

# A CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Általános Életbiztosítási Feltételei

## 1) Általános rendelkezések

- a) Jelen feltételek azokat a rendelkezéseket tartalmazzák, amelyeket – ellenkező kikötés hiányában – a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (székhely: 1033 Budapest, Flórián tér 1., továbbiakban: Biztosító) életbiztosítási szerződéseire és biztosítási szerződéseinek életbiztosítási kockázatot tartalmazó részeire (továbbiakban biztosítás) alkalmazni kell, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.
- b) A szerződés nyelve magyar.

## 2) Biztosítási esemény

- a) A Biztosítottnak a kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett halála.
- b) A biztosítási szerződésben megjelölt időpont elérése.

## 3) Fogalmak

- a) **adminisztrációs és kötvényesítési költség:** a szerződés 22) g) pont szerinti 30 napos felmondása esetén a 22) h) pont alapján a Biztosító által a felmondási összegből visszatartott költség.
- b) **baleset:** az emberi szervezetet ért, a Biztosított akaratától függetlenül, egyszeri, és hirtelen bekövetkező külső behatás (mechanikai, elektromos, vagy vegyi), amely sérülést, vagy mérgezést, vagy más testi károsodást eredményez, amely azonnali klinikai, anatómiai és funkcionális károsodás jeleit mutatja, valamint akut (3 napon belüli) szakorvosi ellátást tesz szükségessé. A kialakult sérülés (károsodás) a balesettel közvetlen oksági összefüggésben van bizonyíthatóan, és egy éven belül halált, átmenti, vagy állandósult testi egészségkárosodást hoz létre.
- c) **biztosítási díj:** a Biztosító által vállalt kötelezettségek ellenértéke.
- d) **biztosítási év:** két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszak.
- e) **biztosítási évforduló:** minden évnek a kockázatviselés kezdetének napjával megegyező napja. Ha egy évben nincs ilyen nap, akkor az adott hónap utolsó napja.
- f) **biztosítási időszak:** a díjfizetés gyakoriságával megegyező időszak.
- g) **Biztosított:** az a természetes személy, akinek az életére a biztosítás létrejön, és akit az ajánlatban Biztosítottként neveztek meg. A Biztosított a Szerződő beleegyezésével bármikor a Szerződő helyébe léphet, ehhez a Biztosító hozzájárulása nem szükséges. Mielőtt a szerződés felmondás, vagy díjfizetés elmaradása miatt megszűnne, a Biztosított a Szerződő helyébe léphet. Ebben az esetben az esedékessé vált biztosítási díjak megfizetéséért a Szerződő és a Biztosított egyetemlegesen felel. Ha a Biztosított kiskorú és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülő köti meg, úgy a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása is szükséges.
- h) **Biztosított belépési kora:** az adott Biztosítottra vonatkozóan a biztosítás kockázatviselés kezdetének éve és a Biztosított születési évének különbsége.
- i) **díjfizetési időszak:** rendszeres díjfizetésű biztosítás esetén az az időszak (egész év), amely során a Szerződő a rendszeres biztosítási díj fizetését vállalja.
- j) **életbiztosítási díjtartalék:** a Biztosító a befizetett biztosítási díjból a jövőbeni kötelezettségei teljesítése érdekében díjtartalékot képez a hatályos jogszabályoknak megfelelően. A Biztosító a díjtartalék mindenkor összegét biztosítási szerződésenként nyilvántartja és befekteti. A díjtartalék, valamint az annak befektetéséből származó befektetési hozam képezi az alapját a mindenkor visszavásárlási összegnek, díjmentesen leszállított biztosítási összegnek és a technikai kamat felett elért befektetési hozamból jóváírt többlethozamnak.
- k) **halmozott biztosítási összeg:** a jelen ajánlat Biztosítottjára a Biztosítóval megkötött valamennyi életbiztosítási szerződés biztosítási szolgáltatásainak, továbbá a jelen ajánlaton megjelölt biztosítási szolgáltatásoknak az összege. Jelen rendelkezéstől a Biztosító oly módon jogosult eltérni, hogy a halmozott biztosítási összeg alapjául szolgáló egyes biztosítási szolgáltatások beszámításától eltekinthet.
- l) **hónapforduló:** egy adott naptári hónapnak a kockázatviselés kezdetének napjával megegyező napja, ha nincs ilyen nap, akkor a hónap utolsó napja.
- m) **Kedvezményezett:** az a személy, aki a Biztosító szolgáltatására jogosult. A Biztosító a szolgáltatás nyújtása előtt ellenőrzi a Kedvezményezett személyazonosságát. Kedvezményezett lehet a szerződésben megnevezett személy vagy a bemutatóra szóló kötvény birtokosa. Ha a szerződésben Kedvezményezett személyt nem jelöltek ki, és bemutatóra szóló kötvényt sem állítottak ki, akkor a Biztosító szolgáltatására a Biztosított életben léte esetén a Biztosított, a Biztosított halála esetén a Biztosított örököse jogosult. A Szerződő az eredetileg megjelölt Kedvezményezett helyett a szerződés megszűnéséig bármikor módosíthatja a Kedvezményezett személyét. Amennyiben a Szerződő és a Biztosított különböző személy, úgy a Kedvezményezett jelöléséhez és megváltoztatásához a Biztosított írásbeli hozzájárulása is szükséges. Ha a kijelölt Kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal, úgy a Kedvezményezett jelölés hatályát veszíti. Ha más Kedvezményezettet nem jelölnek meg, úgy a Biztosító szolgáltatására a Biztosított életben léte esetén a Biztosított, a Biztosított halála esetén a Biztosított örököse jogosult.
- n) **kockázatviselés kezdete:** a biztosítási ajánlat aláírását követő nap 0 órája, amennyiben a Szerződő az ajánlat-

tételkor esedékes biztosítási díjat a Biztosítónak megfizeti feltéve, hogy a biztosítási szerződés már létrejött, vagy utóbb létrejön.

