

**Az ERSTE Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
Általános Életbiztosítási Szabályzata
(SV-00/2000/1)**

Hatályos: 2015. szeptember 1-jétől

TARTALOMJEGYZÉK

I. ALAPFOGALMAK	3
II. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS FORMAI SAJÁTOSSÁGAI.....	5
A biztosítási szerződés lényeges időtényezői.....	5
A biztosítási szerződés létrejötte, ajánlati kötöttség.....	5
A Biztosító kockázatviselésének kezdete, megszűnése, a szerződés reaktíválása.....	5
Kizárt kockázatok.....	6
A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS SZEREPLŐIRE VONATKOZÓ SZABÁLYOZÁS	7
Biztosító.....	7
Szerződő	7
Biztosított.....	7
Kedvezményezett(ek).....	8
A KÖZLÉSRE, BEJELENTÉSRE VONATKOZÓ ELŐÍRÁSOK	8
Közlési kötelezettség	8
Változásbejelentési kötelezettség.....	9
TARTAM ALATTI ÚJABB KOCKÁZATELBÍRÁLÁS.....	9
III. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ	9
A BIZTOSÍTÁSI DÍJ MEGÁLLAPÍTÁSA, FIZETÉSE	9
A díj megállapítása, a díjfizetés esedékessége	9
INDEXÁLÁS	10
FIZETÉSI KÉSEDELEM.....	10
IV. TÖBBLETHOZAM.....	10
V. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSAINAK TELJESÍTÉSE.....	10
BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY BEKÖVETKEZÉSE, BEJELENTÉSÉRE VONATKOZÓ KÖTELEZETTSÉG.....	10
A biztosítási esemény bejelentése, igazolása; a szolgáltatás teljesítésének időpontja	10
Kizárt kockázat esete.....	11
Várakozási idő alatt bekövetkező események	11
A Biztosító mentesülésének esetei.....	11
MARADÉKJOGOK	12
Visszavásárlás.....	12
Díjmentesítés rendszeres díjas biztosítási szerződések esetén	12
KÖTVÉNYKÖLCSÖN	12
HITELFEDEZET	12
A JOGNYILATKOZATOK MEGTÉTELÉNEK SZABÁLYAI	13
A BIZTOSÍTÁSI KÖTVÉNY MEGSEMISÜLÉSÉNEK ESETE	13
ELÉVÜLÉS	13
VI. KÖLTSÉGEK, KONDÍCIÓS LISTA.....	13
VII. A BEFEKTETÉSI EGYSÉGEKHEZ KÖTÖTT ÉLETBIZTOSÍTÁSOKRA VONATKOZÓ EGYES RENDELKEZÉSEK	14
NAPI TÁJÉKOZÓDÁSI LEHETŐSÉG.....	14
DÍJFELOSZTÁS, ESZKÖZÁTCSOPORTOSÍTÁS	14
ESZKÖZALAPOK LÉTREHOZÁSA, LEZÁRÁSA, MEGSZÜNTETÉSE.....	14
ESZKÖZALAP FELFÜGGESZTÉSSEL ÉS SZÉTVÁLASZTÁSSAL KAPCSOLATOS SZABÁLYOK	14
VIII. EGYÉB TUDNIVALÓK.....	16
PANASZBEJELENTÉS	16
FELÜGYELETI SZERV	16
JOGOK ÉRVÉNYESÍTÉSÉNEK EGYÉB FÓRUMAI.....	16
A SZERZŐDÉSRE VONATKOZÓ JOG.....	16
A SZERZŐDÉSRE VONATKOZÓ ADÓJOGSZABÁLYOK, ADÓZÁSI TÁJÉKOZTATÓ.....	16
A BIZTOSÍTÓ FŐBB ADATAI.....	17
IX. ADATKEZELÉSI TÁJÉKOZTATÓ	17

Jelen szabályzat (ÁESZ) feltételei az ERSTE Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. azon biztosítási szerződéseire érvényesek, amelyeket e szabályzatra való hivatkozással kötöttek. Az érintett szerződésekre vonatkozó különös biztosítási feltételek jelen szabályzattól való eltérése esetén a különös feltételekben rögzítettek az irányadók. A jelen szabályzatban, valamint az erre hivatkozó különös biztosítási feltételekben nem szabályozott kérdésekben a *Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény*, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadók.

I. ALAPFOGALMAK

1. Biztosítási szerződés: a biztosítási szerződés alapján a Biztosító köteles a szerződésben meghatározott kockázatra fedezetet nyújtani, és a kockázatviselés kezdetét követően bekövetkező biztosítási eseményre a szerződésben meghatározott szolgáltatást teljesíteni; a Biztosítóval szerződő fél díj fizetésére köteles.

2. Kockázati életbiztosítás: olyan életbiztosítás, amely sem lejáratú szolgáltatással, sem visszavásárlási értékkel nem rendelkezik.

3. Kockázati életbiztosításnak nem minősülő életbiztosítás: minden egyéb életbiztosítás, ideértve a befektetési egységekhez kötött életbiztosítást is.

4. Befektetési egységekhez kötött életbiztosítás (unit linked): olyan életbiztosítási termék, amelynél a Biztosító a biztosítási szerződés alapján képzett biztosítás-technikai tartalékot az általa létrehozott, önálló befektetési politikával rendelkező, elkülönítetten kezelt - azonos értékű, elméleti elszámolási részekből (befektetési egységekből) álló - eszközállományokba (eszközalapokba) vagy más, befektetési alapkezelésre jogosult társaság által kezelt befektetési alapokba helyezi befektetés céljából a szerződésben előre meghatározott szabályok szerint. A befizetett díjak befektetési módját a szerződő határozza meg a Biztosító által aktuálisan kínált mindenkorai eszközalap-választék alapján. A Biztosító tőke- és hozamgaranciát nem vállal – kivéve, ha a termékhez kapcsolódó eszközalap befektetési politikája ezt kifejezetten tartalmazza -, a befektetési kockázatot a szerződő maga viseli.

5. Alapbiztosítás: olyan biztosítási szerződés, amely más biztosítások megkötése nélkül, önállóan is köthető.

6. Kiegészítő biztosítás: olyan biztosítási szerződés, amely önmagában nem, csak valamely alapbiztosítással együtt köthető.

6.1 Technikai kiegészítő: önállóan nem köthető, csak valamely alap- vagy kiegészítő biztosítás mellé választható biztosítástechnikai elem.

7. A biztosítási szerződés szereplői:

7.1 A Biztosító: jelen szabályzatban az ERSTE Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., amely a vele kötött biztosítási szerződés alapján meghatározott jövőbeni esemény (biztosítási esemény) bekövetkezése esetén biztosítási szolgáltatás teljesítésére kötelezi magát.

7.2 A szerződő: az a természetes személy, gazdálkodó szervezet, aki, illetve amely a Biztosítóval a biztosítási szerződést megkötí, és a biztosítási díj (84. pont) fizetését vállalja.

7.3 A biztosított: az a természetes személy, akivel kapcsolatos biztosítási eseményre a szerződés létrejön.

7.4 A kedvezményezett: az a személy, aki, illetve amely a biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosítási szolgáltatásra jogosult. A biztosítási szolgáltatásra név szerinti kedvezményezett jelölhető.

8. Belépési életkor: a biztosított belépési életkorát a technikai kezdet (33. pont) évszámának és a biztosított születési évszámának különbsége határozza meg.

9. Aktuális életkor: a biztosított aktuális életkorát a belépési életkor minden biztosítási évfordulón egy évvel növelt értéke jelenti.

10. Kilépési életkor: a biztosított aktuális életkora a szerződés lejáratakor.

11. Fogasztó: a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy.

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

13. Gazdálkodó szervezet: a gazdasági társaság, az európai részvénytársaság, az egyesülés, az európai gazdasági egyesülés, az európai területi együttműködési csoportosulás, a szövetkezet, a lakásszövetkezet, az európai szövetkezet, a vízgazdálkodási társulat, az erdő birtokossági társulat, az állami vállalat, az egyéb állami gazdálkodó szerv, az egyes jogi személyek vállalata, a közös vállalat, a végrehajtói iroda, a közjegyzői iroda, az ügyvédi iroda, a szabadalmi ügyvivői iroda, az önkéntes kölcsönös biztosító pénztár, a magánnyugdíjpénztár, az egyéni cég, továbbá az egyéni vállalkozó. Jelen szabályzat alkalmazásában gazdálkodó szervezet az állam, a helyi önkormányzat, a költségvetési szerv, az egyesület, a köztestület, valamint az alapítvány is.

14. A biztosításközvetítő: a biztosítási szerződés közvetítője lehet független biztosításközvetítő vagy függő biztosításközvetítő. Független biztosításközvetítő az alkusz, aki az ügyfél megbízásából jár el, és a többes ügynök, aki egyidejűleg több Biztosítóval fennálló jogviszonya alapján a Biztosítók egymással versengő termékeit közvetíti. A függő biztosításközvetítő (ügynök) a biztosítási szerződést a Biztosítóval fennálló munkaviszonya keretében vagy a Biztosító megbízása alapján közvetíti.

A biztosításközvetítő nem jogosult átvenni a szerződőtől a biztosítás díját, valamint közreműködni a Biztosítótól a szerződőnek járó összeg kifizetésében.

Amennyiben a Biztosító a biztosításközvetítővel a díj átvételére vagy a szerződőnek járó összeg kifizetésében való közreműködésre egyedi megállapodást kötött, akkor ennek ténye az ajánlaton és a kötvényen záradék formájában feltüntetésre kerül.

15. Ajánlat: a biztosítási igényt megfogalmazó és a szerződéskötésre irányuló nyilatkozat.

16. Fedezetigazoló dokumentum (a továbbiakban: kötvény): a szerződés létrejöttét követően a Biztosító által kiállított, a biztosítási fedezetet igazoló dokumentum, melynek tipikus megjelenési formája a kötvény.

17. Biztosítási esemény: a biztosítási szerződés különös feltételeiben ekként meghatározott esemény.

Tipikus biztosítási esemény a biztosított halála vagy valamely előre meghatározott időpont életben való elérése.

18. Baleset: a biztosított akaratától független, a szerződés hatálybalépését követően, hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amelynek következtében a biztosított a szerződés hatálya alatt testi és/vagy szellemi egészségkárosodást szenved.

19. Biztosítási szolgáltatás: valamely biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosítót terhelő fizetési vagy egyéb kötelezettség.

20. Biztosítási összeg: valamely, pénzösszegben meghatározott biztosítási szolgáltatás értéke.

20.1 Kezdeti biztosítási összeg: a biztosítási szerződésben ekként megjelölt, a szerződés létrejöttkor érvényes szolgáltatási összeg;

20.2 Aktuális biztosítási összeg: valamely időpontban – az időközbeni esetleges változásokat is figyelembe vevő – érvényes szolgáltatási összeg.

21. Biztosítási díj: a biztosítási szolgáltatásnak a szerződő által fizetett ellenértéke.

21.1 Kezdeti díj: a biztosítási szerződésben ekként megjelölt, a szerződés létrejöttkor érvényes díj.

21.2 Érvényes díj: valamely esedékességi időpontban a díj időközbeni esetleges megváltozását is figyelembe vevő fizetendő díj.

Amennyiben a biztosítási szerződés kiegészítő biztosítás(oka)t, technikai kiegészítőket is tartalmaz, úgy az alapbiztosítás, a kiegészítő biztosítás(ok) és technikai kiegészítő(k) díja együtt képezi a biztosítás kezdeti, illetve a mindenkor érvényes díját.

