



A CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt.

Általános Felelősségbiztosítási Szerződési Feltételek

Ügyfél-tájékoztató és biztosítási szerződési feltételek

Nyomtatványszám: NV3102

Tartalomjegyzék

A CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt. Általános Felelősségbiztosítási Szerződési Feltételei (ÁFSZF)

	4	
I.	Általános rendelkezések.....	4
II.	A Szerződő Fél és a Biztosított	5
III.	Biztosítási Esemény	6
IV.	A Biztosítási Szerződés létrejötte és tartama	7
V.	A kockázatviselés területi és időbeli hatálya.....	8
VI.	A Biztosítási Szerződés módosítása	9
VII.	A Biztosítási Szerződés megszűnése.....	9
VIII.	Hosszú távú szerződésre vonatkozó szabályok	10
IX.	A Biztosítási Szerződés újra érvénybe helyezése.....	10
X.	A díjfizetés szabályai	11
XI.	A biztosítási összeg	13
XII.	Önrészesedés.....	14
XIII.	A Biztosító és a Szerződő Fél együttműködése	15
XIV.	A Biztosító szolgáltatása	17
XV.	Biztosítással nem fedezett károk, események; általános kizárások	20
XVI.	A Biztosító mentesülése és megtérítési igénye	22
XVII.	Az ügyfelek személyes adatainak kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók	23
XVIII.	Egyéb szabályok	27

A CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt. Általános Felelősségbiztosítási Szerződési Feltételei (ÁFSZF)

I. Általános rendelkezések

1. A **CIG Pannónia Általános Biztosító Zrt.** (a továbbiakban: „**Biztosító**”) jelen Általános Felelősségbiztosítási Szerződési Feltételei (a továbbiakban: „**ÁFSZF**”), a Szerződő Fél által választott kockázatokra vonatkozó Különös Felelősségbiztosítási Szerződési Feltételei (a továbbiakban: „**KFSZF**”), a Szerződő Fél által választott kockázatokra vonatkozó Kiegészítő Felelősségbiztosítási Szerződési Feltételei (a továbbiakban: „**KIFSZF**”), továbbá szintén a Szerződő Fél által választott kockázatokra vonatkozó Felelősségbiztosítási Záradékok (a továbbiakban: „**Záradékok**”) azokat a rendelkezéseket tartalmazzák, amelyeket – eltérő szerződéses kikötés hiányában – a Biztosító felelősségbiztosítási szerződéseire alkalmazni kell.
2. A jelen ÁFSZF-ben, KFSZF-ben, illetve a KIFSZF-ben és Záradékokban foglaltak egyben a Biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (továbbiakban: Bit.) előírásainak megfelelő ügyféltájékoztatónak is minősülnek.
3. A KFSZF-ben nem szabályozottakra az ÁFSZF, míg a KFSZF-nek, KIFSZF-nek és a Záradékoknak az ÁFSZF-től eltérő rendelkezése esetén a KFSZF-ben meghatározottak az irányadók.
4. Az ÁFSZF, a KFSZF, a KIFSZF és a Záradékok együtt alkotják az általános szerződési feltételeket.
5. A Biztosító és a Szerződő Fél – amennyiben azt a jogszabályok lehetővé teszik – mind az általános, mind a különös, mind pedig a kiegészítő biztosítási feltételektől eltérhetnek, mely esetben az adott kérdésben a Biztosító és a Szerződő Fél írásbeli megállapodása az irányadó.
6. A Biztosítási Szerződés nyelve: magyar.
7. A biztosítási szerződés kapcsán alkalmazandó jog a Magyar Köztársaság magánjoga. A jelen biztosítási feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyvről (Ptk) szóló 2013. évi V. törvény és az egyéb hatályos magyar jogszabályok rendelkezései irányadók.
8. Az ÁFSZF-et, a KFSZF-et és a KIFSZF -et a Biztosító vagy az eljáró biztosításközvetítő a Biztosítási Szerződés aláírása előtt olyan időben bocsátja a Szerződő Fél rendelkezésére, hogy a Szerződő Fél üzleti döntése meghozatala előtt áttanulmányozhassa azokat, és a Biztosítónak vagy az eljáró biztosításközvetítőnek kérdéseit feltehesse. E célból a Biztosító az ÁFSZF-et, a KFSZF-et és a KIFSZF -et honlapján (www.cig.eu) közzé tette. A Szerződő Fél és a Biztosító megállapodnak abban, hogy a Szerződő Fél még a Biztosítási Szerződés megkötése előtt alaposan tájékozódik a Biztosítónál vagy az eljáró biztosításközvetítőnél arról, hogy a

Biztosítási Szerződés ténylegesen azon károsodásra és veszteségre, azon biztosítási szolgáltatással és feltételekkel nyújt-e biztosítási fedezetet, mint amelyre a Szerződő Fél a Biztosítási Szerződést megkötöni kívánja.

9. A Biztosító az ÁFSZF-ben, a KFSZF-ben, a KIFSZF-ben, illetve a Záradékokban és a Biztosítási Szerződésben **vastag betűvel** jelöli a Biztosító által alkalmazott kizárásokat, korlátozásokat, a Biztosító mentesülésének feltételeit és minden olyan rendelkezést, amely a szokásos szerződési gyakorlattól, a biztosítási szerződésre vonatkozó gyakorlattól, illetőleg a Szerződő Fél és a Biztosító között korábban alkalmazottól eltérő kikötést tartalmaz, avagy egyébként az Ügyfél figyelmének felhívására szolgál.
10. **A jelen ÁFSZF alkalmazásával megkötött Biztosítási Szerződés nem minősül fogyasztói szerződésnek.**

II. A Szerződő Fél és a Biztosított

1. Szerződő Fél

A Szerződő Fél az, az a vállalkozás, vagy egyéb jogi személy, illetve jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet, amely valamely vagyoni jogviszony alapján a Biztosítási Esemény elkerülésében érdekelt, vagy amely a Biztosítási Szerződést az érdekelt személy, azaz a Biztosított javára megkötöti. E biztosítási érdek nélkül létrejött Biztosítási Szerződés jogszabályba ütközik, ezért – létrejöttének időpontjára visszamenőleg – semmis. Ha a Biztosítási Szerződést nem a Biztosított, hanem az ő javára a Szerződő Fél köti meg, a Biztosítási Esemény bekövetkezéséig, illetőleg a Biztosítottnak a Biztosítási Szerződésbe történő belépéséig **a Szerződő Fél a hozzá intézett nyilatkozatokról és a Biztosítási Szerződésben bekövetkezett változásokról a Biztosítottat köteles tájékoztatni.** A Szerződő Fél és a Biztosított személye egybe is eshet.

2. Biztosított

- a. Biztosított az a személy, akinek a magyar anyagi jog szerint kártérítési kötelezettségére a felelősségbiztosítás fedezetet nyújt. A jelen ÁFSZF szerint Biztosítottak az alábbi személyek lehetnek:
- (i) cégjegyzékbe, más bírósági nyilvántartásba felvett jogi személy – illetve jogi személyiséggel rendelkező szervezeti egysége – a cégjegyzék, illetve a nyilvántartás szerinti névvel;
 - (ii) jogi személyiséggel nem rendelkező, de cégjegyzékbe bejegyzett gazdasági társaság, névjegyzékbe vett polgári jogi társaság, egyéb önálló jogalanyiséggel rendelkező szervezet, illetőleg személyegyesülés;
 - (iii) egyéni vállalkozó;
 - (iv) az egyéni vállalkozói nyilvántartásban szereplő természetes személy által alapított jogi személyiséggel nem rendelkező egyéni cég, amelyet a cégnyilvántartásba bejegyeztek a tevékenységi köre szerinti minőségben.

b. A Biztosított, ha nem azonos a Szerződő Féllel, a Biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal bármikor a Szerződő Fél helyébe léphet. A belépéshez a Biztosító hozzájárulása nem szükséges. A Biztosító a Biztosítottnak a Biztosítási Szerződésbe történő belépését követően jognyilatkozatait csak a Biztosítotthoz intézheti és fordítva. A belépéssel a Szerződő Felet megillető jogok és az őt terhelő kötelezettségek összessége a Biztosítottra száll át. Ebben az esetben a folyó biztosítási időszakban esedékes biztosítási díjakért a Biztosított a Szerződő Féllel egyetemlegesen felelős. Az ezt követő biztosítási időszakra vonatkozó, esedékes biztosítási díj megfizetéséért a Biztosított a Biztosítóval szemben már kizárólagos felelősséggel tartozik. A Biztosítási Szerződésbe belépő Biztosított köteles a Szerződő Félnek a Biztosítási Szerződésre fordított költségeit – ideértve a biztosítási díjat is megtéríteni.

