

Az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. csoportos hitelfedezeti biztosításának általános feltételei az ERSTE Bank Hungary Zrt. által kötött hitelkártya szerződésekhöz

Általános Biztosítási Feltételek

Jelen feltételek - ellenkező szerződéses kikötések hiányában – az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) és az ERSTE Bank Hungary Zrt. (a továbbiakban: Bank) között létrejött, a Bank által kötött hitelkártya szerződésekhöz kapcsolódó csoportos hitelfedezeti biztosítási szerződésre (a továbbiakban: csoportos biztosítási szerződés) érvényesek, feltéve, hogy a csoportos biztosítási szerződést a jelen feltételekre hivatkozva kötötték, és a jelen feltételhez kapcsolódó különös feltételek másképp nem rendelkeznek.

1. § Fogalommeghatározások

- 1.1. **Szerződő:** az ERSTE Bank Hungary Zrt., amely a Biztosítóval a csoportos biztosítási szerződést megkötöti és az azzal kapcsolatos jognyilatkozatokat teszi, valamint a csoportos biztosítás díját a Biztosítónak megfizeti.
- 1.2. **Biztosított:** a Bankkal hitelkártya elszámolási számlatulajdonosként (főkérdő-birtokos) hitelkártya szerződéses jogviszonyban álló természetes személy (továbbiakban: Főkérdő-birtokos), aki (i) megfelel a Biztosítottakkal szemben támasztott követelményeknek (ld 6.§) és (ii) az általa tett csatlakozási nyilatkozat (ld. még 4. §) megtételével Biztosítottként csatlakozik a csoportos biztosítási szerződéshez, és (iii) akire a csatlakozás folytán a Biztosító kockázatot vállal.
- 1.3. **Biztosító:** az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli, és a feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.
- 1.4. **Kedvezményezett:** a csoportos hitelfedezeti biztosítási szerződésben megjelölt azon személy, amely a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szolgáltatásra jogosult. Jelen csoportos hitelfedezeti biztosítási szerződés kedvezményezettje a Biztosítottnak a csoportos biztosításhoz történő csatlakozásakor tett hozzájárulása alapján a Szerződő, azaz az ERSTE Bank Hungary Zrt.
- 1.5. **Elszámolási időszak:** a Bank mindenkor hatályos Lakossági Hitelkártya általános szerződési feltételeiben meghatározott időszak.
- 1.6. **Fordulónap:** a Bank mindenkor hatályos Lakossági Hitelkártya általános szerződési feltételeiben meghatározott időpont.
- 1.7. **Hitelkártya szerződés:** a Bank és a Biztosított között a Hitelkártya szolgáltatás nyújtására létrejött szolgáltatási szerződés.
- 1.8. **Minimum fizetendő összeg:** a Bank mindenkor hatályos Lakossági Hitelkártya általános szerződési feltételeiben meghatározott összeg.
- 1.9. **Türelmi időszak:** a Bank mindenkor hatályos Lakossági Hitelkártya általános szerződési feltételeiben meghatározott időszak.

2. § A csoportos biztosítási szerződés létrejötte

A csoportos biztosítási szerződés a Szerződő és a Biztosító között írásban jött létre. A biztosítási tartam egy naptári év, amely évente további egy évvel automatikusan meghosszabbodik, ha a Bank vagy a Biztosító ezzel ellentétes irányú szándékát a biztosítási tartam lejártá előtt legalább 60 nappal írásban nem közli a másik féllel.

3. § A biztosítási esemény

- 3.1. A csoportos biztosítási szerződés alapján az alább felsoroltak számítanak biztosítási eseménynek:
 - 3.1.1. balesetből vagy betegségből eredő, 60 napot meghaladó keresőképtelenség,
 - 3.1.2. 60 napot meghaladó munkanélküliség.

A fenti biztosítási események meghatározását a vonatkozó különös feltételek tartalmazzák.

4. § A Biztosított csatlakozása a csoportos biztosítási szerződéshez

- 4.1. A csoportos biztosítási szerződés egyidejűleg több Biztosítottra vonatkozik, amelyhez a Biztosítottak az általuk tett csatlakozási nyilatkozat megtételével egyénileg csatlakoznak.
- 4.2. A csoportos biztosítási szerződéshez Biztosítottként csatlakozhatnak mindazon Főkérdő-birtokosok, akik megfelelnek a jelen feltételek 6.§-ában leírtaknak. A csatlakozási nyilatkozat megtehető mind a hitelkártya szerződés aláírásakor, mind a már fennálló hitelkártya szerződés tartama alatt. Írásbeli csatlakozási nyilatkozattal történő csatlakozás esetén a csatlakozási nyilatkozat kizárólag egy erre a célra rendszeresített formanyomtatványon tehető meg.
- 4.3. A Főkérdő-birtokos a csoportos biztosítási szerződéshez az alábbiakban felsorolt módok valamelyike útján csatlakozhat:
 - 4.3.1. a Szerződő által rendelkezésre bocsátott formanyomtatvány (csatlakozási nyilatkozat) aláírásával,
 - 4.3.2. a hitelkártya szerződés aláírását követően, a Szerződő részére eljuttatott utólagos írásbeli csatlakozási nyilatkozattal,
 - 4.3.3. a hitelkártya szerződés aláírását követően a Szerződő vagy megbízottja által kezdeményezett telefonos megkeresés során tett - rögzített - szóbeli csatlakozási nyilatkozattal.
- 4.4. A 4.3.2. és 4.3.3. pontok szerinti csatlakozás esetén a Szerződő 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.
- 4.5. A Biztosított a csatlakozási nyilatkozattal:
 - 4.5.1. elfogadja a csoportos biztosítási szerződés feltételeit, hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosító kockázatviselése rá kiterjedjen, így a csoportos biztosítási szerződéshez Biztosítottként csatlakozik,
 - 4.5.2. felhatalmazást ad arra, hogy (1) a Szerződő áthárítsa rá a csoportos biztosítás havi díjának a Biztosítottra jutó részét, (2) áthárított biztosítási díjat a Szerződő a havonta az aktuális fordulónapon a hitelkártya számlán terhelje, és azt a Biztosítónak megfizesse.
- 4.6. A Biztosítónak jogában áll, hogy tetszőleges időponttól kezdve további Biztosítottak csatlakozását felfüggeszse.
- 4.7. Ha a Biztosítottra vonatkozó biztosítás bármely ok miatt megszűnt, a Biztosított később nem csatlakozhat újra a csoportos biztosítási szerződéshez ugyanazon hitelkártya szerződés vonatkozásában.

5. § Csatlakozási nyilatkozat visszavonása

A Biztosított jogosult a rá vonatkozó biztosítási jogviszonyt a csatlakozási nyilatkozatát visszavonó, a Szerződőhöz intézett írásbeli nyilatkozattal (a továbbiakban: felmondó nyilatkozat) megszüntetni.

- 5.1. Amennyiben a felmondó nyilatkozat a csatlakozási nyilatkozat aláírását – a 4.3.2-4.3.3 pontok szerinti utólagos csatlakozás esetén az írásbeli visszaigazolás kézhezvételét – követő 30 napon belül a Szerződőhöz beérkezik, úgy a biztosítási jogviszony a beérkezés napján 24 órákor azonnali hatállyal megszűnik. Ilyen esetben a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időszakra nem áll fenn díjfizetési kötelezettség.
- 5.2. Amennyiben a felmondó nyilatkozat a csatlakozási nyilatkozat aláírását – a 4.3.2-4.3.3 pontok szerinti utólagos csatlakozás esetén az írásbeli visszaigazolás kézhezvételét – követő 30 napon túl érkezik be a Szerződőhöz, úgy a biztosítási jogviszony a felmondó nyilatkozat beérkezését követő fordulónapot megelőző napon 24 órákor szűnik meg.
- 5.3. A felmondó nyilatkozatot a Szerződő alábbi postacímére kell megküldeni: ERSTE Bank Hungary Zrt. (Telesales), Budapest 1933.

6. § A Biztosítottra vonatkozó előírások

- 6.1. A Biztosított az általa tett csatlakozási nyilatkozat alapján az lehet, aki a csatlakozási nyilatkozat megtételének időpontjában a következő feltételeknek megfelel:
 - 6.1.1. életkora 18 és 65 év közötti,
 - 6.1.2. nem öregségi nyugdíjas, valamint nem részesül rokkantsági vagy rehabilitációs ellátásban,
 - 6.1.3. a jelen feltételek alapján létrejött csoportos biztosítási szerződésnek ugyanazon hitelkártyaszerződés vonatkozásában korábban még nem volt biztosítottja.

7. § A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

- 7.1. A Szerződő köteles:
 - 7.1.1. a csoportos biztosítási szerződéssel kapcsolatos megfelelő jognyilatkozatok megtételére, valamint
 - 7.1.2. a csoportos biztosítási szerződés díjának megfizetésére, melynek a Biztosítottra jutó arányos részét áthárítja a Biztosítottra.
- 7.2. A Biztosított köteles közlési kötelezettségét teljesíteni, valamint a Biztosító által feltett, a biztosítás szempontjából szükséges kérdéseket a valóságnak megfelelően és teljes körűen megválaszolni. A Biztosított közlési illetve változásbejelentési kötelezettsége körébe tartozik különösen, hogy a kockázatviselés végéről az alábbi esetekben tájékoztassa a Szerződőt:
 - 7.2.1. a Biztosított 70%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodását megállapító jogerős határozat meghozatalának napjáról,
 - 7.2.2. öregségi vagy előrehozott öregségi nyugállományba vonulásának időpontjáról.
- 7.3. A Biztosítottakat megilleti a csatlakozási nyilatkozat visszavonásának joga (ld 5.1. és 5.2. pont).
- 7.4. A Biztosító a szolgáltatás jogalapjának megállapításához a közölt adatokat ellenőrizheti, saját orvosa által vizsgálatot kezdeményezhet.
- 7.5. A Biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII törvényben (továbbiakban: Bit.) foglaltak szerint biztosítási titokként kezelni.

8. § A Biztosítottra vonatkozó biztosítási csomag

- 8.1. A csoportos biztosítási szerződés alapján nyújtott biztosítást a Biztosított kizárólag a csoportos biztosítási szerződésben rögzített biztosítási csomag választásával veheti igénybe. Az egyes egyedi kockázatokra vonatkozó fedezetek a Biztosított által szabadon nem kombinálhatóak.
- 8.2. A Biztosítottra az „A” biztosítási csomag vonatkozhat
- 8.3. Biztosítási csomagváltás kizárólag a korábbi biztosítási csomag szerinti biztosítási jogviszony megszüntetése (ld. 5.1. és 5.2. pont) és új biztosítási csomag választásával, a választott biztosítási csomagnak megfelelő csoportos biztosítási szerződéshez történő csatlakozás útján lehetséges.

9. § A Biztosító kockázatviselésének kezdete, tartama

- 9.1. A Biztosító kockázatviselésének kezdete:
 - 9.1.1. A csatlakozási nyilatkozat megtételének időpontjában **még nem aktivált hitelkártya esetében:** a hitelkártyával történő első tranzakciót követő fordulónapon 0 órákor.
 - 9.1.2. A csatlakozási nyilatkozat megtételének időpontjában **már aktivált hitelkártya esetében:** a csatlakozási nyilatkozat megtételét követő fordulónapon 0 órákor.

10. § A Biztosító kockázatviselésének megszűnése

- 10.1. A Biztosító kockázatviselése abban az időpontban szűnik meg, amelyik az alább felsoroltak közül leghamarabb bekövetkezik:
 - 10.1.1. azon a napon 24 órákor, amikor a Biztosított hitelkártya szerződése bármely okból megszűnik,
 - 10.1.2. annak a naptári évnek az utolsó napján, amelyben a Biztosított a 70. életévét betöltötte,
 - 10.1.3. a Biztosított halálának napján,
 - 10.1.4. abban az esetben, ha a Biztosított a rá áthárított biztosítási díjat az esedékességtől (mely azonos az adott havi minimum fizetendő összeg megfizetésére vonatkozó türelmi időszak lejártának napjával) számított 90 nap elteltével sem fizette meg a Szerződőnek, a 90. napon 24 órákor,
 - 10.1.5. a Biztosított által tett csatlakozási nyilatkozat visszavonása esetén az 5.1. illetve 5.2. pontban meghatározottak szerint a biztosítási jogviszony megszűnésekor,
 - 10.1.6. azon a napon 24 órákor, amikor a Biztosított öregségi vagy előrehozott öregségi nyugállományba vonul,
 - 10.1.7. a Biztosított 70%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodását megállapító jogerős határozat meghozatalának napján 24 órákor,
 - 10.1.8. a csoportos hitelfedezeti biztosítási szerződés megszűnése esetén a szerződés megszűnése napján 24 órákor.

