

AIM Belföldi és Nemzetközi árufuvarozói felelősségbiztosítások általános feltételei

Általános rendelkezések

Jelen általános feltételek alkalmazandók az AIM Általános Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) belföldi és nemzetközi árufuvarozói felelősségbiztosítási szerződéseire.

Jelen általános feltételek, az egyes biztosítások különös feltételeivel, 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 feltétel, záradék, melléklet a biztosítási kötvényen felsorolásra kerül.

Jelen általános feltétel az alkalmazott különös feltétellel együtt az ügyféltájékoztató célját is szolgálja.

A Biztosító a biztosítási szerződésben kötelezettséget vállal, hogy biztosítási díj megfizetése ellenében a biztosítási szerződésben meghatározott esetekben és feltételek mellett biztosítási szolgáltatási összeget fizet.

Amennyiben a biztosítási kötvény, vagy az egyes biztosítások különös feltételei jelen általános feltételektől eltérő rendelkezéseket tartalmaznak, a kötvény, illetve a különös feltételek rendelkezései az irányadóak. Azon kérdésekben, amelyekről sem a kötvény, sem a különös feltételek nem rendelkeznek, jelen általános 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 Biztosítóval. Biztosítási szerződést csak olyan személy köthet, akinek érdeke fűződik a vagyontárgy(ak) megóvásához, illetve aki a biztosítási szerződést ilyen személy javára köti.
- Biztosított: Akinek javára a biztosítási szerződés létrejön, akinek a Biztosító a biztosítási szolgáltatást teljesíti.
- Biztosító: az AIM Általános Biztosító Zrt. (1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. Cg:01-10-045571)

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

1. 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 kockázatviselési 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 a Biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés eltér a biztosítási feltételektől, a 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 a 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.

2. Kockázatviselés

A Biztosító kockázatviselése csak abban az esetben áll fenn, ha a Szerződő az első díjat annak esedékességétől számított 30 napon belül megfizette.

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.

3. 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 lejártakor 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 nappal 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 folytatólagos biztosítási díj (díjrészlet) esedékességétől számított 60. nap elteltével a biztosítási szerződés megszűnik, ha addig a hátralékos díjat felszólítás ellenére sem 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 küld részére, amely azonban nem jelent halasztást a szerződés megszűnésére nézve.

Amennyiben a Biztosító a szerződés díjnémfizetés miatti megszűnésétől számított 3 hónapon belül a Szerződő (Biztosított) által befizetett díjat a díj beérkezésétől számított 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.

4. 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.

Felelősségbiztosításra vonatkozóan a Biztosító kockázatviselése a biztosítási szerződés hatálya alatt okozott, bekövetkezett és a legkésőbb a biztosítási szerződés megszűnését követő 30 napon belül a Biztosító részére írásban bejelentett károkra 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.

Kár bekövetkezésének időpontja az a nap, amiktől a Biztosított kártérítési fizetési kötelezettsége esedékessé válik.

A kár bekövetkezésének időpontja a károsodás időpontja;

Sorozatkár bekövetkezésének időpontja a sorozat első káreseményének időpontja.

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

A Biztosító kockázatviselésének területi hatálya a biztosítási kötvényen kerül meghatározásra.

5. Biztosítási összeg

A biztosítási időszakra megállapított biztosítási összeg az egy biztosítási időszakban okozott károk kapcsán bekövetkezett biztosítási eseményekre a Biztosító szolgáltatásának szabályai szerint összesen kifizethető összeg.

A biztosítási összeg 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, hanem a biztosítási esemény bekövetkezésének időszakára eső, illetőleg a még abból fennmaradó biztosítási összeg 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 az irányadó.

6. Kártérítési Limit

Az adott kártérítési limit a Biztosító szolgáltatásának felső határa, függetlenül a kár(ok) tényleges összegétől, illetve káreseménnyel, káreseményekkel kapcsolatban ténylegesen felmerült költségektől.

