

Társasházi közös képviselők és társasházkezelők felelősségbiztosítása

Ügyfél-tájékoztató

Tisztelt Partnerünk!

Tájékoztatónknak célja, hogy kiemeljük biztosításunk legfontosabb jellemzőit, valamint az, hogy közérthetőbbé tegyük a biztosítási feltételek gyakran bonyolultnak tűnő megfogalmazásait.

A szerződés tartama, a biztosítási időszak

A biztosítási szerződés a felek megállapodása szerint határozatlan vagy határozott időtartamra jön létre. A határozott tartam egy évnél rövidebb is lehet.

A biztosítási évforduló minden naptári év első napja (január 1-je).

A határozatlan és az egy évnél hosszabb határozott időtartamra létrejött szerződések esetén a biztosítási időszak egy év, amely megegyezik a naptári évvel. Ha a biztosítási szerződés nem január 1-jei kezdettel jön létre, az első biztosítási időszak töredék év, amely a szerződés létrejöttének időpontjától a tárgyév utolsó napjának a végéig tart.

A szerződés létrejötte, hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete

A biztosítási szerződés – a szerződő írásbeli ajánlatára – a felek írásbeli megállapodásával jön létre. A szerződés – az ajánlatnak a biztosító képviselője (megbízottja) részére történő átadásától számított 15. nap leteltével, az átadás időpontjára visszamenő hatállyal – akkor is létrejön, ha a biztosító a 15 napos határidőn belül nem nyilatkozik az ajánlatra.

Ha a kötvény tartalma eltér a szerződő fél ajánlatától, és az eltérést a szerződő fél 15 napon belül nem kifogásolja, a szerződés a kötvény tartalma szerint jön létre. E rendelkezést a lényeges eltérésekre csak akkor lehet alkalmazni, ha a biztosító a kötvény kiszolgáltatásakor írásban felhívta a szerződő fél figyelmét az eltérésre. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat szerint jön létre.

Ha a biztosítást biztosítási alkusz közvetíti, a biztosító számára a nyilatkozattételre nyitva álló 15 napos határidő az azt következő napon veszi kezdetét, amikor az alkusz az ajánlatot a biztosítónak átadta.

Nem jön létre a szerződés, ha a biztosító az ajánlatot az átadásától számított 15 napon belül elutasítja.

A biztosító kockázatviselése – más megállapodás hiányában – az azt követő napon 0 órakor veszi kezdetét, amikor a szerződő a biztosítás teljes első díját (részletfizetés esetén a teljes díjrészletet), illetve egyszeri díját a biztosító számlájára vagy pénztárába befizette, vagy a biztosító képviselőjének, illetve a biztosító felhatalmazása alapján a biztosítási alkusznak elismervény ellenében átadta, feltéve, hogy a biztosítási szerződés létrejött.

Ha a biztosító és a szerződő az első díj halasztott fizetésében állapodnak meg, a kockázatviselés kezdete a megállapodást követő nap.

A felek a kockázatviselés kezdő időpontjában ettől eltérően is megállapodhatnak.

A szerződés hatálya: területi hatály, időbeli hatály

Területi hatály (a kockázatviselés helye)

A jelen szerződés alapján a biztosító a Magyar Köztársaság területén végzett társasházi közös képviselői, illetve társasház-kezelői tevékenység során a Magyar Köztársaság területén okozott és bekövetkezett károkat a jelen feltételekben foglalt korlátozások figyelembevételével téríti meg.

Időbeli hatály

A biztosító kockázatviselése a biztosítási szerződés hatálya alatt okozott és bekövetkezett - és legkésőbb a szerződés megszűnésének napjától számított egy éven belül bejelentett - biztosítási eseményekre terjed ki.

A biztosítási esemény

Biztosítási eseménynek minősül, ha a biztosítási szerződés hatálya alatt a biztosított - vagy olyan személy, akinek magatartásáért a biztosított a magyar anyagi jog szabályai szerint kártérítési felelősséggel tartozik - a biztosítási szerződésben feltüntetett társasház közös képviseletének ellátására, illetőleg a társasházkezelésre irányuló tevékenységből eredő valamely kötelezettségét felróható módon megszegi, és ezzel a kötelezettségszegéssel a

- társasház vagyonában,
- tulajdonostársak vagyonában,
- tulajdonostársak életében vagy egészségében,

kárt okoz és a bekövetkezett kárért a biztosított a magyar jog szabályai szerint kártérítési felelősséggel tartozik, valamint a kár nem esik a jelen feltételekben meghatározott korlátozás alá.