11. § Szerződés megszűnése

- 11.1.A csoportos biztosítási szerződés megszűnése a biztosítási tartam végén:
- 11.1.1. A csoportos hitelfedezeti biztosítási szerződést mind a Szerződő, mind a Biztosító jogosultak a folyamatban lévő biztosítási tartam végére a másik félhez intézett írásbeli nyilatkozattal felmondani.
- 11.1.2. Ha a felmondás a másik félhez a folyó biztosítási tartam végét legalább 60 nappal megelőzően beérkezik, akkor a szerződés a folyamatban lévő biztosítási tartam utolsó napján 24 órákor lép szűnik meg. Ha a felmondás a másik félhez a folyó biztosítási tartam végét megelőző 60. napot követően érkezik be, akkor a szerződés csak a soron következő biztosítási tartam utolsó napján 24 órákor szűnik meg.
- 11.2. A csoportos biztosítási szerződés megszűnése rendkívüli felmondás útján:
- 11.2.1. Amennyiben a csoportos hitelfedezeti biztosítási szerződés tartama során a biztosítási díjak módosítása válik szükségessé, és a Biztosító ilyen irányú módosító javaslatát a Szerződő nem fogadja el, a Biztosítót megilleti a rendkívüli felmondás joga.
- 11.2.2. A csoportos hitelfedezeti biztosítási szerződésben foglalt kötelezettségek súlyos és ismételt megszegése esetén a sérelmet szenvedett fél jogosult a szerződést – a másik félhez intézett egyoldalú nyilatkozatával – felmondani.
- 11.2.3. Rendkívüli felmondás esetén a felmondási idő 60 nap, melyet attól a naptól kell számítani, amikor a másik fél a rendkívüli felmondás jogát gyakorló fél írásbeli rendkívüli felmondását átvette.
- 11.3. A csoportos biztosítási szerződés megszűnése díj-nemfizetéssel:
- 11.3.1. Amennyiben a Szerződő a biztosítás díját az esedékességtől számított 60 napon belül a Biztosítónak nem fizette meg, a csoportos biztosítási szerződés a hátralékos díj esedékességétől számított 60. napon 24 órákor megszűnik.
- 11.4. A Szerződő köteles a Biztosítottakat a csoportos biztosítási szerződés megszűnéséről levélben értesíteni, amennyiben annak feltételei fennállnak a megszűnés időpontját legalább 30 nappal megelőzően, egyéb esetben a megszűnési ok bekövetkezését követően haladéktalanul.

12. § Területi hatály

A biztosítás valamennyi országban bekövetkezett biztosítási eseményre kiterjed, kivéve a munkanélkülivé válás kockázatát, amelyre vonatkozóan a területi hatály Magyarország területére korlátozódik.

13. § A díjfizetésre vonatkozó rendelkezések

- 13.1.A biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének, illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke melyet a Szerződő havonta utólag fizet meg a Biztosítónak.
- 13.2.A Szerződő az első havi díjat a kockázatviselés kezdetét követő hónapban köteles megfizetni. A Szerződő díjfizetési kötelezettsége a kockázatviselés megszűnésének hónapjáig áll fenn.
- 13.3.A Szerződő az általa megfizetett havi biztosítási díjnak a Biztosítóra jutó részét a Biztosított által a csatlakozási nyilatkozatban adott felhatalmazás alapján áthárítja a Biztosítóra. Az áthárításra kerülő díjrészt az aktuális fordulónapon a Szerződő számítja ki és terheli be a biztosítási fedezet alá vont hitelkártya-számlán, melyet a Biztosítottnak a havi minimum fizetendő összeg esedékességekor kell megfizetnie a Szerződő felé. A Szerződő által beszedett biztosítási díj mindig arra az elszámolási időszakra vonatkozik, amelynek fordulónapján a Szerződő a díjat a fedezet alá vont hitelkártya-számlán betérhelte.
- 13.4. Amennyiben a Biztosított felmondó nyilatkozata a csatlakozási nyilatkozat aláírását – a 4.3.2-4.3.3 pontok szerinti utólagos csatlakozás esetén az írásbeli visszaigazolás kézhezvételét – követő 30 napon belül a Szerződőhöz beérkezik, úgy az addig az időpontig fizetett díjak a Szerződő részére visszafizetésre kerülnek. A Biztosítóra áthárított díjat a Szerződő ebben az esetben a következő havi minimum fizetendő összeg esedékességéig a Biztosított részére visszajuttatja.
- 13.5. Ha a Bank és a Biztosító a díjtétel(ek) emeléséről megállapodnak, a Bank legalább a díjemelést hatályba lépését megelőzően 30 naptári nappal korábban – a vonatkozó Hirdetmény a bankfiókokban történő kifüggesztésével - írásban értesíti a díjemelést által érintett Biztosítottakat a díj módosulásáról. Ha a Biztosított a díjemelést nem fogadja el, jogosult a rá vonatkozó biztosítási jogviszonyt az 5.2. pontban foglaltak szerint felmondani. Amennyiben a Biztosított a Hirdetmény megjelenését követő 30 napon belül nem juttatja el felmondó nyilatkozatát a Szerződő részére, úgy a módosított díj fizetését magára nézve elfogadottnak tekinti.

14. § Értékkövetés

A Biztosító értékkövetést nem alkalmaz.

15. § A Biztosító szolgáltatása

A vonatkozó biztosítási esemény bekövetkezésekor a Biztosító az adott kockázatviselésre vonatkozó Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott biztosítási szolgáltatást nyújtja.

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

- 16.1.A Biztosított vagy az általa meghatalmazott személy (a továbbiakban együttesen: szolgáltatást igénylő személy) - és amennyiben a Szerződő tudomására jut, a Szerződő is - köteles annak bekövetkezését követő 15 napon belül - akadályoztatás esetén 30 napon belül - bejelenteni a Biztosítónak az alábbi címen:

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

1300 Budapest, Pf. 161; Tel: (+36-1) 501-2372

- 16.2.A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, amennyiben a bejelentési és a szükséges felvilágosítási kötelezettségek megsértése miatt lényeges körülmények kideríthetetlené váltak.
- 16.3.A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a Biztosító a következő dokumentumokat kérheti:
- 16.3.1. a Szerződőtől a Biztosított csatlakozási nyilatkozatának másolatát, szóbeli csatlakozás esetén a telefonbeszélgetés hangfelvételét,
- 16.3.2. a Szerződőtől a teljesítendő biztosítási szolgáltatásra vonatkozó adatokat (pl. fennálló tartozás összege – meghatározását l. a vonatkozó különös biztosítási feltételek 5.2. illetve 6.2. pontjaiban),
- 16.3.3. a biztosítási szolgáltatást igénylő személy által kitöltött szolgáltatási igénybejelentő nyomtatványt,
- 16.3.4. hatósági eljárás esetén az erre vonatkozó jogerős határozatot, vagy bírósági ítéletet,

- 16.3.5. baleset esetén a baleseti jegyzőkönyvet, ha ilyen készült,
16.3.6. azokat az egyéb dokumentumokat, vagy azok másolatait (pl. táppénzes lap, műtéti leírás dokumentációja, diagnosztikus leletek, kórházi zárójelentés, stb.), amelyek a jogosultság és a biztosítási esemény megállapításához szükségesek,
16.3.7. ha a biztosítási esemény külföldön történik, az idegen nyelven kiállított dokumentumok hitelesített magyar fordítását.
- 16.4. Az egyes biztosítási kockázatokra / szolgáltatásokra vonatkozó különös biztosítási feltételek a fentiekben túl további dokumentumok benyújtását írhatják elő.
- 16.5. Abban az esetben, ha az érintett Biztosító által kért dokumentumokat nem, vagy hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetőleg azt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.
- 16.6. A Biztosító teljesítése az elbíráláshoz szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül esedékes.

17. § A Biztosító mentesülése

- 17.1. A közlési kötelezettség megsértése esetében a Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a kockázatviselés kezdetekor már ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.
- 17.2. Amennyiben a Biztosítónak a biztosítási esemény után tudomására jut, hogy azt bármely olyan körülmény idézte elő, amely a kockázatviselés kezdetekor - szándékosan pontatlan vagy hiányos információk miatt - nem volt előre meghatározható, holott a kockázatvállalás szempontjából lényeges lett volna, a Biztosító jogosult a szolgáltatását megtagadni.
- 17.3. 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.
- 17.4. 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:
- 17.4.1. a biztosítási esemény a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben következett be,
17.4.2. a biztosítási esemény a Biztosított rendszeres alkoholfogyasztásával összefüggésben következett be, vagy bódító, kábító, vagy más hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztása miatti állapotával összefüggésben, illetve toxikus anyagok szedése miatti függése folytán áll be,
17.4.3. a baleset idején a Biztosított alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt és ez a tény a baleset bekövetkezésében közrehatott,
17.4.4. 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, vagy
17.4.5. a biztosítási esemény amiatt következett be, hogy a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet engedély nélkül végzett, vagy
17.4.6. a biztosítási esemény a Biztosított munkavégzése során, a munkavédelmi szabályoknak a Biztosított általi súlyos megsértése miatt következett be, továbbá
17.4.7. 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 kockázata nem terjed ki arra az esetre, ha a bekövetkezett biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll:
- 18.1.1. harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel (jelen feltételek szempontjából harci cselekménynek minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, határviellongás, felkelés, forradalom, zendülés, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, polgárháború, népi megmozdulás, például nem engedélyezett tüntetés, vagy be nem jelentett, illetve nem engedélyezett sztrájk, idegen ország korlátozott célú hadicselekményei például csak légi csapás vagy csak tengeri akció, kommandó támadás, terrorcselekmény),
18.1.2. állam elleni bűncselekményekkel, felkelésekkel, vagy zavargásokkal, kivéve a bejelentett tüntetéseket (e feltétel szerint állam elleni bűncselekmény az, amit a Büntető Törvénykönyv annak minősít: különösen lázadás, kémkedés, rombolás),
18.1.3. atomkárokkal (nukleáris hasadás, nukleáris reakció, fúzió, radioaktív-, ionizáló- illetve lézersugárzás valamint ezek szennyezése, kivéve az orvosilag előírt terápiás célú sugárkezelést),
18.1.4. fegyver, robbanószer, vegyi vagy gyúlékony anyagok használatával, kivéve a fegyveres és rendvédelmi szerveknél valamint a terrorelhárításnál szolgálatot teljesítők esetében
18.1.5. hivatásosan űzött, kockázatosnak minősülő tevékenységekkel, különösen a bűvárkodás, barlangászat, hegymászás, egyéni hajózás, vitorlázás, vadvízi evezés, tengeri horgászat.
- 18.2. A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a Biztosított balesete vagy betegsége
- 18.2.1. gépi erővel hajtott szárazföldi, légi vagy vízi járműben hazai vagy nemzetközi sportversenyen való részvétel következtében, vagy ilyen versenyekre való felkészülés során következik be, vagy
18.2.2. nem a szervezett légi forgalom keretében végrehatott légi úton való részvétel, hanem egyéb (akár motoros, akár motor nélküli) repülés vagy repülősportolás következménye, vagy
18.2.3. hivatásos sportolóként végzett, a saját megélhetését biztosító sporttevékenysége során következett be.
- 18.3. A Biztosító kockázatviselése 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.
- 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 gépjárművezetés közben a 0 ezreléket meghaladó, egyéb jármű vezetése esetén a 2,5 ezreléket meghaladó, véralkohol-koncentráció.

- 18.5. **A Biztosítottnak a belépési nyilatkozatban adott szándékosan valótlan válaszai esetén a Biztosító megtagadhatja a szolgáltatást.**
- 18.6. **A Biztosító nem viselik a kockázatot, ha a Biztosított a Biztosító kockázatviselésének kezdetekor öregségi nyugdíjas, valamint, ha rokkantsági- vagy rehabilitációs ellátásban részesül.**
- 18.7. **A Biztosító nem viselik a kockázatot, ha a biztosítási esemény összefüggésben áll a biztosított nem orvosi javallatra vagy nem az előírt adagolásban történő gyógyszer szedésével.**
- 18.8. **A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a biztosítási esemény összefüggésben áll a Biztosított súlyosan ittas állapotával, bódító, kábító vagy hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztásával.**
- 18.9. **A kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett baleset vagy betegség miatt bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrészek és szervek illetve e sérülések későbbi következményei a biztosításból ki vannak zárva.**
- 18.10. **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.**
- 18.11. **A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az olyan szubjektív panaszokra épülő betegségekre, amelyek objektív orvosi módszerekkel nem igazolhatók (például migrén, vagy a gerinc egyes degeneratív betegségei (polidiszkopátia) és azok közvetett vagy közvetlen következményei, stb.).**

19. § Egyéb tudnivalók

Elévülés

19.1. **A biztosításból eredő igények a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 2 év elteltével elévülnek.**

Panaszbejelentés

19.2. **A Biztosított, valamint aki a Csoportos Biztosítási szerződéshez történő csatlakozás iránt nyilatkozatot tett, továbbá a Biztosító szolgáltatására jogosult más személy (a jelen és 19.4 pontban a továbbiakban együttesen ügyfél) a Biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszt**

- szóban:
 - személyesen: 1134 Budapest, Váci út 33. alatt található Ügyfélszolgálati Irodában
 - telefonon :+36 1 484 4343
 - írásban:
 - személyesen vagy más által átadott irat útján: 1134 Budapest, Váci út 33. alatt található Ügyfélszolgálati Irodában
 - postai úton: UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (1461 Budapest, Pf. 131.)
 - telefaxon: +36 1 486 4390
 - elektronikus levélben: ugyfelszolgalat@unionbiztosito.hu
- elérhetőségeken jelenthet be.