A biztosítási időszakra vonatkozó kártérítési limit a káridőponttól a biztosítási időszak további részére a Biztosított részére nyújtott szolgáltatás összegével csökken, kivéve, ha a Szerződő fél (Biztosított) a biztosítási díjat megfelelően kiegészíti.

A biztosítási eseménnyel kapcsolatban meghatározott kártérítési limitet a Biztosító által kártérítés címén fizetett összeg akkor sem haladhatja meg, ha a térítési kötelezettség több Biztosítottat terhel, illetve több személy lép fel kártérítési igénnyel. Amennyiben több személy lép fel kártérítési igénnyel és az egy biztosítási eseménnyel kapcsolatos kártérítési limit valamennyi kártérítési követelés kielégítésére nem elegendő, a Biztosító a károsultaknak az őket ért kár arányában fizet kártérítést.

A kártérítési limit a biztosítási szerződésben feltüntetésre kerül.

7. Biztosítási díj, a díjfizetés szabályai

Felelősségbiztosítások esetén a biztosítás éves díját a 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 kötvényen) 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 biztosítási szerződés a biztosítási esemény bekövetkeztével megszűnik.

Egy évnél rövidebb, határozott időtartamra kötött biztosítási szerződés esetén a Biztosító:

- egytől három hónapig terjedő időszakokra kötött biztosítási szerződésekre az éves díj 0,4 részét,
- ezt meghaladó tartam esetén minden megkezdett hónapra az éves díj 0,1 részét számítja fel,
- kilenc hónapon túli időre kötött biztosításnál a teljes éves díj kerül felszámításra.

Felelősségbiztosítások esetén:

- A biztosítás díj lehet flat díj vagy elszámolós 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.
- Elszámolós rendszer esetén a szerződéskötéskor a Biztosító a Szerződő (Biztosított) által megadott, becsült adatok alapján – pl. éves forgalom, bérköltség - mértéke szerint 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, a Biztosító a különbözetről díjszámlát is mellékel az elszámolás mellé, amit a 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 a Biztosító a Szerződő (Biztosított) részére visszautalja.
- Amennyiben a végleges díj nem haladja meg a minimum letéti díjat, díjvisszatérítés nem történik.
- Biztosító jogosult a Biztosított által megadott adatokat ellenőrizni, a Biztosított üzleti könyveibe betekinteni.

8. Biztosítási események köre

A Biztosító kockázatviselése a biztosítási szerződésben felsorolt, és a különös feltételekben definiált jövőbeni eseményekre (biztosítási események) terjed ki.

- A biztosítási esemény olyan – a felelősségbiztosítás különös szerződési feltételeiben meghatározott - másnak okozott kár miatti kártérítési kötelezettség, amelyet a magyar jog szerint a Biztosítottnak kell teljesítenie, és amelynek a teljesítése alól a Biztosítottat a Biztosító– biztosítási díj fizetése ellenében – a biztosítási szerződésben meghatározottak szerint mentesíti.
- A biztosítási esemény(ek) a különös szerződési feltételekben a Biztosított károkozói, kárfelelősségi minősége (pl. ingatlanulajdonos, munkáltató, gyártó, szolgáltató, stb.), illetve a lehetséges károsultak jogállása (pl. munkavállaló, vevő, megrendelő, stb.) szerint kerül(nek) meghatározásra.
- A sorozatkárok egy biztosítási eseménynek minősülnek. Sorozatkárnak tekintendők az egyazon károkozói magatartásból, illetve okból eredő, valamint az azonos okra visszavezethető, de eltérő időpontokban bekövetkezett károk, ha az ok és okozat közötti összefüggés jogi, gazdasági vagy műszaki vonatkozásban fennáll.