A Biztosító jogosult a mindenkor magyar hivatalos fizetőeszköztől eltérő pénznemben meghatározott díjon és szolgáltatást vállalva szerződést kötni, amennyiben a biztosításra vonatkozó különös feltételek azt lehetővé teszik, vagy a Biztosító kifejezetten ebben állapodik meg a szerződővel.

22. A díjfizetés gyakorisága: a Biztosító és a szerződő közötti megállapodás alapján lehet:

22.1 egyszeri – a biztosítási díj egy összegben, a biztosítási tartam elején esedékes (egyszeri díjas biztosítás); vagy

22.2 rendszeres – az éves díjtételekben megállapított biztosítási díj a biztosítás tartama alatt meghatározott időszakonként válik esedékessé (rendszeres díjfizetésű biztosítás).

Rendszeres díjfizetésű biztosítás esetén az éves díj részletekben – havi, negyedéves vagy féléves rendszerességgel – is fizethető (részletfizetés), mely esetekben havi, negyedéves, illetve féléves díjfizetési gyakoriságról beszélünk. Részletfizetés esetén a nem befektetési egységekhez kötött életbiztosításnak minősülő biztosítások esetén a Biztosító alkalmazhat díjfizetési gyakoriság szerinti pótlékot, melyből adódóan a részletekben fizetett díj éves összege meghaladhatja az egy összeg-

ben fizetett éves díjat. Amennyiben pótlékot alkalmaz egy biztosításnál a Biztosító, úgy annak mértékét az ajánlaton feltünteti.

23. Indexálás: a biztosítási díjnak és részben a biztosítási szolgáltatás(ok)nak a biztosítási évfordulón történő emelése, inflációs elértéktelenedésük ellensúlyozása érdekében.

24. Alapindex: az aktuális index mértékét a Biztosító a meghirdetés évét megelőző naptári év KSH által meghatározott éves fogyasztói árindexétől legfeljebb 3 százalékpontos eltéréssel határozhatja meg. Az aktuális index a meghirdetés évének június 1-jétől a következő év május 31-ig érvényes.

25. Díjtartalék: a befizetett díjakból a Biztosító által – a jövőben esedékes kötelezettségei fedezetére – képzett és szerződésenként nyilvántartott pénzösszeg.

26. Technikai kamatláb: az a kamatláb, amellyel a Biztosító az életbiztosítási díj és díjtartalék megállapításakor kalkulál. Mértékét a biztosítási szerződés tartama alatt a Biztosító módosíthatja, de csak abban az esetben, ha a technikai kamatlábak legnagyobb mértékéről szóló jogszabályban rögzített technikai kamatláb legnagyobb mértéke módosul.

27. Technikai kamat: az a hozam, amelyet a Biztosító a díjtartalék technikai kamatlábbal történő befektetése esetén realizál.

28. Többlethozam: a díjtartalék befektetése során, a technikai kamat felett realizált hozam.

29. Eszközalap: elkülönítetten kezelt, önálló befektetési politikával rendelkező, meghatározott típusú befektetésekből álló eszközállomány.

30. Maradékjogok: az életbiztosítási szerződés különös feltételeiben meghatározott azon jogok, amelyek a díjfizetés elmaradása, illetőleg a szerződésnek a biztosítási összeg kifizetése nélküli megszűnése esetében fennmaradnak. A szerződéshez ténylegesen kapcsolódó maradékjogokról a biztosítási szerződés különös feltételei rendelkeznek.

A tipikus maradékjogok a következők:

30.1 Visszavásárlás: a biztosítási szerződés megszüntetése a szerződés tartama alatt. Visszavásárlás esetén a Biztosító a visszavásárlási összeget fizeti ki a szerződőnek.

30.2 Díjmentesítés: a biztosítási díj fizetésének megszüntetése a szerződő kérelmére, vagy a díjfizetés elmulasztása miatt (48.4. pont).

31. Kötvénykölcsön: a Biztosító eseti hozzájárulásával, a biztosítási szerződésre a szerződő által felvett kamatozó kölcsön. Elszámolására legkésőbb a biztosítási szerződés megszűnésekor (48. pont) kerül sor.

32. A biztosítási szerződést terhelő tartozások:

32.1 díjtartozások (esedékes, de meg nem fizetett díjak, díjrészletek és ezek késedelmi kamatai);

32.2 a biztosítási szerződésből fakadó, de a Biztosító által még nem érvényesített költségelevonások;

32.3 a biztosítási szerződésre felvett kölcsön még nem visszafizetett részletei, kamatai és esetleges költségei.

II. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS FORMAI SAJÁTOSSÁGAI

A biztosítási szerződés lényeges időtényezői

A biztosítás technikai kezdete, lejárata, tartama, biztosítási évfordulók, biztosítási időszakok

33. A biztosítás technikai kezdete: az ajánlat aláírását követő hónap első napja.

34. A biztosítási szerződés lejárata: a biztosítási kötvényen vagy a felek egyéb megállapodásában ekként megjelölt nap 0 órája.

35. A biztosítás tartama: a technikai kezdet és a lejárat közti időtartam, illetve a szerződés különös feltételeiben meghatározott időtartam, amennyiben a szerződésben lejáratot jelöltek, egyébként a szerződést megszüntető biztosítási esemény által meghatározott időtartam.

36. Biztosítási évfordulók: a biztosítás technikai kezdetének évfordulója a biztosítási szerződés fennállása alatt. A biztosítás lejáratának napja nem számít biztosítási évfordulónak.

37. Biztosítási év: a technikai kezdet napjával, illetve valamely biztosítási évforduló napjával kezdődő, a következő biztosítási évfordulót megelőző nappal lezáruló 1 éves naptári időszak.

38. Biztosítási időszakok:

38.1 egyszeri díjas biztosítás esetében a technikai kezdet és a lejárat vagy a szerződést megszüntető biztosítási esemény által meghatározott időszak;

38.2 rendszeres díjfizetésű biztosítás esetében egy év.

39. Részletfizetési időszakok: havi, negyedéves, illetve féléves gyakoriságú – részletekben történő – díjfizetés esetén az egyes (1, 3, illetve 6 hónap hosszú) részletfizetési időszakok a technikai kezdettel, illetve a technikai kezdetől számított, a fizetési gyakoriságnak megfelelő 1, 3 illetve 6 hónap múlva következő hónap első napjával kezdődnek, és a fizetési gyakoriságnak megfelelő időszak utolsó napjával zárulnak.

A biztosítási szerződés létrejötte, ajánlati kötöttség

40. A biztosítási szerződés megkötését a szerződő biztosítási ajánlattal kezdeményezheti. Az ajánlattétel történhet írásban, vagy szóban. Ez utóbbi esetben a Biztosító köteles a szerződés létrejöttéről kötvényt (fedezetet igazoló dokumentumot) kiállítani. Az ajánlattevő ajánlati kötöttsége az ajánlattételtől számított 15 napig - egészségügyi kockázat elbírálás esetén 60 napig – áll fenn.

41. A Biztosító az ajánlat elfogadása előtt kockázatelbírálást végez, melynek során kérheti a biztosított egészségi nyilatkozatát, orvosi vizsgálatát, illetve egyéb írásos nyilatkozatokat, egészségügyi dokumentációt. A Biztosítóhoz így beérkezett valamennyi irat az ajánlat részét képezi.

42. A Biztosítónak 15 nap, egészségügyi kockázatelbírálás esetén 60 nap áll rendelkezésére a kockázat elbírálására.

43. A kockázatelbírálás során a Biztosítónak jogában áll:

43.1 az ajánlatot az abban foglaltak szerint elfogadni;

43.2 az ajánlatot módosításokkal elfogadni;

43.3 az ajánlatot (indoklás nélkül) elutasítani. Fogyasztói szerződés esetén, ha a biztosítási esemény a kockázatelbírálási idő alatt következik be, az ajánlatot a Biztosító elutasíthatja, amennyiben az ajánlaton ennek lehetőségére kifejezetten felhívta a figyelmet és az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy az ajánlat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges.

44. A biztosítási szerződés létrejön, ha a Biztosító a kockázatelbírálás során az ajánlatot elfogadja, és biztosítási kötvényt állít ki.

Amennyiben a Biztosító az ajánlatot csak módosítással fogadta el, és az ajánlathoz képest ezért eltérő tartalommal készült kötvényt a szerződő annak kézhezvételét követően késedelem nélkül írásban nem kifogásolta, úgy a szerződés a kötvény szerinti tartalommal jön létre. Ez a rendelkezés lényeges eltérésekre akkor alkalmazható, ha a Biztosító az eltérésre a szerződő fél figyelmét a kötvény átadásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.

Fogyasztói szerződések esetén a biztosítási szerződés akkor is létrejön, ha a Biztosító az ajánlatra beérkezésétől számított 15 napon belül – egészségügyi vizsgálat esetén 60 napon belül – nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a Biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és a díjszabásnak megfelelően tették. Ebben az esetben a szerződés - az ajánlat szerinti tartalommal - az ajánlatnak a Biztosító részére történt átadása időpontjára visszamenő hatállyal a kockázatelbírálási idő elteltét követő napon jön létre.

45. Amennyiben a Biztosító az ajánlatot elutasítja, vagy a szerződő fél az ajánlattól eltérő tartalmú kötvényt kifogásolja, és emiatt nem jön létre a szerződés, a Biztosító – az elutasítástól, illetve a kifogásnak a Biztosító központi egységéhez történő beérkezésétől számított 15 napon belül – a biztosításra esetlegesen korábban beszedett díjat kamatmentesen visszautalja a szerződő számlájára.

A Biztosító kockázatviselésének kezdete, megszűnése, a szerződés reaktiválása

46. A Biztosító kockázatviselésének kezdete: a szerződésben meghatározott időpont, ennek hiányában a szerződés létrejöttének időpontja, feltéve, hogy a szerződő a biztosítás első díjrészletét (havi díjfizetési gyakoriság választása esetén kéthavi díjrészletnek megfelelő összeget) vagy egyszeri díját a szerződés létrejöttének időpontjáig a Biztosító számlájára befizette.

47. A Biztosító a szerződés létrejöttétől számított hat havi várakozási időt köt ki a kockázatviselés kezdetére a halál, a kritikus betegség, a kórházi napi térítés, valamint a műtéti térítés kockázatok tekintetében.

47.1 Várakozási idő kikötése esetén a Biztosító kockázatviselése a várakozási idő leteltét követően kezdődik.

47.2 A Biztosító az alább felsorolt esetekben eltekint a várakozási idő alkalmazásától:

- a biztosítási esemény a biztosított balesetével összefüggésben következett be;
- a biztosítási szerződés pénzügyi intézménytől felvett hitel életbiztosítási fedezetű szolgálat;
- a biztosítás orvosi vizsgálattal jött létre.

48. A biztosítási szerződés és/vagy a kiegészítő biztosítás, illetve technikai kiegészítő az alábbi esetek bármelyikének bekövetkezése esetén megszűnik:

48.1 (bármelyik) biztosított halálával a halál időpontjában, ha a biztosítás különös feltételei másképpen nem rendelkeznek;

48.2 a biztosítási szerződés lejáratakor;

48.3 a biztosítási szerződés visszavásárlása esetén, a visszavásárlási kérelem rögzítésének napján (110. pont), amely a **hiánytalan kérelemnek** a Biztosító központi egységéhez történő **beérkezését** követően esedékes;

48.4 a díjfizetés elmulasztása esetén, amennyiben a díjfizetésre való felszólítás elküldésétől számított 30 napos póthatáridőn belül a Biztosítóhoz nem érkezik be az elmaradt díjrészlet. Ebben az esetben a biztosítási szerződés az esedéesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik.