Felügyeleti szerv

19.3. **A Biztosító felügyeleti szerve:**
Magyar Nemzeti Bank
(1054 Budapest, Szabadság tér 9; telefonszáma: (+36-80) 203-776)

Jogok érvényesítésének egyéb fórumai

- 19.4. **Amennyiben fogyasztónak minősülő ügyfél¹ a Biztosítóhoz benyújtott panaszára adott válasszal nem ért egyet, úgy**
- 19.4.1. **a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény (MNB tv.) szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértésének kivizsgálására irányuló panasz esetén a Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központjához fordulhat (ügyfélszolgálati cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39, levelezési címe: Magyar Nemzeti Bank, 1534 Budapest BKKP Postafiók: 777; ingyenesen hívható zöld szám: (+36-80) 203-776; web: www.mnb.hu/fogyasztovedelem; e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu)**
- 19.4.2. **a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos panasz esetén a Pénzügyi Békéltető Testület előtt kezdeményezhet eljárást (levelezési cím általános ügyekben: H-1525 Budapest Pf. 172; Telefon: (+36-80) 203-776; E-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu) vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.**
- 19.5. **A fogyasztónak nem minősülő ügyfél a panasz Biztosító általi elutasítása esetén, illetve ha az ügyfél a Biztosító válaszával nem ért egyet, panaszával a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.**

A szerződésre vonatkozó jog

19.6. **A Csoportos Biztosítási Szerződésre a magyar jog alkalmazandó, a szerződésből származó jogok gyakorlása és kötelezettségek teljesítése, valamint igények érvényesítése során a magyar anyagi és eljárásjog szabályai szerint kell eljárni. A szerződés nyelve magyar, bármely más, annak akár hivatalos fordítása is, kizárólag tájékoztatónak minősül.**

A Biztosító főbb adatai

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
Székhely: 1082 Budapest, Baross u. 1.
Levelezési cím: 1461 Budapest, Pf. 131.
Ügyfélszolgálat: 1134 Budapest, Váci út 33.
Telefonszám: +36 1 484 4343
Cégjegyzékszám: 01-10-041566
Székhely állama: Magyarország
Adatkezelési nyilvántartási szám: NAIH-57651/2012.

¹ Fogyasztó az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személy.

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

19.7. A biztosítási titokra, illetve a személyes adatok kezelésére vonatkozó mindenkor hatályos törvényi szabályozásnak megfelelő eljárást, illetve szabályozást a Biztosító hatályos "Adatvédelmi tájékoztatója" tartalmazza. A Biztosítónak bármikor jogában áll az "Adatvédelmi tájékoztató" egyoldalú és a Szerződő értesítése nélküli módosítása, amennyiben a tartalmát meghatározó hatályos jogi szabályozás megváltozik. A hatályos "Adatvédelmi tájékoztató" jelen feltételek, és így a biztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezi.

A fizetőképességgel és a pénzügyi helyzettel kapcsolatos jelentés közzététele

19.8. A biztosító a fizetőképességéről és a pénzügyi helyzetéről készült jelentést 2017. évtől a törvényi rendelkezésnek megfelelő módon és időben honlapján ([www. unionbizosito.hu](http://www.unionbizosito.hu)) teszi közzé.

ADATVÉDELMI TÁJÉKOZTATÓ

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

A Biztosító, biztosításközvetítő és viszontbiztosító adatkezelésének jogalapját a biztosítási tevékenységről szóló Bit. és az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (a továbbiakban Info tv.) teremti meg.

Személyes adat kizárólag meghatározott célból, jog gyakorlása és kötelezettség teljesítése érdekében kezelhető. Az adatkezelésnek minden szakaszában meg kell felelnie az adatkezelés céljának, az adatok felvételének és kezelésének tisztességesnek és törvényesnek kell lennie.

Csak olyan személyes adat kezelhető, amely az adatkezelés céljának megvalósulásához elengedhetetlen, a cél elérésére alkalmas. A személyes adat csak a cél megvalósulásához szükséges mértékben és ideig kezelhető.

A jelen Biztosítási Feltételek alapján létrejött biztosítási jogviszonnyal kapcsolatos személyes adatok tekintetében a Biztosító minősül adatkezelőnek.

A biztosítási titok, üzleti titok

1. A Biztosító köteles a mindenkor hatályos biztosítási törvényben meghatározott biztosítási és üzleti titokra vonatkozó szabályokat maradéktalanul betartani.
2. A Biztosító a feladatai ellátásához az ügyfelei azon biztosítási titkait, személyes adatait 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 számára szerződéses ajánlatot tett és a biztosító szolgáltatására jogosult más személy.

Fentiekől eltérő célból végzett adatkezelést a Biztosító, a biztosításközvetítő csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás az érintett akaratának önkéntes és határozott kinyilvánítása. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny. Az Info tv-ben és a Bit-ben meghatározott esetben az adatkezelés a hozzájárulás hiányában is megvalósulhat.

3. Biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó -, a Biztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a Biztosító, a biztosításközvetítő egyes ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a Biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

A Biztosító, a biztosításközvetítő és a viszontbiztosító a Biztosított által bármilyen formában megadott személyes adatot – értve ezalatt az egészségi állapotra vonatkozó személyes adatot is – biztosítási titokként kezeli és dolgozza fel.

Személyes adat az érintettel kapcsolatba hozható adat - különösen az érintett neve, azonosító jele, valamint egy vagy több fizikai, fiziológiai, mentális, gazdasági, kulturális vagy szociális azonosságára jellemző ismeret -, valamint az adatból levonható, az érintettre vonatkozó következtetés. A személyes adat biztosítási titoknak minősül. Amennyiben a személyes adat az ügyfél egészségi állapotára, kóros szenvedélyére vonatkozik, úgy az Info tv. szerint az különleges adatnak minősül. Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvényben (a továbbiakban: Eüak.) meghatározott egészségügyi adatokat a biztosító a 2. pontban meghatározott célokból, az Eüak. rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

4. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha a törvény másként nem rendelkezik - titoktartási kötelezettség terheli a Biztosító, a biztosításközvetítő tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.
5. Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha:
 - a) a Biztosító, a biztosításközvetítő ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
 - b) a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (Bit.) alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.
6. A Bit. 138.§-ában meghatározott esetekben a titoktartási kötelezettség nem áll fenn:
 - a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
 - b) a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel,

- c) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási határozatok bírósági felülvizsgálata során eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a természetes személyek adósságrendezi eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csódvédelmi Szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
- e) az adóhatósággal,
- f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g) a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel,
- j) törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- k) a viszontbiztosítóval, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében - az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint - az átvevő biztosítóval,
- m) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,
- n) fióktelep esetében - 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,
- o) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,
- p) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal,

szemben, ha az a)-j) 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 az o) – p) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

Az e) pontja alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a Biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.

- 7. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a hitelintézetekről és pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. tv.-ben 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 és jogalapját.
- 8. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, 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.
- 9. A továbbított személyes adatokat az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatok vagy az adatvédelmi törvény szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén 20 év elteltével a Biztosító köteles törölni.
- 10. A Biztosító az ügyfelet nem tájékoztathatja a nyomozó hatóság és ügyészség, a nemzetbiztonsági szolgálat, valamint a külön törvényben meghatározott feltételek esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szerv részére történő adattovábbításról.
- 11. Nem lehet biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó – az Info tv.-ben meghatározott – adatszolgáltatási kötelezettség esetén. A Biztosító a továbbított adatokról nyilvántartást vezet. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét:
 - a) olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
 - b) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása.
- 12. 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.
 - A Biztosító által a harmadik országbeli Biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben:
 - a) ha a Biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
 - b) ha - az adatalany hozzájárulásának hiányában - az adattovábbításnak törvényben meghatározott adatköre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban a személyes adatok védelmének megfelelő szintje az

információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény 8. § (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.

A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

13. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha:
 - a) a magyar bűnüldöző szerv - nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából - írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a Biztosítótól.
 - b) a pénzügyi információs egységként működő hatóság 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 a Biztosítótól.
14. A Biztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az ügyészség, továbbá az ügyész jóváhagyásával a nyomozó hatóság írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet:
 - a) 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 bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
 - b) a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, káros 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 bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.
15. 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.
16. Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során az összevont alapú felügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.
17. A Biztosító a 2014. évi LXXXVIII. törvény (Bit.) 149. § (1) §-ában foglalt felhatalmazás alapján az általa szervezett veszélyközösség érdekeinek megóvása végett – a jogszabályokban foglalt vagy szerződésben vállalt kötelezettségeinek teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződéseknak megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz az e biztosító általa kezelt élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződésekben rögzített adatok részére történő kiadása érdekében. A Biztosító ezen adatokat a Bit.-ben meghatározott időtartamon át kezelheti.

A szerződő/biztosított/kedvezményezett a Biztosító által megkeresés útján átvett és kezelt Bit. szerinti adatokról tájékoztatást kérhet.
18. Adatfeldolgozási tevékenységet kizárólag erre irányuló megbízási szerződés alapján, kiszervezett tevékenység keretében jogosultak harmadik személyek végezni. Az ügyfél adatait kizárólag a Biztosító erre feljogosított munkatársai, megbízott biztosításközvetítői, illetve a Biztosító részére külön szerződés keretében adatfeldolgozási- vagy kiszervezett tevékenységet végző személyek, szervezetek ismerhetik meg, a Biztosító által meghatározott terjedelemben és a tevékenységük végzéséhez szükséges mértékben.
19. Biztosító kötelezettséget vállal arra, hogy megfelelő technikai adatvédelemmel, nyilvántartással rendelkezik, amely megvalósítja a biztosítási titok védelmét.

A személyes adatok kezelése

20. A biztosítási ajánlat, csatlakozási nyilatkozat - szükség esetén külön nyilatkozat – aláírásával, megtételével a szerződő és a biztosított megadja a személyes és különleges adatai kezelésére, valamint az esetleges közös ügyfélkiszolgálás, valamint elszámolás céljából a szerződéses kötelezettségek és jogosultságok igazolására a befolyásoló részesedéssel rendelkező tulajdonosa, a VIENNA INSURANCE GROUP AG Wiener Versicherung Gruppe, annak cégcsoportjába tartozó csoporttagok, az ERSTE Bank Csoport tagjai részére – adott esetben külföldi adatkezelő számára is – történő átadására vonatkozó írásbeli hozzájárulását.
21. Az ügyfél kérésére a Biztosító köteles az általa vezetett nyilvántartásokban tárolt saját adatairól tájékoztatást adni és az ügyfél által kezdeményezett változásokat adatbázisán átvezetni.
22. Amennyiben a biztosítási szerződés feltétele a leendő ügyfél orvosi vizsgálata, akkor az ügyfél az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál ismerheti meg.
23. Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.
24. A Biztosító a személyes – és azon belül a különleges – adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonyban igény érvényesíthető. A Biztosító a létre nem jött biztosítási szerződésekkel kapcsolatban is csak addig kezelheti a tudomására jutott adatokat, amíg a szerződés létrejöttének megíúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

Telefonon történő panaszkezelés esetén a szolgáltató és az ügyfél közötti telefonos kommunikációt a szolgáltató hangfelvétellel rögzíti, és a hangfelvételt öt évig megőrzi.

A Biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeivel, volt ügyfeivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

25. Az érintett bármikor tájékoztatását kérhet személyes adatai kezeléséről, kérheti a személyes adatainak helyesbítését, valamint személyes adatainak - a kötelező adatkezelés kivételével - törlését vagy zárolását.

Az érintett kérelmére a Biztosító 25 napon belül tájékoztatást ad az érintett általa kezelt, illetve az általa vagy rendelkezése szerint megbízott adatfeldolgozó által feldolgozott adatairól, azok forrásáról, az adatkezelés céljáról, jogalapjáról, időtartamáról, az adatfeldolgozó nevéről, címéről és az adatkezeléssel összefüggő tevékenységéről, az adatvédelmi incidens körülményeiről, hatásairól és az elhárítására megtett intézkedésekről, továbbá - az érintett személyes adatainak továbbítása esetén - az adattovábbítás jogalapjáról és címzettjéről.

Adatok helyesbítése illetve törlése esetén a Biztosító értesíti az érintettet, továbbá mindazokat, akik részére az adatokat korábban adatkezelés / adatfeldolgozás céljából továbbították.