- o) **kockázatviselés vége:** az a nap, ameddig a Biztosító kockázatviselése tart. A Biztosító a kockázatviselés végéig bekövetkezett biztosítási eseményekre vállal kockázatot, azok után teljesíti a biztosítási feltételek alapján biztosítási szolgáltatást.
- p) **Szerződő:** az a természetes vagy jogi személy, illetve jogi személyiség nélküli szervezet (a továbbiakban: személy), aki a biztosítás megkötésére az ajánlatot teszi és aki az ajánlat elfogadása esetén a biztosítást megköti és a biztosítási díjat fizeti.
- q) **technikai kamat:** az a kamat, amellyel a Biztosító az életbiztosítási díj és díjtartalék megállapításakor kalkulál.
- r) **Ügyfél:** a Szerződő, a Biztosított, a Kedvezményezett, a károsult, a Biztosító szolgáltatására jogosult más személy; az adatvédelemre vonatkozó rendelkezések alkalmazásában Ügyfél az is, aki a Biztosító számára szerződéses ajánlatot tesz.

#### 4) A szerződés létrejötte

- a) A jelen feltételekre történő hivatkozással megkötött biztosítási szerződés a Szerződő ajánlatának a Biztosító által történő elfogadásával, írásban jön létre.
- b) A biztosítás akkor is létrejön, ha a Biztosító az ajánlatra 15 napon belül nem nyilatkozik. Ebben az esetben a biztosítási szerződés arra a napra visszamenőleges hatállyal az ajánlat tartalma szerint jön létre, amelyen a biztosítási ajánlatot a Biztosító képviselője átvette.  
2013. július 1-től a biztosítás akkor is létrejön, ha a Biztosító az ajánlatra 15 napon belül nem nyilatkozik. Ebben az esetben a biztosítási szerződés az ajánlat Biztosító vagy Biztosító képviselője általi átvételétől számított 16. napon jön létre az ajánlat tartalma szerint és arra a napra visszamenőleges hatállyal, amelyen a biztosítási ajánlatot a Biztosító vagy a Biztosító képviselője átvette.
- c) Az ajánlat elutasítását a Biztosító nem köteles indokolni.
- d) A Biztosító kockázatviselése a nap 24 órájában, a Föld teljes területére érvényes.
- e) A biztosítási szerződés megkötését követően, a szerződés létrejöttétől számított 30 napon belül – a kötelezettségvállalás tagállamának hivatalos nyelvén, vagy ezirányú megegyezés esetén a Szerződő kifejezett kérésére más nyelven – a Biztosító a Szerződőt bizonyítható és azonosítható módon, egyértelműen tájékoztatja a biztosítási szerződés létrejöttéről.
- f) A Biztosító jogosult a Biztosított egészségi állapotával, szabadidős tevékenységével, foglalkozásával kapcsolatos kérdéseket feltenni, a halmozott biztosítási összeg és a Biztosított belépési kora függvényében orvosi vizsgálatot előírni a kockázat felmérése érdekében. Az Ügyfél az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.
- g) A Biztosító az orvosi vizsgálat teljes költségét a Szerződőre terheli és a befizetett díj orvosi vizsgálat költségével csökkentett értékét fizeti vissza a Szerződő részére, ha a Szerződő az ajánlat elbírálásához szükséges orvosi vizsgálat megkezdése után:
  - a szerződés megkötésétől eláll,
  - az ajánlattól eltérő tartalommal létrejött szerződést a kötvény kézhezvételétől számított 15 napon belül kifogásolja,
  - a Biztosító felhívása ellenére az ajánlat hiányosságait nem pótolja és a Biztosító az ajánlatot elutasítja.

#### 5) Közlési kötelezettség

- a) A belépési kor helytelen bevállása esetén a Biztosító a szolgáltatását a tényleges belépési kornak megfelelően nyújtja, illetve a szolgáltatás összegéből levonva érvényesíti a tényleges kor alkalmazása miatt felmerülő többletköltségeket. Ha a tényleges kor alapján többlet díjfizetés keletkezett, azt a Biztosító a szolgáltatással, illetve kifizetéssel egyidejűleg kamatmentesen visszafizeti. Ha a tényleges belépési kor alapján a biztosítást nem lehetett volna megkötni, úgy a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó, alábbi pontokban részletezett rendelkezéseket kell alkalmazni.
- b) A Biztosított a biztosítási szerződés megkötésekor köteles – a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges – minden olyan körülményt a Biztosítóval írásban közölni, amelyet ismert, vagy ismernie kellett.
- c) A Biztosító írásban feltett kérdéseire adott – a valóságnak megfelelő – írásbeli válaszokkal a Szerződő (Biztosított) közlési kötelezettségének eleget tesz.
- d) A Szerződő és a Biztosított köteles a Biztosító számára lehetővé tenni a biztosítás szempontjából lényeges adatok, körülmények ellenőrzését. A Biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére.
- e) A közlési kötelezettség megsértése esetén a Biztosító kötelezettsége nem következik be, kivéve, ha:
  - bizonyítják, hogy az elhallgatott körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében;
  - a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt.
- f) A Biztosított a biztosítási szerződés megkötéséhez való hozzájáruló nyilatkozatával egyidejűleg a biztosítási szerződéssel kapcsolatban írásban felmentést ad az orvosi titoktartás alól minden olyan orvosnak, kórháznak és egészségügyi intézménynek, amelyknél kezelték és felhatalmazza a Biztosítót, hogy a közölt adatok, tudomására jutott egyéb körülmények ellenőrzése céljából ezektől a kockázat elvállalása és a biztosítási esemény szempontjából

lényeges információkat beszeresse, valamint ugyanebből a célból más Biztosítóval, a társadalombiztosítóval és egyéb hatósággal kapcsolatba lépjen. Továbbá a haláleseti szolgáltatás vonatkozásában a Biztosított felmentést ad az orvosi titoktartás alól a biztosítási eseménnyel kapcsolatos információkra nézve minden olyan orvosnak, kórháznak és egészségügyi intézménynek, amelyek őt kezelni fogják, és felhatalmazza a Biztosítót, hogy ugyanebből a célból más Biztosítóval, a társadalombiztosítóval és egyéb hatósággal kapcsolatba lépjen.

- g) Ha a szerződés bármely okból a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, a Biztosító köteles a befizetett díjaknak a biztosítási szerződés különös feltételeiben megállapított részét (visszavásárlási összeg) kifizetni.

## 6) A biztosítás tartama

A biztosítási szerződés a Szerződő által választott tartamra jön létre. A biztosítás tartama lehet határozott, vagy a Biztosított élete végéig szóló. A biztosítás tartamát az ajánlat és a biztosítási kötvény is tartalmazza.