9. Kizárt kockázatok

A biztosítási szerződés alapján a Biztosító nem téríti meg azokat a károkat, amelyek az alábbiakban felsorolt okok miatt – közvetve, vagy közvetlenül - következtek be:

- nukleáris reakció, robbanás, sugárzás, radioaktív szennyezés, nukleáris energia károsító hatása, sugárzó anyagok bármilyen célú felhasználása, még abban az esetben sem, ha ezek a károk a különös feltételekben definiált biztosítási események képében jelentkeztek;
- háborús események, megszállás, harci cselekmények (függetlenül attól, hogy történt-e hadüzenet vagy sem) bármely fajtája;
- katonai/polgári hatóságok rendelkezései, például, de nem kizárólagosan: állandó, vagy ideiglenes birtokfosztás, elkobzás, kisajátítás, rekvirálás, katonai célra való igénybevétel;
- katonai, vagy népfelkelés, lázadás, zavargás, fosztogatás, forrongás, forradalom, ellenforradalom, polgárháború, szeparatista cselekmény, zendülés;
- sztrájk, részleges vagy teljes munkabeszüntetés, elbocsátott munkások vagy munkahelyi rendezettségben résztvevők, valamint bármilyen politikai szervezettel kapcsolatban, illetve annak nevében fellépő személyek miatt, vagy velük, illetve fellépésükkel összefüggésben felmerülő okok;
- terrorizmus, illetve a hivatalos szervek terrorizmus ellenes intézkedései.

Terrorizmus: Terrorizmuson a bármely szervezettel kapcsolatban álló személy(ek) által politikai célzattal elkövetett erőszakos cselekmények, valamint az állampolgároknak vagy azok egy részének megfélemlítése céljával végrehajtott akciók értendők.

Nem téríti meg a Biztosító:

- a) az államigazgatási jogkörben okozott károkat;
- b) a kárt, ha a kár közvetlen kiváltó oka valamilyen természeti katasztrófa miatt következett be,
- c) azt a kárt, amely a Biztosított működési körén kívül eső, elháríthatatlan ok miatt következett be;
- d) azt a kárt, illetve a kárnak azt a részét, amelyet a károsult felróható magatartása okozott. A károsult terhére esik mindazok tevékenysége vagy mulasztása is, akiknek a magatartásáért jogszabály szerint felelős.