26. Az Infotv. értelmében a jogszabályban meghatározott esetekben az érintett tiltakozhat személyes adatainak kezelése ellen, különösen
- ha a személyes adatok vagy továbbítása kizárólag az adatkezelőre vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez vagy az adatkezelő, adatátvevő vagy harmadik személy jogos érdekének érvényesítéséhez szükséges, kivéve kötelező adatkezelés esetén;
 - ha a személyes adat felhasználása vagy továbbítása közvetlen üzletszerzés, közvélemény-kutatás vagy tudományos kutatás céljára történik.
27. A Biztosító a tiltakozást a kérelem benyújtásától számított legrövidebb időn belül, de legfeljebb 15 napon belül megvizsgálja, annak megalapozottsága kérdésében döntést hoz, és döntéséről a kérelmezőt írásban tájékoztatja.
28. Az érintett a jelen fejezetben meghatározottak vonatkozásában a Biztosítóhoz fordulhat az alábbi elérhetőségeken:

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

Székhely: 1082 Budapest, Baross u. 1.
Levelezési cím: 1461 Budapest, Pf. 131.
Cégjegyzékszám: 01-10-041566
Székhely állama: Magyarország
Adatkezelési nyilvántartási szám: NAIH-57651/2012.

29. Az érintett a jogainak megsértése esetén az adatkezelővel szemben bírósághoz fordulhat vagy a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál bejelentéssel vizsgálatot kezdeményezhet arra hivatkozással, hogy személyes adatok kezelésével, illetve a közérdekű adatok vagy a közérdekből nyilvános adatok megismeréséhez fűződő jogok gyakorlásával kapcsolatban jogsérelem következett be, vagy annak közvetlen veszélye fennáll.

A Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság elérhetősége:

cím: 1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/c.;
posta cím: 1530 Budapest, Pf.: 5.;
honlap: www.naih.hu
Telefon: +36 (1) 391-1400
E-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu

**Különös Biztosítási Feltételek
Keresőképtelenségi kockázat**

1. § A biztosítási esemény

- 1.1. A Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, betegségből eredő, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett, 60 napot meghaladó folyamatos betegállománya (továbbiakban: keresőképtelenség). A biztosítási esemény bekövetkezésének napja a Biztosított keresőképtelenségének 61. napja.

2. § A biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosítási esemény bekövetkezését követően a Biztosító megtéríti a Bank, mint Kedvezményezett részére az 5.2 pont szerinti fennálló teljes tartozás összegét, ha a Biztosított a szolgáltatásra való jogosultságát a 3.2 pont szerint igazolta.
- 2.2. Amennyiben a hitelkártya számlán a biztosítási szolgáltatás teljesítéséből eredő esetleges túlfizetés mutatkozik, a hitelkeret feletti összeggel a Bank a Hitelkártya szerződés feltételeiben írtak szerint a Biztosítottal elszámol.

A Biztosító szolgáltatási kötelezettségének felső határa

- 2.3. Ha a Biztosító biztosítási szolgáltatásként kifizette az 5.2 pont szerinti fennálló teljes tartozás összegét, akkor a Biztosított keresőképtelenség jogcímén csak abban az esetben válik jogosulttá újabb biztosítási szolgáltatásra, ha (1) újabb biztosítási esemény következett be és (2) a korábbi biztosítási esemény alapján járó, az 5.2 pont szerinti fennálló teljes tartozás kifizetése óta legalább hat hónap – díjjal fedezett – időszak eltelt.
- 2.4. A biztosítás tartama alatt a Biztosító keresőképtelenség jogcímén összesen legfeljebb 2 alkalommal vállalja az 5.2 pont szerinti fennálló teljes tartozás kifizetését, ezt követően a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége a keresőképtelenségi kockázatra vonatkozóan megszűnik.

3. § A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 3.1. A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához - az általános feltételekben foglaltakon túl - a következő dokumentumokat kéri:
- 3.1.1. az „Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről” elnevezésű nyomtatvány másolatát

- 3.1.2. a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által kiállított olyan igazolás vagy egyéb dokumentum másolatát, amely tartalmazza a keresőképtelen állapotban tartás alapjául szolgáló betegség(ek) vagy állapot(ok) megnevezését és/vagy BNO kódját,
- 3.1.3. az „Orvosi igazolás a folyamatos keresőképtelenségről” elnevezésű nyomtatvány másolatát.
- 3.2. A szolgáltatást a Biztosító akkor teljesíti, ha a Biztosított igazolta, hogy több mint 60 napja folyamatosan keresőképtelen állományban van. A teljesítéshez a 3.1.3. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a keresőképtelenség kezdetétől számított 61. napon vagy azt követően állítottak ki.

4. § Kizárások

- 4.1. **A Biztosító kockázatviselése - az általános biztosítási feltételekben foglaltakon túl - nem terjed ki:**
- 4.1.1. **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. **rehabilitációval, utógondozással kapcsolatos keresőképtelenségre,**
- 4.1.4. **gyógytornával, fizio- és fizioterápiával, masszázssal, fürdőkúrával, fogyókúrával kapcsolatos keresőképtelenségre,**
- 4.1.5. **orvosilag nem indokolt, a Biztosított által kezdeményezett beavatkozásokkal, (például kozmetikai, plasztikai beavatkozások) kapcsolatos keresőképtelenségre,**
- 4.1.6. **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),**
- 4.1.7. **arra a keresőképtelenségre, amely a kockázatviselés kezdetekor már fennállt,**
- 4.1.8. **a hitelkártya szerződés felmondása után bekövetkező keresőképtelenségre.**

5. § Fogalom meghatározások

- 5.1. Jelen feltételek szempontjából **balesetnek** minősül az a biztosított akaratától függetlenül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amely a kockázatviselés tartama alatt, de legkésőbb a balesetet követő egy éven belül a biztosított időleges keresőképtelenségét idézi elő.
- 5.2. **Fennálló teljes tartozás:** a keresőképtelenség első napját megelőző havi fordulónapon a fedezet alá vont hitelkártya számlán fennálló teljes tartozás.
- 5.3. Jelen feltétel szempontjából **kórháznak** minősül a magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.
- 5.4. Jelen feltétel szempontjából **keresőképtelen (i)** aki balesete vagy betegsége miatt munkáját nem tudja ellátni; **(ii)** aki fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásban betegségének megállapítása vagy gyógykezelése miatt részesül; **(iii)** akit közegészségügyi okokból foglalkozásától eltiltanak és más beosztást nem kap; **(iv)** akit közegészségügyi okokból hatóságilag elkönyvelnek; **(v)** aki járványügyi, illetőleg állat-egészségügyi zárlat miatt munkahelyén megjelenni nem tud és más munkahelyen (munkakörben) átmenetileg sem foglalkoztatható; és a felsorolt esetek miatt a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által igazoltan, saját jogon keresőképtelen állományban van.

Különös Biztosítási Feltételek Munkanélküliségi kockázat

1. § A biztosítási esemény

- 1.1. A Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselésének tartama alatt bekövetkezett, 60 egymást követő napot meghaladó regisztrált álláskeresőként történő nyilvántartása. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a Biztosított álláskeresőként történő nyilvántartásának 61. napja.
- 1.2. E különös biztosítási feltételek szerint kizárólag a biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt - a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül - bekövetkezett véletlen és önhibáján kívüli munkanélkülivé válása minősül biztosítási eseménynek.

2. § A biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosítási esemény bekövetkezését követően a Biztosító megtéríti a Bank, mint Kedvezményezett részére a 6.2 pont szerinti fennálló teljes tartozás összegét, ha a Biztosított a szolgáltatásra való jogosultságát a 4.2 pont szerint igazolta.
- 2.2. Amennyiben a hitelkártya számlán a biztosítási szolgáltatás teljesítéséből eredő esetleges túlfizetés mutatkozik, a hitelkeret feletti összeggel a Bank a Hitelkártya szerződés feltételeiben írtak szerint a Biztosítottal elszámol.

A Biztosító szolgáltatási kötelezettségének felső határa

- 2.3. Ha a Biztosító biztosítási szolgáltatásként kifizette a 6.2 pont szerinti fennálló teljes tartozás összegét, akkor a Biztosított munkanélküliség jogcímén csak abban az esetben válik jogosulttá újabb biztosítási szolgáltatásra, ha (1) a Biztosított munkaviszonyt létesített és azt követően újabb biztosítási esemény következett be és (2) a korábbi biztosítási esemény alapján járó, a 6.2 pont szerinti fennálló teljes tartozás kifizetése óta legalább hat hónap – díjjal fedezett – időszak eltelt.
- 2.4. A biztosítás tartama alatt a Biztosító munkanélküliség jogcímén összesen legfeljebb 2 alkalommal vállalja a 6.2. pont szerinti fennálló teljes tartozás kifizetését, ezt követően a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége a munkanélküliségi kockázatra vonatkozóan megszűnik.

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 biztosított munkaviszonya a várakozási idő alatt szűnt meg, a Biztosító az emiatt bekövetkezett munkanélküliség esetében sem a várakozási idő alatt, sem annak lejártát követően nem nyújt biztosítási szolgáltatást.**

4. § A Biztosító teljesítése, teljesítéshez szükséges iratok

- 4.1. A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához - az általános feltételekben foglaltakon túl - a következő dokumentumokat kéri, illetve kérheti:
 - 4.1.1. a munkáltató által kitöltött „Igazolólap a munkanélküli járadék megállapításához” elnevezésű nyomtatvány másolatát,
 - 4.1.2. az Országos Egészségbiztosítási Pénztár – a biztosítási jogviszonyról és egészségbiztosítási ellátásokról szóló - igazolványának másolatát,
 - 4.1.3. a munkáltató által kitöltött igazolás másolatát a munkaviszony megszűnéséről,
 - 4.1.4. a 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 az adott hónapra vonatkozóan mely időponttól, mely időpontig regisztrált munkanélküli, valamint
 - 4.1.7. a munkanélküli járadék iránti kérelem, vagy - ha van - annak megállapító esetleg elutasító határozatának másolatát, esetleg a megállapított járadék vagy segély havi összegéről szóló szelvény fénymásolatát.
- 4.2. A szolgáltatást a Biztosító akkor teljesíti, ha a Biztosított a munkaügyi központ vagy kirendeltség által kiállított igazolással igazolta, hogy több mint 60 napja folyamatosan nyilvántartott álláskereső. A teljesítéshez a 4.1.6 pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet az álláskeresőként való nyilvántartás kezdetétől számított 61. napon vagy azt követően állítottak ki.

5. § Kizárások

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

6. § Fogalom meghatározások

- 6.1. **Álláskereső** (munkanélküli): az, aki (i) nincs munkajogviszonyban, (ii) nem végez önálló jövedelemszerző tevékenységet és (iii) a munkaügyi központ/kirendeltség álláskeresőként tartja számon.
- 6.2. **Fennálló teljes tartozás:** a munkaviszonyt megszüntető írásbeli jognyilatkozat (felmondás vagy közös megegyezés) napját megelőző havi fordulónapon a fedezet alá vont hitelkártya számlán fennálló teljes tartozás
- 6.3. **Munkaviszony:** legalább heti 30 órás, határozatlan időtartamú (i) a Munka Törvénykönyvéről szóló 2012. évi I. tv. hatálya alá tartozó munkaviszony, továbbá a magyar jog hatálya alá tartozó (ii) közszolgálati jogviszony, (iii) közalkalmazotti jogviszony, (iv) bírósági és igazságügyi- illetve ügyészségi szolgálati viszony, (v) fegyveres és rendvédelmi szervek hivatásos és szerződéses állományú tagjainak szolgálati viszonya.

1.sz. Melléklet

ERSTE Hitelkártya Törlesztési Védelem Biztosítás

Biztosítási csomagok, a biztosítással fedezett kockázatok, fedezetet nyújtó biztosító(k), a biztosítás díja

	'A'- biztosítási csomag esetén	'B'- biztosítási csomag esetén
Biztosított kockázatok	<ul style="list-style-type: none"> • Bármely okú halál • Bármely okú, 70%-ot meghaladó mértékű végleges egészségkárosodás • Balesetből vagy betegségből eredő, 60 napot meghaladó keresőképtelenség (táppénz) • 60 napot meghaladó munkanélküliség 	<ul style="list-style-type: none"> • Bármely okú halál • Balesetből eredő, 50%-ot meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodás • Balesetből eredő kórházi ápolás
Szolgáltató Biztosító	<p>ERSTE Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. által nyújtott fedezetek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bármely okú halál • Bármely okú, 70%-ot meghaladó mértékű végleges egészségkárosodás <p>UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. által nyújtott fedezetek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Balesetből vagy betegségből eredő, 60 napot meghaladó keresőképtelenség (táppénz) • 60 napot meghaladó munkanélküliség 	<p>ERSTE Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. által nyújtott fedezetek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bármely okú halál • Balesetből eredő, 50%-ot meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodás • Balesetből eredő kórházi ápolás
Biztosítási díj	<p>Az Erste Hitelkártya Csoportos Törlesztési Védelmi Biztosítás csomagban vehető igénybe az Erste Bank Hungary Zrt., mint biztosításközvetítő közreműködésével. Mind az „A”, mind a „B” csomag havi díja a fordulónapon a hitelkártya számlán fennálló teljes tartozás 1%-a.</p>	

**Az ERSTE Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
Hitelkártya szerződésekhöz kapcsolódó Csoportos Hitelfedezeti Biztosításának Szerződési Feltételei
az ERSTE Bank Hungary Zrt. által kötött hitelkártya szerződésekhöz
(SV/00/2013/01)**

Jelen feltételek - ellenkező szerződéses kikötések hiányában – az ERSTE Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) és az ERSTE Bank Hungary Zrt. (a továbbiakban: Bank) között létrejött, a Bank által kötött hitelkártya szerződésekhöz kapcsolódó csoportos biztosítási szerződésre (a továbbiakban: csoportos biztosítás vagy csoportos biztosítási szerződés) érvényesek, feltéve, hogy a csoportos biztosítási szerződést a jelen feltételekre hivatkozva kötötték.

