

AIM Hitelközvetítők szakmai felelősségbiztosításának feltételei

Általános rendelkezések

Jelen biztosítási feltételek az alkalmazott záradékokkal, mellékletekkel és a biztosítási kötvénnyel együtt alkotják a biztosítási szerződést (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy szerződés). A biztosítási szerződésre vonatkozó és alkalmazott összes záradék, melléklet a biztosítási kötvényben felsorolásra kerül.

Jelen biztosítási feltételek az ügyféltájékoztatót is szolgálják.

A Biztosító a biztosítási szerződésben kötelezettséget vállal, hogy biztosítási díj megfizetése ellenében a szerződésben meghatározott mértékben és feltételek szerint megtéríti a Biztosított helyett azon károkat, amelyeket a Biztosított, illetve az alkalmazásában, megbízásában vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban álló független pénzügyi szolgáltatást közvetítő (a továbbiakban: Hitelközvetítő) pénzügyi szolgáltatás közvetítői tevékenységével (aktív magatartással vagy mulasztással) a pénzügyi szolgáltatást igénybevevő vagy igénybe venni szándékozó ügyfélnek okozott, és amely károkért a Biztosított a magyar jog szabályai szerint felelősséggel tartozik.

Amennyiben a biztosítási kötvény, vagy az egyes záradékok jelen feltételektől eltérő rendelkezéseket tartalmaznak, a kötvény, illetve a záradékok rendelkezései az irányadóak. Azon kérdésekben, amelyekről sem a kötvény, sem záradékok nem rendelkeznek, jelen feltételek előírásai alkalmazandók.

A biztosítási szerződésben résztvevő felek (a továbbiakban: felek):

- Szerződő: Biztosítási szerződést kötő és biztosítási díj fizetését vállaló fél. Amennyiben a biztosítási szerződésben más személy Biztosítottként nincs megjelölve, megegyezik a Biztosítottal..
- Biztosított: Akinek javára a biztosítási szerződés létrejön, aki helyett a Biztosító a biztosítási szerződésben meghatározottak szerint helytáll.
- Biztosító: az AIM Általános Biztosító Zrt. (1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11., Cg.:01-10-045571).

Amennyiben a Szerződő és a Biztosított személye eltér, a Biztosított a Biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal bármikor Szerződő helyébe léphet. Ebben az esetben a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a Szerződéssel egyetemlegesen felelős.

A biztosítási szerződés nyelve a magyar. A biztosítási szerződésben nem rendezett kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosított

Biztosított a biztosítási szerződésben (a kötvényben) ilyen minőségben megjelölt fél, továbbá az ilyen minőségben megjelölt fél független pénzügyi szolgáltatást közvetítő alkalmazottai és megbízottai.

A Biztosított a hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 1996. évi CXII. törvény (a továbbiakban: Hpt.) rendelkezéseinek megfelelően pénzügyi szolgáltatás közvetítésével foglalkozó, a Hpt. XXXI/A. Fejezet hatálya alá tartozó a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletének (továbbiakban: felügyelet) engedélye alapján független közvetítő lehet, aki a Hpt.-ben foglalt rendelkezéseknek megfelelően:

- a) Többes kiemelt közvetítői,
- b) Többes ügynöki,
- c) Alkuzi

tevékenységet folytató jogi személy, jogi személyiség nélküli gazdasági társaság, illetve egyéni vállalkozó.

Jelen biztosítási feltételek értelmében

a) többes kiemelt közvetítői tevékenység: pénzügyi intézménnyel kötött megbízási szerződés alapján, a pénzügyi intézmény nevében, javára és kockázatára, pénzügyi szolgáltatás, kiegészítő pénzügyi szolgáltatás nyújtásának, szolgáltatásra irányuló szerződés megkötésének elősegítésére irányuló tevékenység, ideértve a pénzügyi intézmény nevében, javára és kockázatára történő kötelezettségvállalást vagy a szerződés megkötését is; a pénzügyi szolgáltatás közvetítése több pénzügyi intézmény egymással versengő pénzügyi szolgáltatására vonatkozik.

b) többes ügynöki tevékenység: pénzügyi intézménnyel kötött megbízási szerződés alapján pénzügyi szolgáltatás, kiegészítő pénzügyi szolgáltatás nyújtásának, ilyen szolgáltatásra irányuló szerződés megkötésének elősegítésére irányuló tevékenység, amelynek során a pénzügyi intézmény kockázatára önállóan kötelezettséget nem vállalnak, szerződést nem kötnek; a pénzügyi szolgáltatás közvetítése több pénzügyi intézmény egymással versengő pénzügyi szolgáltatására vonatkozik.

c) alkuzi tevékenység: pénzügyi szolgáltatást igénybe venni szándékozó ügyféllel kötött megbízási szerződés alapján és nevében pénzügyi intézménnyel történő pénzügyi szolgáltatási szerződés kiválasztására, megkötésének elősegítésére irányuló tevékenység, amely nem terjed ki az ügyfél nevében, javára történő kockázatvállalásra.

2. Biztosítási esemény

Jelen biztosítási feltételek szerint biztosítási esemény akkor következik be, amikor a Biztosított a pénzügyi szolgáltatás közvetői tevékenysége (a továbbiakban tevékenység) folytán a pénzügyi szolgáltatást igénybevevő vagy igénybe venni szándékozó ügyfélnek kárt okoz, amelyért a magyar anyagi jog szabályai szerint az ügyfél a Biztosítottal szemben kárigényt érvényesít.

A Biztosító kockázatviselése kiterjed a Biztosított alkalmazásában, megbízási vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban álló független pénzügyi szolgáltatást közvetítő (a továbbiakban: Hitelközvetítő) által okozott olyan kárra is, amely a Hitelközvetítő pénzügyi szolgáltatás közvetítési tevékenysége eredményeképpen keletkezik.