48.5 díjmentes szerződés esetén, amennyiben annak tőkeértékéből a kockázati díjat, valamint a költségeket a Biztosító már nem tudja levonni;

48.6 új, a biztosításra vonatkozó lényeges körülményeknek a Biztosító tudomására jutása esetén, változás bejelentése esetén pedig a 81. pontban írottak szerint, amennyiben ezek a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik;

48.7 a szerződés megkötéséhez adott biztosított hozzájárulás visszavonása esetén a 62.4. pontban írottak szerint;

48.8 **amennyiben a szerződő fogyasztó, és a biztosítási szerződés tartama a 6 hónapot meghaladja, valamint a biztosítási szerződés nem hitelfedezeti (hitel fedezetűként kötött) biztosításként jött létre, a szerződőnek a kötvény kézhezvételétől számított 30 napon belül – akár indoklás nélküli – írásbeli felmondásával.** Az írásbeli felmondásnak a Biztosító központi egységéhez történő megérkezésétől számított 15 napon belül a Biztosító köteles az ügyfél által befizetett díjakkal elszámolni. Ebben az esetben a Biztosító jogosult **az ajánlatelbírálási költség (130. pont) felszámítására** és annak a befizetett díjból, illetve befektetési egységekhez kötött biztosítások esetében a szerződés megszűnésekor aktuális - a korábban levont költségek jóváírását is tartalmazó - tőkeértékéből való visszatartására.

A szerződő érvényesen nem mondhat le az őt illető felmondási jogról.

48.9 a szerződő által az első évfordulót követően legkorábban a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő időszak utolsó napjára történő 30 napos írásbeli felmondással;

48.10 egyéb, a biztosítás különös feltételeiben szabályozott esetekben.

49. A szerződés megszűntével egyidejűleg a kockázatviselés is megszűnik, még akkor is, ha a szerződésre további díjfizetés érkezik. A szerződés megszűnését

követő díjtúlfizetést annak észrevételezésétől számított 15 napon belül a Biztosító kamatmentesen visszautalja.

50. Az alapbiztosítással együtt a hozzá tartozó kiegészítő biztosítások, illetve technikai kiegészítők is egyidejűleg megszűnnek.

51. A folytatólagos díj megfizetésének elmulasztása miatt megszűnt (48.4. pont) vagy díjfizetés nélkül érvényben maradó (111. pont) szerződések a megszűnést, illetve a módosulást megelőző formában, a díjfizetés visszaállításával újból hatályba léptethetők (reaktíválhatók) az alábbiak szerint.

51.1 A reaktíválás feltétele a következők együttes teljesülése:

51.1.1. **a szerződő írásbeli reaktíválási kérelme legkésőbb az első elmaradt díj esedékességének napjától számított 6 hónapon belül érkezzen be a Biztosító központi egységéhez;**

51.1.2. az 51.1.1. pontban megadott határidőn belül az elmaradt esedékes díjak (díjrészletek) a Biztosító számlájára befizetésre kerüljenek és megérkezzenek;

51.1.3. a Biztosító a kérelem beérkezésétől számított 30 napon belül – a reaktíválást kérő költségére végrehajtott esetleges újabb kockázatelbírálás után – hozzájáruljon a reaktíváláshoz.

51.2 Bármely feltétel (51.1 pont) teljesülésének hiányában a reaktíválás érdekében befizetett összeget az elutasítás keltétől számított 30 napon belül a Biztosító kamatmentesen visszafizeti.

51.3 A Biztosító hozzájárulása esetén, a reaktívált szerződés az azt követő első napon lép – visszamenőlegesen – újra hatályba, amikor a 51.1.1. és 51.1.2. pont feltételei már egyaránt teljesülnek.

51.4 Az alapbiztosítás és a hozzá tartozó kiegészítő biztosítások reaktíválása együtt történik.

Kizárt kockázatok

52. Kizárt kockázatok:

52.1 A Biztosító az alábbiakkal összefüggésben bekövetkezett eseményeket kockázatviselési köréből eleve kizárja:

- harci események, polgárháborús, vagy más háborús események;
- felkelés, lázadás, zavargás;
- radioaktív vagy ionizáló sugárzás (kivéve az orvosilag előírt terápiás célú sugárkezelést);
- HIV vírussal való megfertőződés;
- kábító hatású szerek – nem orvosi javallatra történő – alkalmazása;

Nem minősül balesetnek:

- a foglalkozási megbetegedés (ártalom);
- fagyás, napszúrás, hőség;
- az öngyilkosság, öncsonkítás vagy annak kísérlete függetlenül attól, hogy azt a biztosított tudatzavart állapotban követte-e el;
- az ember vagy állat által terjesztett bakteriális vagy vírusfertőzés, akkor sem, ha azt baleset váltotta ki.

52.2 A Biztosító balesetekre vonatkozó kockázatviselése a fentiekben részletezetteken túl nem terjed ki arra az esetre sem, ha a bekövetkezett biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll:

- a biztosított veleszületett rendellenességeivel;
- olyan állapottal, amely a Biztosító jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselésének kezdetét megelőző 5 évben már fennállt és arról a biztosított tudott, vagy tudnia kellett, kivéve, ha a biztosított erről nyilatkozott és a Biztosító ennek ismeretében vállalta a kockázatot;
- a biztosított testrészeinek, illetve szerveinek a Biztosító jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselésének kezdetét megelőzően már kialakult maradandó károsodásával.

52.3 Külön megállapodás (vagyis amikor a Biztosító a magasabb kockázatot ismerte, és ezt a díjszámításnál figyelembe vette) hiányában az alábbi eseményekhez kapcsolódó kockázatok is kizárásra kerülnek:

- légi úton - kivéve, ha a légi forgalomban engedélyezett légi járművel végzett személyszállítás és árufuvarozás során, az adott légi járműre érvényes vezetői engedéllyel rendelkező pilóta által vezetett gépen - következett be;
- bűvarkodás, nehézatléltika, hegymászás, bármilyen harcművészet, akrobatikus siugrás, illetve a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásával kapcsolatos 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet szerinti különösen veszélyes sport üzése közben következett be;
- bármely, olimpiai sportágként nem bejegyzett, az ügyességet és/vagy bátorságot próbára tévő cselekmény, különösen: a küzdősportok köréből a pankrációval, utcai küzdelmekkel, az egyéb sportok és hobbi jellegű tevékenységek köréből a szikla és gleccsermászással összefüggő cselekmények;
- gépi erővel hajtott szárazföldi, légi vagy vízi járművel helyi, országos vagy nemzetközi sportversenyen, vagy az ügyességet és/vagy bátorságot próbára tévő eseményen történő részvétel, vagy ilyen versenyre, eseményre való felkészülés (edzés);
- olyan, külföldi tartózkodással összefüggő megbetegedések, amelyekkel szembeni védőoltást az illetékes hatóság javasolt, de a biztosított azt nem vette igénybe.

A biztosítási szerződés szereplőire vonatkozó szabályozás

Biztosító

53. A Biztosító jogosult a biztosítással kapcsolatban a vele közölt adatok, tények, körülmények ellenőrzésére, és e célból kérdéseket tehet fel, adatokat szerezhet be, orvosi vizsgálatot írhat elő.

54. A Biztosító a biztosítási szerződés megkötése során, a biztosítási tartam alatt a szerződő adataiban bekövetkező változás esetében, valamint a visszavásárlási igény teljesítése előtt elvégzi a szerződőre irányuló, FATCA - törvényben foglalt megállapodás I. számú melléklete szerinti illetőségvizsgálatot.

Az illetőségvizsgálatot a Biztosító a kedvezményezettel kapcsolatban is elvégzi a lejáratú szolgáltatás teljesítése előtt.

55. A Biztosító a *Biztosítókról és a biztosítási tevékenységről* szóló 2003. évi LX. törvényben (továbbiakban: *Biztosítási Törvény*) foglalt feltételek szerint a biztosítási szerződés megkötése előtt felméri az ügyfél igényét, az ügyfél által megadott információk alapján azt pontosítja, valamint írásbeli tájékoztatást ad a Biztosító főbb adatairól és a biztosítási szerződés jellemzőiről. A Biztosító a biztosítási szerződés tartama alatt tájékoztatást ad a szerződő részére a fenti adatokban bekövetkező változásokról is.

56. A Biztosító jognyilatkozatait a szerződő félhez intézi.

Szerződő

57. A szerződő köteles a Biztosítóhoz intézendő jognyilatkozatok megtételére, valamint az 54. pont szerinti illetőségvizsgálathoz szükséges adatokat a Biztosító rendelkezésére bocsátani, továbbá a biztosítási díjat megfizetni. A jognyilatkozatok megtételének szabályait a 119-122. pontok tartalmazzák.

58. A tartam során lehetőség van a szerződő személyének megváltoztatására. A változtatás az eredeti és az újonnan a szerződésbe lépő szerződő egybehangzó írásbeli nyilatkozatának Biztosítóhoz történő benyújtásával kezdeményezhető.

59. Amennyiben a szerződő és a biztosított személye eltér, a szerződő kötelessége a biztosítottat tájékoztatni a szerződés tartalmáról és a szerződést érintő valamennyi változásról, beleértve a szerződés díjfizetési késedelem miatti megszűnésének veszélyére, illetve szándékolt megszüntetésére vonatkozó információkat is.

60. A visszavásárlásról (30.1. pont), díjmentesítésről (30.2. pont), valamint a kötvénykölcsönről (31. pont) a szerződő önállóan rendelkezik – visszavásárlás esetén a biztosítottat megillető belépési jog gyakorlásából eredő korlátozásokkal (64. pont) -, és őt illetik az ezekhez tartozó esetleges pénzügyi szolgáltatások.

61. A befektetési egységekhez kötött biztosítások esetén az eszközcsoportosításról és a díjfelosztás módosításáról a szerződő önállóan rendelkezik.

Biztosított

62. Amennyiben a biztosított és a szerződő személye eltér, úgy:

62.1 A szerződés megkötéséhez és módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

62.2 Kiskorú biztosított esetén a szerződés érvényességéhez gyámhatósági jóváhagyás is szükséges, ha a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülő köti meg.

62.3 A gyámhatóság jóváhagyásával érvényes a szerződés akkor is, ha a biztosított a cselekvőképességében vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy.

62.4 A biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. Ilyenkor a szerződés a biztosítási időszak végével, a visszavásárlási összeg (108. pont) szerződőnek történő kifizetésével megszűnik, kivéve, ha a biztosított a szerződésbe belép.

63. A biztosított a szerződésbe – a szerződő fél helyébe – bármikor beléphet, a belépéshez a Biztosító hozzájárulása nem szükséges. Ez esetben a szerződő fél személyében bekövetkezett változásról és a változás időpontjáról a Biztosítót értesíteni kell.