1. § Fogalommeghatározások

- 1.1. **Szerződő:** az ERSTE Bank Hungary Zrt., amely a Biztosítóval a csoportos biztosítási szerződést megkötí és az azzal kapcsolatos jognyilatkozatokat teszi, valamint a csoportos biztosítás díját a Biztosítóknak megfizeti.
- 1.2. **Biztosított:** a Bankkal hitelkártya elszámolási számla tulajdonosként (főkártyabirtokos) Hitelkártya szerződéses jogviszonyban álló természetes személy (a továbbiakban: Főkártya-birtokos), aki (i) megfelel a Biztosítottakkal szemben támasztott követelményeknek (ld. 6.§) és (ii) az általa tett csatlakozási nyilatkozat (4. §) megtételével Biztosítottként csatlakozik a csoportos biztosítási szerződéshez, és (iii) akire a csatlakozás folytán a Biztosító kockázatot vállal.
- 1.3. **Biztosító:** az ERSTE Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli, és a feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.
- 1.4. **Kedvezményezett:** a csoportos biztosítási szerződésben megjelölt azon személy, amely a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szolgáltatásra jogosult. A csoportos biztosítási szerződés kedvezményezettje a Biztosítottnak a csoportos biztosításhoz történő csatlakozásakor tett csatlakozási nyilatkozaton adott hozzájárulása alapján a Szerződő, azaz a ERSTE Bank Hungary Zrt.
- 1.5. **Elszámolási időszak:** a Bank mindenkor hatályos Lakossági Hitelkártya általános szerződési feltételeiben meghatározott időszak.
- 1.6. **Fordulónap:** a Bank mindenkor hatályos Lakossági Hitelkártya általános szerződési feltételeiben meghatározott időpont.
- 1.7. **Hitelkártya szerződés:** a Bank és a Biztosított között a Hitelkártya szolgáltatás nyújtására létrejött szolgáltatási szerződés.
- 1.8. **Minimum fizetendő összeg:** a Bank mindenkor hatályos Lakossági Hitelkártya általános szerződési feltételeiben meghatározott összeg.
- 1.9. **Türelmi időszak:** a Bank mindenkor hatályos Lakossági Hitelkártya általános szerződési feltételeiben meghatározott időszak.
- 1.10. **Orvosszakértői intézet:** a mindenkor hatályos magyar jogszabályokban meghatározott azon szerv, amely a egészségkárosodás mértékét megállapító határozat meghozatalára jogosult.

2. § A hitelkártya szerződésekhöz kapcsolódó csoportos hitelfedezeti biztosítási szerződés létrejötte, tartama

A csoportos biztosítási szerződés a Szerződő és a Biztosító között írásban jött létre. Az első biztosítási tartam 2013. október 1-jétől 2014. december 31-ig tart. A továbbiakban a biztosítási tartam egy naptári év, amely évente további egy évvel automatikusan meghosszabbodik, ha a Bank/Szerződő vagy a Biztosító ezzel ellentétes irányú szándékát a biztosítási tartam lejárta előtt legalább 60 nappal írásban nem közli a másik féllel.

3. § A biztosítási esemény

- 3.1. **A hitelkártya szerződésekhöz kapcsolódó csoportos hitelfedezeti biztosítási szerződés alapján** – a Biztosítottra vonatkozó biztosítási csomagtól függően - az alább felsoroltak minősülnek biztosítási eseménynek:
 - 3.1.1. **'A' biztosítási csomag választása esetén:**
 - a) a Biztosított bármely okú halála,
 - b) a Biztosított orvosszakértői intézet által megállapított, bármely okból eredő, 70%-ot meghaladó mértékű végleges egészségkárosodása. A biztosítási esemény időpontja, az egészségkárosodást megállapító határozat kiállításának dátuma.
 - 3.1.2. **'B' - csomag választása esetén**
 - a) a Biztosított bármely okú halála,
 - b) a Biztosított balesetből eredő, 50%-ot meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodása, amennyiben az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesetnek a baleset bekövetkezéséhez képest előzmény nélküli következményei miatt kerül megállapításra. A biztosítási esemény időpontja, a baleset bekövetkezésének napja.
 - c) Az egészségi állapot százalékos mértékét és a szolgáltatásra való jogosultságot a Biztosító orvosa állapítja meg, a megállapítást más szervezet nem befolyásolja. A megállapítás a végtagok, szervek elvesztése esetén azonnal az alábbi tábla alapján történik, egyéb esetben pedig az esemény bekövetkeztétől számított 2 éven belül:

TESTRÉSZEK MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁSÁNAK TÁBLAJA	
Testrészek	Egészségkárosodás mértéke (%)
mindkét szem látásának elvesztése	100
mindkét kar vagy kéz elvesztése	100
mindkét láb elvesztése combtól	100
mindkét lábszár elvesztése, protézisre alkalmatlan	100
mindkét lábszár elvesztése, jó térdfunkcióval	80
egy oldali comb elvesztése	80
egy oldali felkar elvesztése	80
egy oldali alkar elvesztése	70
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	70
egy oldali lábszár elvesztése	70
egy oldali kézfej elvesztése csuklóból	70
egy oldali lábfej elvesztése a boka csatlakozásánál vagy felette	40
egy szem látásának teljes elvesztése	35
egy fül hallóképességének teljes elvesztése	25
jobb hüvelykujj teljes elvesztése	30
bal hüvelykujj teljes elvesztése	25
mutatóujj teljes elvesztése	20
nagylábujj teljes elvesztése	10
egyéb kézujj teljes elvesztése	10
egyéb lábujj teljes elvesztése	3

Igazolt vagy előre jelzett balkezesség esetén a kézre és a kezujjakra vonatkozó százalékok fordítva értendők.

- d) a Biztosított balesetből eredő kórházi ápolása, amennyiben, az orvosi szempontból szükséges volt és a fekvőbetegként történő magyarországi kórházi ápolás legalább 5 napos tartamot elér. A biztosítási esemény időpontja a baleset bekövetkezésének napja.
- 3.2. Jelen feltételek alkalmazásában **balesetnek** minősül a Biztosított akaratától független, hirtelen fellépő olyan külső hatás, amely a Biztosított csonttörését, csontrepedését, vagy egy éven belül a Biztosított halálát, rokkantságát okozza, kórházi ápolását vagy a Biztosítotton végrehajtott műtéti beavatkozást tesz szükségessé. Nem minősül balesetnek a megemelés, a rándulás, a habituális ficam, a patológiás törés, a foglalkozási betegség (ártalom), a fertőzés, a rovarcsípés, a fagyás, a napszúrás, a nap általi égés, a hóguta és az orvosi műhiba. Az öngyilkosság és az öncsonkítás vagy azok kísérlete akkor sem minősülnek baleseti eseménynek, ha azt a Biztosított beszámíthatatlan, tudatzavart állapotban követte el.
- 3.3. **Kórháznak** csak az a Magyarországon működő, az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat által elismert, engedélyezett egészségügyi gyógyintézet minősül, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll, és érvényes felelősségbiztosítási szerződéssel rendelkezik. Jelen biztosítás szempontjából nem minősülnek gyógyintézetnek a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei, geriatríai intézetek, szociális otthonok, illetve kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai. Külföldi gyógyintézetben történő kórházi ápolásokra jelen biztosítás nem terjed ki.

4. § A Biztosított csatlakozása a csoportos hitelfedezeti biztosítási szerződéshez

- 4.1. A csoportos hitelfedezeti biztosítási szerződés egyidejűleg több Biztosítottra vonatkozik, melyhez a Biztosítottak csatlakozási nyilatkozat megtételével egyénileg csatlakoznak.
- 4.2. A csoportos biztosítási szerződéshez Biztosítottként csatlakozhatnak mindazon Főkértve-birtokosok, akik megfelelnek jelen feltételek 6.§ pontjában leírtaknak. A csatlakozási nyilatkozat megtehető mind a Hitelkártya szerződés megkötésekor, mind a már fennálló Hitelkártya szerződés tartama alatt. Írásbeli csatlakozási nyilatkozattal történő csatlakozás esetén a csatlakozási nyilatkozat kizárólag egy erre a célra rendszeresített formanyomtatványon tehető meg.
- 4.3. A Főkértve-birtokos a csoportos biztosítási szerződéshez az alábbiakban felsorolt módok valamelyike útján csatlakozhatnak:
- 4.3.1. a Szerződő által a Biztosított rendelkezésére bocsátott formanyomtatvány (csatlakozási nyilatkozat) aláírásával.
- 4.3.2. a Hitelkártya szerződés aláírását követően a Szerződő részére eljuttatott utólagos írásbeli csatlakozási nyilatkozattal,
- 4.3.3. a Hitelkártya szerződés aláírását követően a Szerződő vagy megbízottja által kezdeményezett telefonos megkeresés során tett – rögzített - szóbeli csatlakozási nyilatkozattal.
- A 4.3.2-4.3.3. pont szerinti utólagos csatlakozás esetén a Szerződő írásbeli visszaigazolást küld a Biztosított részére arról, hogy a Biztosító kockázatviselése a Biztosítottra kiterjed (a továbbiakban: írásbeli visszaigazolás), valamint mellékeli a vonatkozó biztosítási feltételeket is.
- 4.4. A Biztosított a csatlakozási nyilatkozattal:

- 4.4.1. elfogadja a **Hitelkártya szerződésekhez kapcsolódó Csoportos Hitelfedezeti Biztosítási Szerződés** feltételeit és hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosító kockázatviselése rá kiterjedjen, így a **Hitelkártya szerződésekhez kapcsolódó Csoportos Hitelfedezeti Biztosítási Szerződéshez** Biztosítottként csatlakozik,
- 4.4.2. felhatalmazást ad arra, hogy (1) a Szerződő áthárítsa rá a Hitelkártya szerződésekhez kapcsolódó csoportos hitelfedezeti biztosítás havi díjának a Biztosítottra jutó részét, (2) áthárított biztosítási díjat a Szerződő a havonta az aktuális Fordulónapon a Hitelkártya számlán terhelje, és azt a Biztosítónak megfizesse.
- 4.5. A Biztosítónak jogában áll, hogy tetszőleges időponttól kezdve további Biztosítottak csatlakozását felfüggeszse.
- 4.6. Ha a Biztosítottra vonatkozó biztosítás bármely ok miatt megszűnt, a Biztosított később nem csatlakozhat újra a csoportos biztosítási szerződéshez ugyanazon Hitelkártya szerződés vonatkozásában.

5. § A csatlakozási nyilatkozat visszavonása

A Biztosított jogosult a rá vonatkozó biztosítási jogviszonyt a csatlakozási nyilatkozatát visszavonó, a Szerződőhöz intézett írásbeli nyilatkozattal (a továbbiakban: felmondó nyilatkozat) megszüntetni.

- 5.1. Amennyiben a felmondó nyilatkozat a csatlakozási nyilatkozat aláírását – a 4.3.2. és a 4.3.3. pontok szerinti csatlakozás esetén az írásbeli visszaigazolás kézhezvételét – követő 30 napon belül a Szerződőhöz beérkezik, úgy a biztosítási jogviszony a beérkezés napján 24 órákor azonnali hatállyal megszűnik. Ilyen esetben a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időszakra nem áll fenn díjfizetési kötelezettség.
- 5.2. Amennyiben a felmondó nyilatkozat a csatlakozási nyilatkozat aláírását – a 4.3.2-4.3.3. pontok szerinti csatlakozás esetén az írásbeli visszaigazolás kézhezvételét – követő 30 napon túl érkezik be a Szerződőhöz, úgy a biztosítási jogviszony a felmondó nyilatkozat beérkezését követő Fordulónapot megelőző napon 24 órákor szűnik meg.
- 5.3. A felmondó nyilatkozatot a Szerződő alábbi postacímére kell megküldeni: Erste Bank Hungary Zrt. (Telesales), Budapest 1933.