- e) a Biztosított saját kárát és a Biztosított Ptk. 685.§ b) pontjában felsorolt hozzátartozóinak okozott károkat (jogi személyek képviselője, cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes személyek törvényes képviselője és annak hozzátartozója a Biztosítottal és annak hozzátartozójával azonos elbírálás alá esik.);
- f) ha a Biztosított jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet, akkor a tulajdonosainak okozott kárt;
- g) Biztosított tulajdonában lévő jogi személynek, illetve jogi személyiség nélküli egyéb szervezetnek okozott kárt;
- h) több Biztosított esetén a Biztosítottak egymásnak okozott kárait;
- i) azt a kárt, amelyért a Biztosított nem a biztosítási szerződésben meghatározott minőségében felel;
- j) azt a kárt, amely a Biztosított jogszabályban meghatározott felelősségénél szigorúbb, szerződésben vagy egyoldalú nyilatkozatban vállalt helytállási kötelezettségen alapul;
- k) azon károkat, melyeket a Biztosított (vagy olyan személy, akinek a magatartásáért felelős) bűncselekménnyel okoz;
- l) valamely szerződést Biztosító mellékkötelezettségeket (pl. kötbér), bírságot, pénzbüntetést, valamint az egyéb büntető jellegű költségeket, valamint a károkozó ezzel kapcsolatos képviselési költségeit;
- m) a kárt, ha a Biztosítottat a Biztosító vagy harmadik személy írásban figyelmeztette a biztosítási esemény bekövetkezésének lehetőségére, és a kár ezután, a szükséges intézkedés hiányában következett be;
- n) a többletkárt, ha a Biztosított nem tett eleget kárenyhítési kötelezettségének;
- o) dologi károk esetében az elmaradt vagyoni előnyt;
- p) számítógépes szoftver, hardver, beépített chip vagy nem számítógép jellegű berendezésbe épített integrált áramkör vagy hasonló eszköz hibás dátumfelismerésével összefüggésben felmerülő közvetlen vagy közvetett kártérítési igényeket;
- q) adatvesztéssel összefüggésben felmerülő közvetlen vagy közvetett kártérítési igényeket
- r) a kötelező gépjármű-felelősségbiztosítás és a kötelező vízi jármű-felelősségbiztosítás szabályai alapján térülő károkat;
- s) légi járművek, repülőterek üzemeltetési minőségében okozott károkat, légi járművek (alkatrészei és tartozékai) tervezéséből, gyártásából, forgalomba hozatalából, karbantartásából, javításából eredő károkat;
- t) a Biztosított által üzemeltetett járművek, munkagépek által okozott nem baleseti jellegű útrongálási, valamint talaj vagy növényi kultúrák letaposásával okozott károkat,
- u) az elektromágneses mezők által közvetlenül vagy közvetve okozott károkat;
- v) lassú, folyamatos állagromlással okozott dologi károkat, melyek zaj, rázkódás, rezgés, szag, füst, kormozódás, korrózió, gőz vagy egyéb hasonló hatások következtében álltak elő;
- w) a penészesedés és gombásodás által okozott károkat;
- x) az álló- és folyóvizek áradásával okozott károkat azokban az esetekben, amikor a Biztosított az ezek elhárításával összefüggő berendezések és intézkedések létrehozásával, illetve ilyen berendezések előállításával, telepítésével, karbantartásával és javításával hivatásszerűen foglalkozik, és e minőségében kártérítési kötelezettsége áll be;
- y) mindenfajta dohány, illetve dohányipari termék által okozott kárt, kivéve a nikotint tartalmazó gyógyhatású készítmények alkalmazásából eredő kárt;
- z) azokat a károkat, amelyek azbeszt alkalmazásából vagy felhasználásából erednek;
- aa) a vér, vércszítmények és vértranszfúziós berendezések által okozott károkat.

Az egyes biztosítások különös feltételei fentiekén túl tartalmazhatnak további kizárásokat.

Abban az esetben, ha a biztosítási szerződésben foglalt kizárás valamely pontja alapján bármely kár, sérülés, költség vagy kiadás megtérítését a Biztosító indokolt nyilatkozatával megtagadja, úgy annak bizonyítása, hogy a káresemény a szerződés alapján fedezetben volt, a Szerződőre (Biztosított) hárul.

Ha a szerződésben alkalmazott valamely kizárás bármely része érvényét veszti, vagy nem alkalmazható, a kizárás érvénytelenséggel nem érintett része továbbra is érvényben marad

10. Szerződő (Biztosított) kötelezettségei

10.1 Kármegelőzési kötelezettség

Biztosított köteles a károk megelőzése és elhárítása érdekében minden tőle elvárható intézkedést megtenni, a már felismert veszélyhelyzetben a veszélyt elhárítani, valamint eleget tenni a szükséges vagy 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.

A Szerződő (Biztosított) köteles saját költségére elvégezni minden olyan ésszerű átalakítást, bevezetni minden olyan biztonsági intézkedést, amely a károk bekövetkezésének valószínűségét, illetve azok hatását csökkenti. Biztosított köteles saját költségére a hatályos jogszabályokat és hatósági határozatokat betartani.

Biztosító jogosult a kármegelőzési intézkedések megvalósítását és megtartását ellenőrizni.

10.2 Közlési és változás-bejelentési kötelezettség

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

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

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

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 megtetelekor 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.