Kizárások

Általános kizárások

A biztosító nem téríti meg:

- a nukleáris eseményekkel és radioaktív szennyezéssel,
- a polgárháborúval, katonai gyakorlattal, terrorcselekménnyel, felkeléssel, lázadással, zavargással, tüntetéssel, sztrájkokkal, tömegmegmozdulással, háborúval és harci cselekményekkel,
- a biztosított objektum tűz- és robbanásveszélyes keresőfoglalkozás céljára történt hasznosítása során, az azzal összefüggésben keletkezett károkat.

Háborúnak, illetve harci cselekménynek minősül:

- a Magyar Köztársaság területén,
- a Magyar Köztársaság területén kívül

más ország ellen folytatott, államok vagy társadalmi csoportok között vívott fegyveres harc, illetve fegyveres erők összecsapása.

Nem terjed ki a biztosítás

- a gépjármű-felelősségbiztosítással összefüggésben keletkezett károokra,
- a munkáltatói felelősségbiztosítással összefüggésben keletkezett károokra,
- a közös képviselő ellátásával vagy a társasházkezeléssel összefüggésben harmadik személyeknek okozott károokra,
- az olyan kárra, amely a biztosított és a károsult közötti jogviszonyra irányadó szabályok szerint elévült,
- közgyűlési határozat ellenére a társasház biztosítási védelmének elmulasztásából vagy nem megfelelő biztosítási szerződés megkötéséből eredő károokra,
- az elmaradt vagyoni előny jogcímén érvényesített károokra,
- a közüzemi szolgáltatás leállításából, szüneteléséből, valamint a közüzemi szolgáltatás nem megfelelő teljesítéséből eredő következményi károokra, ha a várható üzemszünetről szóló előzetes tájékoztatást a közös képviselő bizonyíthatóan megtette,
- a nem megfelelő épületfenntartási tevékenységekből eredő károokra, ha a közös képviselő a felújítás, javítás elvégzésére bizonyíthatóan felhívta a közgyűlés figyelmét, és javaslatot tett, azonban azt a társasház döntéshozó testülete nem vagy nem kellő időben hagyta jóvá,
- a bűncselekménnyel okozott károokra,
- olyan károokra, amelyek vagyontárgyak (ideértve a pénzt és az értékpapírt is) elveszéséből, eltulajdonításából erednek,
- a pénzkezelés körében,
 - a bankszámlaforgalom,
 - a készpénzforgalom, házipénztári pénzkezelés,
 - az elektronikus pénzeszköz, elektronikus fizetőeszköz, elektronikus aláírás,
 - a számviteli és pénzügyi bizonylatok kezelésével, alkalmazásával, nyilvántartásával, őrzésével összefüggésben elkövetett mulasztás miatt bekövetkezett károokra,
- ha a kár jogszabályban, egyéb előírásban meghatározott személyi és tárgyi feltételek hiányában végzett munka során keletkezett,
- a hatósági engedélyhez kötött tevékenység engedély nélküli végzése során, az azzal okozati összefüggésben keletkezett károokra,
- a folyamatos környezetszennyezéssel okozott károokra,
- a jogszabályban meghatározott felelősségnél szigorúbb, szerződésben vagy egyoldalú nyilatkozatban vállalt helytállási kötelezettségen alapuló kárigényekre,
- azokra a károokra, amelyeket a biztosított más keresőfoglalkozás vagy iparszerű tevékenység végzése során okozott,
- az adatvédelmi szabályok, továbbá a titokvédelmi szabályok (pl. üzleti titok, banktitok, szolgálati titok) megsértéséből eredő károokra,
- a biztosított számítógépes rendszerében fellépő hiba, illetve jogtalan behatolás és/vagy felhasználás következtében beálló károokra,
- a jogszabály alapján megtérülő, az állam ellen is érvényesíthető igényekre,
- azokra a károokra, amelyeket a biztosított és hozzátartozói egymásnak okoztak.