64. Visszavásárlás esetén a biztosított a Biztosító által rendszeresített visszavásárlási formanyomtatványon nyilatkozik arról, hogy a szerződésbe szerződőként be kíván-e lépni. Ha a visszavásárlási nyilatkozaton, hiánypótlási felhívást követően sem nyilatkozik a biztosított a fentiekről, úgy a Biztosító közvetlenül a biztosítottat keresi meg. A megkeresésben a Biztosító tájékoztatja a biztosítottat a szerződésbe szerződőként való belépés lehetőségéről, egyúttal 15 napos határidőt tűz a nyilatkozat megtételére. Amennyiben a belépési nyilatkozat megtételére biztosított 15 napos határidő eredménytelenül telik el, úgy kell tekinteni, hogy a biztosított a belépési jogával nem kíván élni.

A biztosítottnak az írásba foglalt belépési nyilatkozatot a Biztosító központi egységéhez kell eljuttatnia. Ilyen esetekben a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a biztosított a szerződő féllel egyetemlegesen felelős. A belépéssel a szerződő felet megillető jogok és az őt terhelő kötelezettségek összessége a biztosítottra száll át. **A szerződésbe belépő biztosított köteles a szerződő félnek a szerződésre fordított költségeit - ideértve a szerződésre befizetett biztosítási díjat is - megtéríteni.**

Kedvezményezett(ek)

65. A szerződő fél a kedvezményezettet a Biztosítóhoz címzett és a Biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal jelölheti ki, és a biztosítási esemény bekövetkezéséig bármikor ugyanilyen formában a kijelölését visszavonhatja vagy a kijelölt kedvezményezett helyett más kedvezményezettet nevezhet meg.

66. A biztosítás kedvezményezettjének kijelölése vagy módosítása az alábbi feltételek együttes teljesülése esetén érvényes:

- 66.1.a kijelölés a kedvezményezettet egyértelműen azonosítja;
- 66.2.a kedvezményezett életben van (illetve társadalmi vagy gazdálkodó szervezet kedvezményezett esetén: nem történt jogutód nélküli megszűnés);
- 66.3.amennyiben a biztosított és a szerződő személye eltér, a kedvezményezett kijelölése a biztosított hozzájárulásával történt;
- 66.4.írásbeli nyilatkozattal történik a kijelölés;
- 66.5.a nyilatkozatot a Biztosítóhoz címezték és
- 66.6.a nyilatkozatot a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően juttatták el a Biztosítóhoz.

67. Távértékesítéssel kötött biztosítási szerződés esetében a kedvezményezett kijelölés szóban történik, melyről a Biztosító írásos visszaigazolást ad.

68. Ha a kedvezményezett kijelölése érvénytelen vagy időközben a kedvezményezett kijelölése hatálytalanává válik, illetve, ha a szerződésben nem jelöltek kedvezményezettet, akkor kedvezményezettnek a biztosított, illetve – a biztosított halála esetén – annak a közjegyzői jogerős hagyatékátadó végzésben vagy öröklési bizonyítványban megjelölt örököse tekintendő.

69. A biztosított hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek a kedvezményezett kijelölését tartalmazó része semmis; ilyen esetben kedvezményezettnek a biztosítottat vagy örökösét kell tekinteni, aki a szerződő félnek köteles megtéríteni a kifizetett biztosítási díjakat és a szerződésre fordított költségeket.

70. Név szerinti kedvezményezett jelölés esetén a kedvezményezettség arányában kerül kifizetésre a biztosítási szolgáltatás.

71. Amennyiben a kedvezményezett jelölésben nem kerül feltüntetésre a kedvezményezettség aránya, akkor a kedvezményezettek egymás között egyenlő arányban jogosultak a szolgáltatásra.

72. A kedvezményezettnek minősülő örököseket egymás közti viszonyukban a biztosított összeg olyan mértékben (arányban) illeti meg, amilyen mértékben (arányban) erre öröklés esetében igényt tarthatnának.

73. Ha a szerződő fél a biztosítotthoz vagy a kedvezményezetthez intézett írásbeli nyilatkozattal kötelezettséget vállal arra, hogy a kedvezményezett kijelölését folyamatosan hatályban tartja, a kedvezményezett kijelölését nem lehet visszavonni vagy megváltoztatni azon személy hozzájárulása nélkül, akinek részére a kötelezettségvállalást tették. A szerződő fél nyilatkozatáról a Biztosítót tájékoztatni kell.

74. A kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezte előtt meghal, vagy jogutód nélkül megszűnik.

75. A biztosítási szerződés különböző biztosítási szolgáltatásaira eltérő kedvezményezettek jelölhetők, szolgáltatásonként akár több is. Ez esetben a kedvezményezettség egymáshoz viszonyított arányát egyértelműen rögzíteni kell.

A közlésre, bejelentésre vonatkozó előírások

Közlési kötelezettség

76. A szerződő és a biztosított a szerződéskötéskor kötelesek a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a Biztosítóval közölni, amelyeket ismertek vagy ismerniük kellett.

A közlésre és változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet és a biztosítottat; egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a Biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.

77. A Biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő írásbeli válaszokkal a felek közlési kötelezettségüknek eleget tesznek. A kérdések megválaszolatlanul hagyása egymagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

78. Ha a Biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződéskötéskor már fennállott lényeges körülményekről, és ezek a kockázat jelentős növekedését eredményezik, úgy a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül:

- írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy
- a szerződést 30 napra írásban felmondhatja.

Ha a szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra a kézhezvételtől számított 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, mely következményről a Biztosító a módosító javaslat megtételekor köteles tájékoztatást adni. Amennyiben a módosító javaslatra a szerződő nem válaszol, vagy azt nem fogadja el, illetve ha a Biztosító a szerződést felmondja, és ezért a szerződés megszűnik, a Biztosító a visszavásárlási összeget (109. pont) – a megszűnéstől számított 30 napon belül – utalja át.

79. Életbiztosítás vonatkozásában a Biztosító a 78. pontban részletezett jogát csak a szerződés fennállásának első 5 évében gyakorolhatja. A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító kötelezettsége, ha a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig **öt év már eltelt.**

Változás bejelentési kötelezettség

80. A szerződő és a biztosított kötelesek a Biztosító központi egységének írásban bejelenteni:

80.1. az ajánlatban is szereplő személyi adatainak (különös tekintettel a szerződő és a biztosított lakóhelyére, azonosító okmányaik számára, valamint a szerződő nevére, értesítési címére, illetve székhelyére, telephelyére), továbbá

80.2. a Biztosító kockázatvállalása szempontjából lényeges körülményeiknek (a biztosított foglalkozása, szabadidős és sporttevékenysége és a szerződés különös feltételeiben előírt egyéb lényeges körülmények) megváltozását a változás beálltától számított 15 napon belül,

80.3. három hónapot meghaladó külföldi tartózkodását, az utazás várható időpontját megelőzően legalább 30 nappal korábban.

81. Ha a Biztosítóval a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását közlik, és ezek a kockázat jelentős növekedését eredményezik, úgy a Biztosító a bejelentésnek a Biztosító központi egységéhez való beérkezésétől számított 15 napon belül választást a szerint:

81.1. írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy

81.2. a szerződést 30 napra írásban felmondhatja.

Ha a szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra a kézhezvételtől számított 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, mely következményről a Biztosító a módosító javaslat megtételekor köteles tájékoztatást adni. Amennyiben a módosító javaslatra a szerződő nem válaszol, vagy azt nem fogadja el, illetve ha a Biztosító a szerződést felmondja, és ezért a szerződés megszűnik, a Biztosító a visszavásárlási összeget (109. pont) – a megszűnéstől számított 30 napon belül – utalja át.

82. A 79. pont rendelkezéseit a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változására vonatkozó bejelentési kötelezettség megsértésének következményeire is megfelelően alkalmazni kell. **A Biztosító ezzel kapcsolatos jogainak gyakorlására nyitva álló ötéves időszak a változás bejelentési határidő leteltét követő napon kezdődik.**

Tartam alatti újabb kockázatelbírálás

83. A Biztosító az ajánlat elfogadása után is végezhet újabb kockázatelbírálást:

- a szerződés reaktiválása (51. pont) során, illetve
- ha a szerződéskötéskor már fennállt lényeges körülményekről a szerződéskötést követően szerez tudomást (78. pont), vagy
- a szerződésben vállalt biztosítási szolgáltatások módosítását kezdeményezik, vagy
- a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását (81. pont) közlik vele.

A Biztosító az újabb kockázatelbírálás során ismételten kérheti a biztosított egészségi nyilatkozatát, orvosi vizsgálatát, illetve egyéb írásos nyilatkozatokat, egészségügyi dokumentációt is bekérhet. A Biztosítóhoz az újabb kockázatelbírálás során beérkező valamennyi adat, irat a biztosítási szerződés részét képezi.

III. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ

A biztosítási díj megállapítása, fizetése

A díj megállapítása, a díjfizetés esedékessége

84. A biztosítási díj megállapítása különösen a biztosított születési ideje, életkora, a biztosítás tartama, a biztosítási szolgáltatások értéke valamint a Biztosító által feltett kérdésekre adott válaszokon alapuló kockázatelbírálás alapján, a különös feltételekben meghatározott pénznemben, a biztosítás díjszabásából történik. Amennyiben a szerződés pénznemére a különös feltételek nem térnek ki, úgy az forintban értendő.

A biztosítás első díjrészletét (havi díjfizetési gyakoriság esetén legalább kéthavi díjnak megfelelő összeget), illetve egyszeri díját az ajánlat aláírásakor kell megfizetni. A biztosítási szerződés létrejötte előtt befizetett biztosítási díjat a Biztosító kamatmentes előlegként kezeli. Az első díj (egyszeri díjas szerződéseknél a teljes egyszeri díj) megfizetésével a szerződő a kockázatviselés kezdetének napjától a díjfizetés technikai kezdetéig terjedő időszakra is eleget tesz díjfizetési kötelezettségének.

Rendszeres díjfizetés esetén a biztosítás első díjrészletét követő folytatólagos díjak, illetve díjrészletek azoknak a részletfizetési időszakoknak az első napján esedékesek, amelyekre a díjak vonatkoznak.

A biztosítás rendszeres díjait a szerződő fél, illetve – amennyiben a szerződő és a díjfizető személye eltér – a díjfizető a Biztosító általi csoportos beszedéssel vagy banki átutalással teljesítheti. A díjak átutalása során felmerülő saját bankköltséget a felek maguk viselik, azt a másik félre át nem háríthatják.

A biztosítás első, egyszeri, illetve egyéb (nem nevesített eseti, rendkívüli) díja banki átutalással fizethető meg. A Biztosító a számára más módon eljuttatott díjat, illetve díjrészletet – ellenkező értelmű megállapodás hiányában – nem köteles elfogadni. Amennyiben a díjfizetésre nem banki átutalással kerül sor, a beérkezett összeg a szerződő számára kamatmentesen visszautalásra kerülhet a beérkezés napját követő 15 napon belül. Ha a szerződő fél a díjat - díjátvételre biztosítói meghatalmazással rendelkező - ügynöknek fizette, a díjat - legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon - a Biztosító számlájára, illetőleg pénztárába beérkezettnek kell tekinteni; a szerződő fél azonban bizonyíthatja, hogy a díj korábban érkezett be.

A megszünt biztosításra befizetett - és a Biztosítót már meg nem illető - díj a szerződőnek vagy szolgáltatás teljesítése esetén a kedvezményezettnek kerül kifizetésre kamatmentesen, a díjfizetés a biztosítási szerződést nem helyezi újra hatályba.