3. Ügyfél

A biztosítási jogviszonyt szabályozó törvények, valamint az ÁVSZF, a KVSZF, a Biztosítási Szerződés is gyakran használják az „ügyfél” fogalmát. A Bit. értelmében ügyfélnek a következő személyek minősülnek: a Szerződő Fél, a Biztosított, a kedvezményezett, a károsult, a Biztosító szolgáltatására jogosult más személy; az adatvédelemre vonatkozó rendelkezések alkalmazásában pedig ügyfél az is, aki a Biztosító számára Ajánlatot tesz. Ebből következően az ügyfél fogalma részben fedi a Biztosítási Szerződésnek a Biztosítóval szemben álló alanyait.

4. Vállalkozás

Vállalkozás: a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körében eljáró személy.

III. Biztosítási Esemény

1. A Biztosítási Esemény a Biztosított jogellenes károkozó magatartása következtében másnak okozott kár miatti, a hatályos magyar jogszabályok szerinti felelősségén alapuló kártérítési kötelezettsége, amelynek teljesítése alól a Biztosítottat a Biztosító – biztosítási díj fizetése ellenében - jelen ÁFSZF-ben, a KFSZF-ben, vagy a KIFSZF-ben meghatározottak szerint mentesíti. **A felelősségbiztosítás az egyes KFSZF-ekben és KIFSZF-ekben, továbbá Záradékokban meghatározott Biztosítási Események közül csak azokra terjed ki, amelyekre a Szerződő Fél ajánlatot tett és a díjat megfizette.**
2. A sorozatkárok egy Biztosítási Eseménynek minősülnek. Sorozatkárnak tekintendők a károsultak számától függetlenül az egyazon károkozó magatartásból, vagy okból eredő, illetve az azonos okra visszavezethető, azonos vagy eltérő időpontban bekövetkezett károk, ha az ok és okozat közötti összefüggés jogi, gazdasági, vagy műszaki vonatkozásban fennáll.

IV. A Biztosítási Szerződés létrejötte és tartama

1. A Biztosítási Szerződés a Biztosító és a Szerződő Fél írásbeli megállapodásával jön létre. A Biztosítási Szerződés megkötését a Szerződő Fél (Biztosított) írásbeli ajánlattal (ajánlati adatközlő) kezdeményezi.
2. **Ha a szerződést nem írásban kötötték meg, a Biztosító köteles a biztosítási fedezetet igazoló dokumentumot kiállítani. Ha a fedezetet igazoló dokumentum a Szerződő Fél ajánlatától eltér, és az eltérést a Szerződő Fél a dokumentum kézhezvételét követően késedelem nélkül nem kifogásolja, a szerződés a fedezetet igazoló dokumentum szerinti tartalommal jön létre.** Ez a rendelkezés lényeges eltérésekre akkor alkalmazható, ha a Biztosító az eltérésre a Szerződő Fél figyelmét a fedezetet igazoló dokumentum átadásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.
3. Az ajánlattevő ajánlatához annak megtételétől számított tizenöt napig van kötve.
4. **A Biztosító jogosult az ajánlatot a Biztosító vagy képviselője részére történő átadástól számított 15 napon belül elbírálni.** A Biztosítási Szerződés létrejön, ha a Biztosító az ajánlatot e 15 napos határidőn belül elfogadja, és ezt a biztosítási kötvény kiállításával igazolja. A Biztosítási Szerződés akkor is létrejön, ha a Szerződő Fél (Biztosított) ajánlatára a Biztosító a fent meghatározott 15 napos határidőn belül nem nyilatkozik. Ebben az esetben a Biztosítási Szerződés (az ajánlatnak a Biztosító képviselőjének való átadás napjára) visszamenőleges hatállyal jön létre, az ajánlattal egyező tartalommal.
5. Ha a Biztosító az ajánlatot a fent meghatározott 15 napos határidőn belül visszautasítja, az ezen időszak alatt bekövetkezett károkért helytállni nem tartozik. A Biztosító a Szerződő Fél által befizetett első biztosítási díjat a Biztosítónak az Ajánlatot elbíráló hálózati szerv által történt elutasítása közlésétől számított 8 napon belül köteles az ajánlattevőnek visszautalni. Az Ajánlat elutasítását a Biztosító nem köteles indokolni.
6. Ha a kötvény tartalma eltér a Szerződő Fél ajánlatától, és az eltérést a Szerződő Fél ezt 15 napon belül nem kifogásolja, a Biztosítási Szerződés a kötvény tartalma szerint jön létre. E rendelkezést a lényeges eltérésekre csak akkor lehet alkalmazni, ha a Biztosító a kötvény átadásakor írásban felhívta a Szerződő Fél figyelmét az eltérésre. Amennyiben a figyelemfelhívás elmarad, a Biztosítási Szerződés az ajánlat szerinti tartalommal jön létre.
7. A Biztosítási Szerződés lehet határozott vagy határozatlan időtartamú. A Biztosítási Szerződés, ha a Biztosító és a Szerződő Fél írásban másképp nem állapodnak meg, határozatlan tartamú. A tartamon belül a Biztosítási Időszak egy év. A biztosítási évforduló, amennyiben a Biztosító és a Szerződő Fél írásban másképp nem állapodnak meg, a kockázatviselés kezdetének megfelelő naptári nap, amely a kötvényen feltüntetésre kerül.

8. **Az elektronikus úton történő szerződéskötés szabályai.** Elektronikus úton történő szerződéskötés esetén a Biztosító köteles a szerződéskötésre vonatkozó jognyilatkozatának megtételét megelőzően a Szerződő Felet tájékoztatni
- a) a szerződéskötés technikai lépéseiről;
 - b) arról, hogy a megkötendő szerződés írásba foglalt szerződésnek minősül, és azt a Biztosító rögzíti, továbbá arról, hogy a szerződés utóbb hozzáférhető lesz-e;
 - c) azokról az eszközökről, amelyek az adatok elektronikus rögzítése során felmerülő hibák azonosítását és kijavítását a szerződési jognyilatkozat megtételét megelőzően biztosítják;
 - d) a szerződés nyelvéről; és
 - e) ha ilyen létezik, arról a szolgáltatási tevékenységre vonatkozó magatartási kódexről és annak elektronikus hozzáférhetőségéről, amelyet a Biztosító magára nézve kötelezőnek ismer el.
- A Biztosító köteles a szerződési feltételeit olyan módon hozzáférhetővé tenni, amely lehetővé teszi a másik fél számára, hogy tárolja és előhívja azokat.

V. A kockázatviselés területi és időbeli hatálya

1. A Biztosító a Magyarország területén okozott és bekövetkezett és érvényesített károkat téríti meg feltéve, hogy a Biztosító és a Szerződő Fél írásban másképp nem állapodnak meg.
2. A Biztosító kockázatviselése határozott tartamú Biztosítási Szerződés esetén a kockázatviselésnek első napjától az utolsó napjáig, határozatlan tartamú Biztosítási Szerződés esetén a kockázatviselés első napjától legkésőbb a Biztosítási Szerződés megszűnésének napjáig terjedő időtartamon belül okozott és bekövetkezett és a szerződés megszűnésétől számított 30 napon belül bejelentett Biztosítási Eseményekre terjed ki, feltéve ha a Biztosító és a Szerződő Fél írásban másképp nem állapodnak meg. Ha a felelősségbiztosítási fedezet folyamatos fennállása érdekében a Szerződő Fél több egymást követő időszakra úgy köt felelősségbiztosítási szerződést, hogy a későbbi Biztosítási Szerződés a korábbi megszűnését követő napon lép hatályba, a Biztosító kockázatviselése – figyelemmel az elévülési időre – a Biztosítási Szerződések bármelyikének hatálya alatt okozott, bekövetkezett és az utolsó Biztosítási Szerződés megszűnésétől számított 30 napon belül a Biztosítónak bejelentett Biztosítási Eseményekre terjed ki, feltéve hogy a Biztosító és a Szerződő Fél írásban másképp nem állapodnak meg.
3. A Biztosító kockázatviselése a felek által a Biztosítási Szerződésben meghatározott időpontban, ilyen hiányában a szerződés létrejöttének időpontjában kezdődik.
4. A biztosítási feltételek alkalmazása szempontjából:
 - a. A károkozás időpontja az a nap, amikor a kárt előidéző cselekmény megtörtént.
Amennyiben a károkozás mulasztással valósult meg, a károkozás időpontja az a nap, amikor az elmulasztott cselekményt még a kár bekövetkezése nélkül pótolni lehetett volna.