A biztosítási díj

A biztosítót a kockázatviselés kezdetétől annak teljes tartamára megilleti a díj.

A biztosító a díjat az egyéves biztosítási időszakra állapítja meg (éves biztosítási alapidíj). Ha az első biztosítási időszak töredék év, a biztosító az első biztosítási időszak díját a kockázatkezdet napja és az azt követő naptári év első napja közötti időszakra állapítja meg (töredék díj).

A biztosítás első díja a szerződés létrejöttkor, a folytatólagos díj pedig annak a biztosítási időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.

A felek az első díj halasztott fizetésében is megállapodhatnak. A halasztott első díj a megállapodás szerint esedékes.

A biztosító az egy évnél rövidebb tartamú szerződés díját egy összegben állapítja meg (a továbbiakban: egyszeri díj).

Az egyszeri díjat – ha a felek másként nem állapodnak meg – a szerződés létrejöttkor kell megfizetni.

A szerződő és a biztosító megállapodhatnak abban, hogy a szerződő (vagy megbízása alapján a díjfizető) az éves díjat a havitól eltérő gyakoriságú részletekben fizeti meg (negyedéves, féléves vagy éves díjfizetési gyakoriság).

A kockázat elvállalását és a biztosítási díj kérését befolyásoló tényezők:

- az igényelt, éves kártérítési limit,
- a biztosítás időtartama,
- a biztosítási díj fizetésének gyakorisága,
- a képviselt vagy kezelt társasház(ak) száma és az egyes társasházakban lévő külön tulajdonok száma.

Díjengedmények

Éves, féléves díjfizetés választása esetén a szerződő az éves biztosítási alapidíjból díjengedményre jogosult.

A biztosítási összeg

A biztosítási összeg a biztosító biztosítási időszakonkénti szolgáltatásának felső határa, s egyben a biztosítási díj megállapításának az alapja.

Éves kártérítési limit, kárlimit

A biztosító a biztosítási eseménynek minősülő károkat a Társasházi közös képviselők és társasházkezelők felelősségbiztosítása alapján

- naptári évenként a kötvényen meghatározott biztosítási összegig (éves kártérítési limit),
- káreseményenként legfeljebb az alábbi táblázatban meghatározott limitig (kárlimit) téríti meg.

A Társasházi közös képviselők és társasházkezelők felelősségbiztosításának induló minimális biztosítási összege 5 millió forint (1 egység), melyet a szerződő választása szerint – 50 millió forint összeghatárig – többszörözhet (1-10 egység).

A káreseményenkénti kártérítési limit (kárlimit) a szerződő által választott biztosítási összegnek (éves kártérítési limit) az alábbi táblázatban meghatározott százaléka. A kárlimit százalékos mértéke a biztosítási összeg meghatározásakor választott egységek számától függ.

Az egyes éves kártérítési limitekhez kapcsolt kárlimitek a következők:

A biztosítási összeg választott egységeinek száma	Kárlimit (a káridőponti biztosítási összeg százalékában)
1 egység	50%
2 egység	
3 egység	
4 egység	
5 egység	40%
6 egység	33%
7 egység	28%
8 egység	25%
9 egység	22%
10 egység	20%

Értékkövetés

A biztosító a biztosítási díjat és a biztosítási összeget – a kárgyakoriságtól függetlenül – rendszeresen az árszínvonal változásához igazítja (indexálja). Az indexált biztosítási összeg (díj), az előző biztosítási összeg (díj) és az inflációs index szorzata.

A biztosítási összeg és a biztosítási díj indexálásának alapja a KSH által az indexálás alkalmazását megelőzően közzétett, az előző év azonos hónapjára vonatkoztatott **júniusi fogyasztói árindex**.

A biztosítási összeg és a biztosítási díj indexálására első alkalommal – a biztosítási időszaktól függetlenül – a szerződés létrejöttét követő 120 nap eltelte utáni január elsején kerül sor, majd legfeljebb évente, a naptári évfordulón. A biztosítási összeg(ek) értékkövető módosításáról és annak mértékéről, valamint a biztosítási díj(ak) arányos változásáról a biztosító a naptári évfordulót 60 nappal megelőzően írásban értesíti a szerződőt. A biztosító az indexált biztosítási összeget ezer Ft-ra és a

biztosítási díjat egész Ft-ra kerekítve számítja ki. Ha az indexált biztosítási összeg alapján kiszámított díjjal a szerződő nem kívánja fenntartani a szerződést, akkor azt a biztosítási időszak végére – 30 napos felmondási idővel – írásban bármikor felmondhatja.