## 7) A Biztosító szolgáltatása

- a) A Biztosító a Szerződő díjfizetése ellenében a biztosítási esemény bekövetkezése esetén haláleseti, elérési, vagy díjfizetés átvállalási szolgáltatást nyújt. Haláleseti, vagy elérési szolgáltatás esetén a Biztosító a feltételekben rögzített biztosítási összeget fizeti ki az arra jogosult Kedvezményezettnek.
- b) A Biztosító egyösszegű szolgáltatását az arra jogosult egy összegben, járadék formájában, vagy a kettő kombinációjaként kérheti. A járadék fizetése a szolgáltatásra jogosult és a Biztosító között ebből a célból létrejövő biztosítási szerződés alapján történik.
- c) A Biztosító a szolgáltatását a teljesítéshez szükséges utolsó dokumentum beérkezését követő 8 napon belül teljesíti.
- d) Az esedékessé vált, de be nem fizetett biztosítási díjak, valamint a kötvénykölcsön után fennálló tartozások összegét a Biztosító a kifizetéséből levonja.
- e) A Biztosító szolgáltatásának teljesítése az arra jogosult által megjelölt módon bankszámlára, vagy postai címre történő utalással történik a szerződés devizanemében.
- f) **Forint alapú biztosítás esetén a Biztosító csak a legalább 1000 forintot elérő összegű kifizetéseket teljesíti. Euró alapú biztosítás esetén a Biztosító csak a legalább 5 eurót elérő összegű kifizetéseket teljesíti. Amennyiben a kifizetés összege ez alatt marad, úgy a Biztosító a kifizetéstől eltekint, kifizetést nem teljesít, illetve amennyiben a kifizetés alapját képező esemény miatt a szerződés megszűnik, úgy ebben az esetben a szerződés kifizetés nélkül szűnik meg.**

## 8) Várakozási idő

- a) **A biztosítási szolgáltatások vonatkozásában a Biztosító 6 havi várakozási időt köt ki, amely a kockázatviselés napjától kezdődik.**
- b) **Ha a biztosítási esemény a várakozási idő alatt következik be, a Biztosító az addig befizetett biztosítási díjakat fizeti vissza a Szerződő részére, egyéb kifizetést a Biztosító nem teljesít. Ennek során a Biztosító a befizetett biztosítási díjaknak a szerződés devizanemében meghatározott értékét veszi figyelembe. Az ebből származó kockázatot a Szerződő viseli.**
- c) A Biztosító eltekint a várakozási idő alkalmazásától, ha a biztosítási esemény baleset következménye.
- d) Amennyiben a biztosítási tartam során új Biztosítottat vonnak be a szerződésbe, úgy az új Biztosított vonatkozásában a várakozási idő attól a naptól számított 6 hónap, amelytől a Biztosító az adott Biztosított vonatkozásában kockázatban áll.

## 9) Díjfizetés

- a) A biztosítási díj az ajánlaton megjelölt módon és gyakorisággal, az ajánlatban megjelölt devizanemben fizetendő.
- b) A díjfizetési gyakoriság lehet egyszeri, illetve rendszeres. A rendszeres éves díj részletekben is fizethető, amennyiben az adott termék különös feltételei megengedik. A Biztosító a díjfizetés módjától és gyakoriságától függően díjkedvezményt adhat. A díjkedvezmény szerződéskötéskori mértékét a biztosítási ajánlat tartalmazza, amelyet a Biztosító a tartam során módosíthat.
- c) A díjfizetés módját és gyakoriságát a Szerződő a biztosítás tartama során bármikor megváltoztathatja. A díjfizetési gyakoriság módosításának az a feltétele, hogy a biztosítási évforduló a módosítás után is biztosítási időszak kezdete legyen. A díjfizetési gyakoriság csak a jövőre nézve módosítható, a módosításra vonatkozó nyilatkozatnak legkésőbb a következő díj esedékességét megelőző 15. napig be kell érkeznie a Biztosítóhoz.
- d) Az egyszeri biztosítási díj és az első rendszeres biztosítási díj, valamint az azokkal együtt befizetett eseti biztosítási díj ajánlattételkor esedékes, amelyet, mint díjelőleget a Biztosító a biztosítási szerződés létrejöttéig kamatmentes előlegként kezel. Ha a biztosítási szerződés létrejön, az előleget a Biztosító biztosítási díjként számítja be. Ha a szerződés nem jön létre, a Biztosító a díjelőleget visszautalja a Szerződő részére. Minden további rendszeres díj annak a biztosítási időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.
- e) A biztosítás kezdeti díját a Biztosított kockázati sajátosságainak figyelembe vételével állapítja meg a Biztosító. A Biztosító jogosult módosítani a kezdeti biztosítási díjat az egészségi kockázatelbírálás eredményétől függően. A biztosítás kezdeti díját és a biztosítási összeget a biztosítási kötvény tartalmazza.