- b. A kár bekövetkezésének időpontja a károsodástól függően az alábbi:
 - i. Személyi sérüléssel károsodás esetén:
 - testi sérülés esetén a sérülés időpontja, akkor is, ha utóbb halálhoz vezet;
 - egészségkárosodás esetén a károsodás időpontja, vitás esetben az az időpont, amikor az orvos első alkalommal megállapítja az egészségkárosodást
 - halál esetén a halál beállta;
 - ii. Dologi károsodás esetén a károsodás bekövetkezésének időpontja;
 - iii. Sorozatkár esetén az első káresemény időpontja.
 - c. A kár bejelentésének időpontja az a nap, amikor a Biztosított írásbeli kárbejelentése a Biztosítóhoz írásban megérkezett. Jelen ÁFSZF alkalmazása során írásbeli bejelentésnek minősül az e-mail útján történő közlés is a közlés napjával, amennyiben azt a Biztosító – akár e-mail útján, akár más írásos formában – visszaigazolta.
 - d. Személyi sérüléssel károsodás a testi sérülés, a halál, vagy az egészségkárosodás bekövetkezése.
 - e. Dologi kár valamilyen tárgy megsemmisülése, megsérülése, vagy használhatatlanná válása.
5. Amennyiben a kár okozása, bekövetkezése és bejelentése nem egy Biztosítási Időszakon belül, de a szerződés hatálya alatt történt, a Biztosító szolgáltatása szempontjából a károsodás szerinti Biztosítási Időszak biztosítási összege, illetve a Biztosítási Szerződés abban az időszakban hatályos egyéb rendelkezései az irányadók, feltéve, ha a Biztosító és a Szerződő Fél írásban másként nem állapodtak meg.

VI. A Biztosítási Szerződés módosítása

1. Ha a Biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a Biztosítási Szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá ha a Szerződő Fél (Biztosított) lényeges körülmények változását közli a Biztosítóval, a Biztosító 15 napon belül javaslatot tehet a Biztosítási Szerződés módosítására, illetve – ha a kockázatot a feltétel értelmében nem vállalja – a szerződést 30 napra írásban felmondhatja. Amennyiben a Szerződő Fél (Biztosított) a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a Biztosítási Szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik. Erre a következményre a Biztosító levelében köteles felhívni a Szerződő Fél (Biztosított) figyelmét.
2. Ha a Biztosító a fenti jogával nem él, a Biztosítási Szerződés az eredeti tartalommal hatályban marad.

VII. A Biztosítási Szerződés megszűnése

1. A határozatlan tartamú Biztosítási Szerződést írásban, a Biztosítási Időszak végére (évforduló előtti utolsó napra) lehet felmondani, oly módon, hogy a Szerződő Fél, vagy Biztosító a felmondást a biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal kézhez kapja. A felmondás érvényesen csak írásos formában közölhető.
2. Ha az esedékes biztosítási díjat nem fizetik meg, akkor a X. fejezet 7. pontjában foglalt póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a Biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti. Ha az esedékes biztosítási díjnak csak egy részét fizették meg, akkor a X. fejezet 8. pontjában foglalt póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés a kifizetett biztosítási díjjal arányos időtartam utolsó napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a Biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.

A Biztosítási Szerződés abban az esetben is megszűnik, ha a Biztosított az ajánlaton, kötvényen rögzített tevékenység végzését – igazolt módon – abbahagyja (érdekmúlás).

A Biztosítási Szerződés megszűnik a jelen feltétel VI. pontjában részletezett, szerződésmódosítás esetén, amennyiben a szerződést a Biztosító felmondja, vagy a Biztosító szerződésmódosító javaslatát Szerződő Fél nem fogadja el.

A szerződés akkor is megszűnik továbbá, amennyiben a határozott tartamra szóló Biztosítási Szerződés lejár.

VIII. Hosszú távú szerződésre vonatkozó szabályok

1. A Szerződő Fél/Biztosított kötelezettséget vállalhat arra, hogy a biztosítási szerződést 3 évig nem szünteti meg. Ebben az esetben a Biztosító a szerződésben megállapított díjkedvezményt nyújtja (tartamengedmény). Amennyiben a szerződés a 3 éves tartam alatt megszűnik (amely oka lehet többek között: a Szerződő Fél felmondása, az esedékes díj meg nem fizetése stb.), úgy a szerződés megszűnésének időpontjáig ténylegesen elszámolt engedmények összegét, a Szerződő Félnek a szerződés megszűnését követő 15. napig a Biztosító részére egy összegben vissza kell fizetni.
2. Abban az esetben, ha a szerződés létrejöttétől számított harmadik biztosítási évfordulóig a szerződés nem szűnik meg, akkor az előzetes tartamengedmény újabb három évre, változatlan feltételekkel érvényben marad.
3. Amennyiben a Biztosító kezdeményezi a szerződés felmondását, avagy a szerződés eltérő tartalommal, illetve díjjal módosításra kerül, a Biztosító a tartamengedmény megfizetésére nem tart igényt

IX. A Biztosítási Szerződés újra érvénybe helyezése

1. Amennyiben a Biztosítási Szerződés a díj nemfizetése miatt szűnt meg, úgy az elmaradt biztosítási díj vagy díjrészlet esedékességét követő százhusz napon belül a Szerződő Fél kérheti a Biztosítási Szerződés újra

érvénybe helyezését (reaktiválását). A reaktiválásra csak akkor kerülhet sor, ha a Szerződő Fél a reaktiválási kérelemmel együtt csatolja a Biztosított kármentességi nyilatkozatát, amelyben a biztosított arról tesz nyilatkozatot, hogy nincs tudomása káresemény történtéről, és megfizeti az elmaradt díjat. A Biztosító kockázatviselése az elmaradt biztosítási díjak vagy díjrészek beazonosítását követő nap 0 órájától folytatódik, és az időközben megszűnt Biztosítási Szerződés az eredeti tartalommal és biztosítási összeggel újra hatályba lép.

2. Ha a Szerződő Fél az elmaradt díj esedékességét követő százhusz napon túl kéri a Biztosítási Szerződés reaktiválását, a Biztosító úgy tekinti a kérést, mintha a Szerződő Fél új Biztosítási Szerződés megkötésére tett volna ajánlatot. Az elmaradt biztosítási díj vagy díjrészlet esedékességétől számított 6 hónapon túl a Biztosítási Szerződést reaktiválni nem lehet.

X. A díjfizetés szabályai

1. A biztosítás díja a Biztosító által vállalt kötelezettségek ellenértéke.
2. A biztosítási díj fizetése a Szerződő Felet terheli.
3. A biztosítási díj megállapítása a Biztosító díjszabása vagy egyedi kockázatelbírálása alapján történik. A biztosítási díj az ajánlaton megjelölt módon és gyakorisággal a Magyarországon mindenkor érvényes belföldi fizetőeszközben fizetendő és az a Biztosítót előre illeti meg.
4. A díjfizetési gyakoriság határozatlan tartamra létrejött Biztosítási Szerződések esetén rendszeres, határozott tartamra létrejött Biztosítási Szerződések esetén pedig egyszeri. A rendszeres éves díj féléves, negyedéves és havi részekben is fizethető (díjrészlet). A Biztosító jogosult a díjrészek megfelelő megfizetésének elmulasztása esetén a teljes éves díj, illetve határozott tartamú Biztosítási Szerződés esetén a díj teljes összege megfizetésének elmulasztása esetén a teljes tartamra vonatkozó biztosítási díj megfizetését követelni Szerződő Féltől. A Biztosító a díjfizetés módjától és gyakoriságától függően díjkedvezményt adhat, illetve pótdíjazhat. A biztosítási ajánlat tartalmazza a díjkedvezmény/pótdíj Biztosítási szerződéskötéskori mértékét, amelyet a Biztosító a tartam során módosíthat.
5. A Szerződő Fél a biztosítási évfordulóval módosíthatja a díjfizetés módját és gyakoriságát. A módosítási igényt legkésőbb 30 nappal a biztosítási évforduló előtt kell a Biztosítóhoz írásban benyújtani.
6. Az egyszeri biztosítási díj és a rendszeres biztosítási díj, vagy annak első részlete – ha a Biztosító és a Szerződő Fél ettől eltérően nem állapodnak meg – ajánlattételkor esedékes, amelyet a Biztosító díjelőlegként a Biztosítási Szerződés létrejöttéig kamatmentes előlegként kezel. Ha a Biztosítási Szerződés létrejön, az előleget

a Biztosító biztosítási díjként számítja be. Ha a Biztosítási Szerződés nem jön létre, a Biztosító a díjelőleget visszafizeti a Szerződő Fél részére. Minden későbbi díj annak az időszaknak első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik. A biztosítás kezdeti díját és a biztosítási összeget a biztosítási kötvény tartalmazza. Az esedékes díjrészletnél magasabb összeg befizetésével többszolgáltatásra jogosultság nem keletkezik. A befizetett díjtöbbletet a Biztosító a következő időszak biztosítási díjába beszámítja, illetve, amennyiben a Biztosító kockázatviselése időközben megszűnik, a még fennmaradó díjtöbbletet a megszűnéstől számított 30 napon belül visszafizeti a Szerződő Félnek.