Alulbiztosítás

A biztosító a felelősségbiztosítási díjak meghatározásánál figyelembe veszi a biztosított által képviselt/kezelt és a jelen szerződés hatálya alá vont társasház(ak)ban lévő külön tulajdonainak számát.

Ha az ajánlaton megjelölt külön tulajdonok száma kevesebb, mint a kár időpontjában az alapító okiratban szereplők száma, a biztosító a kárt olyan arányban téríti meg, ahogy az ajánlaton szereplő és a káridőponti külön tulajdonok száma egymáshoz aránylik. A biztosító az alulbiztosítottságot társasházanként vizsgálja és érvényesíti.

Milyen adatok megváltozását kell bejelentenie?

A szerződő a szerződés megkötésekor köteles a biztosítóval a valóságnak megfelelően közölni minden olyan, a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges körülményt, amelyre a biztosító kérdést tett fel, és amelyet ismert, vagy ismernie kellett.

A szerződő 15 napon belül köteles bejelenteni minden olyan körülményben bekövetkezett változást, amelyről a szerződéskötéskor az ajánlatban nyilatkozott, különösen ha

- egy vagy több - a biztosított által kezelt vagy képviselt és a jelen szerződés hatálya alá vont - társasház megszűnteti a megbízási szerződést, vagy ha a társasház közgyűlése felmenti a közös képviselőt,
- a biztosított új társasházzal köt megbízási szerződést annak kezelésére vagy képviselésére,
- a biztosított jogállásában bekövetkezett változásról, illetve
- a biztosított ellen felszámolási, csőd- és végelszámolási eljárás indult.

A közlésre, illetve a változásbejelentésre irányuló kötelezettség megsértése esetében a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a szerződő (biztosított) bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződés megkötésekor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében..

Mi a tennivaló, ha káresemény történik?

A biztosítási eseményt a tudomásra jutásától számított 2 munkanapon belül írásban (fax, levél, e-mail, Internet) vagy telefonon be kell jelenteni a biztosítónak, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a kárbejelentés tartalmának ellenőrzését.

A biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, ha a biztosított e kötelezettségét nem teljesíti, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak. A határidő elmulasztása esetén – kivéve, ha a szerződő (biztosított) bizonyítja, hogy az önhibáján kívül történt – a késedelmes teljesítés jogkövetkezményei a biztosítóval szemben nem alkalmazhatók.

Köteles a biztosított bejelenteni azt is, ha a káreseménnyel kapcsolatban ellene peres vagy nem peres eljárás indult. A biztosító jogosult ebben az eljárásban a biztosított képviselőt ellátni.

A biztosítási esemény bekövetkezésének és a kárösszecszerűségének bizonyítása a károsultat terheli.

A biztosító szolgáltatásának igénybevételehez a biztosító rendelkezésére kell bocsátani mindazokat az iratokat, amelyek a biztosítási esemény, a szolgáltatásra való jogosultság és a szolgáltatás összegének megállapításához szükségesek, így különösen:

- a megbízási szerződést;
- a közgyűlési határozatok könyvét;
- az alapító okiratot és a szervezeti és működési szabályzatot;

- az elvégzett munkára vonatkozó pályázati kiírást és a beérkezett pályázatokat;
- a szerzési számlát, az adásvételi szerződést,
- tűz- és a robbanás kár esetén az önkormányzat hatósági bizonyítványát vagy az önkormányzati tűzoltóság igazolását,
- a hatósági igazolást vagy határozatot, ha volt hatósági eljárás,
- halál esetén a halotti anyakönyvi kivonatot és a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítványt,
- egészségkárosodás esetén az azt igazoló orvosi dokumentumokat:
 - a kórházi zárójelentést,
 - a táppénzes (keresőképtelenségi) igazolás másolatát (az eredeti bemutatása mellett), továbbá
 - a sérült személy(ek) nevét, személyi adatait, a sérülés leírását és mértékét, a sérült(ek) kárigényét;
 - a sérült hozzájárulását olyan adatok tekintetében, amelyek átadásához – vagy ahhoz, hogy azokat a biztosító kezelhesse – a sérült hozzájárulása szükséges (adatvédelem);
- a biztosítottat képviselő személy nevét, címét, telefonszámát, a képviseleti jogot igazoló meghatalmazás egy eredeti példányát;
- a biztosított és a károsult közötti esetleges egyéb jogviszony fennállását és az annak tartalmát igazoló okiratokat (pl. szerződést).