- f) A rendszeres biztosítási díj annak a biztosítási időszaknak a végéig fizetendő, amelyben a biztosítási szerződés megszűnésével járó biztosítási esemény bekövetkezett.
- g) Amennyiben a Különös Feltételek megengedik, a Szerződőnek lehetősége van mind az egyszeri, mind a rendszeres díjon felül eseti díjak fizetésére. Az eseti díjak a Szerződő rendszeres díjfizetési kötelezettségét nem módosítják, azt nem helyettesítik. Az eseti díjakat a Biztosító a rendszeres biztosítási díjaktól elkülönítetten tartja nyilván.
- h) A díjfizetési időszakon túli díjfizetéssel többletszolgáltatásra jogosultság nem keletkezik. A fizetett többletdíjat a Biztosító a biztosítási szolgáltatással, kifizetéssel egyidejűleg, illetve a Szerződő bejelentésére 30 napon belül kamatmentesen visszafizeti.
- i) Ha a Szerződő a Biztosítónak nem a szerződés devizanemének megfelelő számlájára fizeti meg a biztosítási díjat, akkor a Biztosító számlavezető bankjának (UniCredit Bank Hungary Zrt., székhely: 1054 Budapest, Szabadság tér 5-6., továbbiakban: bank) mindenkori kondíciói szerint a Biztosító szerződés devizanemének megfelelő számlájára kerül áthelyezésre az összeg. Az így jóváírt összeget tekinti a Biztosító befizetett díjnak. **A téves befizetésekől eredő árfolyamkockázat, illetve többletköltség a Szerződőt terheli.**
- j) A Szerződő a rendszeres, illetve az eseti biztosítási díjakat egyedi átutalással forintban a Biztosító UniCredit Bank Hungary Zrt.-nél vezetett **10918001-00000024-98060007 számú forint bankszámlájára** – melynek IBAN kódja HU11 1091-8001-0000-0024-9806-0007 –, euróban a Biztosító UniCredit Bank Hungary Zrt.-nél vezetett **10918001-00000024-98060038 számú euró bankszámlájára** – melynek IBAN kódja HU47 1091-8001-0000-0024-9806-0038 – fizetheti be. Az UniCredit Bank Hungary Zrt. nemzetközi bankazonosító SWIFT kódja BACXHUHB.
- k) **Amennyiben a Szerződő nem a szerződés devizanemében kívánja fizetni a biztosítás díját, úgy az ebből származó árfolyamkockázat mérséklése érdekében a Biztosító a következők szerint állapítja meg a fizetendő díjat. Csoportos beszedés esetén a Biztosító által elvárt díj az esedékes díj 105 százalékának és befektetési egységhez kötött életbiztosítás esetén az eseti díjából vásárolt befektetési egységek aktuális értékének, hagyományos életbiztosítás esetén az egyéni számla aktuális egyenlegének a különbsége, de legalább az esedékes biztosítási díj. A fizetendő díjat az elvárt díj alapján, a bank által a csoportos beszedés kezdeményezésének napján közzétett deviza eladási árfolyam figyelembe vételével határozza meg a Biztosító. A csoportos beszedés eredményeként beérkezett pénzüsszeg az i) pontban leírtak szerint kerül átváltásra a szerződés devizanemének megfelelő devizára, illetve kerül jóváírásra a Biztosító befizetés devizanemének megfelelő számlájára. A Biztosító ezt az összeget tekinti megfizetett biztosítási díjnak.**  
**Átutalás esetén a Szerződőnek az esedékes biztosítási díj 105 százalékának megfelelő díjat kell utalnia a Biztosító szerződés devizanemének megfelelő számlájára.**  
**A fentiek ellenére fennmaradó árfolyamkockázat a Szerződőt terheli.**
- l) Amennyiben a fentiek alapján a szerződésre beérkezett biztosítási díj magasabb, mint az elvárt biztosítási díj, a Biztosító a beérkezett biztosítási díj teljes összegét jóváírja a szerződésen.
- m) **Amennyiben a Szerződő által az első biztosítási díj kiegyenlítése céljából befizetett díj nagysága eltér a szerződés esedékes díjától, azonban az eltérés nem haladja meg a 300 forintot (eurós szerződés esetén 1 eurót), úgy a Biztosító az első biztosítási díjat kiegyenlítettnek tekinti, vagyis díjtöbblet esetén eltekint a többlet visszafizetésétől, hiány esetén pedig eltekint a hiányzó összeg érvényesítésétől.**
- n) **Amennyiben a Szerződő (ez első rendszeres díj esetétől eltekintve) az esedékes díjnál nagyobb összeget fizet be:**
- és amennyiben a főbiztosítás szerződési feltételei alapján a szerződésen lehetőség van eseti díjak fizetésére, úgy a többlet az eseti befizetések számláján kerül elszámolásra.
  - és amennyiben a főbiztosítás NEM ad lehetőséget eseti díjak fizetésére, úgy a Biztosító a többletet egy függő számlán számolja el. **A függő számlán lévő összeget a Biztosító évente egyszer kifizeti a Szerződőnek, ha a függő számla egyenlege meghaladja az 1000 forintos (eurós szerződés esetén 5 eurós) limitet.**
- o) Ha a Szerződő az esedékes biztosítási díjat esedékességig nem fizette meg, halasztást nem kapott és a Biztosító a díj iránti igényét bírói úton sem érvényesíti, a Biztosító az esedékességtől számított 90 napig viseli a kockázatot kivéve, ha a különös feltételek a szerződés díjmentes leszállítására, vagy a díjfizetés szüneteltetésére adnak lehetőséget. Ez utóbbi esetekben a szerződés díjmentessé válik, azonban a Biztosító kockázatviselése megfelelően csökkentett biztosítási összeggel marad fenn.

## 10) A szerződés újra érvénybe helyezése (reaktiválás)

- a) **Az elmaradt biztosítási díj esedékességét követő 6 hónapon belül a Szerződő kérheti a szerződés újra érvénybe helyezését (reaktiválását), amennyiben a szerződés a rendszeres biztosítási díj megfizetésének elmaradása miatt szűnt meg.**
- b) **A reaktiválás feltétele a Biztosított írásbeli kármentességi nyilatkozata, a visszavásárlási érték (a kifizetésre jogosultnak kifizetett összegnek és a Biztosító által a mindenkor hatályos jogszabályok alapján a visszavásárlási értékből levont, kifizetést terhelő közterheknek az összege), az**

elmaradt díjak, valamint azon díjak teljes összegének befizetése, amelyek a szerződés törlésének időpontjától a reaktiválás időpontjáig a szerződés folytonossága esetén esedékessé váltak volna. A Biztosító a reaktiváláshoz ismételt kockázatelbírálást végezhet, ennek keretében ismételten kérheti az egészségi nyilatkozat kitöltését, illetve orvosi vizsgálat elvégzését.

- c) A Biztosító kockázatviselése az elmaradt biztosítási díjak beazonosítását követő nap 0 órájától folytatódik és az esetlegesen időközben megszűnt biztosítás az eredeti tartalommal és biztosítási összeggel újra hatályba lép.
- d) Ha a Szerződő az elmaradt díj esedékességét követő 6 hónapon túl kéri a szerződés reaktiválását, a Biztosító úgy tekinti a kérést, mintha a Szerződő új szerződés megkötésére tett volna ajánlatot. 6 hónapon túl szerződést, illetve díjmentesített szerződést reaktiválni nem lehet.
- e) A szerződés reaktiválására a Szerződőnek a biztosítás tartama alatt legfeljebb egy alkalommal van lehetősége.
- f) A Biztosító a Szerződő reaktiválási kérelmét indoklás nélkül elutasíthatja.

## 11) Többlethozam

- a) A Biztosító az életbiztosítási díjtartalék befektetésével elért befektetési hozam technikai kamat feletti részének, azaz a többlethozamnak legalább 80 százalékát a hatályos jogszabályok szerint a Biztosítottaknak jóváírja.
- b) A többlethozam jóváírására naptári évenként egyszer, a tárgy naptári évet követő év május 31-ig kerül sor, a jóváíráskor élő szerződéseken, azok tárgy naptári év végén aktuális tartalékai alapján.
- c) A biztosítási esemény bekövetkezéséig, illetve a biztosítási szerződés megszűnésével járó kifizetésig jóváírt többlethozamot a Biztosító az arra jogosultnak az egyéb kifizetéssel együtt fizeti ki. Ha a kifizetésig nem történt meg a visszajuttatott többlethozam jóváírása, úgy az ezen szerződés után járó többlethozamot is a jóváíráskor élő szerződéseken írja jóvá a Biztosító.