7. **Ha az esedékes biztosítási díjat nem fizetik meg, a Biztosító - a következményekre történő figyelmeztetés mellett - a Szerződő Felet a felszólítás elküldésétől számított harminc napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.**
8. Ha az esedékes biztosítási díjnak csak egy részét fizették meg, a Biztosítási Szerződés - változatlan biztosítási összeggel - a kifizetett biztosítási díjjal arányos időtartamra marad fenn. Ebben az esetben is a Biztosító - a következményekre történő figyelmeztetés mellett - a Szerződő Felet a felszólítás elküldésétől számított harminc napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az kifizetett biztosítási díjjal arányos időtartam utolsó napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a Biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.
9. A Jelen ÁFSZF X. fejezet 7. és 8. pontjában írt póthatáridő időtartama alatt bekövetkezett káresemény kapcsán a Biztosító akkor nyújt szolgáltatást a Biztosítási Szerződésben előírt módon és feltételek mellett, ha a póthatáridő alatt a Szerződő Fél a hátralékos díjat megfizette.
10. A biztosítási díj számításához a Szerződő Fél (Biztosított) köteles közölni a biztosítási ajánlaton szereplő, a díjszámításhoz alapját képező adatokat. A Biztosító és a Szerződő Fél a következő Biztosítási Időszak díját – a díjszámításhoz szükséges adatok változása alapján – minden évben a biztosítási évforduló napjával aktualizálják. A Biztosító a következő időszak díját automatikusan aktualizálhatja akkor, ha a díjszámítás alapja a Szerződő Fél éves nettó árbevétele. Az automatikus aktualizáláshoz a Biztosító a Központi Statisztikai Hivatal által közzétett, a Biztosított tevékenységre vonatkozó árindexet (fogyasztói, építőipari) veszi figyelembe. A biztosító a konkrét árindex mértékét március 1-jéig állapítja meg, amelytől a biztosító 3 százalékponttal eltérhet. Az így meghatározott index az adott év június hó 1-jétől a rákövetkező év május hó 31-éig érvényes és alkalmazandó. Az így képzett díj a Szerződő Fél által szolgáltatott értékesítés éves nettó árbevétele és a Biztosított tevékenységre vonatkozó indexszám szorzata.
11. Amennyiben az ajánlaton megjelölt díj számításának alapját képező adatok előző naptári évre vonatkozó tényleges értéke a Biztosítóval közölt értéket legalább 10%-kal meghaladja, a Szerződő Fél köteles 15 napon belül a tényleges adatokat közölni a Biztosítóval. Amennyiben az ajánlaton megjelölt díj számításának alapját

képező adatok előző naptári évre vonatkozó tényleges értéke a Biztosítóval közölt értékhez képest legalább 10%-kal csökken, a Szerződő Fél jogosult a tényleges adatokat közölni a Biztosítóval. A Biztosító jogosult a következő Biztosítási Időszak díját a Szerződő Fél által közölt, a díjszámítás alapját képező ténylegesen megvalósult adatok alapján megállapítani.

12. Amennyiben a biztosítási díj számításához szükséges adatokat a Szerződő Fél nem a valóságnak megfelelően szolgáltatotta, vagy nem tett eleget a 8. pontban meghatározott kötelezettségének, akkor a Biztosító teljes kárból csak akkora rész erejéig köteles helytállni - legfeljebb azonban a biztosítási összeg erejéig -, amekkora része a befizetett díj annak a díjnak, amelyet a Szerződő Fél valóságnak megfelelő adatszolgáltatása esetén fel kellett volna számolni (díjarányos kártérítés). A díjarányos kártérítés alkalmazására a Biztosító akkor jogosult, ha Szerződő Fél által szolgáltatott és a ténylegesen megvalósult díjszámítás adatok közt legalább 20%-os a különbség.
13. A Szerződő Fél elfogadja, hogy a Biztosítási Szerződés hatálya alatt, a kockázati körülmények, így különösen a Biztosítási Szerződés és a Biztosító Biztosítási Szerződési állományának a Biztosított tevékenységre vonatkozó kárhányada mértékének legalább 10 %-os változására figyelemmel, a biztosítási díjtétel a biztosítási évforduló napjával emelkedhet, vagy csökkenhet. Ebben az esetben a biztosítási díjtétel a Biztosító díjszabása szerint az új Biztosítási Szerződésekre vonatkozó biztosítási díjtételre változik.
14. Amennyiben a Szerződő Fél a Biztosító által közölt új biztosítási díj alkalmazásával nem kívánja a Biztosítási Szerződést fenntartani, abban az esetben jogosult a Biztosítási Szerződést írásban, a Biztosítási Időszak végére felmondani.
15. A Biztosító jogosult a Szerződő Fél (Biztosított) üzleti nyilvántartásaiba, a szolgáltatott adatok ellenőrzése céljából, az ellenőrzéshez szükséges mértékben betekinteni.

XI. A biztosítási összeg

1. **A biztosítási összeg (limit) az az ajánlaton feltüntetett Biztosítási Eseményenként (káreseményenként) és a Biztosítási Időszakra meghatározott legmagasabb összeg, mely a kamattal és valamennyi a Biztosítottat terhelő járulékos költséggel együtt -beleértve az eljárási és jogi képviseleti költségeket is- a Biztosító szolgáltatásának felső határa.** Kötvényszintű (kombinált vagy aggregát) limit alkalmazása esetén, az összes felelősségbiztosítási kockázatra együttes – Biztosítási Eseményenkénti (káreseményenkénti) és Biztosítási Időszakonkénti – (kártérítési) limitet kell meghatározni. A Biztosítási Eseményenkénti

(káreseményenkénti) és/vagy a Biztosítási Időszakonkénti kötvényszintű limitet bármelyik választott felelősségbiztosítás alapján nyújtott szolgáltatás kimerítheti. A szublimit a káreseményenkénti és/vagy a Biztosítási Időszakra meghatározott biztosítási összegben belül az egyes kockázatokra meghatározott limit.

2. A Biztosítónak a Biztosítási Időszak egészére vonatkozó teljesítési kötelezettsége – a Biztosítási Események (káresemények) számától függetlenül – nem haladhatja meg az adott Biztosítási Szerződésben a károkozás időpontját magába foglaló Biztosítási Időszakra meghatározott biztosítási összeget. A Biztosító a Biztosítási Eseményenkénti (káreseményenkénti) és/vagy Biztosítási Időszakonkénti biztosítási összegben belül nyújt fedezetet a kárigény érvényesítésével összefüggésben a károsult oldalán felmerülő költségekre. Ha a Biztosítási Esemény (káresemény) kapcsán érvényesített megalapozott kárigény teljes összege meghaladja a Biztosítási Eseményenkénti (káreseményenkénti) - biztosítási összeget, akkor a Biztosító szolgáltatása - az önrészesedésnek a kárösszegeből való levonása után – legfeljebb a Biztosítási Szerződésben meghatározott biztosítási eseményenkénti (káreseményenkénti) biztosítási összeg mértékéig terjed. Ha azonban a Biztosítási Időszakra vonatkozó biztosítási összegből még rendelkezésre álló összeg a Biztosítási Eseményenkénti (káreseményenkénti) biztosítási összegnél kisebb, akkor a Biztosító ezen kisebb összeg erejéig áll helyt. Ha egy Biztosítási Eseménnyel kapcsolatban több károsult (jogosult) megalapozott kárigényeinek együttes összege meghaladja a Biztosítási Eseményenkénti (káreseményenkénti) biztosítási összeget, akkor az egyes károsultak kárainak megtérítése olyan arányban történik, amilyen arányban a Biztosítási Eseményenkénti (káreseményenkénti) biztosítási összeg aránylik a megalapozott kárigények együttes összegéhez.

XII. Önrészesedés

1. Az önrészesedés a Biztosítási Szerződés által biztosítási fedezetbe vont kár (beleértve a kamatot és valamennyi költséget) azon része, amelyet a Biztosított minden káresemény kapcsán maga visel. Az önrészesedés Biztosítási Eseményenként meghatározott százalékos és/vagy összegszerű mértékét a Biztosítási Szerződés tartalmazza.
2. Az önrészesedés típusa és mértéke a biztosítási ajánlaton feltüntetésre kerül:
 - a. **Levonásos önrészesedés** alkalmazása esetén a biztosítási ajánlaton abszolút, vagy százalékos mértékben kerül meghatározásra a kár (beleértve a kamatot és valamennyi költséget) azon része, amelyet a Biztosított maga visel. Az önrészesedés abszolút összegét el nem érő károkat a Biztosító nem téríti meg. Az önrészesedés összege a szolgáltatás összegéből levonásra kerül, kivéve, amikor az önrészesedés mértékével csökkentett kárérték eléri vagy meghaladja a biztosítási összeget, mert ebben az esetben a Biztosító szolgáltatásának összege a teljes biztosítási összeg.
 - b. **Elérési önrészesedés** alkalmazása esetén a biztosítási ajánlaton meghatározott elérési összeg alatti károkat (beleértve a kamatot és valamennyi költséget) teljes egészében a Biztosított viseli. Amennyiben a kár mértéke eléri, vagy meghaladja a biztosítási ajánlaton meghatározott elérési összeg mértékét a Biztosító önrészesedés levonása nélkül a teljes kárt megtéríti a biztosítási összeg erejéig.