Bűncselekmény esetén a nyomozás újabb adatairól, a vádirat benyújtásáról, illetve a bírósági ítélet meghozataláról a biztosított köteles a biztosítót a tudomásra jutástól számított 8 napon belül írásban értesíteni. E kötelezettség akkor is fennáll, ha a biztosító a szerződésben vállalt kötelezettségének már eleget tett.

A szerződő – ha azonos a biztosítottal – hozzájárulását adja, hogy a biztosító képviselője, illetve megbízottja a kárüggyel kapcsolatos hatósági iratokat megtekinthesse.

Milyen szolgáltatást nyújt társaságunk?

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy naptári évenként a kötvényen károkozás időpontjában érvényes meghatározott éves kártérítési limit erejéig - káreseményenként pedig legfeljebb a kárlimitig - megtéríti a biztosítási esemény által a károsult(ak)nak okozott kárt. a feltételben foglalt korlátozások figyelembevételével. Ha az éves kártérítési limitből még rendelkezésre álló összeg már kisebb a kárlimitnél, akkor a biztosító ezen kisebb összeg erejéig áll helyt.

A biztosító szolgáltatásának szabályai

A biztosító köteles a kárbejelentés beérkezésétől számított 5 munkanapon belül megkezdeni a kárrendezést.

A károk felmérése, megállapítása a biztosító szükség szerinti helyszíni vizsgálata során a biztosítottal és a károsulttal közösen készített tételes felsorolású jegyzőkönyvben foglaltak alapján történik.

Egészségkárosodás esetén a maradandó – teljes vagy részleges – egészségkárosodás mértékét a biztosító saját orvos szakértője a végleges állapot kialakulásakor, legkésőbb a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított két év elteltével állapítja meg. A biztosító a maradandó egészségkárosodás mértékének megfelelő biztosítási összeget a maradandó egészségkárosodás mértékének megállapításától számított 15 napon belül teljesíti. Ha a maradandó egészségkárosodás mértéke a kárbejelentéstől számított 6 hónapon belül nem állapítható meg, a károsult kérelmére a biztosító a saját orvos szakértője által vélelmezett, várható egészségkárosodás mértékének megfelelő biztosítási összeg 50%-át előlegként kifizeti. Előleg folyósítása esetén a biztosító a véglegesen megállapított biztosítási összegből az előleget levonja.

Ha a kár bekövetkeztében a biztosítási eseményen kívül más károsító esemény vagy tényező is közrehatott, a biztosító a kárt csak olyan mértékben téríti meg, amennyire az a biztosítási esemény következménye.

Ha több károsult együttes kára meghaladja a kártérítési limitösszeget, akkor a biztosító az okozott kár arányában téríti meg a kárt a károsultak között.

A biztosító szolgáltatási kötelezettsége a kárbejelentést követő 15 napon belül esedékes.

Ha a károsult igazoló okiratot tartozik bemutatni, a határidőt attól a naptól kell számítani, amikor az utolsó irat a biztosítóhoz beérkezett.

A biztosító a kártérítési összeget a károsultnak fizeti ki, a károsult azonban igényét közvetlenül a biztosító ellen nem érvényesítheti. A biztosított csak akkor követelheti, hogy a biztosító az ő kezéhez fizessen, ha a károsult követelését ő egyenlítette ki.

A biztosított és a károsult egyezsége a biztosítóval szemben csak akkor hatályos, ha a biztosító azt tudomásul vette, a biztosított bírósági elmarasztalása pedig csak akkor, ha a biztosító a perben részt vett, a biztosított képviselétől gondoskodott, vagy ezekről lemondott.