## 12) Visszavásárlás

A Szerződő a szerződés különös feltételeiben megjelölt díjjal fedezett időszakot követően jogosult a szerződésének visszavásárlására.

Visszavásárláskor a Biztosító a szerződés visszavásárlási táblázatban megjelölt összegét fizeti ki a Szerződő részére. A visszavásárlási összeg kifizetése a visszavásárlási kérelem teljesítéséhez szükséges valamennyi dokumentum Biztosítóhoz történő beérkezését követően 8 napon belül esedékes.

## 13) Díjmentes leszállítás

A Szerződő a szerződés különös feltételeiben megjelölt díjjal fedezett időszakot követően jogosult a szerződésének díjmentes leszállítására. Ebben az esetben a szerződés további díjfizetési kötelezettség nélkül, csökkentett biztosítási összeggel marad hatályban. Többlethozam jóváírásra a díjmentesen leszállított szerződések Biztosítottja is jogosult.

## 14) Kötvénykölcsön

Egyes különös szerződési feltételek szerint a Biztosító a szerződésben felhalmozott díjtartalék fedezete mellett kölcsönt nyújthat a Szerződő, vagy a Szerződő beleegyezésével a Biztosított részére. A kötvénykölcsön nyújtására a szerződésre vonatkozó különös feltételek szerint kerülhet sor.

## 15) A biztosítási esemény bejelentésének módja, határideje

A biztosítási eseményt annak bekövetkezésétől számított 8 napon belül írásban a Biztosító bármely szervezeti egységénél be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások ellenőrzését is. **Ennek hiányában késedelmes kárbejelentés esetén a Biztosító a kárkifizetés alól mentesül, de csak abban az esetben, ha a késedelmes kárbejelentés következtében a Biztosító teljesítési kötelezettsége megállapításának szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.**

## 16) A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

A Biztosító a szolgáltatásának teljesítéséhez a következő iratokat **kérheti**:

- biztosítási kötvény, az utolsó biztosítási díj befizetését igazoló dokumentum,
- Kedvezményezett személyazonosságát igazoló dokumentum,
- elérési szolgáltatás esetén a Biztosított életben létét igazoló okirat,
- halotti anyakönyvi kivonat másolata,
- halottvizsgálati bizonyítvány másolata,
- boncjegyzőkönyv másolata,
- halotti epikrízis,
- külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar nyelvű fordítása,
- jogerős öröklési bizonyítvány vagy jogerős hagyatékátadó végzés másolata,
- kiskorú örökös esetén (jogerős hagyatékátadó végzés szerinti) gyámhatóság által kiállított igazolás a gyámható-



- sági betétkönyv megnyitására, mely tartalmazza a számlaszámot,
- rendőrségi jegyzőkönyv másolata,
- munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolata,
- munkáltatói igazolás munkavállalói jogviszony meglétéről,
- közlekedési vállalat helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyvének másolata,
- gépjármű vezetése során bekövetkezett biztosítási esemény esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolata,
- véralkohol vizsgálati eredmény, drogteszt,
- az első orvosi ellátás dokumentumainak másolata,
- az első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentés időpontjáig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum (kezelések, vizsgálatok iratai – röntgen lelet, MRI vizsgálat eredménye, CT vizsgálat eredménye, szövettani vizsgálat eredménye), kórházi zárójelentések másolata,
- Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal szakvéleményének másolata,
- munkaképesség csökkenés megállapítására jogosult szerv által kiadott és hozzá benyújtott dokumentumok, határozatok másolata,
- kórházi zárójelentés, mely tartalmazza az elvégzett műtét WHO kódját,
- műtéti napló másolata,
- szövettani vizsgálat eredménye, ha bármely szövet, szerv, szervrészlet eltávolításra került a műtét során,
- orvosi nyilatkozat – a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata a káresemény hátterében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismézésének pontos időpontjával,
- ambuláns lap, orvosi dokumentumok másolata,
- keresőképtelenségi igazolás hiteles másolata (diagnózis megjelölésével),
- a kiadásokat igazoló eredeti számlák,
- gondnokságot kirendelő határozat másolata,
- igazolvány sportolói tagságról,
- sportmérkőzésen, edzésen történt balesetről készült jegyzőkönyv másolata,
- azon további nyilatkozatok, amelyeket a mindenkor hatályos jogszabályok a szolgáltatás teljesítésének feltételeként meghatároznak,
- idegennyelvű iratok esetén azok fordítása.

Azon iratok beszerzésének költségei, amelyek a bekérhető iratok listájában szerepelnek, s a Biztosító a káresemény tisztázásához bekéri őket, a Kedvezményezettet terhelik.

Egyes különös szerződési feltételek a Biztosító teljesítéséhez egyéb iratok benyújtását is előírhatja. Ezen egyéb iratok beszerzésének, esetleges magyar nyelvre fordításának költségei a Kedvezményezettet terhelik.

Amennyiben irat beszerzéséhez adatvédelmi okok miatt az érintett hozzájárulása szükséges, a hozzájárulás beszerzése, illetőleg megadása a Kedvezményezett kötelezettsége és az iratok beszerzésének költsége is a Kedvezményezettet terheli.

## 17) A Biztosító mentesülése

- a) A Biztosító mentesül a feltételszerű biztosítási szolgáltatás teljesítése alól, ha a Biztosított a Kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét. Ebben az esetben a visszavásárlási összeg a Biztosított örökösét illeti meg, abból a Kedvezményezett nem részesülhet.
- b) A biztosítási szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg és a Biztosító nem a visszavásárlási összeget, hanem a díjtartalékot fizeti ki a Kedvezményezettnek, ha a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, vagy azzal összefüggésben, vagy a szerződéskötéstől számított 2 éven belül elkövetett öngyilkossága következtében halt meg függetlenül attól, hogy azt a Biztosított tudatzavarban követte el.