Indexálás

85. Rendszeres díjfizetés esetén a biztosítási díj reálértékének megőrzése érdekében a biztosítási szerződések éves díja biztosítási évfordulónként az aktuális index arányában megemelkedik.

86. Az aktuális index mértékét a Biztosító a biztosítási évforduló hónapját megelőző 3. hónaphoz tartozó alapindextől (24. pont) legfeljebb 3 százalékpontos eltéréssel határozhatja meg. Amennyiben az alapindex nem éri el az 5 százalékot, a Biztosító nem köteles a díjon változtatni.

87. Az indexált biztosítási díjról és – amennyiben a biztosítási összeg a szerződésben rögzítésre került – az ehhez tartozó új biztosítási összeg(ek)ről a Biztosító legkésőbb 60 nappal a biztosítási évfordulót megelőzően a szerződőnek írásos értesítést küld. Az indexről szóló értesítésben a Biztosító tájékoztatást ad a visszavásárlás és a szolgáltatás aktuális összegeiről is.

88. Amennyiben a szerződésben a biztosítási összeg rögzítésre került, úgy a megváltozott éves díj miatt megemelkedő biztosítási összeg(ek) növekedésének mértékét a Biztosító az eredeti díjszabásból az éves díj növekményének mértéke alapján határozza meg – a biztosítási szerződés megkötésekor figyelembe vett tényezőkön túl – az időközben bejelentett változásoknak (80. pont), a biztosított aktuális életkorának és a szerződés hátralevő tartamának függvényében.

89. A szerződő a díj indexálását visszautasíthatja, amennyiben az erre vonatkozó írásos nyilatkozata a biztosítási évfordulót legalább 30 nappal megelőzően beérkezik a Biztosítóhoz.

90. Amennyiben a szerződő az indexálást nem, vagy az adott határidőn túl utasította vissza, úgy az indexáláshoz tartozó (az index meghirdetését követő) biztosítási évfordulóval kezdődőleg az érvényes díj, illetve aktuális biztosítási összeg(ek) a Biztosító értesítése (86. pont) szerint változnak.

91. Amennyiben a szerződő az indexálást 2 egymást követő évben visszautasította, úgy a Biztosító nem köteles az indexálást az ezt követő években számára folytatni, illetve lehetővé tenni, mely döntéséről legkésőbb 60 nappal a biztosítási évfordulót megelőzően a szerződőnek írásos értesítést küld.

92. A Biztosító által megszüntetett indexálás felújítása érdekében a szerződő írásban kérheti, hogy költségére a Biztosító újabb kockázatelbírálást végezzen. Amennyiben a kérelem beérkezésétől számított 30 napon belül a Biztosító írásban engedélyezi az indexálás folytatását, úgy az – az engedély megadását követő biztosítási évfordulótól – az eredeti feltételek szerint ismét folytatódik. Ellenkező esetben indexálásra a továbbiakban sem lesz mód.

93. Bármely okból díjfizetés nélkül érvényben lévő biztosítások esetében nincs indexálás.

Fizetési késedelem

94. Amennyiben a díjfizetési késedelem a 30 napot meghaladja, a Biztosítónak joga van a Ptk-ban meghatározott mindenkori késedelmi kamat felszámítására.

95. Ha az esedékes érvényes díjat, illetve az ehhez tartozó díjrészletet nem fizetik meg, a Biztosító - a következményekre történő figyelmeztetés mellett - a szerződő felet a felszólítás elküldésétől számított 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. Ha a díjfizetés a póthatáridőn belül nem, vagy csak részlegesen történik meg, illetőleg a Biztosító a díjkövetelést bírósági úton nem érvényesítette, úgy a póthatáridő eredménytelen elteltét követően:

95.1. visszavásárlási értékkel rendelkező szerződés esetén a Biztosító díjmentesíti a szerződést, illetve

95.2. amennyiben a szerződés nem rendelkezik visszavásárlási értékkel, a póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik.

IV. TÖBBLETHOZAM

96. A biztosítási szerződés különös feltételei rendelkeznek a többlethozam visszajuttatásáról.

V. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSAINAK TELJESÍTÉSE

Biztosítási esemény bekövetkezése, bejelentésére vonatkozó kötelezettség

A biztosítási esemény bejelentése, igazolása; a szolgáltatás teljesítésének időpontja

97. A biztosítási esemény bekövetkezését a bekövetkezéstől számított 30 napon belül a Biztosítónak írásban be kell jelenteni.

98. A biztosítási eseménnyel kapcsolatos szükséges felvilágosításokat a Biztosító számára meg kell adni (99-103. pont), és lehetővé kell tenni a bejelentés és felvilágosítások tartalmának ellenőrzését. Amennyiben az előbbi feltételek nem valósulnak meg, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené válnak, úgy a Biztosító kötelezettsége nem áll be.

99. A bejelentéshez a biztosítási esemény esetében csatolandó:

- a biztosítási kötvény;
- a biztosítási szolgáltatás igénybevételére való jogosultság (a kedvezményezettség) igazolása;
- hatósági eljárás esetén, - amennyiben az eljárás eredményétől függ a Biztosító helytállási kötelezettségének és/vagy mértékének megállapítása - az eljáró hatóság adatközlése, állásfoglalása;
- lejárati szolgáltatás esetén, amennyiben a kedvezményezett személye eltér a szerződő személyétől, a 'Kedvezményezett FATCA Nyilatkozata' elnevezésű nyomtatvány.

100. Egyes speciális biztosítási események bekövetkezése esetén a következő dokumentumok másolatának csatolása is szükséges:

100.1.a biztosított lejáratkori életben léte esetén: a biztosított életben létét és életkorát igazoló okirat;

100.2.halál esetén:

- a halál tényét, időpontját, helyét igazoló okirat (halotti anyakönyvi kivonat) és a halál okát igazoló teljes halott vizsgálati bizonyítvány;
- a biztosított halálát okozó betegség kezdeti időpontjának és lefolyásának, valamint a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok;
- hitelesített háziorvosi kórelőzmény.

100.3.baleset bekövetkezésekor a baleseti sérülést, annak időpontját, helyét, körülményeit és következményeit dokumentáló iratok.

101. Abban az esetben, ha a Biztosító által kért dokumentumokat nem, vagy hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetőleg azt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el. A Biztosító – szükség esetén – bizonyos kérdések tisztázására maga is beszerezhet adatokat.

102. Az iratokat, igazolásokat – amennyiben azok nem magyar nyelven állnak rendelkezésre – hiteles magyar nyelvű fordítással együtt kell benyújtani. A szükséges iratok, igazolások, illetve azok beszerzésének költségeit annak kell viselnie, akinek érdekében áll azok elfogadása.

103. A biztosítási szolgáltatás teljesítése legkésőbb az összes szükséges igazolásnak a Biztosító központi egységéhez történő beérkezését követő 30 napon belül esedékes.

104. A szolgáltatások teljesítésekor a Biztosító jogosult az esetleges tartozások, részletfizetés esetén ezen felül a biztosítási esemény bekövetkezésekor aktuális biztosítási időszakra vonatkozó teljes éves díjnak (tartozásként figyelembe nem vett) még nem esedékes díjrészletei iránti igényét is beszámítással érvényesíteni, a biztosítási szolgáltatásból levonni. A szolgáltatási összegek átutalása során felmerülő saját bankköltséget a felek maguk viselik, azt a másik félre át nem háríthatják.

Kizárt kockázat esete

105. A Biztosító valamely kizárt kockázat (52.1., 52.2., 52.3. pont) közvetlen vagy közvetett következményeként bekövetkező eseményre az adott eseményhez tartozó biztosítási szolgáltatást nem

teljesíti, hanem – amennyiben létezik – az adott eseményhez tartozó visszavásárlási összeget fizeti ki.

Várározási idő alatt bekövetkező események

106. A várározási idő alatt bekövetkező eseményekre a Biztosító biztosítási szolgáltatást nem fizet, hanem - amennyiben az adott szerződés rendelkezik ilyennel - a szerződés visszavásárlási értékét fizeti ki. Amennyiben a szerződéshez kapcsolódik alszerződés, úgy az alszerződés aktuális tőkeértéke kerül kifizetésre.

A Biztosító mentesülésének esetei

107. A Biztosító valamely biztosítási eseményhez tartozó szolgáltatás helyett az adott kockázathoz tartozó visszavásárlási összeget fizeti ki a következő esetekben:

107.1.a közlési (76-79. pont), illetve változásbejelentési (80-82. pont) kötelezettség megsértése esetén, kivéve, ha

- a) bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy
- b) az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében, vagy
- c) életbiztosítási esemény bekövetkezésénél közlési kötelezettség-sértés történt, de a szerződés megkötésétől 5 év már eltelt.

107.2.a biztosítási esemény bejelentésére vonatkozó kötelezettség megsértése esetén (98. pont);

107.3.amennyiben valamely betegség diagnosztizálása esetén az orvosi utasításokat (gyógyszerszedés, kezelések stb.) a biztosított nem tartja be és ennek következményeként olyan szövödmények vagy állapotromlás miatt következik be a biztosítási esemény, amely a szakorvosi utasítások betartásával megelőzhető lett volna;

107.4.amennyiben valamely betegség diagnosztizálása esetén az orvos által javasolt műtet elutasítja, és ennek következtében a későbbiekben egy, az eredetileg javasoltnál súlyosabb beavatkozást kell végrehajtani a biztosított, amelynek következtében tartós maradandó egészségkárosodást szenved;

107.5.amennyiben a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét. Ebben az esetben a visszavásárlási összegnek az érintett kedvezményezettre eső része a biztosított örököseit egyenlő arányban illeti meg, azzal, hogy az érintett kedvezményezett abból nem részesülhet.

108. A biztosított halála esetén a Biztosító a biztosítási szolgáltatások helyett az esetleges tartozásokkal csökkentett díjtartalékot, illetve befektetési egységekhez kötött életbiztosítások esetén a szerződés megszűnésekor aktuális tőkeértéket fizeti ki, amennyiben a biztosított:

108.1.szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, azzal összefüggésben, vagy

108.2.a szerződés létrejöttétől számított 2 éven belül elkövetett öngyilkossága következtében halt meg, függetlenül attól, hogy azt a biztosított tudatzavarban követte el.

Baleseti szolgáltatás nem kerül kifizetésre, ha a biztosítási eseményt:

108.3.a biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő.

108.4.Súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak tekintett a biztosítási esemény a biztosított részéről, ha:

- bármilyen alkoholos vagy bódító-, kábítószeres befolyásoltsága, illetve toxikus anyagok használata, illetve rendszeres fogyasztása, szedése miatti függőség, vagy
- jogosítvány nélküli gépjárművezetése közben elkövetett közlekedésrendészeti szabálysértése, vagy
- nem orvosi javallatra használt, vagy nem az előírt adagolásban alkalmazott altató- vagy nyugtatószer, illetve gyógyszer alkalmazásával összefüggésben, vagy
- kábítószer vagy egyéb vegyi anyagok kábítószerként való használatával összefüggésben, vagy
- engedélyhez kötött tevékenység engedély nélkül történt végzése, vagy
- a biztosított munkavégzése során, a munkavédelmi szabályoknak a biztosított általi súlyos megszegése miatt következett be.
- a szolgáltatási igényhez vezető baleset során a biztosított nem használt biztonsági övet vagy bukósisakot.