Jelen biztosítási feltételek szerint egy biztosítási eseménynek minősül, ha:

- egy tevékenységből (ugyanazon cselekményből vagy mulasztásból) több kártérítési igény származik, akár egy károsult támasztja azokat, akár több,
- több tevékenységből (cselekményből vagy mulasztásból), amelyet akár több személy követett el, egy egységes kártérítési igény származik,
- azonos vagy hasonló jellegű hibaforrásra visszavezethető több tevékenység (cselekmény vagy mulasztás) következtében több kártérítési igény keletkezik.

3. A biztosítási szerződés létrejötte

A Szerződő (Biztosított) a szerződés megkötését írásbeli ajánlattal kezdeményezi.

Biztosító a biztosítási ajánlatot jogosult annak átvételétől számított 15 napon belül írásban visszautasítani. Ebben az esetben a biztosítási szerződés nem jön létre és az esetlegesen előlegként befizetett díjat a Biztosító a Szerződőnek (Biztosítottnak) haladéktalanul visszafizeti.

A biztosítási szerződés a felek írásbeli megállapodásával jön létre. Az írásbeli megállapodást, illetőleg a Biztosító elfogadó nyilatkozatát a biztosítási kötvény kiállítása pótolja. Ebben az esetben a biztosítási szerződés a kötvény kiállításának napján jön létre és a 4. pontban meghatározott kockázatviselési időpontban lép hatályba.

Ha a kötvény tartalma az ajánlattól eltér és a Szerződő (Biztosított) az eltérést 15 napon belül nem kifogásolja, a biztosítási szerződés a kötvényben foglaltaknak megfelelően jön létre. Ezt a rendelkezést lényeges eltérések esetén kizárólag abban az esetben alkalmazhatja a Biztosító, amennyiben az eltérésre a Szerződő (Biztosított) figyelmét a kötvény kiszolgáltatásakor írásban felhívta. **Lényeges eltérésnek minősül különösen a kockázatviselés időpontja és helye, a biztosítási díj és annak esedékessége, a Biztosító szolgáltatási kötelezettségének mértéke.**

A biztosítási szerződés akkor is létrejön, ha Szerződő (Biztosított) ajánlatára Biztosító 15 napon belül nem nyilatkozik. Ilyen esetben a biztosítási szerződés az ajánlatnak a Biztosító vagy képviselője részére történő átadása időpontjára visszamenő hatállyal jön létre és a 4. pontban meghatározott kockázatviselési időpontban lép hatályba. A Biztosító ez esetben is köteles a kötvényt Szerződő (Biztosított) részére kiadni.

Ha Biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés eltér a biztosítási feltételektől, Biztosító 15 napon belül írásban javasolhatja, hogy a szerződést a biztosítási feltételekben foglaltak szerint módosítsák. Ezt a határidőt attól a naptól kell számítani, amelyen az ajánlat Biztosítónak kötvénykiállításra jogosult szervéhez beérkezett. Ha Szerződő (Biztosított) a javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a Biztosító az elutasítástól, illetőleg a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül a szerződést 30 napra írásban felmondhatja.

4. Kockázatviselés kezdete

A Biztosító kockázatviselése legkorábban az azt követő napon kezdődik, amikor az első díjat a Szerződő (Biztosított) a Biztosító számlájára befizeti, kivéve ha a Biztosító és a Szerződő a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodtak meg.

A Biztosító az ajánlat átvételkor jogosult díjelőleg bekérésére, ez azonban nem jelenti a kockázatviselés életbe lépését.

Ha a Szerződő a Biztosító képviselőjének fizette a díjat, azt legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon a Biztosítóhoz beérkezettnek kell tekinteni; a Szerződőnek (Biztosítottnak) azonban jogában áll bizonyítani, hogy a biztosítási díj korábban érkezett be a Biztosító számlájára.

A felek a kockázatviselés kezdetének időpontjáról a jelen pontban foglaltaktól eltérően is megállapodhatnak.

5. A biztosítási szerződés megszűnése

Határozott időtartamra létrejött szerződés felmondásának jogát a Biztosító és a Szerződő (Biztosított) közös megegyezéssel legfeljebb 3 évre kizárhatják.

A határozott időtartamra létrejött biztosítási szerződés a tartam lejáratakor akkor is megszűnik, ha a szerződésre további díjfizetés történt. A szerződés megszűnését követő időszakra befizetett díjat a Biztosító a beérkezést követő 8 napon belül visszafizeti.

A határozatlan időtartamra létrejött szerződést a felek a biztosítási időszak végére (biztosítási évforduló) azt legalább 30 nappal megelőzően írásban felmondhatják.

Amennyiben a Biztosító a szerződés megkötését követően szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá lényeges körülmények változásának közlését követően 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg – ha a kockázatot a szabályzat értelmében nem vállalhatja – a szerződést 30 napra írásban felmondhatja.

Ha a Szerződő (Biztosított) a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik.

A biztosítási díj (díjrészlet) esedékességétől számított 60. nap elteltével a biztosítási szerződés megszűnik, ha addig a hátralékos díjat nem fizették meg, illetve a Szerződő (Biztosított) és a Biztosító díjhalasztásban nem állapodtak meg, illetőleg a Biztosító a díjkövetelést bírósági úton nem érvényesítette.

Amennyiben a Szerződő (Biztosított) díjfizetési késedelembe esik, a Biztosító az esedékességtől számított 30. napig díjfizetési felszólítást küldhet részére, amely azonban nem jelent halasztást a szerződés megszűnésére nézve.