## 18) Kockázatkizárások

- a) A Biztosító kockázata – amennyiben a biztosítási szerződés különös feltételei vagy a biztosítási szerződés másként nem rendelkezik – nem terjed ki az alábbi esetekre:
  - a Biztosított ittas állapotával (0,8 ezrelék, vagy ennél magasabb véralkohol szint) okozati összefüggésben bekövetkező eseményekre,
  - a biztosítási esemény a Biztosított vezetői engedélye, illetve egyéb szükséges hatósági engedély nélkül, illetve bármely okból tudatmódosult állapotban történt, bármely jármű vezetése közben, azzal okozati összefüggésben következett be, ideértve a nem közforgalmi úton történt gépjárművezetést is,
  - bármely, nem orvosi rendelvényre, nem gyógyítási céllal, nem gyógyszernek minősülő, a tudat, az elme, az idegrendszer, vagy a szervezet bármely funkciójának normál működését akadályozó szer használatával összefüggésbe hozható biztosítási eseményekre,
  - harci cselekményben (háborúban, polgárháborúban, határviolálásban, felkelésben, forradalomban, zendülésben, törvényes kormány elleni puccsban vagy puccskísérletben, tüntetésen, felvonulásban, sztrájkban, munkahelyi rendbontásban, idegen hatalom ellenséges cselekedetében,

kommandó támadásban, terrorcselekményben), vagy más háborús cselekményben, lázadásban, zavargásban való részvételből eredő biztosítási eseményekre,

- az atomenergia, illetve az ionizáló sugárzás hatásával összefüggő biztosítási eseményekre, kivéve az orvosilag előírt terápiás célú sugárkezelést,
  - a biztosítási esemény összefüggésben áll a Biztosított HIV (AIDS) vírus fertőzöttségével.
- b) A Biztosító – egyéb megállapodás hiányában – nem viseli a kockázatot, ha a Biztosított halála gépi erővel hajtott szárazföldi, légi, vízi járműben, országos, nemzetközi, illetve szervezett amatőr sportversenyen történő részvétel következtében, vagy ilyen versenyre való felkészülés (edzés) keretében következik be, ideértve az országos és nemzetközi sportversenyen nézőként való részvételt, amennyiben a Biztosított a rendezés szabályait nem betartva figyelte az eseményt.
- c) A Biztosító – egyéb megállapodás hiányában – nem viseli a kockázatot a repülőeszközök, továbbá ejtőernyő (ideértve az ugrót szállító légi eszközt is) használatából eredő biztosítási eseményekre, kivéve az olyan biztosítási eseményeket, amelyeket a Biztosított személy légijármű utasaként, a polgári légiforgalomban engedélyezett járművön vagy személyforgalomban engedélyezett és kijelölt katonai légijárművön polgári utasként szenved el. Utasnak az minősül, aki a légijárművön utazik, de a légijárműnek nem üzembentartója és nem tartozik a személyzethez.
- d) A károsult közrehatása, vagy szándékossága, felelőtlen magatartása miatt bekövetkező balesetekre (ideértve a tudatmódosító szer hatása alatt elszenvedett balesetet) a Biztosító nem vállal kockázatot.
- e) A Biztosító kizárja az olyan baleseteket, amelyek rándulás, megemelés, habituális ficam, patológias törés, nem balesettel összefüggő fertőzés, rovarcsípés, fagyás, napszúrás, nap általi égés, hőguta, madárinfluenza, porckorong sérülés, sérv, agyvérzés, foglalkozási ártalommal összefüggő balesetek, fertőző betegségek, gyermekbénulás, kullancscsípés következtében kialakuló agyburok- és agyvelőgyulladás, veszettség, tetanuszfertőzés.
- f) A biztosítási szerződés létrejöttékor már meglévő, ismert betegségek, ezek gyógyítása (gyógyszeres, műtéti, sugár stb.), illetve tartós, szükséges megfigyelése, gondozása, rendszeres ellenőrzése vonatkozásában a Biztosító nem vállal kockázatot.

## 19) Jognyilatkozatok, változás-bejelentési kötelezettség

- a) A Szerződő, Biztosított köteles személyi adatainak (pl. lakcímének) módosulását, továbbá a Biztosító kockázatvállalása szempontjából valamennyi lényeges körülményt (különösen foglalkozásának és sporttevékenységeinek változását) 5 napon belül a Biztosítóhoz írásban bejelenteni. Lényeges körülmény az, amire a Biztosító a szerződéskötéskor az ajánlatban, az egészségi nyilatkozatban és az orvosi vizsgálat során írásban kérdést tett fel.
- b) Azon jognyilatkozatok, amelyek érvényességéhez jogszabály írásbeli alakot követel meg, a Biztosítóval szemben csak akkor hatályos, ha azokat írásban nyújtották be a Biztosító szervezeti egységéhez (1033 Budapest, Flórián tér 1.). Abban az esetben, ha az adott jognyilatkozat érvényességéhez jogszabály nem írja elő az írásbeliség követelményét, akkor az arra jogosult által aláírt papír alapú dokumentum szkennelt változatát tartalmazó elektronikus levél beérkezése pótolja az írásbeli benyújtást.
- c) Minden jognyilatkozat akkor hatályos, amikor az a Biztosító szervezeti egységéhez (1033 Budapest, Flórián tér 1.) beérkezett.
- d) Amennyiben a Biztosító a 19) a) pontban foglalt teljesítése körében csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá ha a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását közli vele, 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 Biztosított a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik. Erre a következményre a Biztosítottat a módosító javaslat megtételekor figyelmeztetni kell.
- e) Amennyiben a Szerződő a Biztosítónak a 19) d) pont szerinti szerződés módosítási javaslatát elfogadja, a módosított díj az elfogadást követő időszakra vonatkozik.
- f) Amennyiben a Szerződő, vagy a Biztosított a bejelentési kötelezettségének nem tesz eleget, a közlési kötelezettség sértésre vonatkozó rendelkezések az irányadók.

## 20) Az Ügyfelek személyes adatainak kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók

### Az adatkezeléssel kapcsolatos rendelkezések

Személyes adat: az érintettel kapcsolatba hozható adat – különösen az érintett neve, azonosító jele, valamint egy vagy több fizikai, fiziológiai, mentális, gazdasági, kulturális vagy szociális azonosságára jellemző ismeret –, valamint az adatból levonható, az érintettre vonatkozó következtetés.

Érintett: bármely meghatározott személyes adat alapján azonosított vagy – közvetlenül vagy közvetve – azonosítható természetes személy.