Maradékjogok

Visszavásárlás

109. A biztosítási szerződéshez tartozó visszavásárlási összeg meghatározása a biztosítási szerződés különös feltételei szerint történik. A visszavásárlási összeg meghatározásánál a Biztosító jogosult az esetleges tartozások iránti igényét beszámítással érvényesíteni. A visszavásárlási összeg nem áll közvetlen kapcsolatban a befizetett díjakkal; a Biztosító már fennállott kockázatviselése, a felmerült költségek és a visszavásárlás miatti közvetett terhek miatt a díjtartaléknál alacsonyabb értékben kerül megállapításra.

110. A szerződés visszavásárlással történő megszűnése esetén a Biztosító a visszavásárlási összeget a szerződés megszűnésétől (48.3 és 48.4) számított 30 napon belül utalja át.

A visszavásárlási kérelem rögzítésére azt követően kerül sor, hogy a biztosított szerződésbe való belépési szándékáról szóló nyilatkozat (64. pont) beérkezett a Biztosítóhoz vagy a belépési nyilatkozat megtételére biztosított határidő eredménytelenül telt el.

Hitelfedezeti záradékkal ellátott életbiztosítási szerződés esetén a visszavásárlási kérelem rögzítésének további feltétele, hogy mind a kérelem, mind a hitelfedezeti záradék jogosultjának engedélye beérkezzen a Biztosítóhoz.

A visszavásárlási kérelem rögzítésére a fenti feltételek teljesülését követő öt munkanapon belül kerül sor.

Díjmentesítés rendszeres díjas biztosítási szerződések esetén

111. A folyamatos díj fizetésének elmaradása miatt a Biztosító a szerződést díjmentesíti a termék különös feltételeiben foglaltak szerint.

112. A biztosítási szerződéshez tartozó díjmentes biztosítási összeg(ek) meghatározása a biztosítási szerződés különös feltételei szerint történik. A díjmentes biztosítási összeg(ek) meghatározásánál a Biztosító az esetleges tartozások iránti igényét beszámítással érvényesíti.

113. A szerződő díjmentesítési kérelme esetén a Biztosító a díjjal nem fedezett első biztosítási, illetve részletfizetési időszak kezdetével mentesíti a szerződőt díjfizetési kötelezettsége alól, egyúttal az akkor aktuális díjmentes biztosítási összegre (112. pont) szállítja le az érintett biztosítási szolgáltatás értékét.

114. Díjmentesítés következtében a biztosítási szerződés az eredeti lejáratig, vagy a biztosítási szerződés megszűnéséig marad hatályban. Befektetési egységekhez kötött életbiztosítások díjmentesítése esetén a szerződés az eredeti biztosítási összeggel, az alapszerződéshez kapcsolódó kiegészítő biztosításokkal, technikai kiegészítőkkel marad hatályban egészen addig, amíg a szerződés eszközértéke a minimális értékre nem csökken, ekkor a biztosítási szerződés megszűnik szolgáltatás és maradékjogok nélkül. Nem befektetési egységekhez kötött életbiztosítás esetén a szerződés csökkentett biztosítási szolgáltatásokkal marad hatályban, az alapszerződéshez kapcsolódó kiegészítő biztosítások a díjmentesítés időpontjával megszűnnek, a technikai kiegészítők azonban továbbra is fennmaradnak.

Kötvénykölcsön

115. A szerződő kölcsönfolyósítási kérelme esetén a Biztosító - központi egységéhez címzett és közvetlenül oda beérkező írásos kérelem beérkezésének napjától számított 30 napon belül – az esetleges tartozásokra is figyelemmel – dönt a kölcsön folyósíthatóságáról, illetve annak mértékéről, mely az aktuális visszavásárlási összeget semmiképpen nem haladhatja meg.

Hitelfedezet

116. A Biztosító a biztosítási szerződésre hitelfedezetet nyújthat, amennyiben a szerződő és a biztosított ehhez, továbbá a biztosítás adatainak az érintett pénzügyi intézménnyel való közléséhez írásban hozzájárul.

Hitelfedezet fennállása esetén a Biztosító a szolgáltatásnak azt a részét, amely a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában a biztosítási szerződés záradéka szerint az érintett pénzügyi intézménnyel szemben - annak igazolása alapján - fennáll, a pénzügyi intézmény számára teljesíti, míg a hitelfedezet teljesítése után esetleg fennmaradó biztosítási szolgáltatásra az életbiztosítási szerződésben a hitelfedezeti záradék jogosultját követően megjelölt kedvezményezettek jogosultak a szerződésben meghatározott arányban, vagy további kedvezményezett-jelölés hiányában az örökösök, olyan mértékben (arányban), amilyen mértékben (arányban) erre öröklés esetében igényt tarthatnának.

117. Hitelfedezet nyújtása esetén a szerződést – a hitelfolyósító pénzügyi intézmény javára szóló – hitelfedezeti záradékkal látja el a Biztosító. A hitelfedezeti záradék a szerződésről kizárólag a hitelfolyósító pénzügyi intézmény kifejezett írásbeli hozzájárulásával törölhető.

118. Hitelfedezet nyújtása esetén a szerződés bármilyen módosítására a hitelfedezeti záradékban foglaltak szerinti korlátozásokkal, a hitelfedezeti záradék jogszolgáltatásának engedélyével kerülhet sor. A szerződés bármilyen módosítására irányuló kérelem csak a hitelfedezeti záradék jogszolgáltatásának hozzájáruló nyilatkozatával együtt érvényes és hatályos a Biztosítóval szemben, azzal együtt tekinthető az adott nyilatkozat teljes körűen megtettnek. A módosításra irányuló kérelemről, valamint a szerződés megszűnéséről a Biztosító a pénzügyi intézményt tájékoztatja.

A jognyilatkozatok megtételének szabályai

119. A biztosítási szerződésben előírt vagy annak tartalmát befolyásoló bejelentéseket, közléseket, a szerződéshez kapcsolódó jognyilatkozatokat érvényesen írásban lehet megtenni, lehetőleg a Biztosító erre a célra készült formanyomtatványán, a Biztosító központi egységéhez eljuttatva, feltéve, hogy a felek másban nem állapodnak meg.

120. A Biztosító az általa ismert utolsó címre **joghatályosan küldhet nyilatkozatot a szerződő vagy a biztosított részére.**

Amennyiben a Biztosító által a szerződő vagy a biztosított címére postai úton, ajánlott vagy tértivevényes küldeményként megküldött iratok kézbesítése azért volt eredménytelen, mert a címzett az iratot nem vette át (függetlenül annak okától – kivéve az elhalálozást), akkor az iratot az elküldésétől számított 8. napon kézbesítettnek kell tekinteni.

121. Amennyiben a szerződő ideiglenesen vagy véglegesen külföldre távozik, illetve települ, a Biztosító számára magyarországi kézbesítési megbízottat kell megneveznie. Ennek hiányában a Biztosító az általa ismert utolsó címre joghatályosan küldhet nyilatkozatot.

122. A Biztosítóhoz eljuttatott jognyilatkozat a Biztosítóval szemben akkor hatályos, ha az teljes körűen tartalmazza azokat az adatokat, amelyek az adott jognyilatkozat, illetve a jognyilatkozat által kiváltani szándékozott jogselekmény érvényességéhez szükségesek és a Biztosító valamelyik központi szervezeti egységének jut tudomására. Már létrejött szerződés esetében az írásbeli jognyilatkozatok akkor hatályosak a Biztosítóval szemben, ha az érintett szerződés és a jognyilatkozat tartalma, a jognyilatkozatot tevő személye egyértelműen beazonosítható, valamint, ha a jognyilatkozatot tevő személy az adott szerződés keretében ilyen nyilatkozat megtételére jogosult.

A határidők csak a teljes körűen megtett, és így a Biztosítóval szemben hatályosnak minősülő jognyilatkozatok beérkezésével kezdődnek.

Nem tekinthető ajánlattételnek az a nyilatkozat, amikor a biztosítási szándékot nem a Biztosító erre a célra készült ajánlati formanyomtatványán írják alá, mivel a biztosításra vonatkozó lényeges adatok így nem kerülnek teljes körűen közlésre, kivéve, ha a felek másban nem állapodtak meg.

A biztosítási kötvény megsemmisülésének esete

123. A kötvény elvesztése, megsemmisülése, vagy olyan sérülése esetén, mely annak jogszerű felhasználását megakadályozza, a Biztosító a szerződő kérésére a hatályos, eredetivel megegyező tartalmú új kötvényt állít ki, és az eredeti kötvényt érvénytelenné nyilvánítja. Az új kötvény előállításának és kiküldésének költségeit a Biztosító érvényesítheti a szerződővel szemben.

Elévülés

124. A biztosítási szerződésen alapuló, illetve a biztosítási események alapján érvényesíthető igények a biztosítási szerződés megszűnésétől, illetve a biztosítási események bekövetkeztétől számított **2 év elteltével** elévülnek.

VI. KÖLTSÉGEK, KONDÍCIÓS LISTA

A biztosítási szerződés tartama alatt felmerülő költségek fajtáit és azok mértékét a Biztosító a jelen ÁSZB-ben, az alap- és kiegészítő biztosítások különös feltételeiben, illetve ezek kondíciós listáiban határozza meg. A kondíciós listák a biztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik.

125. Kezdeti költség

A Biztosító szerzési költségeinek fedezete. Díjjal arányos költség, amely a szerződés számlájának aktuális értékéből – a biztosítási szerződés létrejöttét követően – a díj esedékességének megfelelő gyakorisággal, a díj jóváírásának időpontjában kerül levonásra.

A kezdeti költség mértékét és levonásának időtartamát az alapbiztosítás kondíciós listája tartalmazza.

126. Fenntartási költség

A szerződés fenntartásához szükséges költségek fedezete. Díjjal arányos költség, amely a szerződés számlájának aktuális értékéből a díj esedékességének megfelelő gyakorisággal, a díj jóváírásának időpontjában kerül levonásra. A fenntartási költség mértékét az alapbiztosítás kondíciós listája tartalmazza.

127. Adminisztrációs költség

A szerződés adminisztrációjával kapcsolatban felmerült költségek fedezete. Díjjal arányos vagy fix költség, amely a szerződés számlájának aktuális értékéből a megelőző hónap utolsó napján érvényes árfolyammal számolva minden hónap első napján kerül levonásra. Az adminisztrációs költség mértékét az alapbiztosítás kondíciós listája tartalmazza.

128. Befektetési költség

A Biztosító befektetési költségeinek fedezete. Az aktuális eszközértékkel arányos költség, a szerződés számlájának aktuális értékéből a megelőző hónap utolsó napján érvényes árfolyammal számolva minden hónap első napján kerül levonásra. A befektetési költség mértékét az alapbiztosítás kondíciós listája tartalmazza.

129. Kockázati díj

Az egyéni kockázati tényezők, a szerződés tartama, valamint az alap és kiegészítő biztosítások különös feltételei alapján vállalt szolgáltatások ellenértéke, amelyet a Biztosító a megelőző hónap utolsó napján érvényesíthet.

nyes árfolyammal számolva minden hónap első napján levon a szerződés számlájának aktuális értékéből.

A Biztosító által alkalmazott haláleseti valószínűségeket a Biztosító egyoldalúan megváltoztathatja, amelyről a szerződőt legalább 30 nappal annak hatályba lépése előtt írásban tájékoztatni köteles.