10.3 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 tűzbiztosítási eseményt (ide értve bármely olyan eseményt is, amely tüzet okozott) haladéktalanul jelenteni köteles az illetékes tűzrendészeti hatóságnak;
 - lopás, rablás kárnál, illetve minden más olyan kárnál, mely valószínűsíthetően bűncselekmény következménye, értesítenie kell a rendőrséget;
 - a káresemény bekövetkezése (a kárról történt értesülése) után, illetve olyan cselekmény bekövetkezése esetén (annak értesülése után), amelyről feltételezhető, hogy biztosítási eseményhez vezethet azt haladéktalanul, de legkésőbb 2 napon belül - munkaszüneti vagy pihenőnap közbejötté esetén az azt követő első munkanapon - köteles írásban bejelenteni a Biztosító Vezérügynökének az alábbi elérhetőségen:

BCI Hungary Biztosítási Vezérügynök Kft

Levelezési cím: 1097 Budapest, Könyves Kálmán krt.11.

1386 Budapest, 62., Pf: 906/35

Telefonszám: 06-1-219 5837

Faxszám: 06-1-219 5838

info@bcihungary.hu

A kárbejelentésnek tartalmaznia kell:

- a káresemény leírását, időpontját, helyét;
- a károsodott vagyontárgyak (létesítmények, eszközök, stb.) megnevezését

- a kár megállapított vagy becsült értékét;
- a Szerződő (Biztosított) részéről a kárrendezésben közreműködő személy elérhetőségét;
- a kárbejelentésig megtett intézkedések felsorolását;
- a kárral kapcsolatos valamennyi lényeges egyéb információt

Fentiekén kívül a kárbejelentésnek tartalmaznia kell:

- a károsult(ak) nevét, lakcímét (székhelyét);
 - a Biztosított felelősségének elismerésére vagy elutasítására vonatkozó Biztosítóhoz címzett 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, mértékének, 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) a 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 kártérítés terjedelmének, a kár összegének a megállapításában, a kár rendezésében;

A kárigény elbírálásához továbbá az alábbi dokumentumok benyújtása szükséges:

Vagyonkár:

1. CMR fuvarlevél eredeti fuvarozói példánya
2. Szállítójegy
3. Áruszámla másolat
4. Felszólamlás / kárbejelentés a fuvarozó felé
5. Kárjegyzőkönyv
6. Fotók a károsodott vagyontárgyról, amennyiben készültek.
7. Tételes, összegszerű kárigény vagy kárszámla
8. Eredeti kereskedelmi áruszámla
9. Eredeti rakományjegyzék / packing list / delivery note /
10. Lerakó jegyzőkönyv
11. Az árutulajdonos nyilatkozata arról, hogy rendelkezett-e szállítmánybiztosítással az árura
12. Amennyiben a sérült áru javítható, csökkentett áron értékesíthető, vagy rendelkezik maradványértékkel, úgy a javítási számla, valamint az értékcsökkenés, illetve maradványérték megjelölése
13. Amennyiben a sérült áru további felhasználásra alkalmatlan, selejtezési / megsemmisítési jegyzőkönyv
14. A fuvarozó megbízója által megküldött fuvarmegbízás és az arra adott visszaigazolás
15. Gépkocsivezető meghallgatási jegyzőkönyve
16. Hatósági jegyzőkönyv (amennyiben történt hatósági intézkedés)
17. Thermoszalag (szabályozott hőmérsékleten történt szállítás esetén)
18. Jármű mozgását igazoló dokumentum (pl. tachográf)
19. tűz esetén tűzoltósági jegyzőkönyv
20. lopás esetén rendőrségi jegyzőkönyv

Felelősségi kár:

1. a Biztosított Biztosítóhoz címzett írásbeli felelősségelismerő nyilatkozata,
2. kárfelvételi jegyzőkönyv,
3. árajánlat, javítási kalkuláció,
4. esetenként kárenyhítéssel, kármegelőzéssel kapcsolatos tevékenységek igazolása.
5. a Károsultakkal folytatott lényeges levelezést

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

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 kéresem kivizsgálását, illetve a Biztosító szolgáltatási kötelezettségének megállapítását nem befolyásolta. Ellenkező esetben a Biztosító kötelezettsége nem áll be.