XIII. A Biztosító és a Szerződő Fél együttműködése

1. Közlési kötelezettség

- a. A Szerződő Fél és a Biztosított köteles a Biztosító rendelkezésére bocsátani a kockázatviselés szempontjából lényeges és szükséges tényeket, adatokat abban az esetben is, ha azok üzleti titoknak minősülnek. A kért adatok a biztosítási ajánlat mellékletét képező adatközlőben is rögzítésre kerülnek. Az adatközlőn a Szerződő Fél (Biztosított) aláírásának szerepelnie kell. **Az adatok helyességéért, valóságtartalmáért az adatfelvételben történő Biztosítói vagy közvetítői közreműködés esetén is a Szerződő Fél felel.**
- b. A Szerződő Fél és a Biztosított köteles a Biztosító kockázatvállalása szempontjából jelentős okiratokat, Biztosítási Szerződéseket, hatósági határozatokat (társasági Biztosítási Szerződés, a vállalat számviteli politikája, különféle szabályzatok, munkaköri leírás stb.) a Biztosító részére átadni, illetve ezekbe betekintést biztosítani.

2. Változásbejelentési kötelezettség

- a. A biztosítási kockázat szempontjából lényeges és a közlési kötelezettség körébe vont körülmények változását a Szerződő Fél és a Biztosított haladéktalanul – de legfeljebb bekövetkezésüktől számított 15 napon belül – köteles a Biztosítónak írásban bejelenteni. Ilyen, a bejelentési kötelezettség alá tartozó főbb változások többek között: a Biztosítási Szerződéskötéskor az ajánlaton/adatközlőn írásban közölt adatok és körülmények megváltozása; a kármegelőzés vagy kárelhárítás rendszerének módosulása.
- b. A Szerződő Fél és a Biztosított köteles a módosított, illetőleg változott tartalmú okiratokat a Biztosítónak átadni és a változott tartalmú adatközlőket kitölteni.

3. Kármegelőzési kötelezettség

- a. A Szerződő Fél és a Biztosított köteles a károk megelőzése, elhárítása és enyhítése érdekében minden tőle elvárható intézkedést megtenni, a vonatkozó előírásokat mindenkor és maradéktalanul betartani.
- b. A Biztosító jogosult a kármegelőzési intézkedések megvalósítását és megtartását ellenőrizni. Ha a Biztosító a kármegelőzésre vonatkozó szabályok szándékos vagy súlyosan gondatlan megsértését vagy ezek betartásának sorozatos elmulasztását tapasztalja, kezdeményezheti a Biztosítási Szerződés 15 napon belüli módosítását vagy a Biztosítási Szerződés 30 napra történő felmondását.

4. Kárenyhítési kötelezettség

- a. A Szerződő Fél és a Biztosított a kár bekövetkeztekor köteles a kárt tőle telhetően enyhíteni.
- b. A Biztosított a Biztosítási Esemény helyszínét a káreseményt követő 3 napon belül, illetve a Biztosítói kárszemle megkezdéséig csak a kárenyhítéshez szükséges mértékben változtathatja meg. Amennyiben

a Biztosított ettől eltérő módosításokat eszközöl, a Biztosító mentesül a kár kifizetése alól, ha e miatt a Biztosító számára lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

- c. A vészhelyzet közvetlen elhárítását követően a Biztosított javaslatot dolgoz ki a kár enyhítésére, és a tervet a Biztosítóval egyezteti. Ha a Biztosító műszakilag egyenértékű, de gazdaságosabb megoldást javasol a kár enyhítésére, és ettől a megoldástól a Biztosított eltér, a felmerült többletköltségeket a Biztosító nem téríti.

5. Kárbejelentési kötelezettség

- a. A Szerződő Fél és a Biztosított a Biztosítási Eseményt a bekövetkezéstől, illetve a tudomására jutástól számított 3 munkanapon belül köteles a Biztosítóhoz írásban bejelenteni. Amennyiben a Szerződő Fél (Biztosított) a kárbejelentési kötelezettségét késedelmesen teljesíti, a késedelmes bejelentésből eredő kamatokat a Biztosító nem viseli. A kárbejelentésnek tartalmaznia kell:
- a biztosítási kötvény számát,
 - a káresemény leírását,
 - a károkozás helyét és időpontját,
 - a kár bekövetkezésének helyét és időpontját,
 - a kárbejelentésig megtett intézkedések leírását,
 - a kár jellegét, mértékét (a megállapított vagy becsült értéket),
 - a károsodott dolgok (létesítmények, eszközök) és tulajdonosuk megnevezését,
 - a károsult(ak) kárigényének összegét,
 - a Biztosított felelősségének elismeréséről vagy el nem ismeréséről szóló nyilatkozatot,
 - az előző naptári évre vonatkozó és a díjszámítás alapját képező – a különös biztosítási feltételekben meghatározott – tényleges adatokat, melyeket az ajánlat/adatközlő is tartalmaz,
 - 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 (adattvédelem),
 - a Biztosítottat képviselő személy nevét, címét, telefonszámát, a képviseleti jogot igazoló meghatalmazás egy eredeti példányát,
 - ha a bejelentés üzleti vagy egyéb titkot tartalmaz, a titokgazda hozzájárulását ahhoz, hogy a Biztosító a titkot megismerje, és az arra vonatkozó adatokat kezelje,
 - ha a Biztosító rendelkezésére bocsátott információ üzleti vagy egyéb titkot tartalmaz, akkor a rendelkezésre bocsátott titok kezelésére vonatkozó szabályokat, belső utasításokat,
 - a kárenyhítéssel, kármegelőzéssel kapcsolatos tevékenység és költségének igazolását alátámasztó dokumentumokat,
 - a káreseménnyel kapcsolatban a Biztosított ellen indított peres eljárás iratait,

- xviii. minden egyéb olyan lényeges dokumentumot, tényt, körülményt, adatot, információt, amely az igény jogalapjának, összecszerűségének elbírálásához, valamint a kártérítési összeg kifizetéséhez szükséges).
- b. Amennyiben a káreseménnyel összefüggésben hatósági eljárás van folyamatban, a Biztosított köteles arról a Biztosítót az eljárás azonosító adatainak közlése mellett haladéktalanul értesíteni, a Biztosító részére a betekintéshez szükséges hozzájáruló nyilatkozatot megadni, vagy a Biztosító kérésére a hatósági eljárás anyagát képező iratokat benyújtani.
- c. A Biztosító a kárbejelentés, a felvilágosítás és a rendelkezésre bocsátott dokumentumok tartamát ellenőrizheti, illetőleg a bejelentett igény elbírálásával összefüggő iratokat szerezhethet be. A Biztosított köteles a kárügy rendezésében a Biztosítóval együttműködni.
- d. Amennyiben a Szerződő Fél (Biztosított) a Biztosítási Esemény bekövetkezésének bejelentésére, a felvilágosítás megadására, ezek Biztosító általi ellenőrzésének lehetővé tételére, a Biztosító Biztosítási Szerződésben vállalt szolgáltatási kötelezettsége teljesítéséhez szükséges dokumentumok szolgáltatására vonatkozó kötelezettséget nem teljesíti, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak, a Biztosító kötelezettsége nem áll be.
6. Kapcsolattartás a Biztosító és a Szerződő Fél között
- A Biztosító és Szerződő Fél a jognyilatkozatokat írásban, a Biztosítási Szerződés felmondását tartalmazó nyilatkozatukat ajánlott levélben kötelesek megtenni. A Szerződő Fél vagy a Biztosított nyilatkozata csak akkor hatályos, ha az a Biztosító valamely szervezeti egységének tudomására jut. A Biztosítási 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.

XIV. A Biztosító szolgáltatása

1. A Biztosító a károkat ÁFSZF, illetve az egyes KFSZF-ben, KIFSZF-ben vagy a Záradékokban foglaltak szerint téríti meg. A Biztosító késedelmes szolgáltatás esetén kizárólag a magyar polgári jog szabályai szerinti késedelmi kamat megfizetésére köteles. A Biztosító köteles a kárbejelentés kézhezvételétől számított 72 órán belül a kárrendezést megkezdeni.