130. Ajánlat-elbírálási költség.....5 000 Ft

131. Kondíciós lista: A biztosítási szerződés részét képező – függelék formájában megadott – feltételrendszer, amely olyan adatokat tartalmaz, amelyeket a Biztosító a biztosítás fennállása alatt megváltoztathat.

132. A kondíciós lista különösen a következőket tartalmazhatja:

- a biztosítási szerződés esetében felszámított költségek és alkalmazott kedvezmények aktuális értékét, illetve mértékét;
- a díjfizetések minimális összegeit;
- a befektetésre rendelkezésre álló eszközalapokat és azok esetleges kombinációit.

133. A biztosítási szerződés megkötésekor a szerződés technikai kezdetekor hatályos kondíciós lista kerül alkalmazásra.

134. Új kondíciós lista kiadása esetén, a kondíciókat a Biztosító legkésőbb a változás hatályba lépését megelőzően 8 nappal honlapján közzéteszi. A kondíciós listában meghatározott és konkrét pénzüsszeg formájában megadott költségek új kondíciós lista kiadása esetén legfeljebb a kondíciós lista kiadásakor érvényes aktuális index mértékével változhatnak. A Biztosító jogosult az új konkrét pénzüsszeg formájában megadott költséget egész értékre felkerekíteni.

A Biztosító jogosult a díjköteles szolgáltatás díját csökkenteni, vagy azt költségmentessé tenni, illetve az alkalmazott kedvezmények mértékét, valamint rendszerét megváltoztatni.

135. A megváltozott feltételrendszer már létező biztosítási szerződésre történő alkalmazásának időpontja a szerződés következő biztosítási évfordulója, új szerződések esetében a kondíciós lista hatályba lépésének napja. Ez alól kivételt képez a befektetésre rendelkezésre álló eszközalapok körének megváltozása, amely a módosítás hatályának napjától alkalmazandó.

VII. A BEFEKTETÉSI EGYSÉGEKHEZ KÖTÖTT ÉLETBIZTOSÍTÁSOKRA VONATKOZÓ EGYES RENDELKEZÉSEK

Napi tájékozási lehetőség

136. A Biztosító a szerződő befektetéseinek elhelyezéséről, azaz a befektetések fedezetéül szolgáló befektetési formák egymáshoz viszonyított arányáról, az egyes befektetési formák típusáról, valamint a befektetések aktuális értékéről napi tájékozási lehetőséget nyújt telefonon vagy honlapján keresztül.

Díjfelosztás, eszközátcsoportosítás

137. Díjfelosztás (kombinációváltás): a biztosítási díjak befektetendő részének szerződésben rögzített, a biztosítási tartam alatt változtatható (legalább 5%-

onkénti és öttel osztható egész) százalékos megosztása az egyes eszközalapok között.

138. A szerződő a Biztosítótól írásban kérheti az érvényes díjfelosztás megváltoztatását. A módosított díjfelosztás legkésőbb az írásos kérelem Biztosítóhoz történő beérkezését és rögzítését követő első értékelési napon lép hatályba, és kizárólag a jövőben befektetésre kerülő díjakra vonatkozik.

139. A szerződő írásban kérheti a számláján nyilvántartott - a múltban vásárolt - befektetési egységek meghatározott részének eszközalapok közötti áthelyezését (átforgatását). Az áthelyezésre legkésőbb a kérelem Biztosítóhoz történő beérkezését és rögzítését követő első értékelési napon, az aznapi unit-árfolyamon kerül sor. Az átforgatás lehet részleges és teljes, amikor az összes befektetési egység áthelyezésre kerül. Az átforgatás a bázis-, illetve az alszerződés(ek) vonatkozásában kizárólag külön-külön tehető meg.

Eszközalapok létrehozása, lezárása, megszüntetése

140. A Biztosítónak jogában áll új eszközalapokat létrehozni, illetve létező eszközalapokat lezárni vagy megszüntetni.

141. Új vagy adott időponttól valamely biztosítás számára elérhető eszközalapba díj befektethető, a díjfelosztás módosítására (137. pont) vagy befektetési egységek áthelyezésére (139. pont) ennek megfelelően lehetőség van.

142. Lezárt eszközalap esetében az eszközalaphoz tartozó újabb befektetési egységek nem vásárolhatók, a díjfelosztást ennek megfelelően módosítani kell.

143. Megszűnő eszközalap esetében egyrészt – az eszközalaphoz tartozó befektetési egységek vásárlási lehetőségének megszűnése miatt – a díjfelosztást megfelelően módosítani kell, másrészt a megszüntetéssel egyidejűleg az eszközalap befektetési egységeit is más eszközalapba kell áthelyezni.

144. Valamely eszközalap lezárásáról vagy megszüntetéséről a Biztosító 30 nappal a megszűnés vagy lezárás előtt a szerződőt írásban értesíti, és költségmentesen lehetővé teszi a díjfelosztás szükséges megváltoztatását, illetve – eszközalap megszüntetésekor – a megszűnő eszközalapból befektetési egységek költségmentes áthelyezését is.

145. Ha az eszközalap megszűnésének napjáig a szerződő választásáról tájékoztató értesítés nem érkezik meg a Biztosító központi egységéhez, úgy a Biztosítónak jogában áll az áthelyezést az aktuális szabályozásnak, illetve lehetőségeknek megfelelően végrehajtani.

Eszközalap felfüggesztéssel és szétválasztással kapcsolatos szabályok

146. A Biztosító az ügyfelek érdekében a befektetési egységekhez kötött életbiztosítási szerződéshez kapcsolódó eszközalap befektetési egységeinek eladását és vételét felfüggeszti (a továbbiakban: eszközalap-felfüggesztés), amennyiben az eszközalap nettó eszközértéke, illetve ezzel együtt a befektetési egységeknek az árfolyama azért nem állapítható meg, mert az eszközalap eszközei részben vagy egészben illikvid eszközzé váltak.

147. Illikvid eszköz: eszközalap olyan eszköze, amelynek értéke nem állapítható meg, ideértve különösen, ha az értékelésre alkalmas piaci árfolyam-információk az eszköz forgalmazásának, kereskedésének vagy nyilvános árjegyzésének felfüggesztése miatt nem állnak maradéktalanul rendelkezésre.

148. Az eszközalap felfüggesztését a Biztosító az annak okául szolgáló körülményről való tudomásszerzését követően haladéktalanul végrehajtja arra az értékelési napra (a továbbiakban: az eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontja) visszamenő hatállyal, amely értékelési napot megelőzően az utolsó alkalommal megállapítható volt az eszközalap nettó eszközértéke.

149. Az eszközalap felfüggesztésének tartama alatt - a biztosítási díj felfüggesztett eszközalapról való átirányítása kivételével - a felfüggesztett eszközalapot érintő ügyfélrendelkezők (így különösen átváltás, rendszeres pénzkivonás, részleges visszavásárlás) nem teljesíthetők. Amennyiben az eszközalap felfüggesztésének tartama a 30 napot meghaladja, akkor az eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontját követő 35. napig a Biztosító igazolható módon írásbeli tájékoztatást küld a felfüggesztett eszközalappal érintett valamennyi szerződő fél részére arról, hogy az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követően a Biztosító akkor teljesíti ezeket az ügyfélrendelkezőket, ha azok teljesítésére vonatkozóan szerződő fél az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követően ismételtlen rendelkezést ad. A felfüggesztés tartama alatt felfüggesztett eszközalapra vonatkozóan ügyfélrendelkezőt adó szerződő felek számára a Biztosító haladéktalanul tájékoztatást ad az ügyfélrendelkezéssel kapcsolatban.

150. Amennyiben a befizetett díjat a szerződés, illetve az ügyfél rendelkezése alapján a Biztosítónak a felfüggesztett eszközalapba kellene befektetnie, a Biztosító - a szerződés vagy az szerződő fél eltérő rendelkezése hiányában - köteles a díjat elkülönítetten nyilvántartani. Ha a fenti esetben az eszközalap felfüggesztésének tartama a 30 napot meghaladja, akkor az eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontját követő 35. napig a Biztosító igazolható módon írásbeli tájékoztatást küld az érintett szerződő fél részére arról, hogy az elkülönítetten nyilvántartott és az eszközalap-felfüggesztés időtartama alatt beérkező díjat mely másik, fel nem függesztett eszközalapba irányítja át - azzal ellentétes ügyfélrendelkezés hiányában - az eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontját követő 45. naptól.

151. Az eszközalap felfüggesztésének tartama alatt a szerződésben meghatározott időpont elérése (lejárat), mint biztosítási esemény bekövetkezése vagy a szerződés teljes visszavásárlása esetében a Biztosító a szerződő fél számlája aktuális egyenlegének értékét a felfüggesztett eszközalap befektetési egységeinek figyelmen kívül hagyásával állapítja meg. A Biztosító a fenti esetekben az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követő 15 napon belül - amennyiben a 154. pontban írt feltétel nem áll fenn - köteles a szerződő fél számláján a felfüggesztett eszközalap befektetési egységeiből nyilvántartott befektetési egységeknek az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követő első ismert árfolyamán számított aktuális értékét vagy ugyanezen az árfolyamon a visszavásárlásra vonatkozó

szerződéses rendelkezések szerinti összeget kifizetni.

152. A Biztosító haláleseti (kockázati) szolgáltatása teljesítését az eszközalap felfüggesztése annyiban érinti, hogy a Biztosító a szerződő fél számlája aktuális egyenlegének értékét a felfüggesztett eszközalap befektetési egységeinek az eszközalap-felfüggesztést megelőző utolsó ismert árfolyama alapján határozza meg, és a biztosítási szerződés szerinti kifizetési kötelezettségét a Biztosító az eszközalap felfüggesztésének tartama alatt is a fentiek alapján meghatározott értékben teljesíti, a felfüggesztett eszközalap befektetési egységei tekintetében teljesítendő szolgáltatásrész vonatkozásában azonban biztosítottanként legfeljebb 30 millió forint összeghatárig. Az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követő 15 napon belül az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követő első ismert árfolyamon a Biztosító a felfüggesztett eszközalap befektetési egységei tekintetében teljesítendő haláleseti (kockázati) szolgáltatásrész újra megállapítja, és amennyiben ez meghaladja a korábban erre kifizetett összeget, akkor a különbözetet utólag kifizeti. Amennyiben a 154. pontban írt feltétel fennáll, akkor a Biztosító a fenti újbóli megállapítást és a különbözet kifizetését a 154. pontban írt elszámolás keretében teljesíti.

153. Az eszközalap-felfüggesztés végrehajtását követően az eszközalap-felfüggesztés megszüntetéséig és az eszközalap ezt követő első ismert nettó eszközértékének megállapításáig nem terjeszthető vagy értékesíthető olyan biztosítási termék vagy szerződés, amely mögött kizárólag felfüggesztett eszközalap áll.

154. Az eszközalap-felfüggesztés időtartama legfeljebb 1 év, amelyet a Biztosító indokolt esetben összesen további 1 évvel meghosszabbíthat. A Biztosító a meghosszabbításról szóló döntését az eszközalap-felfüggesztés időtartamának lejártát legálább 15 nappal megelőzően, figyelemfelhívásra alkalmas módon közzéteszi a honlapján, valamint kifüggeszti az ügyfélszolgálati irodáiban, továbbá egyidejűleg megküldi a Felügyelet részére. A Biztosító az eszközalap-felfüggesztést haladéktalanul megszünteti:

- a) az eszközalap-felfüggesztés időtartamának lejártát követően;
- b) az eszközalap-felfüggesztés okául szolgáló körülmény megszűnéséről való tudomásszerzését követően; vagy
- c) amennyiben azt a Felügyelet határozatban elrendeli.