A járadék tőkésítésének és a tőkeérték megállapításának szabályai

Járadékfizetési kötelezettség esetén mind a biztosító, mind a szerződő fél, mind a károsult kezdeményezheti a járadék egyösszegű megváltását (tőkésítését). Az egyösszegű megváltásra csak abban az esetben kerülhet sor, ha annak tényét és összegét mind a biztosító, mind a szerződő fél, mind pedig a károsult elfogadja.

A biztosító az egyösszegű megváltás összegét az 1990. évi halandósági tábla alapján, férfiak esetén 6 éves, nők esetén 5 éves koreltolással, 3,5%-os technikai kamatláb figyelembevételével állapítja meg a szerződésben rögzített, káronkénti biztosítási összegből még rendelkezésre álló összeg erejéig.

Önrész

A biztosító nem téríti meg azokat a károkat, amelyek – káreseményenként – nem érik el az 50 ezer forintot.

A biztosító megtérítési igénye

A biztosított szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása sem mentesíti a biztosítót a szolgáltatási kötelezettsége alól a károsulttal szemben. A biztosító azonban a kifizetett összeg megtérítését követelheti a biztosítottól, ha az a kárt szándékosan vagy súlyosan gondatlanul, jogellenesen okozta.

Súlyos gondatlanságnak minősül különösen, ha

- a) a kár a biztosítottak 2,5 ezrelék véralkoholszintet meghaladó súlyosan ittas vagy kábító hatású szertől befolyásolt állapotával közvetlen okozati összefüggésben keletkezett;
- b) a károkozás engedélyhez kötött tevékenység engedély nélküli végzése során, és ezzel okozati összefüggésben történt;
- c) a jogszabályban vagy egyéb kötelező előírásban meghatározott személyi, tárgyi, műszaki, technikai, informatikai feltételek, továbbá biztonsági felszereltség hiányában végezte tevékenységét, és a kár ezzel összefüggésben keletkezett;
- d) a kárt a tevékenységre vonatkozó előírások kirívóan súlyos, illetőleg ismételt megsértésével okozta;
- e) a károkozó magatartás észlelése után kármegelőzési vagy kárenyhítési kötelezettségét az erre vonatkozó szabályok gondatlan megsértésével megszegte, és a kár, illetve annak egy része megelőzhető lett volna a kármegelőzési vagy kárenyhítési kötelezettség szabályszerű teljesítésével. Ebben az esetben a biztosított köteles a mulasztással, illetve a kötelezettségzegéssel okozott kár/kárrész megtérítésére.
- f) a kárt a szükséges intézkedések elmulasztásával okozta, és a kár bekövetkezése előtt a szükséges intézkedéseket annak ellenére sem tette meg, hogy a biztosító, illetve harmadik személy a káresemény bekövetkezésének veszélyére írásban figyelmeztette, és a levélben foglalt indokok alapján az adott helyzetben elvárható lett volna a szükséges intézkedések megtétele.

A biztosítási szerződés módosítása

A felek közös megegyezéssel módosíthatják a szerződés tartalmát.

A szerződő új ajánlati nyomtatvány kitöltésével kezdeményezheti a szerződés módosítását. Ha a biztosító a módosító javaslatot elfogadja, a szerződés módosul.

Ha a biztosító a módosító javaslatot nem fogadja el, a biztosítási szerződés az eredeti tartalommal marad hatályban.

A szerződés módosítással nem érintett része változatlanul érvényben marad.

A biztosítási szerződés megszűnése

A biztosító kockázatviselése a biztosítási szerződés megszűnéséig áll fenn.

A biztosítási szerződés az alábbi okok miatt szűnhet meg:

Ha a szerződés hatálya alatt a biztosítási érdek megszűnik, vagy a biztosítási esemény bekövetkezése lehetetlenné válik, a szerződés, illetőleg annak megfelelő része a hónap utolsó napjával megszűnik.

Díjnyomfizetés miatt:

Megszűnik a biztosítási szerződés

- az első biztosítási díj, illetve a halasztott díj befizetésének elmulasztása esetén az esedékességtől számított 30. nap elteltével,
- az egyszeri biztosítási díj vagy a folytatólagos díj befizetésének elmulasztása esetén az esedékességtől számított 60. nap elteltével, ha addig a hátralékos díjat nem pótolták, és a szerződő nem kapott halasztást, illetve a biztosító a díjkövetelést bírósági úton nem érvényesítette.