2. A Biztosító a károkat eseményenként és évenként a Biztosítási Szerződésben megjelölt eseményenkénti, illetve éves felső összeghatárig téríti meg a Magyarországon mindenkor érvényes belföldi fizetőeszközben.
3. A Biztosítási Eseményekre teljesített szolgáltatások az adott Biztosítási Időszak éves biztosítási összegét csökkentik. A Biztosító mindaddig térít a Biztosított helyett, amíg az éves biztosítási összegből valamekkora rész rendelkezésre áll.
4. A Biztosító a biztosítási összeg mértékéig megtéríti
 - a. a károsult vagyonában beállott értékcsökkenésként, mint ténylegesen felmerült vagyoni kárként azt az értéket, amelytől a károsult valamely dolog megsemmisülése, elpusztulása, elvesztése, megrongálódása, értékcsökkenése stb. folytán elesett vagy egyébként károsodott;
 - b. mindazt a kárpótlást és költséget és díjat, amely a károsultat ért vagyoni hátrány és nem vagyoni sérelem csökkentéséhez vagy kiküszöböléséhez szükséges;
 - c. személyi sérüléses kár esetében az elmaradt vagyoni előnyt;
 - d. a Biztosított helyett a kockázati körbe tartozó események kapcsán felmerült egyéb költségeket is (a kamatot, igényérvényesítési költségeket, egyéb jogvédelmi kiadásokat). A perköltségekre azonban csak akkor nyújt fedezetet, ha a Biztosító a perben részt vett, vagy a perben való részvételtől lemondott. A Biztosító megtéríti a Biztosított képviselőjét ellátó ügyvéd munkadíját és készkiadásait legfeljebb a kárösszeg 5%-a, de maximum bruttó 300.000,- Ft erejéig és a káresemény jogalapjának vagy összecszerűségének megállapítása érdekében- a Biztosító előzetes jóváhagyása alapján- a Biztosított által felkért szakértő költségét.
 - e. a Biztosítottat terhelő társadalombiztosítási megtérítési igényeket;
 - f. a kármegelőzés és kárenyhítés körébe eső, általában szokásos és gazdaságosság szempontjából indokolt költségeket – a biztosítási összeg keretén belül – akkor is, ha azok eredményre nem vezettek.
5. Ha a Biztosítottnak jogszabály vagy bírói rendelkezés folytán kártérítési kötelezettsége fedezetére biztosítékot vagy letétet kell adnia, a Biztosító erre oly mértékben köteles, mint a kártérítésre.
6. Amennyiben a Biztosító a kár megtérítése során általános forgalmi adó köteles szolgáltatás (anyag-, javítási, illetve helyreállítási költség) ellenértékének minősülő kifizetést teljesít, az általános forgalmi adó összegét csak olyan számla alapján téríti meg az arra jogosultnak, amelyen feltüntetik az általános forgalmi adó összegét, vagy amelyből annak összege kiszámítható.
7. Amennyiben a több személy károkozása folytán a Biztosított felelőssége mással egyetemleges, a Biztosító helytállási kötelezettsége csak a Biztosított felróhatóságának mértékéig terjed. Ha a károkozók felróhatóságának arányát nem lehet megállapítani, akkor a Biztosító úgy teljesít, mintha a kár a károkozók között egyenlő arányban oszlana meg.

8. Amennyiben a Biztosítási Szerződésre vonatkozó különös biztosítási feltételek másként nem rendelkeznek, a Biztosító szolgáltatása a kárrendezéshez szükséges a Biztosítóhoz legutoljára érkezett okirat kézhezvételét követő 15 napon belül esedékes. A Biztosító a biztosítási szolgáltatás teljesítésének esedékességét a bejelentett káresemény tekintetében indult büntető vagy szabálysértési eljárás jogerős befejezéséhez nem kötheti. A Biztosító a megállapított kártérítési összeget csak a károsultnak fizetheti. A Biztosított csak annyiban követelheti, hogy a Biztosító az ő részére teljesítsen, ha kétséget kizáróan igazolja, hogy a károsult kárát megtérítette.
9. Amennyiben a Biztosított károkozó magatartása folytán több személy károsodik és erről a Biztosító tudomást szerez, akkor a Biztosító jogosult a kifizetést a kárigények beérkezéséig, de legfeljebb 4 hónapra felfüggeszteni. A felfüggesztés tartama alatt beérkezett kárigények tekintetében a Biztosító megállapítja a kártérítés összegét, de a kártérítés kifizetésére csak a felfüggesztés lejárta után kerülhet sor. Amennyiben a biztosítási összeg kisebb, mint a megállapított kártérítés összege, akkor a Biztosító az egyes károsultak részére olyan mértékben nyújt kártérítést, amilyen mértékben a biztosítási összeg aránylik a fentiek szerint megállapított kárösszeghez.
10. A Biztosító a maradványértéket és a máshonnan megtérülő kárértéket jogosult levonni a kártérítés összegéből.
11. Amennyiben a Biztosító járadékot fizet, a járadék tőkeértékét az 2006. évi magyar női néphalandósági tábla és 0% technikai kamatláb figyelembevételével határozza meg.
12. Az okozott károk rendezésének feltétele a Biztosított felelősségét elismerő nyilatkozata vagy az ezt kimondó bírósági (hatósági) határozat. Amennyiben a Biztosított a károkozásért a felelősségét indokolatlanul nem ismeri el, az ebből eredő hátrányok (így különösen a kamat, perköltség) őt terhelik. Az elismerő jognyilatkozat önmagában nem kötelezi a Biztosítót kártérítésre, a Biztosított felelősségét a Biztosító minden esetben vizsgálja.
13. A károsult kártérítési igényének a Biztosított által történt elismerése, teljesítése és az azzal kapcsolatos egyezsége a biztosítóval szemben akkor hatályos, ha ahhoz a Biztosító előzetesen hozzájárult vagy azt utólag tudomásul vette. Nem hivatkozhat a Biztosító arra, hogy a károsult követelésének a biztosított által történt elismerése, teljesítése vagy az azzal kapcsolatos egyezsége vele szemben hatálytalan, ha a követelés nyilvánvalóan megalapozott. A Biztosított bírósági marasztalása a Biztosítóval szemben akkor hatályos, ha a Biztosító a perben részt vett, a Biztosított képviseléről gondoskodott vagy ezekről lemondott.
14. **Többszörös biztosítás.** Ha ugyanazt az érdeket több Biztosító egymástól függetlenül biztosítja, a Biztosított jogosult igényét ezek közül egyhez vagy többhöz benyújtani. A Biztosító, amelyhez a kárigényt benyújtották, az általa kiállított fedezetet igazoló dokumentumban írt feltételek szerint és az abban megállapított biztosítási összeg erejéig köteles fizetést teljesíteni, fenntartva azt a jogát, hogy a többi Biztosítóval szemben arányos

megtérítési igényt érvényesíthet. A Biztosítók a megtérítési igény alapján a kifizetett kárt egymás között azokkal a feltételekkel és biztosítási összegekkel arányosan viselik, amelyeknek megfelelően az egyes biztosítók a biztosított irányában külön-külön felelnének.

XV. Biztosítással nem fedezett károk, események; általános kizárások

1. Nem fedezi a biztosítás:

- a. azokat a károkat, amelyeket a Biztosított maga szenved el;
- b. azokat a károkat, amelyekért a Biztosított nem a Biztosítási Szerződésben meghatározott minőségében felel, illetve nem Biztosított tevékenységgel összefüggésben okozott;
- c. azokat a károkat, amelyeket a Biztosított a Ptk. 8:1.§. (1) bekezdés 1) pontjában felsorolt közeli hozzátartozójának, alkalmazottjának vagy megbízottjának okoz;
- d. ha a Biztosított jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező egyéb szervezet, akkor a Biztosított tulajdonosainak és azoknak a Ptk. 8:1.§. (1) bekezdés 1) pontjában felsorolt közeli hozzátartozóinak okozott károkat;
- e. a Biztosított tulajdonában álló jogi személynek illetve jogi személyiséggel nem rendelkező egyéb szervezetnek okozott károkat a Biztosított tulajdoni hányadának arányában;
- f. a szolgáltatás tárgyában okozott károkat;
- g. több Biztosított esetén a Biztosítottak, illetve a Szerződő Fél és a Biztosított egymásnak okozott kárait;
- h. a Biztosított vezető tisztségviselői által, ilyen minőségükben okozott károkat;
- i. a Biztosított teljesítési segédje és/vagy alvállalkozója által okozott károkat;
- j. dologi károk esetén az elmaradt vagyoni előnyt;
- k. a Biztosított jogszabálynál írt felelősségénél szigorúbb, szerződésben vagy egyoldalú nyilatkozatban vállalt helytállási kötelezettségen alapuló, továbbá a szavatossági, jótállási és garancia igényekből eredő károkat;
- l. a tisztán pénzügyi veszteségből eredő károkat (tisztán pénzügyi veszteség az a kár, amely nem személyi sérüléses kár és nem dologi kár és nem is ilyen típusú károkra vezethető vissza);
- m. közigazgatási jogkörben okozott károkat;
- n. a Biztosítási Szerződést Biztosító mellékkötelezettségeket (pl. kötbér), bírságot, pénzbüntetést, valamint az egyéb büntető jellegű költségeket és a károkozó ezzel kapcsolatos képviseleti költségeit;
- o. a Biztosított által üzemeltetett járművek, munkagépek által okozott nem baleseti jellegű útrongálási, valamint talaj vagy növényi kultúrák letaposásával okozott károkat;
- p. a lassú, folyamatos állagromlással okozott károkat, amelyek zaj, rázkódás, rezgés, szag, füst, kormozódás, korrózió, gőz, vagy egyéb hasonló hatások következtében állottak be;
- q. a vér- és vérkészítmények gyártói, vérbankok és véradományozó intézetek tevékenységéből eredő károkat;

