citibank és a Generali-Providencia Zrt. között létrejött élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződéshez

- A jelen nyilatkozat a CITIBANK EUROPE PLC MAGYARORSZÁGI FIÓKTELEPE (székhelye: 1051 Budapest, Szabadság tér 7., nyilvántartó bíróság és cégjegyzékszám: Fővárosi Törvényszék Cégbírósága 01-17-000560, amely a CITIBANK EUROPE PLC (székhelye 1 North Wall Quay, Dublin 1, nyilvántartás helye és száma: Companies Registration Office, no. 132781), Írországban bejegyzett társaság nevében és képviseletében jár el (a továbbiakban: Citibank és/vagy Szerződő) és a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) által kötött hitelkártyához kapcsolódó biztosítási szerződés (a továbbiakban: biztosítási szerződés) szerves részét képezi. A biztosítással kapcsolatos részletes információk a terméktájékoztatóban és a vonatkozó biztosítási feltételekben (CRS-6) találhatók. A biztosítás választható szolgáltatás és nem feltétele a hitelkártya igénylés jóváhagyásának.
- A Biztosított adatai:**

Név: _____

Születési név: _____

Születési idő: _____

A hitelkártya száma: _____
- Alulírott, jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok a Citibank és a Biztosító által kötött biztosítási szerződés személyi hatályának reám való kiterjesztéséhez. Tudomásul veszem, hogy a biztosítási szerződés hatálya rám, mint Biztosítottra csak abban az esetben terjed ki a biztosítási feltételek szerint, ha a biztosítási feltételek szerint írásban, vagy távközlő eszköz útján, távértékesítés keretében a vonatkozó jogszabályoknak megfelelő Biztosított nyilatkozatot teszek.
A hitelfedezeti biztosítás igénylése esetén a jelen biztosított nyilatkozatot az alábbi elérhetőségekre kell eljuttatni:
Citibank címe: Citibank Europe plc Magyarországi Fióktelepe
1367 Budapest, Pf. 123. vagy 1134 Budapest, Váci út 35.
Amennyiben a hitelfedezeti biztosítással vagy annak igénylésével kapcsolatban bármilyen kérdése felmerül, kérjük, hívja a CitiPhone-t:
CitiPhone telefonszáma: +36 1 288-8888
Hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosítási szerződés Kedvezményezettje a Citibank legyen.
Tudomásul veszem, és elfogadom, hogy a Citibank a Generali-Providencia Zrt. megbízásából független biztosításközvetítőként (többes ügynökként) jár el. A Citibank a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete által regisztrált független biztosításközvetítő, a nyilvántartás elérhető a www.pszaf.hu internetes oldalon.
- Felhatalmazom a Citibankot, mint a szolgáltatás közvetítőjét arra, hogy a biztosítási szerződés hatályának rám való kiterjesztésével, a szerződés fenntartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő adataimat a Generali-Providencia Zrt. (1066 Budapest, Teréz krt. 42-44.), mint a biztosítási szolgáltatást nyújtó Biztosító részére átadja. Felhatalmazom a Biztosítót, hogy a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a Biztosító beszeresse és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítókrol és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 157. § (1) és (6)-(7) bekezdésében, valamint a 159. § (1) bekezdésében meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa, továbbá az általam bejelentett szolgáltatási igényről és annak elbírálása eredményéről a Citibankot tájékoztassa. Felhatalmazom a Citibankot, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szolgáltatási igény elbírálásához, a Biztosító erre irányuló kérése esetén az írásbeli Biztosított nyilatkozat másolatát, illetve a szóbeli Biztosított nyilatkozatot tartalmazó hangfelvételt a Biztosító részére átadja. Egyúttal a Biztosító felé továbbítandó adatok vonatkozásában felmentem a szerződés hatályának rám való kiterjesztésével, a szerződés fenntartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. háziorvos) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv) a titoktartási kötelezettségük alól. A Biztosító a rám vonatkozó fenti adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A Biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogsáma. A Biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni, és e titkot időbeli korlátozás nélkül megtartani.
- Hozzájárulok, hogy a biztosítási igénylése esetén a Citibank az általam fizetendő biztosítási díj összegével hitelkártyaszámlámat az adott hitelkártya fordulónapon megterhelje.

6. Alulírott ezúton elismerem, hogy a jelen biztosítás hatályának reám való kiterjesztése előtt a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény, illetve a távértékesítés keretében kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésekről szóló 2005. évi XXV. törvény szerinti tájékoztatást a Biztosító főbb adatairól, a Citibank biztosítás-közvetítői státuszáról és a szerződés jellemzőiről a Citibanktól megkaptam, a biztosításra vonatkozó szerződési feltételeket és a terméktájékoztatót megismertem és elfogadtam.
7. Alulírott, tudomásul veszem, hogy abban az esetben, ha a Citibank, mint Szerződő vagy a Biztosító a biztosítási szerződést felmondja vagy a fenti számú hitelkártyaszerződés bármely okból megszűnik, a biztosítási szerződés reám vonatkozóan ezzel egyidejűleg megszűnik.
8. Tudomásul veszem, hogy a Biztosító rám vonatkozó kockázatviselése - annak kezdetétől számított 5 évig - nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben veleszületett rendellenesség, szerzett fogyatékoság, illetve olyan betegség, amely a Biztosító reám vonatkozó kockázatviselésének kezdete előtti 1 évben bizonyíthatóan fennállott, vagy amelyet a kockázatviselést megelőző 1 éven belül kórismértek, vagy amely ez idő alatt gyógykezelést igényelt; illetve a Biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodás.
9. Tudomással bírok arról, hogy a hitelkártyaszerződés hatálya alatt a biztosítási védelmet a Citibankhoz intézett írásbeli nyilatkozattal felmondhatom, a felmondás a Citibank általi kézhezvételt követő első hitelkártya fordulónapon válik hatályossá. A biztosítási szerződés létrejöttéről szóló írásbeli visszaigazolás kézhezvételétől számított 30 napon belül azonnali hatályú felmondási jog illet meg, mely alapján a biztosítási védelmet a Citibanknak megküldött nyilatkozattal indokolás és - amennyiben az azonnali hatályú felmondásig biztosítási esemény nem történt, úgy - fizetési kötelezettség nélkül írásban felmondhatom.
10. Tudomásul veszem, hogy a biztosítási szerződésbe nem léphetek be Szerződőként a Citibank helyett, és a biztosítási szerződés megszűnését követően a biztosítottai jogosultságom is megszűnik.

Kelt: _____ (helység), _____ év _____ hó ____ nap

Biztosított

Tanúk:

1. Név: _____

Cím: _____

2. Név: _____

Cím: _____