Amennyiben a Biztosító a szerződés díjnérfizetés miatti megszűnésétől számított 3 hónapon belül a Szerződő (Biztosított) által befizetett díjat 15 napon belül nem utasítja vissza, a szerződés a díjfizetést követő nap "0" órájától újból hatályba lép. Ennek feltétele, hogy az utólagos díjfizetés fedezze a folyó biztosítási év még kiegyenlített díját, levonva abból azt a díjrészt, amely arra az időre esik, amíg a Biztosító a szerződés megszűnése folytán a kockázatot nem viselte.

Ha a szerződés hatályának kezdete előtt biztosítási esemény következett be, illetve bekövetkezése lehetetlenné vált vagy a biztosítási érdek megszűnt, a szerződés, illetőleg annak megfelelő része nem válik hatályossá.

Ha a szerződés hatálya alatt a biztosítási esemény bekövetkezése lehetetlenné vált vagy a biztosítási érdek megszűnt, a szerződés, illetőleg annak megfelelő része a hónap utolsó napjával megszűnik. Ebben az esetben a Biztosítót annak a hónapnak az utolsó napjáig járó díj illeti meg amelyben kockázatviselése véget ért.

6. Biztosítás területi hatálya

A biztosítási szerződés a Magyarországon okozott és bekövetkezett károkra terjed ki.

7. Időbeli hatály

A biztosítási szerződés lehet határozott vagy határozatlan tartamú.

A biztosítási szerződés - ha a felek írásban másként nem állapodnak meg - határozatlan tartamú.

A határozatlan tartamú szerződés esetén a biztosítási időszak egy év, a biztosítási évforduló pedig - ezzel ellentétes megállapodás hiányában - minden évben a szerződés létrejöttének megfelelő naptári nap. Amennyiben a kötvényben meghatározott kockázatviselés kezdete a szerződés létrejöttétől eltérő nap, abban az esetben a biztosítási évforduló a kockázatviselés kezdetének megfelelő naptári nap. Amennyiben ilyen nem az adott évben nincsen, a biztosítási évforduló a soron következő naptári nap.

A Biztosító kockázatviselése kizárólag a biztosítási szerződés hatálya alatt okozott, bekövetkezett és legkésőbb a szerződés megszűnésének napjától számított 90 napon belül, a jelen biztosítási feltételekben meghatározottak szerint, a Biztosítónak bejelentett biztosítási eseményeknek minősülő kárigényekre terjed ki.

Károkozás időpontja: az a nap, amikor a kárt előidéző cselekmény megtörtént. Sorozatos vagy folyamatos magatartással okozott kár esetén károkozás időpontja az a nap, amikor a cselekmények, sorozatok összessége előidézi a káreseményt. Amennyiben a károkozás mulasztással valósul meg, a károkozás időpontja az a nap, amikor a mulasztást még a kár bekövetkezése nélkül pótolni lehetett volna.

A kár bekövetkezésének időpontja az az időpont, amikor a Biztosított fizetési kötelezettsége esedékessé válik.

A kár érvényesítésének időpontja az a nap, amikor a károsult a kárt a Biztosítottnak írásban bejelentette.

Kár bejelentésének időpontja: az a nap, amikor a Biztosított a kár bekövetkezését a Biztosítónak írásban bejelentette.

8. A biztosítási összeg, kártérítési limit

A káreseményenként megállapított biztosítási összeg, kártérítési limit a jelen feltételek szerint egy káreseménynek (biztosítási eseménynek) minősülő károkozások kapcsán a Biztosító által kifizethető legmagasabb összeg. A biztosítási időszakra megállapított biztosítási összeg, kártérítési limit az egy biztosítási időszakban okozott károk kapcsán bekövetkezett biztosítási eseményekre a Biztosító szolgáltatásának szabályai szerint összesen kifizethető összeg.

Az egy biztosítási időszakra megállapított biztosítási összeg, kártérítési limit a biztosítási időszak káridőponttól számított további részére a Biztosító által nyújtott szolgáltatás összegével csökken.

Amennyiben a Biztosított a biztosítási időszakban bekövetkezett biztosítási esemény miatt a vele szemben írásban támasztott kártérítési igényt csak a következő biztosítási időszakban jelenti be a Biztosítónak, a Biztosító fizetési kötelezettségének mértékére nem a folyó biztosítási időszakra megállapított biztosítási összeg, kártérítési limit hanem a biztosítási esemény bekövetkezésének időszakára eső, illetőleg a még abból fennmaradó biztosítási összeg, kártérítési limit az irányadó.

Amennyiben a Biztosított károkozó magatartása miatt a biztosítási esemény nem a károkozás biztosítási időszakában, hanem csak a következő biztosítási időszakban következik be, a Biztosító fizetési kötelezettségének mértékére a károkozás szerinti biztosítási időszakra megállapított, illetőleg a még abból fennmaradó biztosítási összeg, kártérítési limit az irányadó.

A biztosítási összeg, kártérítési limit a biztosítási szerződésben és a kötvényen feltüntetésre kerül.

9. Önrészesedés

A biztosítási szerződésben meghatározott azon összeg, amelyet a Biztosított a kár összegéből maga visel. Az önrészesedés a biztosítási szolgáltatásból minden egyes kár esetén levonásra kerül. Amennyiben a kár összege nem haladja meg az önrészesedés mértékét, a kárt teljes egészében Biztosított viseli.

Az önrészesedés mértéke káreseményenként a 10%-os mértéket nem haladhatja meg.

Az önrészesedés mértéke a biztosítási szerződésben és a kötvényen feltüntetésre kerül.

10. Biztosítási díj, a díjfizetés szabályai

A biztosítás éves díját Biztosító a Szerződő (Biztosított) által részére megadott kockázati információk, adatok és a biztosítási fedezet terjedelme alapján határozza meg.