A díjnyomfizetés miatti megszűnés után befizetett díj nem helyezi újra hatályba a szerződést. E díjat a biztosító 15 napon belül visszautalja, levonva belőle azt a díjrészt (halasztott első díj, valamint egyszeri vagy folytatólagos díj esetén kéthavi díjat), amely a díjnyomfizetés miatti megszűnés előtti – díjjal fedezetlen – kockázatviseléssel arányos.

A határozatlan tartamú biztosítási szerződést a felek – 30 nap felmondási idővel – a biztosítási időszak végére írásban felmondhatják.

A határozott tartamra kötött biztosítási szerződés a tartam lejártakor, a kötvényben megjelölt időpontban szűnik meg.

Ha a szerződés a biztosítási esemény bekövetkezésével összefüggő érdekmúlás miatt szűnt meg, a biztosítót megilleti annak a biztosítási időszaknak a teljes díja, amelyben kockázatviselése véget ért.

A szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a biztosítót annak a hónapnak az utolsó napjáig járó időarányos díj illeti meg, amelyben véget ért a kockázatviselése.

Ha a biztosított közös képviselő, intézőbizottsági elnök vagy társasházkezelő megbízása megszűnik, a megbízás megszűnésének napjával a biztosító kockázatviselése is megszűnik.

A biztosítási szerződés felmondása

A határozatlan tartamú biztosítási szerződést a felek – 30 nap felmondási idővel – a biztosítási időszak végére írásban felmondhatják.

Eltérés a szokásos vagy a korábbi szerződési gyakorlatról

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a Társasházi közös képviselők és társasházkezelők felelősségbiztosítása megfelel a biztosítási piacon szokásos szerződési gyakorlatnak.

A biztosítási titokról

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

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

Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

- a) a biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
- b) e törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn

- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel,
- c) 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) 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 az adóhatósággal,
- f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g) a biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselőjével, 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 kötvénynyilvántartást vezető Hivatallal,
- m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében a Kártalanítási Számlát kezelő szervezettel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel és a kárrendezési megbízottal,
- 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 szemben, ha az a)-p) 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. 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, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet

- kábítószer-kereskedelemmel,
 - terrorizmussal,
 - illegális fegyverkereskedelemmel, vagy
 - a pénzmosás bűncselekményével
- van összefüggésben.

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

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben, ha a biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, és a harmadik országbeli adatkezelőnél a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli adatkezelő székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét

- az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
- a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a Pénzügyminisztérium részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása.

A személyes adatok kezelése

Személyes adat az olyan adat, adatból levonható következtetés, amely egy meghatározott természetes személlyel (a továbbiakban: érintett) kapcsolatba hozható. A személyes adat biztosítási titoknak minősül.

A biztosító személyes adatokat a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggésben kezel. Az adatszolgáltatás önkéntes, de a biztosítási ajánlaton rögzített egyes személyes adatok közlése nélkülözhetetlen a biztosítási szerződés létrejöttéhez. A biztosító az adatkezelés céljával összefüggésben a tudomására jutott adatokat a biztosító a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény értelmében az ügyfél külön hozzájárulása nélkül kezelheti. E törvényi felhatalmazás kizárólag azon személyes adatokra vonatkozik, amelyek nem minősülnek különleges adatnak.

Ha a személyes adat egészségi állapotra, kóros szenvedélyre vonatkozik, akkor a hatályos jogszabályok értelmében **különleges adatnak** minősül, és kizárólag az ügyfél írásbeli hozzájárulása alapján kezelhető. Az ügyfél a **különleges adatok** kezelésére vonatkozó írásbeli

hozzájárulását a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvény 3. §-ának (7) bekezdése értelmében a szerződés keretei között is megteheti: a rendelkezés alapján **szükséges hozzájárulást** a szerződés részét képező HB-43208 számú nyilatkozat tartalmazza.

A biztosító az ajánlatot a kockázatbírálás során számítástechnikai eszközzel végrehajtott **automatizált döntéssel** dolgozza fel. A biztosító a kockázatbírálás módszeréről és annak lényegéről a szerződő kérelmére tájékoztatást nyújt.