- r. a hasadó anyagok robbanásából, nukleáris reakcióból vagy sugárzásból, ionizáló vagy lézersugárzásból, mágneses vagy elektromágneses mezők sugárzásából eredő közvetlen vagy közvetett károkat;
- s. az azbeszt vagy azbeszt tartalmú termékek kezeléséből, feldolgozásából, gyártásából, eladásából, forgalmazásából, tárolásából, vagy használatából származó károkat,
- t. internet és email tartalomszolgáltatók tevékenységével kapcsolatos károk, szoftverek vagy más elektronikus adathordozók hibás működéséből, elektronikus adatvesztésből és adattörlésből eredő károk, internetes vírusok által okozott károkat,
- u. a bűncselekménnyel okozott károkat, továbbá a szexuális zaklatással, rágalmozással, becsületsértéssel kapcsolatos károkat;
- v. a harci cselekmények és háborús események bármelyik fajtájával, továbbá harci eszközök által okozott sérüléssel vagy rombolással, valamint katonai vagy polgári hatóságok rendelkezéseivel összefüggő, továbbá felkeléssel, lázadással, zavargással, fosztogatással, sztrájkkal (akár bejelentett, akár bejelentés nélküli), munkahelyi rendzavarással vagy elbocsátott munkások rendzavarásával, politikai szervezetek megmozdulásaival összefüggő károkat, valamint az egyes egyének vagy csoportok által elkövetett terrorakciókból eredő károkat, függetlenül attól, hogy az politikai, vallási, gazdasági vagy egyéb indíttatású szélsőséges erőszak alkalmazását jelenti a magán- vagy a köztulajdon ellen; és a biológiai és/vagy kémiai – nem békés cselekményekből származó – kockázatokból eredő károkat;
- w. a penészedés és gombásodás által okozott károkat;
- x. Biztosított részére megtérülő, illetve más biztosítással fedezett károkat;
- y. a kötelező gépjármű-felelősségbiztosítás hatálya alá eső károkat;
- z. az építési/építőipari tevékenységgel okozott károkat, beleértve az építőipari cégek által, tevékenységük keretében az állványzat felállítása és/vagy használata során okozott károkat;
- aa. a szállítmányozással kapcsolatos felelősségből eredő károkat.
- bb. ha a Biztosított azonos károkozási körülményekkel visszatérően okozott kárt, és a Biztosító felhívása ellenére a károkozási körülményt nem szüntette meg, noha az megszüntethető lett volna;
- cc. a többletkárt, ha a Biztosított – a Biztosító felhívása ellenére – nem tett eleget kárenyhítési kötelezettségének;
- dd. a kárt, ha a Biztosítottat a Biztosító vagy harmadik személy írásban a biztosítási esemény bekövetkezésének lehetőségére figyelmeztette, és a kár ezután a szükséges intézkedés hiányában következett be;
- ee. a kárt, amely azáltal következett be, hogy a Biztosított a Biztosító által írásban adott előírásokat, utasításokat nem tartotta be;
- ff. mindenfajta dohány, illetve dohányipari termék által okozott kárt, kivéve a nikotint tartalmazó gyógyhatású készítmények alkalmazásából eredő kárt;
- gg. azt a kárt, amelynek a megtérítésére a Biztosított vezető tisztségviselőjét a Ptk. 6: 541.§-a alapján jogerős határozat kötelezte.

2. Az egyes KFSZF, KIFSZF, Záradékok, illetve a Biztosítási Szerződés további kizárásokat tartalmazhatnak.

XVI. A Biztosító mentesülése és megtérítési igénye

1. A Biztosító térítési kötelezettsége nem áll be, amennyiben a Biztosított (Szerződő Fél) a XIII. pontban meghatározott kötelezettségeit nem teljesíti, és emiatt a Biztosítási Szerződés vállalása, valamint a Biztosító számára a fizetési kötelezettség elbírálása szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené válnak. Ez alól kivételt képez, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a Biztosítási Szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a Biztosítási Esemény bekövetkeztében.
2. **A Biztosító mentesül fizetési kötelezettsége alól, amennyiben bizonyítja, hogy a kárt jogellenesen**
 - a. **a Biztosított, illetőleg a Szerződő Fél; vagy**
 - b. **velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk, üzletvezetésre jogosult tagjuk, vagy az általános szerződési feltételben meghatározott munkakört betöltő alkalmazottjuk, tagjuk, vagy megbízottjuk; vagy**
 - c. **a Biztosított jogi személynek az általános szerződési feltételben meghatározott vezető beosztású tisztségviselője vagy a biztosított vagyontárgy kezelésére jogosított tagja, munkavállalója, vagy megbízottja****szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta, azzal, hogy ezeket a rendelkezéseket a kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség megszegésére is alkalmazni kell.**
3. Jelen Biztosítási Szerződés szerint **súlyosan gondatlan károkozásnak** minősül, ha a Biztosított:
 - a. hatósági engedélyhez kötött tevékenységet ilyen engedély nélkül folytatott, vagy hatáskörét, feladatkörét túllépte,
 - b. tevékenységét jogszabályban, egyéb előírásban meghatározott személyi és tárgyi feltételek hiányában végezte és a kár ezzel okozati összefüggésben következett be;
 - c. a kárt súlyosan ittas állapotban, vagy bódulatot keltő szer hatása alatt, illetve ezzel az állapotával összefüggésben okozta,
 - d. a kárt a kármegelőzési, foglalkozási előírások súlyos vagy ismétlődő, illetve folyamatos megsértése miatt okozta,
 - e. a bíróság határozatában állapította meg a súlyosan gondatlan károkozás tényét.
4. A Biztosított a kárral kapcsolatban hozzá bármilyen címen befolyó megtérülést 5 munkanapon belül köteles a Biztosítónak írásban bejelenteni, és a már kifizetett térítés erejéig tartozik a Biztosítónak megtéríteni.

5. A Biztosítót az általa megtérített kár mértékéig megtérítési igény illeti meg a károkozóval szemben, kivéve, ha a károkozó a Biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozó. A megszűnt követelés biztosítékai fennmaradnak, és e követelést biztosítják. Ha a Biztosító nem térítette meg a teljes kárt és a Biztosító a károkozóval szemben keresetet indít, köteles erről a Biztosítottat tájékoztatni, és a Biztosított kérésére köteles a biztosított igényét is érvényesíteni, ha a Biztosított a költségeket megelőlegezi. Ebben az esetben a megtérült összegből elsőként a Biztosított követelését kell kielégíteni.

XVII. Az ügyfelek személyes adatainak kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók

1. Személyes adat az olyan adat, adatból levonható következtetés, amely egy meghatározott természetes személlyel (továbbiakban: érintett) kapcsolatba hozható. A Biztosító ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve a Biztosítóval kötött Biztosítási Szerződéseiben megjelenő személyes adat, amennyiben a Biztosító rendelkezésére áll, biztosítási titoknak minősül. E személyes adatokon kívül biztosítási titoknak minősül a Biztosító rendelkezésére álló, ügyfeleinek gazdálkodására, illetve a Biztosítóval kötött Biztosítási Szerződéseire vonatkozó valamennyi adat.
2. A Biztosító személyes adatokat a Biztosítási Szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggésben kezel. 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 (a továbbiakban: „Bit. ”) értelmében az ügyfél külön hozzájárulása nélkül kezelheti. E törvényi felhatalmazás kizárólag azon személyes adatokra vonatkozik, amelyek nem minősülnek egészségügyi, illetve azokhoz kapcsolódó személyes 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.
3. A Biztosító ügyfele saját személyes, nyilvántartott, illetve továbbított adatairól a törvényekben rögzített korlátozásokkal jogosult tájékoztatást kapni, kérésére adatait a Biztosító nyilvántartásában módosítja.
4. 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 minden olyan, Ügyfeleivel, volt Ügyfeleivel vagy létre nem jött Biztosítási 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.