6. § A Biztosítottra vonatkozó előírások

- 6.1. A Biztosított az általa tett csatlakozási nyilatkozat alapján az lehet, aki a csatlakozási nyilatkozat megtételének időpontjában a következő feltételeknek megfelel:
- 6.1.1. életkora 18 és 65 év közötti,
- 6.1.2. nem rokkantnyugdíjas, illetőleg nem részesül rehabilitációs ellátásban
- 6.1.3. a jelen feltételek alapján létrejött biztosítási szerződésnek – ugyanazon Hitelkártya szerződés vonatkozásában – korábban még nem volt Biztosítottja (kivéve a biztosítási csomagváltás esetét – l. 8.3. pont), továbbá
- 6.1.4. **'A' -biztosítási csomag** választása esetén a 6.1.1.-6.1.3. pontokban meghatározottakon felül további feltétel:
- nem öregségi nyugdíjas.

7. § A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

- 7.1. A Szerződő köteles
- 7.1.1. a csoportos biztosítási szerződéssel kapcsolatos megfelelő jognyilatkozatok megtételére.
- 7.1.2. a csoportos biztosítási szerződés díjának megfizetésére, melynek a Biztosítottra jutó arányos részét áthárítja a Biztosítottra.
- 7.2. A Biztosított köteles közlési kötelezettségét teljesíteni, valamint a Biztosító által feltett, a biztosítás szempontjából szükséges kérdéseket a valóságnak megfelelően és teljes körűen megválaszolni. A Biztosított közlési, illetve változásbejelentési kötelezettsége körébe tartozik különösen, hogy az alábbi esetekben tájékoztassa a Szerződőt:
- 7.2.1. öregségi vagy előrehozott öregségi nyugállományba vonulásának időpontjáról,
- 7.3. A Biztosítottat megilleti a csatlakozási nyilatkozat visszavonásának joga (ld 5.1. és 5.2. pont).
- 7.4. A Biztosító a szolgáltatás jogalapjának megállapításához a közölt adatokat ellenőrizheti, az egészségi állapot tekintetében saját orvosa által vizsgálatot kezdeményezhet.
- 7.5. A Biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII.. törvényben (továbbiakban: Bit.) foglaltak szerint titokként kezelni.

8. § A Biztosítottra vonatkozó biztosítási csomag

- 8.1. A csoportos biztosítási szerződés alapján nyújtott biztosítást a Biztosított kizárólag a szerződésben rögzített biztosítási csomag valamelyikének választásával veheti igénybe. Az egyes egyedi kockázatokra vonatkozó fedezetek a Biztosított által szabadon nem kombinálhatóak.
- 8.2. A Biztosítottra az **'A'** - vagy **'B'** -biztosítási csomag vonatkozhat.
- 8.3. Biztosítási csomagváltás kizárólag a korábbi biztosítási csomag szerinti biztosítási jogviszony megszüntetése és a csoportos biztosítási szerződéshez történő újbóli csatlakozás során másik biztosítási csomag választása útján lehetséges.

9. § A Biztosító kockázatviselésének kezdete

- 9.1. A Biztosító kockázatviselésének a kezdete:
- 9.1.1. A csatlakozási nyilatkozat megtételének időpontjában **még nem aktivált hitelkártya esetében:** a hitelkártyával történő első tranzakciót követő Fordulónapon 0 órákor,
- 9.1.2. A csatlakozási nyilatkozat megtételének időpontjában **már aktivált hitelkártya esetében:** a csatlakozási nyilatkozat megtételét követő Fordulónapon 0 órákor.
- 9.2. A Biztosító a nem baleseti okú halál kockázat tekintetében a kockázatviselés kezdetétől 90 napos várakozási időt köt ki. Amennyiben a nem baleseti okú halál esemény a várakozási idő tartama alatt következik be, a Biztosító nem nyújt biztosítási szolgáltatást. A 8.3. pontban rögzített csomagváltás esetén a Biztosító eltekint a várakozási időtől.

10. § A Biztosító kockázatviselésének megszűnése

- 10.1. A Biztosító kockázatviselése minden biztosítási kockázat tekintetében megszűnik abban az időpontban, amelyik az alább felsoroltak közül leghamarabb bekövetkezik:
- 10.1.1. azon a napon 24 órákor, amikor a Biztosított Hitelkártya szerződése bármely okból megszűnik,
 - 10.1.2. annak a naptári évnek az utolsó napján 24 órákor, amikor a Biztosított a 70. életévét betöltötte,
 - 10.1.3. a Biztosított halálának napján,
 - 10.1.4. abban az esetben, ha a Biztosított a rá áthárított biztosítási díjat az esedékességtől (mely azonos az adott havi Minimum fizetendő összeg megfizetésére vonatkozó Türelmi időszak lejártának napjával) számított 90 nap elteltével sem fizette meg a Szerződőnek, a 90. napon 24 órákor,
 - 10.1.5. a Biztosított által tett csatlakozási nyilatkozat visszavonása esetén a 5.1. illetve 5.2. pontban meghatározottak szerint a biztosítási jogviszony megszűnésekor,
 - 10.1.6. a csoportos hitelfedezeti biztosítási szerződés megszűnése esetén a szerződés megszűnése napján 24 órákor.
- 10.2. A Biztosító kockázatviselése megszűnik továbbá:
- 10.2.1. az 'A'-csomagban foglalt kockázatokra (bármely okú halál és bármely okból eredő, 70 %-ot meghaladó mértékű végleges egészségkárosodás) vonatkozóan azon a napon 24 órákor, amikor a Biztosított öregségi vagy előrehozott öregségi nyugállományba vonul,
 - 10.2.2. a bármely okból eredő, 70%-ot meghaladó mértékű végleges egészségkárosodás kockázatra (3.1.1. b./ pont) vonatkozóan a Biztosító teljesítésekor (16.1.3. pont),
 - 10.2.3. a balesetből eredő, 50%-ot meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodás kockázatra (3.1.2. b./ pont) vonatkozóan a Biztosító teljesítésekor (16.1.2. pont),
 - 10.2.4. a balesetből eredő kórházi ápolás kockázatra (3.1.2. c./ pont) vonatkozóan a szerződésre kifizetett harmadik biztosítási szolgáltatással (16.2. pont) egyidejűleg.

11. § A szerződés megszűnése

- 11.1. A csoportos biztosítási szerződés megszűnése a biztosítási tartam végén:
- 11.1.1. A csoportos hitelfedezeti biztosítási szerződést mind a Szerződő, mind a Biztosító jogosultak a folyamatban lévő biztosítási tartam végére a másik félhez intézett írásbeli nyilatkozattal felmondani.
 - 11.1.2. Ha a nyilatkozat a másik félhez a folyó biztosítási tartam végét legalább 60 nappal megelőzően beérkezik, akkor a szerződés a folyamatban lévő biztosítási tartam utolsó napján 24 órákor szűnik meg. Ha a nyilatkozat a másik Félhez a folyó biztosítási tartam végét megelőző 60. napot követően érkezik be, akkor a szerződés csak a soron következő biztosítási tartam utolsó napján 24 órákor szűnik meg.
- 11.2. A csoportos biztosítási szerződés megszűnése rendkívüli felmondás útján:
- 11.2.1. Amennyiben a csoportos hitelfedezeti biztosítási szerződés tartama során a biztosítási díjak módosítása válik szükségessé, és a Biztosító ilyen irányú módosító javaslatát a Szerződő nem fogadja el, a Biztosítót megilleti a rendkívüli felmondás joga
 - 11.2.2. A csoportos hitelfedezeti biztosítási szerződésben foglalt kötelezettségek súlyos és ismételt megszegése esetén a sérelmet szenvedett fél jogosult a szerződést – a másik félhez intézett egyoldalú nyilatkozatával – felmondani.
 - 11.2.3. Rendkívüli felmondás esetén a felmondási idő 60 nap, melyet attól a naptól kell számítani, amikor a másik fél a rendkívüli felmondás jogát gyakorló fél írásbeli rendkívüli felmondását átvette.
- 11.3. A csoportos biztosítási szerződés megszűnése díj-nemfizetéssel:
- 11.3.1. Amennyiben a Szerződő a biztosítás díját az esedékességtől számított 60 napon belül a Biztosítónak nem fizette meg, a csoportos biztosítási szerződés a hátralékos díj esedékességétől számított 60. napon 24 órákor megszűnik.
- 11.4. A Szerződő köteles a Biztosítottakat a csoportos biztosítási szerződés megszűnéséről levélben értesíteni, amennyiben annak feltételei fennállnak a megszűnés időpontját legalább 30 nappal megelőzően, egyéb esetben a megszűnési ok bekövetkezését követően haladéktalanul.

12. § Területi hatály

- 12.1. A biztosítás valamennyi országban bekövetkezett biztosítási eseményre kiterjed, kivéve a baleseti eredetű kórházi ápolás kockázatát, amelynél a területi hatály Magyarország területére korlátozódik.

13. § A biztosítási díj, a díj módosításának lehetősége

- 13.1. **A Hitelkártya szerződésekre kapcsolódó csoportos hitelfedezeti biztosítás** díja a Biztosító kockázatviselésének, illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke, melyet a Szerződő havonta, utólag fizet meg a Biztosítónak.
- 13.2. A Szerződő az első havi díjat a kockázatviselés kezdetének hónapját követő hónapban köteles megfizetni. A Szerződő díjfizetési kötelezettsége a kockázatviselés megszűnésének hónapjáig áll fenn.
- 13.3. A Szerződő az általa megfizetett havi biztosítási díjnak a Biztosítóra jutó részét a Biztosított által a csatlakozási nyilatkozatban adott felhatalmazás alapján áthárítja a Biztosítóra. Az áthárításra kerülő díjrészt az aktuális Fordulónapon a Szerződő számítja ki és terheli a biztosítási fedezet alá vont hitelkártya-számlán, melyet a Biztosítottnak a havi Minimum fizetendő összeg esedékességekor kell megfizetnie a Szerződő felé. A Szerződő által beszedett biztosítási díj mindig arra az Elszámolási időszakra vonatkozik, amelynek Fordulónapján a Szerződő a díjat a fedezet alá vont hitelkártya-számlán előírta.
- 13.4. Amennyiben a Biztosított felmondó nyilatkozata a csatlakozási nyilatkozat aláírását – a 4.3.2-4.3.3 pontok szerinti utólagos csatlakozás esetén az írásbeli visszaigazolás kézhezvételét – követő 30 napon belül a Szerződőhöz beérkezik, úgy az addig az időpontig fizetett díjak a Szerződő részére visszafizetésre kerülnek. A Biztosítóra áthárított díjat a Szerződő ebben az esetben a következő havi Minimum fizetendő összeg esedékességéig a Biztosított részére visszajuttatja.
- 13.5. Ha a Szerződő és a Biztosító a díjtételek emeléséről megállapodnak, a Szerződő legalább a díjemelés hatályba lépését megelőzően 30 naptári nappal korábban – a vonatkozó Hirdetmény bankfiókokban történő kifüggesztésével - írásban értesíti a Biztosítottakat a díj módosulásáról. Ha a Biztosított a díjemelést nem fogadja el, jogosult a csatlakozási nyilatkozatát az 5.2 §-ban foglaltak szerint visszavonni. Amennyiben a Biztosított a Hirdetmény megjelenését követő 30

napon belül nem juttatja el felmondó nyilatkozatát a Szerződő részére, úgy a módosított díj fizetését magára nézve elfogadottnak tekinti.

14. § Értékkövetés

14.1. A Biztosító értékkövetést nem alkalmaz.

15. § Maradékjogok, kötvénykölcson

15.1. A biztosításhoz maradékjogok nem tartoznak, azaz a biztosítási szerződés nem visszavásárolható, díjmentes leszállítás nem alkalmazható, a biztosításra kötvénykölcson nem nyújtható.

16. § A Biztosító szolgáltatása

16.1. A Biztosító – a Biztosítottra vonatkozó biztosítási csomagtól függően - a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező biztosítási esemény esetén a Szerződő, mint Kedvezményezett részére megtéríti a biztosítási esemény időpontjában a fedezet alá vont hitelkártya számlán fennálló teljes tartozást az alábbiak szerint:

16.1.1. A Biztosított bármely okú halála esetén a Biztosító megtéríti a Szerződő, mint Kedvezményezett részére a Biztosítottnak a halálozás napján a Szerződő felé fennálló teljes tartozását. A Biztosító a szolgáltatási igény megnyílásához a kockázatviselés kezdetétől 90 napos várakozási időt köt ki a nem baleseti eredetű halálesetre vonatkozóan.

16.1.2. A Biztosított balesetből eredő, 50%-ot meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodása esetén a Biztosító megtéríti a szerződő, mint Kedvezményezett részére a Biztosítottnak a baleset napján a Szerződő felé fennálló teljes tartozását.

16.1.3. A Biztosított bármely okból eredő 70%-ot meghaladó mértékű végleges egészségkárosodása esetén a Biztosító megtéríti a Szerződő, mint Kedvezményezett részére a Biztosítottnak az egészségkárosodást megállapító határozat kiállításának napján a Szerződő felé fennálló teljes tartozását.