### **Különleges adat:**

- a) a faji eredetre, a nemzeti és etnikai kisebbséghez tartozásra, a politikai véleményre vagy pártállásra, a vallásos vagy más világnézeti meggyőződésre, az érdekképviselői szervezeti tagságra, a szexuális életre vonatkozó személyes adat,
- b) az egészségi állapotra, a kóros szenvedélyre vonatkozó személyes adat, valamint a bűnügyi személyes adat.

A Biztosító az Ügyfelek adatait az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény rendelkezései alapján kezeli, és ez alapján végeztet más szolgáltatókkal adatfeldolgozást.

A Biztosító személyes adatokat a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggésben kezel. 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. E céltól eltérő célból végzett adatkezelést a Biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó csak az Ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az Ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny. Az adatszolgáltatás önkéntes. Az adatkezelés céljával összefüggésben a Biztosító tudomására jutott adatokat a Biztosító a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (továbbiakban „Bit.”) értelmében az Ügyfél hozzájárulása nélkül kezelheti. E törvényi felhatalmazás kizárólag azon személyes adatokra vonatkozik, amelyek nem minősülnek különleges adatoknak.

Az Ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a Biztosító a Bit. 155. § (1) bekezdésében meghatározott célokból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

A Biztosító Ügyfele saját személyes, nyilvántartott, illetve továbbított adatairól a törvényekben rögzített korlátozásokkal jogosult tájékoztatást kapni, kérésére adatait a Biztosító nyilvántartásában módosítja.

A Biztosító és biztosításközvetítője 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 biztosításközvetítője köteles törölni minden olyan, Ügyfeleivel, volt Ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincsen törvényes jogalap. Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat a Biztosító az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, az Ügyfél egészségi állapotával összefüggő, valamint az adatvédelmi törvény szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén 20 év elteltével köteles törölni.

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

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 fentiekben megjelöltektől eltérő célból végzett adatkezelést a Biztosító, és a biztosításközvetítő csak az Ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az Ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

A Biztosító, mint adatkezelő az adatok feldolgozásával a CIG Pannónia Szolgáltató Központ Kft.-t (székhely: 1033 Budapest, Flórián tér 1.; adószám: 14507517-4-41; cégjegyzék szám: 01-09-906915), a Tata Consultancy Services Limited Magyarországi Fióktelepét (székhely: 1117 Budapest, Irinyi József u. 4-20. B épület; adószám: 21981128-2-43; cégjegyzék szám: 01-17-000295), a FOLD-R Első Magyar Külsőerőforrás Biztosító és Adatfeldolgozó Zrt-t (székhely: 1116 Budapest, Építész u. 26.; adószám: 11866684-2-13; cégjegyzék szám: 13-10-040593) és a Díjbeszedő Holding Zrt-t (székhely: 1119 Budapest, Vahot u. 8.; adószám: 10805246-2-43; cégjegyzék szám: 01-10-042094) bízta meg, amely szervezet az adatokat nyilvántartja. A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez posta útján történő utalás vagy banki utalás esetén a Magyar Posta Zrt. és a jogosult által megnevezett bank adatfeldolgozónak minősül. A kiszervezett tevékenységet végzők a Biztosító adatfeldolgozóinak minősülnek. Ezen cégek listáját a Biztosító a webhelyén teszi közzé.

### **A biztosítási titokkal kapcsolatos rendelkezések**

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 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.

A Biztosító saját, illetve megbízottja tevékenysége során tudomására jutott, biztosítási titoknak minősülő adatokat a Bit.-ben meghatározott eseteket kivéve, csak akkor hozhatja harmadik személy tudomására, ha a titoktartási kötelezettsége alól az érintett Ügyfélől vagy annak törvényes képviselőjétől a kiszolgáltatható titokkört megjelölve írásban felmentést kapott.



Nem sért biztosítási titokra vonatkozó szabályt a Biztosító, amennyiben jogszabály alapján történő megkeresés vagy kötelező adatszolgáltatás teljesítése során biztosítási titoknak minősülő adatokat bocsát az alábbi szervek rendelkezésére:

- a) a feladatkörében eljáró felügyelet,
- b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatóság és ügyészség,
- c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bíróság, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtó,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző,
- e) az adóhatóság abban az esetben, 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) feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálat,
- g) Biztosítóval, a biztosításközvetítővel, szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselővel, ezek érdekképviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítói, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatal,
- h) feladatkörében eljáró gyámhatóság,
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatóság,
- j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szerv,
- k) a viszontbiztosító, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítók,
- l) a Bit.-ben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szerv,
- m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosító,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, továbbá ezek egymás közötti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát, illetve Kártalanítási Alapot kezelő szervezet, a Nemzeti Iroda, a levelező, az Információs Központ, a Kártalanítási Szervezet, kárrendezési megbízott és kárképviselő, illetve a károkozó, amennyiben az önrendelkezési jogával élve a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adataihoz kíván hozzáférni,
- o) kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végző,
- p) fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosító, biztosításközvetítő, szaktanácsadó,
- q) feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosa, valamint pénzügyi jogok biztosa,
- r) feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság,
- s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásnak részletes szabályairól szóló rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és a bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a Biztosítóval szemben, ha az a)-j), n) és r) 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) a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
- b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel.

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 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.

Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéről szóló törvény szerinti ellenőrzési eljárás során az összevont alapú felügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.

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

- a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.
- a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.

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.

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

#### **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 hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
- a Bit. Nyolcadik részének III. és III/A. fejezetében, a Tpt. XIX/B fejezetében, valamint a Hpt. XIV/A. fejezetében foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adat átadás.

Az a)-d) pontokban meghatározott adatok átadását a Biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg. A Biztosító egyes biztosítási szolgáltatások teljesítése 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 alapján titoktartásra kötelezett.

## **21) A biztosítási szerződés megszűnése**

A biztosítási szerződés megszűnik:

- a Biztosított halála esetén a Biztosító szolgáltatásának kifizetésével,
- a Biztosított életben léte esetén a biztosítási tartam lejártával, a Biztosító szolgáltatásának kifizetésével,
- a szerződés visszavásárlása esetén a szerződés visszavásárlási összegének kifizetésével,
- a díjesedékességet követő 90 nap elteltével, ha a Szerződő addig nem fizette meg az esedékes biztosítási díjat és a szerződést még nem lehet díjmentesen leszállítani vagy a díjfizetést szüneteltetni,
- a közlési, illetve a változás-bejelentési kötelezettség megsértése esetén, amennyiben a szerződést a Biztosító felmondja,
- a szerződés 22) g) pontja szerinti felmondása esetén.
- amennyiben a Biztosított a Biztosítónak – a szerződést érintő lényeges körülményekről való utólagos tudomás-szerzésére, illetve a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változásáról történő tájékoztatásra figyelemmel – a szerződés módosítására tett javaslatát nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol.