11. Biztosító megtérítési igénye

A Biztosító a kifizetett kártérítési összeg megtérítését követelheti a Biztosítottól, ha a kárt a Biztosított szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.

Jelen szerződés alkalmazása szempontjából súlyosan gondatlan károkozásnak minősül különösen, ha

- a) a kárért felelős személy a kárt ittas vagy bódító hatású szer hatása alatt okozta, és ez a tény a károkozásban közrehatott;
- b) a Biztosított engedély nélkül vagy hatáskörének, feladatkörének túllépésével végzett tevékenysége során okozta a kárt;
- 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) a kár amiatt következett be, mert a Biztosított megszegte a tevékenységére vonatkozó egészségügyi, egészségvédelmi előírásokat;
- f) Biztosított a kárt foglalkozási, szakmai szabályok vagy a tevékenységre vonatkozó egyéb jogszabályi előírások súlyos megsértésével okozta
- g) a kár a Biztosítottra irányadó hatósági vagy szerződéses kármegelőzési előírások súlyos, illetve folyamatos megsértése miatt következett be;
- h) Biztosított ismételt károkozása olyan ok miatt következett be, vagy abban olyan ok is közrehatott, melynek megszüntetésére a Biztosító a Biztosítottat korábbi károkozás alkalmával felhívta, azonban azt a Biztosított ennek ellenére sem szüntette meg, bár erre lehetősége lett volna.

12. Kárrendezés, a Biztosító teljesítése

A Biztosító a bejelentett és hozzá beérkezett igényeket a kárrendezéshez szükséges utolsó okmány beérkezését követő 30, azaz harminc napon belül rendezi. A Biztosító a kárt devizakülföldi Kedvezményezett esetén devizában, devizabelföldi Kedvezményezett esetében forintban rendezi. A devizában kifejezett kárösszeg esetén a biztosítási esemény bekövetkeztének napján érvényes MNB deviza középárfolyam alkalmazásával számítandó át a térítendő, forintban kifejezett kárösszeg.

A Biztosító általános forgalmiadó-köteles szolgáltatás ellenértéke (anyag-, javítási, illetve helyreállítási költség) után az általános forgalmi adó összegének megfelelő összeg megtérítésére csak olyan számla alapján vállalhat kötelezettséget, illetve térítheti meg, amelyen feltüntetik az általános forgalmi adó összegét, vagy amelyből annak összege kiszámítható.

13. Önrészesedés

Az önrész 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.

14. Biztosítási szolgáltatás:

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

- a) kártérítés címén a károsultat ért mindazon vagyoni és nem vagyoni kárt, melyért a Biztosított a magyar jog szerint kártérítési felelősséggel tartozik, így
 - a károsult ténylegesen felmerülő vagyoni kárát, azaz a károkozó körülmény folytán a károsult vagyonában beállott értékcsökkenést;

- mindazt a kárpótlást és költséget, mely a károsultat ért vagyoni és nem vagyoni hátrány csökkentéséhez vagy kiküszöböléséhez szükséges;
- b) a kockázatba vont felelősségi károk járulékait, így a kamatot, valamint a biztosítási eseménnyel összefüggésben a Biztosított ellen indított peres eljárás költségeit, feltéve, hogy a Biztosító a perben részt vett vagy a perben való részvételről lemondott. A Biztosító megtéríti a Biztosított képviselőjét ellátó ügyvéd munkadíját és készkiadásait legfeljebb a kárösszeg 5%-a, de maximum 300 000 Ft erejéig és a káresemény jogalapjának vagy összegszerűségének megállapítása érdekében – a Biztosító előzetes jóváhagyása alapján – felkért szakértő költségét.
- c) a kárenyhítés körébe eső költségeket akkor is, ha azok nem vezettek eredményre.