A biztosítási díjat a biztosítási szerződésben (a kötvényben) fel kell tüntetni. A biztosítási időszakra esedékes díj a szerződésben meghatározott időpontban, egy összegben fizetendő, de a felek részletfizetésben is megállapodhatnak.

Az első díj a szerződés létrejöttékor, minden későbbi díj annak az időszaknak ez első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik. Az egyszeri díjat a biztosítási szerződés létrejöttékor kell megfizetni. A díjfizetés jelen bekezdésben meghatározott szabályaitól a felek megállapodással eltérhetnek.

Amennyiben a Biztosító részére megfizetett díj kevesebb az esedékes díjnál, a kockázatviselés időtartama a megfizetett díjrész arányában csökken és a szerződés az így lerövidült kockázatviselési időszak utolsó napján megszűnik.

A biztosítási díj megállapodás szerinti részletekben történő fizetése esetén a Biztosító a biztosítási időszakra esedékes díj egy összegben történő megfizetését követelheti, ha a Szerződő (Biztosított) egy részlettel egészben vagy részben 15 napot meghaladó késedelembe esik.

A biztosítás díj lehet flat díj vagy elszámolásos díj. A biztosítási díj típusát a biztosítási szerződésben (a kötvényben) rögzíteni kell.

Flat díj megállapítása esetén a szerződés létrejöttéhez kapcsolódóan a Biztosító egyszeri díjat állapít meg, melyet - amennyiben a felek másként nem állapodnak meg - a szerződés létrejöttékor kell megfizetni.

Elszámolásos rendszer esetén a szerződéskötéskor Biztosító a Szerződő (Biztosított) által megadott, becsült adatok – pl. éves forgalom - alapján állapítja meg az előzetes éves díjat. Ennek bizonyos része a minimum letéti díj, amely a Biztosítót az adott biztosítási időszakra mindenképpen megilleti. Az előzetes éves díjat és a minimum letéti díjat a biztosítási szerződésben (a kötvényben) rögzíteni kell.

Szerződő (Biztosított) köteles az előzetes éves díjat megfizetni az előzőekben részletezett módon.

A biztosítási időszak lejártát követően Biztosított köteles a díjszámítás alapjául szolgáló adatoknak a biztosítási időszakra vonatkozó végleges értékeit Biztosítóval közölni, legkésőbb a biztosítási időszak lejártát követő 15. napon.

A végleges adatok alapján Biztosító kiszámítja a lejárt biztosítási időszakra vonatkozó végleges biztosítási díjat.

Biztosító a végleges díj ismeretében elszámolást készít, amelyet megküld Szerződő (Biztosított) részére.

Amennyiben a végleges biztosítási díj magasabb, mint az előzetes díj, Biztosító a különbözetről díjszámlát is mellékel az elszámolás mellé, amit Szerződő (Biztosított) a számla kézhezvételétől számított 8 napon belül köteles megfizetni.

Amennyiben a végleges díj alacsonyabb, mint a becsült díj, de meghaladja a minimum letéti díjat, a különbözetet az elszámolás megküldését követő 8 napon belül Biztosító a Szerződő (Biztosított) részére visszautalja.

Amennyiben a végleges díj nem haladja meg a minimum letéti díjat, díjvisszatérítés nem történik.

Biztosító jogosult Biztosított által megadott adatokat ellenőrizni, a Biztosított üzleti könyveibe betekinteni.

11. A biztosítási szolgáltatás

Biztosító a jelen biztosítási feltételekben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezésekor az alábbiak szerint nyújt biztosítási szolgáltatást.

A Biztosító a biztosítási szerződés hatálya alatt bekövetkezett biztosítási események következtében bekövetkezett károkat a magyar jog szabályai alapján téríti meg.

A Biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási eseményenkénti biztosítási összeg mértékéig – a biztosítási eseménnyel összefüggésben, a szerződésben foglaltak szerint – megtéríti:

- kártérítés címén a károsultat ért mindazon vagyoni kárt, amelyért a Biztosított kártérítési felelősséggel tartozik;
- a károsult ténylegesen felmerülő vagyoni kárát, azaz a károkozó körülmény folytán a károsult vagyonában beállott értékcsökkenést;
- azt a kárpótlást és költséget, amely a károsultat ért vagyoni hátrány csökkentéséhez vagy kiküszöböléséhez szükséges;
- a kárenyhítés körébe eső költségeket a Biztosító – a biztosítási összeg keretein belül – akkor is megtéríti, ha azok eredményre nem vezettek;
- a biztosítási összeg keretein belül megtéríti a Biztosító a károsult peren kívüli és perbeli igényérvényesítése folytán a Biztosítottra háruló igazolt és indokolt jogvédelmi költségeket, beleértve a jogalap nélküli kártérítési igény elhárításának költségeit is. A perköltségre a biztosítás csak akkor nyújt fedezetet, ha a perben a Biztosító részt vett, vagy a részvételtől lemondott.

A Biztosító a kártérítés összegéből a maradványértéket és a máshonnan megtérülő kárértéket – ideértve a más biztosítás alapján megtérülő kárt is – jogosult levonni.

A Biztosító szolgáltatásának feltétele a Biztosított Biztosítóhoz címzett felelősséget elismerő nyilatkozata, vagy az ezt kimondó bírósági (hatósági) határozat. A Biztosított Biztosítóhoz címzett felelősséget elismerő nyilatkozatának megtétele nem jelenti egyben a Biztosító szolgáltatási kötelezettségének beálltát. A Biztosító a Biztosított kárfelelősségét a Biztosított felelősséget elismerő nyilatkozatától függetlenül is vizsgálja. Amennyiben a Biztosító a Biztosított kárfelelősségét megállapítja, de a Biztosított ezen felelősségét indokolatlanul nem ismeri el, az ebből eredő hátrányok őt terhelik.