16.1.4. A Biztosított balesetből eredő kórházi ápolása esetén a Biztosító megtéríti a Szerződő, mint Kedvezményezett részére a Biztosítottnak a baleset napján a Szerződő felé fennálló teljes tartozását.

16.2. A biztosítás teljes tartama alatt a Biztosító balesetből eredő kórházi ápolás címén összesen legfeljebb három alkalommal nyújt szolgáltatást az alábbi feltételek mellett:

16.2.1. egy adott balesettel okozati összefüggésben a Biztosító egyszeri szolgáltatást teljesít a 16.1.4. pontban írtak szerint,

16.2.2. ha a Biztosító az 16.1.4. pontban írt egyszeri szolgáltatást teljesítette, úgy a Biztosított csak abban az esetben válik jogosulttá ismét biztosítási szolgáltatásra, ha újabb balesetből adódóan, újabb biztosítási esemény következik be, és az előző biztosítási esemény bekövetkezése óta legalább 6 hónap díjjal fedezett időszak eltelt.

16.3. Amennyiben a Biztosító teljesítésének időpontjában a Biztosítottnak a Szerződővel szemben fennálló aktuális tartozása alacsonyabb, mint a Biztosító szolgáltatása, a Szerződő a fennmaradó összeget kifizeti

16.3.1. életben léti szolgáltatások esetén a Biztosítottnak,

16.3.2. haláleseti szolgáltatást követően pedig az örökös(ök)nek.

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

17.1. A Biztosított vagy az általa meghatalmazott személy (a továbbiakban együttesen: szolgáltatást igénylő személy) - és amennyiben a Szerződő tudomására jut, a Szerződő is - köteles annak bekövetkezését követő 15 napon belül bejelenteni a Biztosítóknak az alábbi címen:

ERSTE Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

1300 Budapest, Pf. 161; Tel: (1) 501-2372

17.2. A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, amennyiben a bejelentési és a szükséges felvilágosítási kötelezettségek megsértése miatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.

17.3. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a Biztosító a következő dokumentumokat kéri:

17.3.1. a Szerződőtől a Biztosított írásbeli csatlakozási nyilatkozatának másolatát, szóbeli csatlakozás esetén a telefonbeszélgetés hangfelvételét,

17.3.2. a Szerződőtől a teljesítendő biztosítási szolgáltatásra vonatkozó adatokat (fennálló tartozás összege),

17.3.3. a szolgáltatást igénylő személy által kitöltött szolgáltatási igénybejelentő nyomtatványt,

17.3.4. a Biztosított halálát okozó betegség kezdeti időpontjának és lefolyásának, valamint a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratokat,

17.3.5. hitelesített háziorvosi kórelőzményt,

17.3.6. a halotti anyakönyvi kivonatot és a halottvizsgálati bizonyítvány másolatát,

17.3.7. boncolási jegyzőkönyv (ha készült) másolatát,

17.3.8. véralkohol vizsgálati eredményt (ha készült),

17.3.9. rendőrségi/munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolatát (ha készült),

17.3.10. ha a biztosítási esemény külföldön történik, az idegen nyelven kiállított dokumentumok hitelesített magyar fordítását,

17.3.11. a kórházi zárójelentést, továbbá olyan kórházi, orvosi dokumentumot, amely tartalmazza a kórházi tartózkodás pontos leírását, okát, előzményeit, időpontját, időtartamát.

17.4. 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. A Biztosító a teljesítést indokolt esetben szakorvosi, szakértői felülvizsgálathoz is kötheti

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

18. § A Biztosító mentesülése

- 18.1. A közlési kötelezettség megsértése esetében a Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a kockázatviselés kezdetekor már ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.
- 18.2. Amennyiben a Biztosítónak a biztosítási esemény után tudomására jut, hogy azt bármely olyan körülmény idézte elő, amely a kockázatviselés kezdetekor, szándékosan pontatlan vagy hiányos információk miatt nem volt előre meghatározható, holott a kockázatvállalás szempontjából lényeges lett volna, a Biztosító jogosult a szolgáltatását megtagadni.
- 18.3. 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.
- 18.4. A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, amennyiben a biztosítási esemény összefüggésben áll a Biztosított nem orvosi javallatra vagy nem az előírt adagolásban történő gyógyszer szedésével.
- 18.5. A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosítási esemény a Biztosított szándékosan elkövetett bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben következett be.
- 18.6. A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosítási esemény összefüggésben áll a Biztosított alkoholfogyasztásával, alkoholos állapotával, bódító, kábító vagy hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztásával. Alkoholos állapotnak tekintendő gépjárművezetés közben a 0 ezreléket meghaladó, egyéb jármű vezetése esetén a 2,5 ezreléket meghaladó véralkohol-koncentráció.
- 18.7. A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a Biztosított jogosítvány, vagy érvényes forgalmi engedély nélküli gépjárművezetése közben következett be és a Biztosított mindkét esetben más közlekedésszabályt is megszegett.
- 18.8. A biztosítási esemény miatt következett be, hogy a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet engedély nélkül végzett.
- 18.9. A biztosítási esemény a Biztosított munkavégzése során, a munkavédelmi szabályoknak a Biztosított általi súlyos megsértése miatt következett be. Diagnosztizált betegség esetén a Biztosított az orvosi utasításokat nem tartotta be és ennek következményeként szövődmény, állapotromlás következett be, ami megelőzhető lett volna.
- 18.10. 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.

19. § Kizárások

- 19.1. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a bekövetkezett biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll:
- 19.1.1. harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel (jelen feltételek szempontjából harci cselekménynek minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, határvillongás, felkelés, forradalom, zendülés, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskíséret, polgárháború, népi megmozdulás, például nem engedélyezett tüntetés, vagy be nem jelentett, illetve nem engedélyezett sztrájk, idegen ország korlátozott célú hadicselekményei például csak légi csapás vagy csak tengeri akció, kommandó támadás, terrorcselekmény),
- 19.1.2. állam elleni bűncselekményekkel, felkelésekkel, vagy zavargásokkal, kivéve a bejelentett tüntetéseket (e feltétel szerint állam elleni bűncselekmény az, amit a Büntető Törvénykönyv annak minősít: különösen lázadás, kémkedés, rombolás),
- 19.1.3. atomkárokkal (nukleáris hasadás, nukleáris reakció, fúzió, radioaktív-, ionizáló-, illetve lézersugárzás, valamint ezek szennyezése, kivéve az orvosilag előírt terápiás célú sugárkezelést),
- 19.1.4. fegyver, robbanószer, vegyi vagy gyúlékony anyagok használatával, kivéve a fegyveres és rendvédelmi szerveknél valamint a terrorelhárításnál szolgálatot teljesítők esetében
- 19.1.5. nemi érintkezés útján terjedő fertőző betegségekkel,
- 19.1.6. egyéb kockázatosnak minősülő tevékenységekkel, különösen a bűvárkodás, barlangászat, hegymászás, egyéni hajózás, vitorlázás, vadvízi evezés, tengeri horgászat.
- 19.2. A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a biztosítási esemény
- 19.2.1. gépi erővel hajtott szárazföldi, légi vagy vízi járműben hazai vagy nemzetközi sportversenyen való részvétel következtében, vagy ilyen versenyekre való felkészülés miatt következik be, vagy
- 19.2.2. nem a szervezett légi forgalom keretében végrehajtott légi úton való részvétel, hanem egyéb (akár motoros, akár motor nélküli) repülés vagy repülősportolás következménye, vagy
- 19.2.3. hivatásos sportolóként végzett, a saját megélhetését Biztosító sporttevékenysége miatt következett be.
- 19.3. A Biztosító kockázatviselése halál esetén nem terjed ki a kockázatviselés kezdete előtt meglévő betegséggel, kóros állapottal vagy veleszületett rendellenességekkel (a továbbiakban együttesen: meglévő betegség) és azok következményeivel okozati összefüggésben álló eseményekre abban az esetben, ha a kockázatviselés kezdetekor a meglévő betegségről a Biztosított tudomással bírt.
- 19.4. Nem baleseti rokkantság esetén a Biztosító kockázatvállalása nem terjed ki arra az esetre amikor a Biztosított a kockázatviselés kezdete előtt már rendelkezett az orvosszakértői inézet által kiállított egészségkárosodást megállapító határozattal, vagy ennek kiállítása illetve igénylése már folyamatban volt a kockázatviselés kezdetekor.
- 19.5. A Biztosítottnak a belépési nyilatkozatban adott szándékosan valótlan válaszai esetén a Biztosító megtagadhatja a szolgáltatást.
- 19.6. 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.
- 19.7. A kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett baleset vagy betegség miatt bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrészek és szervek illetve e sérülések későbbi következményei a biztosításból ki vannak zárva.

20. § Egyéb tudnivalók

Elévülés

20.1. A biztosítási szerződésen alapuló, illetve a biztosítási események alapján érvényesíthető igények a biztosítási szerződés, az egyes Biztosítottakra vonatkozó biztosítási fedezet megszűnésétől, illetve a biztosítási események bekövetkeztétől számított 2 év elteltével elévülnek.

Panaszbejelentés

20.2. A Biztosított, valamint aki a Csoportos Biztosítási szerződéshez történő csatlakozás iránt nyilatkozatot tett, továbbá a Biztosító szolgáltatására jogosult más személy (a jelen és 20.4 pontban a továbbiakban együttesen ügyfél) esetleges szóbeli (személyesen, telefonon) vagy írásbeli (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) a Biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszt

- szóban:
 - személyesen: 1134 Budapest, Váci út 33. alatt található Ügyfélszolgálati Irodában
 - telefonon :+36 1 484 1778
 - írásban:
 - személyesen vagy más által átadott irat útján: 1134 Budapest, Váci út 33. alatt található Ügyfélszolgálati Irodában
 - postai úton: ERSTE Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
1465 Budapest, Pf. 1750
 - telefaxon: +36 1 484 1799
 - elektronikus levélben: info@erstebiztosito.hu
- elérhetőségeken jelenthethet be.

Felügyeleti szerv

20.3. A Biztosító felügyeleti szerve:

Magyar Nemzeti Bank
1054 Budapest, Szabadság tér 9.
telefonszáma: (+36-80) 203-776

Jogok érvényesítésének egyéb fórumai

20.4. Amennyiben a fogyasztónak² minősülő ügyfél a Biztosítóhoz benyújtott panaszára adott válasszal nem ért egyet, úgy

20.4.1. a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény (MNB tv.) szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértésének kivizsgálására irányuló panasz esetén a Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központjához fordulhat (ügyfélszolgálati cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., levelezési címe: Magyar Nemzeti Bank, 1534 Budapest BKKP Postafiók: 777; telefon: ingyenesen hívható zöld szám (+36-80) 203-776; web: www.mnb.hu/fogyasztovedelem; E-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu)

20.4.2. A szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos panasz esetén a fogyasztó a Pénzügyi Békéltető Testület előtt kezdeményezhet eljárást (levelezési cím általános ügyekben: H-1525 Budapest Pf. 172; Telefon: (+36-80) 203-776; E-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu) vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat

A fogyasztónak nem minősülő ügyfél a panasz Biztosító általi elutasítása esetén, illetve ha az ügyfél a Biztosító válaszával nem ért egyet, panaszával a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.

A szerződésre vonatkozó jog

20.5. A biztosítási szerződésre a magyar jog alkalmazandó, a szerződésből származó jogok gyakorlása és kötelezettségek teljesítése, valamint igények érvényesítése során a magyar anyagi és eljárásjog szabályai szerint kell eljárni. A szerződés nyelve magyar, bármely más, annak akár hivatalos fordítása is, kizárólag tájékoztatónak minősül.

A szerződésre vonatkozó adójogszabályok

20.6. A mindenkor hatályos személyi jövedelemadóról szóló törvény, valamint a mindenkor hatályos társasági és osztalékadóról szóló törvény, ha a hatálya alá tartozó gazdálkodó szervezet köti meg a biztosítást.

A Biztosító főbb adatai

ERSTE Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
Székhely: 1082 Budapest, Baross u.1
Ügyfélszolgálat: 1134 Budapest, Váci út 33.
Telefonszám: +36 1 484 1700.
Levelezési cím: 1465 Budapest Pf. 1750
Cégjegyzékszám: Cg. 01-10-044340
Székhely állama: Magyarország

² Fogyasztó az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személy.

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

20.7. A biztosítási titokra, illetve a személyes adatok kezelésére vonatkozó mindenkor hatályos törvényi szabályozásnak megfelelő eljárást, illetve szabályozást a Biztosító hatályos "Adatkezelési tájékoztatója" tartalmazza. A Biztosítónak bármikor jogában áll az "Adatkezelési tájékoztató" egyoldalú és a Szerződő értesítése nélküli módosítása, amennyiben a tartalmát meghatározó hatályos jogi szabályozás megváltozik. A hatályos "Adatkezelési tájékoztató" jelen feltételek, és így a biztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezi.