Az adatkezelés időtartama: a biztosító a személyes (és azon belül a különleges) adatokat a biztosítási jogviszony fennállása alatt, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

A biztosító mint adatkezelő az adatok feldolgozásával leányvállalatát, a Hungária Biztosító Számítástechnikai Kft.-t (Cg. 01–09–069554, 1553 Budapest, Pf. 40) bízta meg, amely szervezet az adatokat nyilvántartja. A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez – postai vagy banki átutalás esetén – igénybe vett Magyar Posta Rt., illetőleg a jogosult által megnevezett bank adatfeldolgozónak minősül.

A biztosító és az ügynöke, illetve megbízottja tevékenysége során tudomására jutott, biztosítási titoknak minősülő adatokat (személyes és vagyoni adatokat, szerződéses adatokat) – a jogszabályban meghatározott eseteket kivéve – csak akkor hozhatja harmadik személy tudomására, ha a titoktartási kötelezettsége alól az érintett ügyféltől vagy annak törvényes képviselőjétől a kiszolgáltatható titokkört megjelölve, írásban felmentést kapott. Nem sért biztosítási titokra vonatkozó szabályt a biztosító, ha jogszabály alapján történő megkeresés vagy kötelező adatszolgáltatás teljesítése során, valamint kiszervezési szerződés alapján bocsát biztosítási titoknak minősülő adatokat a jogszabályban meghatározott szerv(ezet) rendelkezésére. Az ügyfél-tájékoztató tartalmazza azon szerv(ezet)ek és személyek felsorolását, amelyeknek/akiknek a biztosító az adatokat továbbítani jogosult és köteles.

A biztosító egyes biztosítási szolgáltatások során igénybe vesz külső közreműködőket olyan esetekben, amikor a szolgáltatás nyújtásához a megbízott speciális szakértelmére van szükség. A kiszervezett biztosítási tevékenységet végző megbízott személyes adatokat kezel, és a törvény titoktartásra kötelezi.

A biztosító ügyfele saját személyes, nyilvántartott, illetve továbbított adatairól – az említett törvényekben rögzített korlátozásokkal – jogosult tájékoztatást kapni; kérésére adatait a biztosító nyilvántartásában módosítja.

A biztosító és ügynöke a személyes adatokat a biztosítási, illetve megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási és megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító és ügynöke köteles törölni az ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy a létre nem jött szerződéssel kapcsolatos minden olyan személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt.

Az ügyfél jogellenes adatkezelés esetén élhet tiltakozási jogával, illetve bírósághoz is fordulhat. A biztosító mint adatkezelő köteles a bejelentést a törvény előírása szerint kivizsgálni, és az ügyfelet írásban tájékoztatni.

A szerződés joga

A létrejött biztosítási szerződésekre a szerződési feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Polgári törvénykönyv és a mindenkori társasházi törvény rendelkezései az irányadók

A biztosító főbb adatai

Allianz Hungária Biztosító Zrt.

Székhely: 1054 Budapest, Bajcsy-Zsilinszky út 52.

Cégjegyzékszám: Fővárosi Bíróság mint cégbíróság Cg. 01-10-041356

Felügyeleti szervünk a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.).

Tájékoztató a panaszos ügyek intézéséről

Ha kérdése vagy panasza merül fel, forduljon bizalommal a szerződést kezelő igazgatóságok ügyfélszolgálataihoz, ahol munkatársaink készséggel állnak rendelkezésére.

Ha nem kapott kielégítő választ, vagy szolgáltatásunkkal továbbra sem elégedett, panaszát előterjesztheti a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéhez, a Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőséghez vagy a békéltető testületekhez, illetve bírói utat vehet igénybe. Társaságunkról, szolgáltatásainkról további részletek érhetők el internetes honlapunkon, a www.allianz.hu címen.

Tájékoztatónk nem pótolja a biztosítási feltételeket, ezért kérjük, hogy azokat is figyelmesen tanulmányozza át.

Bízunk benne, hogy biztosítási termékünk szolgáltatásai megfelelnek az igényeinek, és így Önt is hamarosan ügyfeleink között üdvözölhetjük.

Tisztelettel

Allianz Hungária Biztosító Zrt.