A Biztosított és a károsult egyezsége, a Biztosított károsultnak tett felelősségét elismerő nyilatkozata a Biztosítóval szemben csak akkor hatályos, ha azt a Biztosító tudomásul vette, a bírósági marasztalása pedig csak akkor, ha a Biztosító a perben részt vett, a Biztosított képviseléről gondoskodott vagy ezekről lemondott.

Amennyiben több személy közösen okoz kárt, és így a Biztosított felelőssége mással egyetemleges, a Biztosító helytállási kötelezettsége csak a Biztosított felróhatóságának mértékéig terjed. Ha a károkozók felróhatóságának arányát nem lehet megállapítani, akkor a Biztosító úgy teljesít, mintha a kár a károkozók között egyenlő arányban oszlana meg.

Amennyiben a Biztosító kártérítésként járadékot fizet, a járadék összegű megváltását (tőkésítését) Biztosító, Biztosított, illetve a károsult egyaránt kezdeményezheti. Az összegű megváltásra csak abban az esetben kerülhet sor, ha annak tényét és összegét mind a Biztosított, mind a károsult elfogadja.

A Biztosító a kárt attól az időponttól számított 14 napon belül téríti meg, amikor a kártérítési igény elbírálásához szükséges, valamint a Biztosított felelősségét, a kár időpontját és összegét bizonyító valamennyi irat rendelkezésre áll.

Ha a Biztosító a károsultal történt megegyezéssel vagy egyéb módon a kárt rendezni tudja, azonban az ügy lezárása a Biztosított ellenállása miatt meghiúsul, a Biztosító a megegyezés szerint fizetendő kártérítési összeget a károsult részére rendelkezésre tartja mindaddig, amíg a Biztosított nem rendelkezik annak kifizetéséről, illetve az ügy el nem évül. A Biztosított ellenállása miatt felmerülő többletkárt, költséget, kamatot a Biztosító nem fedezi.

A Biztosító a megállapított kártérítési összeget csak a károsultnak fizetheti. A Biztosított csak annyiban követelheti, hogy a Biztosító az ő kezéhez fizessen, amennyiben a károsult követelését ő egyenlítette ki.

Szakértői eljárás

Biztosítási esemény bekövetkezésekor Szerződő (Biztosított) és Biztosító közösen és egymás írásbeli értesítése mellett külön-külön is szakértőt, illetve szakértői szervezetet kérhetnek fel szakvélemény elkészítésére.

A szakvélemény költségeit az a fél viseli, aki a szakértőt, illetve a szakértői szervezetet felkérte. Közös felkérés esetén a felmerülő költségeket a megbízók egyenlő arányban viselik.

12. Kizárások

Nem téríti meg a Biztosító:

- a) Azt a kárt, amelyet a Biztosított hatósági engedély hiányában végzett tevékenysége során okozott;
- b) Azt a kárt, amely a Biztosított jogszabályban foglalt felelősségénél szigorúbb, szerződésben vagy egyoldalú nyilatkozatban vállalt kötelezettségéből ered;
- c) A kötbért, bírságot és egyéb büntetés jellegű szankciót;
- d) Azt a kárt, amelyet a Biztosított Ptk. 685. § b. pontjában meghatározott közeli hozzátartozója, továbbá a Biztosított alkalmazottja, üzlettársa vagy megbízottja szenvedett el;
- e) A más biztosítással fedezett károkat;
- f) Szabadalmi, iparjogi és szerzői jogok megsértésével összefüggésben keletkezett károkat;
- g) üzleti jó hírnév megsértése miatt keletkezett károkat
- h) Azt a kárt, amely a károsult elmaradt vagyoni előnyeként jelentkezik;
- i) Ingó és ingatlan vagyontárgyak értékének nem megfelelő becsléséből adódó károkat;
- j) Ingatlanok közvetítésével összefüggésben bekövetkezett károkat, függetlenül attól, hogy az adott tevékenységet a Biztosított saját nevében, vagy ügynökként, illetve alkuszként fejtette ki;
- k) Hatósági engedélyek beszerzésének elmulasztásából eredő károkat;
- l) a pénzügyi szolgáltatási szerződések megkötéséhez szükséges iratok elveszéséből eredő károkat,
- m) Biztosítások helytelen megkötéséből, megkötésének elmulasztásából, valamint ezen ügyekkel kapcsolatos helytelen tanácsadásból eredő kárt;
- n) **a Biztosított által alkalmazott, a pénzügyi szolgáltatásokra vonatkozó bármilyen számítási, összehasonlító szoftverek hibáiból, vagy hibás működtetéséből eredő károkat,**
- o) A számítógép vagy számítógépes hálózat védelmi rendszerének hiányával vagy elavultságával összefüggésben felmerülő kártérítési igényeket. Védelmi rendszernek minősül a tűzfal és a vírusvédelmi rendszer együttes megléte, mely rendszer program(ok)ból és hardver(ek)ből is fölépülhet. Elavultságnak minősül, ha a rendszer három munkanapja nem volt frissítve;
- p) A Biztosított, vagy olyan személy, akinek a magatartásáért a Biztosított felelős (munkaviszonyban, illetve munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban álló alkalmazottai, megbízottjai) által szándékosan okozott kárt;
- q) egy biztosítási szerződésen belül több Biztosított esetén a Biztosítottak egymásnak okozott kárát;
- r) amennyiben a Biztosított jogi személy, vagy jogi személyiség nélküli szervezet, akkor a tulajdonosainak okozott kárt;
- s) olyan jogi személynek, vagy jogi személyiség nélküli szervezetnek okozott kárt, amelyben a Biztosítottnak a káresemény bekövetkezésekor részesedése van, a részesedés százalékos arányában,
- t) Bármely olyan cég vezetésében elkövetett hibából adódó kárt, amelyben a Biztosított részesedéssel rendelkezik.