Ha a Biztosítottnak jogszabály vagy bírói rendelkezés folytán kártérítési kötelezettsége fedezetére biztosítékot vagy letétet kell adnia, a Biztosító erre oly mértékben köteles, mint amilyen mértékben köteles a kár megtérítésére.

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 képviselőjétől gondoskodott vagy ezekről lemondott.

Amennyiben több személy közösen okoz kárt, és így a Biztosított felelőssége mással egyetemleges, a Biztosító helyállási 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.

A Biztosító egy káreseménynek tekinti, ha egy biztosítási esemény során többen károsodnak.

A Biztosító a kárt attól az időponttól számított 30 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 károsulttal történt megegyezéssel vagy egyéb módon a kárt rendezni tudja, azonban az ügy lezárása a Biztosított ellenállása miatt megghiúsul, 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 a Szerződő (Biztosított) és a 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 szakértőnek, illetve a szakértői szervezetet felkérte. Közös felkérés esetén a felmerülő költségeket a megbízók egyenlő arányban viselik.

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 titokkört pontosan megjelölve, arra írásbeli felmentést ad. A Biztosító az ügyfél felmentésének hiányában biztosítási titkot kizárólag a már hivatkozott Biztosítási törvényben felsorolt szerveknek 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, biztosításközvetítói, 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 szervezettel;
- k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal;
- l) az e törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervezettel,
- 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 alapvető jogok biztosával,
- r) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal,
- s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval

szemben, ha az a)–j), n), s) és t) 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)–m) és p)–r) 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 lőszerrel 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” jellel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyészi 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, vagy zárolását.

A Biztosító, mint adatkezelő a kérelmező részére tájékoztatást ad az általa kezelt adatról, 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 az illetékes bírósághoz, illetve a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz 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 megkötésével kapcsolatban igény érvényesíthető.

A papíralapú és elektronikus adatfeldolgozást a Biztosító által megbízott szervezetek kiszervezett tevékenységként végzik.

Egyéb rendelkezések

A Szerződő és a Biztosított hozzájárulnak ahhoz, hogy a biztosítási szerződéshez kapcsolódó adataikat a jelen biztosítás keretein belül a Biztosító nyilvántartsa és kezelje.

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.

Visszkereseti jog

Amennyiben a Biztosító a kárt megtérítette, őt illetik meg azok a jogok, amelyek a Biztosítottat illették meg a kárért felelős személlyel szemben.

Elévülés

A szerződésből eredő igények a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 1 év elteltével elévülnek.

Vezérügynök

A BCI Hungary Biztosítási Vezérügynök Kft. (székhely:1118 Budapest, Ménesi út 22., Cg.:01-09-930094), mint a Biztosító a biztosító biztosítókról és biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. tv. 50.§-a szerinti Vezérügynöke, aki/amely jogosult a Szerződő jognyilatkozatainak és egyéb közléseinek az átvételére, valamint azoknak a Biztosító részére történő továbbítására, a Vezérügynök tudomásszerzése a Biztosító tudomásszerzésének minősül. A Vezérügynök jogosult a kár rendezésére is. A Vezérügynök szakmai tevékenysége során okozott kárért a Biztosító áll helyt, eljárásával szemben a Biztosítónál tehető írásbeli panasz.

Panaszkezelés

A Biztosító biztosítja, hogy az ügyfél a Biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) közölhesse.

A panasz elutasítása esetén a fogyasztó a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéről szóló törvény szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeleténél fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet, vagy a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén bírósághoz fordulhat, vagy a Pénzügyi Békéltető Testület eljárását kezdeményezheti.

A Pénzügyi Békéltető Testület elérhetőségei: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
levélcím: H-1525 Budapest BKKP Pf.: 172., telefon: +361-489-9100, e-mail: pbt@pszaf.hu

A Biztosító főbb adatai, fogyasztói bejelentésekkel, panaszügyekkel foglalkozó egységeinek, valamint felügyeleti szervének 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