## **22) Egyéb rendelkezések**

- A kötvény megsemmisülése vagy elvesztése esetén a Biztosító a Szerződő fél írásbeli nyilatkozatára az eredeti kötvényről a kérelem kézhezvételétől számított 15 napon belül hiteles másolatot állít ki, miután az okirat megsemmisüléséről vagy elvesztéséről a kérelmező írásban, teljes bizonyító erejű magánokiratban nyilatkozatot tett. A hiteles másolat kiadásával egyidejűleg az eredeti kötvény hatályát veszti. A hiteles másolat kiállításának költségei a kérelmezőt terhelik.
- A biztosításból származó igények elévülési ideje 5 év.
- A Biztosító a hatályos jogszabályoknak megfelelően évente egy alkalommal írásbeli tájékoztatást küld a Szerződő részére az életbiztosítási szerződés aktuális szolgáltatási értékéről, a visszavásárlási értékéről és a jövőre várható hozam összegéről.
- A biztosítási szerződés kapcsán alkalmazandó jog Magyarország joga.
- Jelen szerződési feltételekkel kapcsolatban felmerülő panasz esetén az Ügyfél elsőfokon a CIG Pannónia

Életbiztosító Nyrt. Ügyfélszolgálati Irodájához (1033 Budapest, Flórián tér 1., telefon: +36-1-5-100-200, e-mail: [ugyfelszolgalat@cig.eu](mailto:ugyfelszolgalat@cig.eu)) fordulhat. A Biztosító felett a szakmai felügyeletet a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (1013 Budapest, Krisztina krt. 39., illetve 1535 Budapest, 114 Pf. 777.) gyakorolja. A panasz elutasítása, vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén az Ügyfél az alábbi testületekhez, illetve hatóságokhoz fordulhat:

- Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (levelezési címe: 1534 Budapest BKKP Pf.:777, telefon: 061-4899-100, e-mail cím: [ugyfelszolgalat@pszaf.hu](mailto:ugyfelszolgalat@pszaf.hu));
  - Pénzügyi Békéltető Testület (a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén, levelezési címe: H-1525 Budapest BKKP Pf.: 172., telefon: 061-4899-100, e-mail: [pbt@pszaf.hu](mailto:pbt@pszaf.hu) );
  - a szerződési feltételekben megjelölt bíróság.
- f) A jelen feltételekkel meghatározott biztosításokból származó valamennyi per elbírálására a Pp. 30. § (1) bekezdése alapján az általános illetékességgel rendelkező bíróságok járnak el.
- g) Az önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül a biztosítási szerződést megkötő természetes személy Szerződő a 4) e) pont szerinti tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül a hat hónapot meghaladó tartamú életbiztosítási szerződést írásbeli nyilatkozattal – indoklás nélkül – felmondhatja. E felmondási jog a Szerződőt nem illeti meg hitelfedezeti életbiztosítás esetén. A Szerződő érvényesen nem mondhat le az őt megillető felmondási jogról.
- h) A Szerződő felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően a Biztosító 15 napon belül elszámol a Szerződő által a biztosítási szerződéssel kapcsolatban bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel, tájékoztatja a Szerződőt a biztosítási díjból visszatartott összegről. A Biztosító a szerződés felmondása esetén adminisztrációs, kötvényesítési és orvosi vizsgálattal kapcsolatos költségeit érvényesíti a főbiztosításra és a kiegészítő biztosításokra együttesen beérkezett befizetésekből. Az adminisztrációs és kötvényesítési költségek címén visszatartott összeg mértéke a biztosítási szerződés különös feltételeiben kerül meghatározásra. A Biztosító a befizetésekből a felmondott biztosítási szerződésre már teljesített kifizetéseket levonja.
- i) A biztosítással összefüggő, legfontosabb adózási szabályok a következők: Az életbiztosítás alapján a jogszabályban meghatározott feltételek fennállta esetén adókedvezmények vehetőek igénybe, továbbá a Biztosító kifizetéseit kamatadó terhelheti. A gazdasági társaságok által magánszemélyekre kötött életbiztosítások, illetve ezek visszavásárlásai befolyásolhatják a vállalkozás eredményét, illetve kihatással lehetnek a magánszemélyek jövedelemadózáására.
- Az adókedvezményekkel, a kamatadóval, illetve a magánszemélyek jövedelmével kapcsolatos kérdésekben a személyi jövedelemadóról szóló,
  - a társasági formában működő Szerződők és Kedvezményezettek nyereségadózáásával kapcsolatos kérdésekben a társasági adóról és osztalékadóról szóló,
  - az adók befizetésével és levonásával kapcsolatos kérdésekben az adózás rendjéről szóló mindenkor hatályos törvények rendelkezéseit kell alkalmazni.
- Az adózással kapcsolatos szabályok a szerződés tartama alatt megváltozhatnak. Az adózással kapcsolatos további tájékoztatást külön nyomtatvány tartalmazza.
- j) A szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozat abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor azt a posta az érdekeltnek ajánlott levélben kézbesítette, illetve – személyesen átadott nyilatkozat esetén – az átvételét az érdekelt írásban elismerte, illetőleg akkor is, ha a fenti esetekben az átvételt a címzett megtagadta.

## 23) A Biztosító legfontosabb adatai

**Név:** CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.

**Székhely:** Magyarország, 1033 Budapest, Flórián tér 1.

**Levelezési cím:** 1502 Budapest, pf. 516.

**Forint bankszámlaszám:** 10918001-00000024-98060007 (IBAN: HU11 1091-8001-0000-0024-9806-0007)

**Euró bankszámlaszám:** 10918001-00000024-98060038 (IBAN: HU47 1091-8001-0000-0024-9806-0038)

**Számlavezető bank neve (és SWIFT kódja):** UniCredit Bank Hungary Zrt. (BACXHUHB)

**A Biztosító jogi formája:** nyilvánosan működő részvénytársaság

**Cégjegyzékszám:** 01-10-045857

Társaságunk a Fővárosi Törvényszék Cégbíróságánál van nyilvántartva.