13. Biztosító megtérítési igénye

A Biztosító a Biztosítottól visszakövetelheti az általa kifizetett kártérítési összeget, ha a Biztosított, illetőleg az a személy, akinek a tevékenységéért felelősséggel tartozik a kárt súlyosan gondatlan magatartásával okozta.

Jelen szerződés alkalmazása szempontjából súlyosan gondatlan károkozásnak minősül különösen, ha

- a) a Biztosított hatáskörének, feladatkörének túllépésével végzett tevékenysége során okozta a kárt;

- b) a Biztosított a kárt a megrendelő által adott megbízás túllépésével, valamint annak szakszerű utasításaival ellentétes magatartásával okozta;
- c) a Biztosított a jogszabályokban, egyéb kötelező rendelkezésekben megkívánt személyi vagy tárgyi feltételek hiányában folytatja tevékenységét és ez a tény a károkozásban közrehatott;
- d) bíróság jogerős határozata állapítja meg a súlyosan gondatlan károkozás tényét;
- e) Biztosított a kárt foglalkozási, szakmai szabályok vagy a tevékenységre vonatkozó egyéb jogszabályi előírások súlyos megsértésével okozta
- f) a kár a Biztosítottra irányadó hatósági vagy szerződéses kármegelőzési előírások súlyos, illetve folyamatos megsértése miatt következett be;
- g) Biztosított ismételt károkozása olyan ok miatt következett be, vagy abban olyan ok is közrehatott, melynek megszüntetésére Biztosító Biztosítottat korábbi károkozás alkalmával felhívta, azonban azt Biztosított ennek ellenére sem szüntette meg, bár erre lehetősége lett volna.

14. Szerződő (Biztosított) kötelezettségei

14.1 Kármegelőzési kötelezettség

Biztosított köteles a károk megelőzése érdekében minden tőle elvárható intézkedést megtenni, a már felismert veszélyhelyzetben a veszélyt elhárítani, valamint eleget tenni a Biztosító által kért kármegelőzési intézkedéseknek. Vitás esetben felismert veszélyhelyzetnek kell tekinteni minden olyan körülményt, amely korábban károkozást eredményezett, továbbá amennyiben a kár bekövetkezésének a lehetőségére a Biztosítottat a Biztosító vagy harmadik személy figyelmeztette.

14.2 Közlési és változás-bejelentési kötelezettség

Szerződő (Biztosított) köteles a szerződéskötéskor a biztosítás elvállalása szempontjából minden olyan lényeges körülményt Biztosítóval közölni, amelyeket ismert, vagy ismernie kellett. A Szerződő fél (Biztosított) köteles ezen körülményekben, adatokban történt változásokat azok bekövetkezésétől számított 8 napon belül Biztosítónak írásban bejelenteni.

Lényeges körülménynek tekintendő különösképpen, minden olyan adat vagy információ, amelyre vonatkozóan a biztosítási szerződés megkötésekor a Szerződőt (Biztosítottat) adatszolgáltatási kötelezettség terhelte.

A lényeges körülményekre vonatkozóan Biztosító írásban közölt kérdéseire Szerződő (Biztosított) köteles a valóságnak megfelelően és hiánytalanul válaszolni még akkor is, ha az adatok, információk üzleti (foglalkozási) titkot képeznek. Szerződőnek (Biztosítottnak) Biztosító kérdéseire adott válaszai a biztosítási szerződés mellékletét képezik.

A Szerződő (Biztosított) köteles a kockázatvállalás és a biztosítási szerződés létrejötte szempontjából lényeges okiratokat, szerződéseket, hatósági határozatokat a Biztosító részére átadni, illetőleg az ezekről történő másolatkészítést, az ezekbe való betekintést lehetővé tenni.

A Biztosított jogállásában bekövetkezett változásról (átalakulás, megszűnés, csőd-, felszámolási eljárás indítása stb.) Biztosítót haladéktalanul értesíteni kell.

A kockázatvállalás és a biztosítási szerződés szempontjából lényeges okiratok, szerződések, hatósági határozatok módosulása esetén, a változott tartalmú okiratokat a Szerződő (Biztosított) köteles 8 napon belül átadni a Biztosítónak.

Amennyiben a Biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, illetőleg, ha a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását közlik vele vagy a már megkötött biztosítási szerződés tartalmát új jogszabály vagy hatályos jogszabály módosítása érintette, akkor a Biztosító tizenöt napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg – ha a kockázatot a biztosítási feltételek értelmében nem vállalhatja – a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.

Ha a Szerződő (Biztosított) a módosító javaslatot nem fogadja el vagy arra tizenöt napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított harmincadik napon megszűnik. Erre a következményre a Szerződőt (Biztosítottat) a módosító javaslat megtételekor figyelmeztetni kell.

Ha a Biztosító fenti jogaival nem él, a szerződés az eredeti tartalommal hatályban marad.