5. 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 adható előny.
6. A Biztosító mint adatkezelő az adatok feldolgozásával az **UNO-SOFT Kft.-t** (székhely: 1096 Budapest, Telepy u. 24., adószám: 10934225-2-43, cégjegyzék szám: 01-09-563260), a **Tata Consultancy Services Limited Magyarországi Fióktelepét** (székhely: 1117 Budapest, Irinyi József u. 4-20. B épület, cégjegyzékszám: 01-17-000295), a **FOLD-R Első Magyar Külsőerőforrás Biztosító és Adatfeldolgozó Zrt.-t** (székhely: 1116 Budapest, Építész u. 26., cégjegyzékszám: 13-10-040593) és a **Díjbeszedő Holding Zrt.-t** (székhely: 1119 Budapest, Vahot u. 8., cégjegyzékszám: 01-10-042094) bízta meg, amelyek a kezelt adatokat nyilvántartják. A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez posta útján történő vagy banki utalás esetén a **Magyar Posta Zrt.** (székhely: Budapest, Dunavirág utca 2-6.) és a **biztosítási szolgáltatás jogosultja által megnevezett bank** adatfeldolgozónak minősül.
7. A Biztosító a biztosítási szolgáltatásai során igénybe vesz külső közreműködőket olyan esetekben, amikor a szolgáltatáshoz Biztosítási Szerződéses partner speciális szakértelmére van szükség, vagy ha külső cég igénybevétele a Biztosító szolgáltatását azonos minőségben, ám kisebb költségekkel és alacsonyabb árakon adhatja (kiszervezett tevékenységet végzők). Ezek a szolgáltatók a biztosítási tevékenységre vonatkozó törvény, valamint az adott szakmára vonatkozó speciális titokvédelmi jogszabályok szerint, továbbá a Biztosítóval kötött megbízási Biztosítási Szerződések alapján kötelesek a tudomásukra jutott biztosítási titkot időbeli korlátozás nélkül megőrizni, azt harmadik személyeknek nem adhatják át. A Biztosítóval kötött Biztosítási Szerződés alapján kizárólag a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges célokra használhatóak a Biztosítótól kapott adatok. A kiszervezett tevékenységet végzők aktuális listája megtekinthető a Biztosító ügyfélszolgálati irodáján és a Biztosító (www.cig.eu) honlapján. Amennyiben a kiszervezett tevékenység keretében a Biztosító az ügyfeleinek személyes vagy különleges adatát továbbítja a kiszervezett tevékenységet végzőhöz, úgy a kiszervezett tevékenységet végző a Biztosító adatfeldolgozójának minősül. A kiszervezett tevékenységgel harmadik személynek okozott bármely kárért a Biztosító felel.
8. 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 Biztosítási Szerződéseire vonatkozik.
- 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 ügyféltől vagy annak törvényes képviselőjétől a kiszolgáltatható titokkört megjelölve írásban felmentést kapott.

9. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn
- a. a feladatkörében eljáró felügyelettel;
 - b. a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel, továbbá az általuk kirendelt szakérővel;
 - c. büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval;
 - d. a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakérővel;
 - e. az adóhatósággal szemben, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a Biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha Biztosítási Szerződésből eredő, adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli;
 - f. a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal;
 - g. a Biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli Biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviseletével, ezek érdek-képviseleti 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 információgyűjtésre felhatalmazott szervvel;
 - k. a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló Biztosítókkal;
 - l. a Bit.-ben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervvel;
 - m. az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő Biztosítóval;
 - n. a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, továbbá ezek egymásközi átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát, illetve a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, kárrendezési megbízottal és a kárképviseelővel, illetve a károkozóval, amennyiben az önrendelkezési jogával élve a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adataihoz kíván hozzáférni;
 - o. a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel;
 - p. fióktelep esetében - ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli Biztosító székhelye

szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal - a harmadik országbeli Biztosítóval, biztosításközvetítővel, szaktanácsadóval;

- q. a feladatkörében eljáró alapvető jogok országgyűlési biztosával, valamint a pénzügyi jogok biztosával;
- r. a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal;
- s. a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a Biztosítóval szemben, ha az a.-j., n., s. és t. pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a Biztosítási Szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a k. – m. és p.- r. pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

10. A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a fent felsorolt szervek alkalmazottaira is kiterjed.

11. A Biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóság, a nemzetbiztonsági szolgálat és az ügyészség írásbeli megkeresésére akkor 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 való visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel való visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerral való visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben 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 való visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerral való visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel

van összefüggésben.

12. 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.

13. 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.

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

- a. a magyar bűnüldöző szerv - nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.
- b. a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva, vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a Biztosítótól.
- c. A Biztosító, a biztosításközvetítő és biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóságot „halaszthatatlan intézkedés” jelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyészi jóváhagyást nélkülöző megkeresésre is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott ügygel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról.

15. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Biztosító által a harmadik országbeli Biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelő) való adattovábbítás abban az esetben:

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

16. A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba való továbbítása esetén a belföldi adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét

- a. az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- b. 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,
- c. a jogalkotás megalapozása és hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatok átadása;
- d. a Bit Nyolcadik részének III. és III/A. fejezetében a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

Az a)-d) pontokban meghatározott adatok átadását a Biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

XVIII. Egyéb szabályok

1. A biztosításból származó igények elévülési ideje a kár rendezéséhez szükséges utolsó okirat Biztosítóhoz való beérkezésétől számított 2 év. Amennyiben a Szerződő Fél (Biztosított) nem jelenti be a kárt, az elévülési idő a kár bekövetkeztétől számított 2 év.
2. A Biztosító és a Szerződő Fél kijelentik, hogy a jelen ÁFSZF-ből eredő esetleges vitás ügyek rendezése során törekednek arra, hogy jogvitájukat peren kívül, békésen rendezzék.
3. Jelen Biztosítási Szerződési feltételekkel kapcsolatban felmerülő panasz esetén az ügyfél első fokon az CIG Első Magyar Általános Biztosító Társaság Központi Ügyfélszolgálati Irodájához (1033 Budapest, Flórián tér 1., telefonszám: +36 1 465 8859, e-mail-cím: ugyfelszolgalat@cig.eu), fordulhat. A Biztosító felett a szakmai és a fogyasztóvédelmi felügyeletet a **Magyar Nemzeti Bank** (a továbbiakban: Felügyelet), amelynek székhelye: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., központi levelezési címe: 1534 Budapest, BKKP Pf. 777., központi telefonszáma: (36-1)4899-100, központi fax száma: (36-1) 4899-102, ügyfélszolgálati telefonszáma: 06-40-203-776, e-mail címe: ugyfelszolgalat@mn.b.hu) gyakorolja. Az ügyfél a panaszaival a Felügyeleten kívül a Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőséghez (1088 Budapest, József krt. 6., 1428 Budapest, Pf. 20), és a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete mellett működő Pénzügyi Békéltető Testületekhez (1013 Budapest, Krisztina krt. 39., illetve 1525 Budapest, BKKP Pf.: 172) is fordulhat. Az ügyfél a jogait, illetve igényeit bírósági úton is érvényesítheti.
4. A jelen ÁFSZF-kel meghatározott biztosításokból származó, a Szerződő Fél (Biztosított) és Biztosító közötti valamennyi perre a Magyar Köztársaság bírósága rendelkezik joghatósággal, továbbá a Budapesti II-III. Kerületi Bíróság, illetve hatáskörtől függően a Fővárosi Bíróság az illetékes.
5. A jelen biztosítási feltételek és ügyfél-tájékoztató alapján létrejövő Biztosítási Szerződés díjára és az annak alapján járó szolgáltatásra a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. tv. rendelkezései is irányadók.
6. A Biztosító legfontosabb adatai.
 - a. **Név: CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt.**
 - b. **Székhely: 1033 Budapest, Flórián tér 1.**
 - c. **Levelezési cím: 1502 Budapest, Pf. 516.**
 - d. **Jogi formája: zártkörűen működő részvénytársaság**
 - e. **Cégjegyzékszám: Cg. 01-10-046150**
 - f. **Telefonszám: +36 1 465 8859**
 - g. **Ügyfélszolgálat elektronikus címe: ugyfelszolgalat@cig.eu**
 - h. **Internetes cím: www.cig.eu**
 - i. **Társaságunk a Fővárosi Törvényszék Cégbíróságánál került bejegyzésre.**