A fizetőképességgel és a pénzügyi helyzettel kapcsolatos jelentés közzététele

20.8. A biztosító a fizetőképességéről és a pénzügyi helyzetéről készült jelentést 2017. évtől a törvényi rendelkezésnek megfelelő módon és időben honlapján (www.erstebizosito.hu) teszi közzé.

ADATKEZELÉSI TÁJÉKOZTATÓ

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

A Biztosító, biztosításközvetítő és viszontbiztosító adatkezelésének jogalapját a biztosítási tevékenységről szóló Bit. és az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (a továbbiakban Info tv.) teremti meg.

Személyes adat kizárólag meghatározott célból, jog gyakorlása és kötelezettség teljesítése érdekében kezelhető. Az adatkezelésnek minden szakaszában meg kell felelnie az adatkezelés céljának, az adatok felvételének és kezelésének tisztességesnek és törvényesnek kell lennie.

Csak olyan személyes adat kezelhető, amely az adatkezelés céljának megvalósulásához elengedhetetlen, a cél elérésére alkalmas. A személyes adat csak a cél megvalósulásához szükséges mértékben és ideig kezelhető.

A jelen Biztosítási Feltételek alapján létrejött biztosítási jogviszonnyal kapcsolatos személyes adatok tekintetében a Biztosító minősül adatkezelőnek.

A biztosítási titok, üzleti titok

1. A Biztosító köteles a mindenkor hatályos biztosítási törvényben meghatározott biztosítási és üzleti titokra vonatkozó szabályokat maradéktalanul betartani.
2. A Biztosító a feladatai ellátásához az ügyfelei azon biztosítási titkait, személyes adatait 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 számára szerződéses ajánlatot tett és a biztosító szolgáltatására jogosult más személy.

Fentiekől eltérő célból végzett adatkezelést a Biztosító, a biztosításközvetítő csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás az érintett akaratának önkéntes és határozott kinyilvánítása. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny. Az Info tv.-ben, és a Bit.-ben meghatározott esetben az adatkezelés a hozzájárulás hiányában is megvalósulhat.

3. Biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó -, a Biztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a Biztosító, a biztosításközvetítő egyes ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a Biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

A Biztosító, a biztosításközvetítő és a viszontbiztosító a Biztosított által bármilyen formában megadott személyes adatot – érteve ezalatt az egészségi állapotra vonatkozó személyes adatot is – biztosítási titokként kezeli és dolgozza fel.

Személyes adat az érintettel kapcsolatba hozható adat - különösen az érintett neve, azonosító jele, valamint egy vagy több fizikai, fiziológiai, mentális, gazdasági, kulturális vagy szociális azonosságára jellemző ismeret -, valamint az adatból levonható, az érintettre vonatkozó következtetés. A személyes adat biztosítási titoknak minősül. Amennyiben a személyes adat az ügyfél egészségi állapotára, kóros szenvedélyére vonatkozik, úgy az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (a továbbiakban: Info tv.) szerint az különleges adatnak minősül. Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvényben (a továbbiakban: Eüak.) meghatározott egészségügyi adatokat a biztosító a 187. pontban meghatározott célokból, az Eüak. rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

A Biztosító, a biztosításközvetítő ügyfeleinek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek.

4. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha a törvény másként nem rendelkezik - titoktartási kötelezettség terheli a Biztosító, a biztosításközvetítő tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.
5. Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha
 - 5.1 a Biztosító, a biztosításközvetítő ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
 - 5.2 a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény így rendelkezik.
A Bit. 138. §-ában meghatározott esetekben a titoktartási kötelezettség nem áll fenn

- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b) a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel,
- c) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási határozatok bírósági felülvizsgálata során eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
- e) az adóhatósággal,
- f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g) a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel,
- j) törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- k) a viszontbiztosítóval, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében - az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint - az átvető biztosítóval,
- m) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,
- n) fióktelep esetében - 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,
- o) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,
- p) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal, szemben, ha az a)-j) 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 az o)-p) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

Az e) pontja alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a Biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a hitelintézetekről és pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. tv.-ben 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 és jogalapját.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, 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.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás az Aktv. 43/H. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.

A továbbított személyes adatokat az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatok vagy az adatvédelmi törvény szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén 20 év elteltével a Biztosító köteles törölni.

A Biztosító az ügyfelet nem tájékoztathatja a nyomozó hatóság és ügyészség, a nemzetbiztonsági szolgálat, valamint a külön törvényben meghatározott feltételek esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szerv részére történő adattovábbításról.

Nem lehet biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó – az Info tv.-ben meghatározott – adatszolgáltatási kötelezettség esetén. A Biztosító a továbbított adatokról nyilvántartást vezet. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét:

- a) olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- b) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása.

6. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét:

- Az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg.
- A jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása.
- A pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.
- A Biztosító által a harmadik országbeli Biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben:
 - a) ha a Biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy

b) ha - az adatalany hozzájárulásának hiányában - az adattovábbításnak törvényben meghatározott adatköre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban a személyes adatok védelmének megfelelő szintje az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény 8. § (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.

A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

7. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha

a) a magyar bűnüldöző szerv - nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából - írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a Biztosítótól.

b) 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 a Biztosítótól.

A Biztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az ügyészség, továbbá az ügyész jóváhagyásával a nyomozó hatóság írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet

a) 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, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,

b) a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény szerinti kábítószer-kereskedelemmel, 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, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

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.

Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során az összevont alapú felügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.

8. A Biztosító a 2014. évi LXXXVIII. törvény (Bit.) 149. § (1) §-ában foglalt felhatalmazás alapján az általa szervezett veszélyközösség érdekeinek megóvása végett – a jogszabályokban foglalt vagy szerződésben vállalt kötelezettségeinek teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződéseknek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz az e biztosító általa kezelt élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződésekben rögzített adatok részére történő kiadása érdekében. A Biztosító ezen adatokat a Bit.-ben meghatározott időtartamon át kezelheti.

A szerződő/biztosított/kedvezményezett a Biztosító által megkeresés útján átvett és kezelt Bit. szerinti adatokról tájékoztatást kérhet.

9. Adatfeldolgozási tevékenységet kizárólag erre irányuló megbízási szerződés alapján, kiszervezett tevékenység keretében jogosultak harmadik személyek végezni. Az ügyfél adatait kizárólag a Biztosító erre feljogosított munkatársai, megbízott biztosításközvetítői, illetve a Biztosító részére külön szerződés keretében adatfeldolgozási- vagy kiszervezett tevékenységet végző személyek, szervezetek ismerhetik meg, a Biztosító által meghatározott terjedelemben és a tevékenységük végzéséhez szükséges.

10. Biztosító kötelezettséget vállal arra, hogy megfelelő technikai adatvédelemmel, nyilvántartással rendelkezik, amely megvalósítja a biztosítási titok védelmét.

A személyes adatok kezelése

11. A biztosítási ajánlat, csatlakozási nyilatkozat - szükség esetén külön nyilatkozat – aláírásával, megtételével a szerződő és a biztosított megadja a személyes és különleges adatai kezelésére, valamint az esetleges közös ügyfélszolgálat, valamint elszámolás céljából a szerződéses kötelezettségek és jogosultságok igazolására a befolyásoló részesedéssel rendelkező tulajdonosa, a VIENNA INSURANCE GROÛP AG Wiener Versicherung Gruppe, annak cégcsoportjába tartozó csoporttagok, az ERSTE Bank Csoport tagjai részére – adott esetben külföldi adatkezelő számára is – történő átadására vonatkozó írásbeli hozzájárulását.

12. Az ügyfél kérésére a Biztosító köteles az általa vezetett nyilvántartásokban tárolt saját adatairól tájékoztatást adni és az ügyfél által kezdeményezett változásokat adatbázisán átvezetni.

13. Amennyiben a biztosítási szerződés feltétele a leendő ügyfél orvosi vizsgálata, akkor az ügyfél az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál ismerheti meg.

14. Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.
15. A Biztosító a személyes – és azon belül a különleges – 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 szerződésekkel kapcsolatban is csak addig kezelheti a tudomására jutott adatokat, amíg a szerződés létrejöttének meghíusulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

Telefonon történő panaszkezelés esetén a szolgáltató és az ügyfél közötti telefonos kommunikációt a szolgáltató hangfelvétellel rögzíti, és a hangfelvételt öt évig megőrzi.

A Biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

16. Az érintett bármikor tájékoztatást kérhet személyes adatai kezeléséről, kérheti a személyes adatainak helyesbítését, valamint személyes adatainak - a kötelező adatkezelés kivételével - törlését vagy zárolását.

Az érintett kérelmére a Biztosító 25 napon belül tájékoztatást ad az érintett általa kezelt, illetve az általa vagy rendelkezése szerint megbízott adatfeldolgozó által feldolgozott adatairól, azok forrásáról, az adatkezelés céljáról, jogalapjáról, időtartamáról, az adatfeldolgozó nevéről, címéről és az adatkezeléssel összefüggő tevékenységéről, az adatvédelmi incidens körülményeiről, hatásairól és az elhárítására megtett intézkedésekről, továbbá - az érintett személyes adatainak továbbítása esetén - az adattovábbítás jogalapjáról és címzettjéről.

Adatok helyesbítése illetve törlése esetén a Biztosító értesíti az érintettet, továbbá mindazokat, akik részére az adatokat korábban adatkezelés / adatfeldolgozás céljából továbbították.

17. Az Infotv. értelmében a jogszabályban meghatározott esetekben az érintett tiltakozhat személyes adatainak kezelése ellen, különösen
 - a) ha a személyes adatok vagy továbbítása kizárólag az adatkezelőre vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez vagy az adatkezelő, adatátvevő vagy harmadik személy jogos érdekének érvényesítéséhez szükséges, kivéve kötelező adatkezelés esetén;
 - b) ha a személyes adat felhasználása vagy továbbítása közvetlen üzletszerzés, közvélemény-kutatás vagy tudományos kutatás céljára történik.
18. A Biztosító a tiltakozást a kérelem benyújtásától számított legrövidebb időn belül, de legfeljebb 15 napon belül megvizsgálja, annak megalapozottsága kérdésében döntést hoz, és döntéséről a kérelmezőt írásban tájékoztatja.
19. Az érintett a jelen fejezetben meghatározottak vonatkozásában a Biztosítóhoz fordulhat az alábbi elérhetőségeken:

ERSTE Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
Székhely: 1082 Budapest, Baross u.1.
Levelezési cím: 1465 Budapest Pf. 1750
Céjegyzékszám: Cg. 01-10-044340
Székhely állama: Magyarország
Adatkezelés nyilvántartási száma: NAIH-50015/2012

20. Az érintett a jogainak megsértése esetén az adatkezelővel szemben bírósághoz fordulhat vagy a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál bejelentéssel vizsgálatot kezdeményezhet arra hivatkozással, hogy személyes adatok kezelésével, illetve a közérdekű adatok vagy a közérdekből nyilvános adatok megismeréséhez fűződő jogok gyakorlásával kapcsolatban jogsérelem következett be, vagy annak közvetlen veszélye fennáll.

A Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság elérhetősége:
cím: 1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/c.;
posta cím: 1530 Budapest, Pf.: 5.;
honlap: www.naih.hu
Telefon: +36 (1) 391-1400
E-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu

Melléklet

ERSTE Hitelkártya Csoportos Törlesztési Védelem Biztosítás

Biztosítási csomagok, a biztosítással fedezett kockázatok, fedezetet nyújtó biztosító(k), a biztosítás díja

	'A'- biztosítási csomag esetén	'B'- biztosítási csomag esetén
Biztosított kockázatok	<ul style="list-style-type: none"> • Bármely okú halál • Bármely okú, 70%-ot meghaladó mértékű végleges egészségkárosodás • Balesetből vagy betegségből eredő, 60 napot meghaladó keresőképtelenség (táppénz) • 60 napot meghaladó munkanélküliség 	<ul style="list-style-type: none"> • Bármely okú halál • Balesetből eredő, 50%-ot meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodás • Balesetből eredő kórházi ápolás
Szolgáltató Biztosító	<p>ERSTE Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. által nyújtott fedezetek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bármely okú halál • Bármely okú, 70%-ot meghaladó mértékű végleges egészségkárosodás <p>UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. által nyújtott fedezetek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Balesetből vagy betegségből eredő, 60 napot meghaladó keresőképtelenség (táppénz) • 60 napot meghaladó munkanélküliség 	<p>ERSTE Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. által nyújtott fedezetek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bármely okú halál • Balesetből eredő, 50%-ot meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodás • Balesetből eredő kórházi ápolás
Biztosítási díj	<p>Az Erste Hitelkártya Csoportos Törlesztési Védelmi Biztosítás csomagban vehető igénybe az Erste Bank Hungary Zrt., mint biztosításközvetítő közreműködésével. Mind az „A”, mind a „B” csomag havi díja a fordulónapon a hitelkártyaszámlán fennálló teljes tartozás 1%-a.</p>	