Amennyiben a Szerződő (Biztosított) közlésre vagy változás-bejelentésre vonatkozó kötelezettségét megsérti, a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a Szerződő (Biztosított) bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

14.3 Szerződő (Biztosított) kötelezettségei biztosítási esemény bekövetkezése esetén

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Szerződő (Biztosított) kötelezettségei a következők:

- a) Kárenyhítés:
A Biztosított köteles a kár bekövetkezésekor a gazdaságosság keretein belül minden szükséges intézkedést megtenni a kár enyhítése érdekében
- b) Kárbejelentés:
A biztosítási esemény bekövetkezése (az arról történt értesülése) után haladéktalanul, de legkésőbb 2 napon belül - munkaszüneti vagy pihenőnap közbejötté esetén az azt követő első munkanapon - köteles írásban bejelenteni a Biztosítónak az alábbi elérhetőségen:

1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11.
1388 Budapest, Pf.:67
Kárrendezési telefonszám: 06-1-461 0540
Központi fax: 06-1-461-0541
vagyonkar@aiminsurance.eu

A kárbejelentésnek tartalmaznia kell:

- a károsult(ak) nevét, lakcímét (székhelyét);
- a biztosítási esemény rövid leírását;
- a Biztosított felelősségének elismerésére vagy elutasítására vonatkozó Biztosítóhoz címzett írásbeli nyilatkozatát;
- az esetleges hatósági eljárás számát, az eljáró hatóság megjelölését, a hozott határozatot;

- c) Biztosított köteles a kárelhárítás és a kárenyhítés során követni a Biztosító útmutatásait, előírásait,
- d) a Biztosító, annak megbízottja és/vagy szakértője számára lehetővé kell tennie minden olyan vizsgálat elvégzését, amely a kár okának, körülményeinek, valamint a biztosítási eseménnyel kapcsolatos biztosítási szolgáltatás mértékének meghatározására vonatkozik
- e) a kárügy vizsgálata során a Biztosító részére minden írásbeli és szóbeli felvilágosítást megfelelően és teljes körűen meg kell adnia, a Biztosító által bekért dokumentumokat rendelkezésre kell bocsátania;
- f) Biztosított köteles a kárügy rendezéséhez a szükséges információkat, dokumentumokat Biztosító rendelkezésére bocsátani, a Biztosítót, illetve annak szakértőjét segíteni az okozott kár okának, bekövetkezési körülményeinek, mértékének, a Biztosítottat terhelő kárterítés terjedelmének, a kár összegének a megállapításában, a kár rendezésében.

Amennyiben Szerződő (Biztosított) a), b), valamint d)-e) alpontokban részletezett kötelezettségeit megszegi és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak, Biztosító mentesül a biztosítási szolgáltatás nyújtása alól.

Amennyiben a Biztosított a c.) alpontban foglalt kötelezettségeit megszegi, a Biztosító mentesül a kár megfizetése alól.

Amennyiben a Szerződő (Biztosított) a többi alpontokban foglalt kötelezettségeinek nem, vagy csak részben tesz eleget, a Biztosító annyiban köteles biztosítási szolgáltatási kötelezettségének eleget tenni, amennyiben a Szerződő (Biztosított) mulasztása a káreset kivizsgálását, illetve a Biztosító szolgáltatási kötelezettségének megállapítását nem befolyásolta. Ellenkező esetben a Biztosító kötelezettsége nem áll be.

A kárigény elbírálásához továbbá az alábbi dokumentumok benyújtása szükséges:

1. a Biztosított Biztosítónak címzett írásbeli felelősségelismerő nyilatkozata,
2. biztosítási esemény bekövetkezési körülményeinek és következményeinek tisztázásához szükséges iratok (a biztosított és a biztosítási eseménnyel érintett más személy nyilatkozata a biztosítási esemény körülményeiről, az ezt tartalmazó jegyzőkönyvek másolata),
3. amennyiben a biztosítási eseménnyel vagy az annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban rendőrségi, közigazgatási, állategészségügyi vagy más hatósági eljárás indult, az eljárás során keletkezett, illetőleg az eljárás anyagának részét képező iratok (büntető eljárásban és szabálysértési eljárásban meghozott jogerő határozat csak abban az esetben, ha az a kárigény (szolgáltatási igény) benyújtásakor már rendelkezésre áll),
4. igényt alátámasztó dokumentumokat, számlákat, számviteli bizonylatokat, szakvéleményeket, jegyzőkönyveket, fényképeket, szerződéseket, idegen nyelvű dokumentáció esetén ezek magyar nyelvű fordítását, melynek költsége a kárigény előterjesztőjét terheli,
5. a biztosítási eseménnyel kapcsolatban a mentéshez, kármegelőzéshez, kárenyhítéshez igénybe vett eszközök, erőforrások használata során keletkezett költségek igazolására alkalmas iratokat,
6. a pénzügyi szolgáltatásra vonatkozó szerződések, és azok mellékletei, valamint a kapcsolódó szabályzatok
7. a biztosított tevékenység végzését engedélyező okiratok, igazolványok.
8. a károsult fél adatai, elérhetőségei
9. minden olyan rendelkezésre álló további dokumentum, amely a káreseménnyel összefüggésben igazolja a kár összegét illetve a kár létrejöttének körülményei
10. szakértői vélemények, nyilatkozatok.

A felsorolt dokumentumokon, okiratokon kívül a Biztosítottnak, illetve a károsultnak joga van a károk és költségek igazolására a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesítse.

15. Személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók

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

A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó ügyfeleinek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet. Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a biztosító a fenti célokból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

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

A biztosítási titoknak minősülő adatot a Biztosító csak akkor adhatja ki harmadik fél részére, ha az érintett fél vagy törvényes képviselője a kiszolgáltatható titkokról pontosan megjelölve, arra írásbeli felmentést ad. A Biztosító az ügyfél felmentésének hiányában biztosítási titkot kizárólag a már hivatkozott Biztosítási törvényben felsorolt szervezeteknek és csak az ott megjelölt körben szolgáltatathat ki.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége – jogszabályban meghatározott megkeresés vagy adatszolgáltatási kötelezettség teljesítése során - nem áll fenn:

- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel;
- b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel;
- c) a büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval;
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel;
- e) ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli;
- f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal;
- g) a biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselővel, ezek érdek-képviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal;
- h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal;
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal;
- j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésre felhatalmazott szervvel;
- k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal;
- l) az e törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető kötvénnyilvántartó szervvel,
- m) az állomány átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval;
- n) valamint a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, továbbá ezek egymásközi átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát, illetve a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, illetve a károkozóval, amennyiben az önrendelkezési jogával élve a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adataihoz kíván hozzáférni;
- o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
- p) 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, szaktanácsadóval,
- q) a feladatkörében eljáró országgyűlési biztossal,
- r) a kártörténetre vonatkozó adatra és a bonus-malus besorolásra nézve a 109/A. § (2) bekezdésében szabályozott esetekben a biztosítóval,
- s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresemény igazolásának részletes szabályairól szóló rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval

szemben, ha az a)-j), n), r) és s) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a k), l), m), p) és q) 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.

A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóság, a nemzetbiztonsági szolgálat és az ügyészség írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti i) kábítószerrel visszaéléssel, ii) terrorcselekménnyel, iii) robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, iv) lőfegyverrel vagy lőszernel visszaéléssel, v) pénzmosással, vi) bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

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

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

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a magyar bűnüldöző szerv, illetőleg az Országos Rendőr-főkapitányság - a pénzmosás megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2003. évi XV. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva, vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv, illetőleg külföldi Pénzügyi Információs Egység írásbeli megkeresése teljesítése céljából - írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól, amennyiben a megkeresés tartalmazza a külföldi adatkérő által aláírt titoktartási záradékot.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét az összesített adatszolgáltatás, valamint a jogalkotás megalapozása és hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása. A Biztosító jogutód nélküli megszűnése esetén az általa kezelt üzleti titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított 60 év múlva levéltári kutatások céljára felhasználható.

A Biztosított tájékoztatást kérhet személyes adatai kezeléséről, valamint kérheti személyes adatai helyesbítését – illetve a jogszabályban elrendelt adatkezelések kivételével – törlését.

A Biztosító, mint adatkezelő a kérelmező részére tájékoztatást ad az általa kezelt adatiról, és az adatkezelés törvényben meghatározott körében annak körülményeiről.

Az érintett tiltakozhat személyes adatának kezelése ellen, többek között, ha a személyes adatok kezelése (továbbítása) kizárólag az adatkezelő vagy az adatátvevő jogának vagy jogos érdekének érvényesítéséhez szükséges, kivéve, ha az adatkezelést törvény rendelte el. Az érintett tiltakozhat abban az esetben is, ha a tiltakozás jogának gyakorlását egyébként törvény lehetővé teszi.

A Biztosító, mint adatkezelő köteles a bejelentéseket a törvény előírása szerint kivizsgálni, és a kérelmezőt írásban tájékoztatni.

Az érintett a jogainak megsértése esetén az adatkezelő ellen bírósághoz fordulhat. Az adatkezelő köteles megtéríteni az érintett igazolt kárát is, amennyiben azt jogellenes adatkezeléssel vagy a technikai adatvédelem követelményeinek megszegésével okozta.

Az adatkezelés célja lehet a biztosítási szerződés megkötése, módosítása, állományban tartása, a biztosítási szerződésből eredő követelések megítélése vagy a biztosítási törvény által meghatározott egyéb cél.

A Biztosító a személyes adatokat, valamint biztosítási titkot képező adatokat a biztosítási jogviszony fennállása alatt, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatok pedig addig kezelhetők, ameddig a szerződés meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

16. Záró rendelkezések

Többszörös biztosítás

Amennyiben a Szerződő (Biztosított) valamely más Biztosítónál valamely, a biztosítási szerződésben biztosított tevékenységre, vagyontárgyra, biztosítással kapcsolatos költségre, veszteségre ugyanazon, vagy részben megegyező kockázatokat fedező biztosítást kötött, köteles azt a Biztosítónak haladéktalanul bejelenteni.

Amennyiben a biztosítási esemény bekövetkezésekor más – részben vagy egészben ugyanazon kockázatot fedező - biztosítás is hatályban van, a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak a két hatályos biztosítási szerződés szerinti szolgáltatási maximum közötti különbségre terjed ki, feltéve, hogy jelen biztosítási szerződés szolgáltatási maximuma magasabb.

Módosítás

Felek a biztosítási szerződést közös megegyezéssel írásban módosíthatják.

Jognyilatkozatok

A szerződő felek megállapodnak, hogy jognyilatkozatait írásban kötelesek közölni.

Elévülés

A jelen szerződésből eredő igények a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított egy éven belül évülnek el.

A Biztosító főbb adatai, fogyasztói bejelentésekkel foglalkozó egységeink, valamint felügyeleti szervünk megnevezése és elérhetőségei:

AIM ÁLTALÁNOS BIZTOSÍTÓ ZRT.

Az AIM Általános Biztosító Zrt. a PSZÁF 2006. november 16. napján kelt E-II-287/2006. számú alapítást engedélyező határozata alapján, zártkörű alapítással létrehozott egyszemélyes részvénytársaság. A Biztosító a nem életbiztosítási ágon belüli tevékenységét a 2007. február 1-jével, a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletének E-II-52/2007. számú határozata alapján kezdte meg.

1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11.

1388 Budapest, Pf.: 67

Cg.: 01-10-045571

Központi telefon: 461-05-40

Központi fax: 461-05-41

FELÜGYELETI SZERV PÉNZÜGYI SZERVEZETEK ÁLLAMI FELÜGYELETE (PSZÁF)

1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

Központi levélcím: 1535 Budapest, 114. Pf. 777

Központi telefon: 489-91-00

Központi fax: 489-91-02