155. Amennyiben az eszközalap-felfüggesztés 154. pont szerinti megszüntetésekor az eszközalap nettó eszközértéke, illetve ezzel együtt a befektetési egységeknek az árfolyama továbbra sem állapítható meg azért, mert az eszközalap eszközei részben vagy egészben illikvid eszközök, akkor a Biztosító az eszközalapot megszünteti, és az ügyfelekkel - a megszüntetési aktuális piaci helyzet alapul vételével - elszámol.

156. Az eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontját követő 30 napon belül a Biztosító - a szerződő felek közötti egyenlő elbánás elvének biztosítása és a Biztosító eszközalappal kapcsolatos szolgáltatásainak folyamatos fenntartása érdekében - az illikviddé vált eszközöket és az eszközalap egyéb, nem illikvid

eszközeit szétválasztja (az eszközalapot illikvid és nem illikvid eszközöket tartalmazó utódeszközalapokra bontja, a továbbiakban: szétválasztás) akkor, ha az eszközalap utolsó ismert nettó eszközértékének legfeljebb 75%-át képviselő eszközök váltak illikviddé. A szétválasztás végrehajtásával egyidejűleg a nem illikvid eszközöket tartalmazó utódeszközalap vonatkozásában az eszközalap-felfüggesztés megszűnik, és az önálló eszközalapként működik tovább. Garantált eszközalap esetén - függetlenül az illikvid eszközök hányadától - a teljes eszközalap felfüggesztésre kerül. Ebben az esetben a garancia lejáratakor a Biztosító az eredeti szerződéses feltételek szerint köteles elszámolni az ügyfelekkel.

157. A szétválasztás esetében az illikviddé vált eszközöket elkülönítetten, ugyancsak önálló eszközalapként kell nyilvántartani, amelyre vonatkozóan az eszközalap-felfüggesztés a 146-154. pontokban írottak szerint marad érvényben azzal, hogy az eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontjának az eredeti eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontját kell tekinteni. A szétválasztás következtében az eredeti eszközalap megszűnik, amelynek során az eredeti eszközalap befektetési egységeit ügyfelenként olyan arányban kell az illikvid és nem illikvid eszközöket tartalmazó utódeszközalapokhoz rendelni, amilyen arányt az illikvid és nem illikvid eszközök az eredeti eszközalap utolsó ismert nettó eszközértékén belül képviseltek. Szétválasztás esetén a tájékoztatási kötelezettség kiegészül a szétválasztásról szóló értesítéssel.

158. Az eszközalap-felfüggesztés és szétválasztás szerződő fél díjfizetési kötelezettségét és a Biztosító szolgáltatási kötelezettségét nem szünteti meg.

159. A Biztosító a 160. pontban írt módon tájékoztatja a szerződő felet:

a) az eszközalap-felfüggesztés és a szétválasztás törvényi megalapozottságáról, végrehajtásáról, annak indokáról, a felfüggesztés kezdő időpontjáról, a biztosítási szerződést és annak teljesítését érintő következményeiről, ideértve különösen az ügyfeleket érintő befektetési kockázatok változását, valamint a költségek és díjak érvényesítésének szabályait; és

b) az eszközalap-felfüggesztés megszüntetéséről, annak indokáról, valamint a megszüntetésnek a biztosítási szerződést és annak teljesítését érintő következményeiről.

160. A Biztosító a 159. pont szerinti tájékoztatást az eszközalap-felfüggesztés és a szétválasztás végrehajtásával, valamint az eszközalap-felfüggesztés megszüntetésével egyidejűleg, figyelemfelhívásra alkalmas módon közlésezi a honlapján és kifüggeszti az ügyfélszolgálati irodáiban, továbbá a tájékoztatást folyamatosan naprakészen tartja. A Biztosító a tájékoztatást egyidejűleg megküldi a Felügyelet részére.

VIII. EGYÉB TUDNIVALÓK

Panaszbejelentés

161. A Biztosító szolgáltatásának teljesítésével vagy működésével kapcsolatos panaszokat személyesen a 1134 Budapest, Váci út 33. alatt található Ügyfélszolgálati Irodánkban, írásban az alábbi címen lehet bejelenteni:

ERSTE Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
(1465 Budapest, Pf. 1750)

Felügyeleti szerv

162. A Biztosító felügyeleti szerve:

Magyar Nemzeti Bank

1054 Budapest, Szabadság tér 8-9.

Központi telefonszáma: (+36-1) 428-2600

Jogok érvényesítésének egyéb fórumai

163. Amennyiben a Szerződő / Biztosított a Biztosítóhoz benyújtott panaszára adott válasszal nem ért egyet, úgy

163.1 a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény (MNB tv.) szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértésének kivizsgálására irányuló panasz esetén a Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központjához (a továbbiakban: MNB) fordulhat (levelezési címe: Magyar Nemzeti Bank, 1534 Budapest BKKP, Postafiók: 777; telefon: helyi tarifával hívható kék szám (+36-40) 203-776; web: felugyelet.mnb.hu; E-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu)

163.2 a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos panasz esetén a fogyasztó a Pénzügyi Békéltető Testület (a továbbiakban: PBT) előtt kezdeményezhet eljárást (levelezési cím: H-1525 Budapest BKKP Pf. 172; Telefon: 06-1-489-9700; E-mail: pbt@mnb.hu) vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.

164. A biztosítási szerződésből eredő helyi bírósági hatáskörbe tartozó peres igények érvényesítésére a Budai Központi Kerületi Bíróság kizárólagos illetékességét kötik ki a felek.

A szerződésre vonatkozó jog

165. A biztosítási szerződésre a magyar jog alkalmazandó, a szerződésből származó jogok gyakorlása és kötelezettségek teljesítése, valamint igények érvényesítése során a magyar anyagi és eljárásjog szabályai szerint kell eljárni. A szerződés nyelve magyar, bármely más, annak akár hivatalos fordítása is, kizárólag tájékoztatónak minősül.

A szerződésre vonatkozó adójogszabályok, Adózási tájékoztató

166. A mindenkor hatályos személyi jövedelemadóról szóló törvény, valamint a mindenkor hatályos társasági és osztalékadóról szóló törvény, ha a hatálya alá tartozó gazdálkodó szervezet köti meg a biztosítást. A biztosítási szerződésre vonatkozó legfontosabb adózási szabályokat a Biztosító a jelen szabállyal együtt átadott Adózási tájékoztatóban részletezi, mely az ÁESZ, és így a biztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezi.

FATCA tájékoztató

167. A FATCA mozaikszó jelentése: Foreign Account Tax Compliance Act - külföldi számlák adómegfeleléséről szóló amerikai törvény.

168. Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között megállapodás jött létre a nemzeti adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról. A megállapodás értelmében a Biztosítónak vizsgálnia kell a biztosítási ajánlat aláírásakor a Szerződő (ajánlattevő), valamint a biztosítási szolgáltatás teljesítésekor a Kedvezményezett amerikai illetőségű adókötelezettségét Egyesült Államokbeli kapcsolatra utaló információk és az ügyfél erre vonatkozó nyilatkozata alapján, továbbá adatváltás esetében szintén szükséges a Szerződő illetőség-vizsgálata.

169. Amennyiben a Szerződő adófizetési illetőségében, kötelezettségében változás következik be, akkor azt azonnal, de legkésőbb a változás beálltától számított 30 napon belül köteles bejelenteni a Biztosítónak.

170. Ha a Szerződő vagy a Kedvezményezett arról nyilatkozik, hogy rendelkezik amerikai adókötelezettséggel, köteles megadni a Biztosító számára az amerikai adóhatóság által kiállított numerikus azonosítót.

171. Amennyiben az ügyfél elutasítja a FATCA - nyilatkozat vagy bármely Egyesült Államokbeli kapcsolatra utaló adat megadását, illetve a kért dokumentumok benyújtását, a Biztosító a FATCA - törvény alapján jogosult szerződésenként az ajánlatot elutasítani, meglévő szerződéses jogviszony fennállása esetén pedig Egyesült Államoknak Jelentendő Számlaként és Számlatulajdonosként minősíteni!

172. Az illetőség vizsgálat eredményéről a Biztosító éves adatszolgáltatás keretében köteles a Nemzeti Adó- és Vámhivatal (NAV) tájékoztatni a Magyarország Kormánya és az Egyesült Államok Kormánya közötti információcsere teljesülése érdekében.

173. Egyesült Államokbeli kapcsolatra utaló információk (US indíciák):

Természetes személyek esetében:

- egyesült államokbeli születési hely
- egyesült államokbeli állampolgárság (ha többes, akkor is)
- egyesült államokbeli állandó lakcím
- egyesült államokbeli levelezési cím
- egyesült államokbeli telefonszám
- meghatalmazott vagy képviselő egyesült államokbeli lakcíme
- ha az ajánlat felvétele során amerikai adókötelezettségről nyilatkozik

Egyéni vállalkozó, vagy gazdasági szervezet esetén:

- egyesült államokbeli székhely
- a cégbejegyzés helye az Egyesült Államok
- tényleges tulajdonos
- egyesült államokbeli lakcím
- egyesült államokbeli születési hely
- egyesült államokbeli állampolgárság
- ha a cég képviselője adóügyi szempontból amerikai illetőségűnek vallja a céget/szervezetet

174. További információ a FATCA-val és a kormányközi megállapodással kapcsolatban, valamint az adózással kapcsolatos dokumentumokat illetően, a www.irs.gov weboldalon, angol nyelven található.

A Biztosító főbb adatai

175. ERSTE Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

Székhely: 1082 Budapest, Baross u. 1.
Levelezési cím: 1465 Budapest, Pf. 1750
Cégjegyzékszám: Cg. 01-10-044340
Székhely állama: Magyarország

IX. ADATKEZELÉSI TÁJÉKOZTATÓ

A biztosítási titok, a személyes adatok kezelésének elvi és gyakorlati tudnivalói

A biztosítási titok, üzleti titok

176. A Biztosító köteles a mindenkor hatályos biztosítási törvényben meghatározott biztosítási és üzleti titokra vonatkozó szabályokat maradéktalanul betartani.

177. A Biztosító a feladatai ellátásához az ügyfelei azon biztosítási titkait, személyes adatait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges vagy a biztosítási törvényben meghatározott egyéb cél lehet. A Biztosító ügyfelének minősül a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett, a Biztosító szolgáltatására jogosult más személy; az adatvédelemre vonatkozó rendelkezések alkalmazásában ügyfél az is, aki a szerződésre ajánlatot tesz.

178. Biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a Biztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a Biztosító, a biztosításközvetítő egyes ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a Biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

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. A személyes adat biztosítási titoknak minősül. Amennyiben a személyes adat az ügyfél egészségi állapotára, kóros szenvedélyére vonatkozik, úgy az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (a továbbiakban: Info tv.) szerint az különleges adatnak minősül. Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a Biztosító a 4. pontban meghatározott célokból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény és az Info tv. rendelkezéseire tekintettel kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

A Biztosító, a biztosításközvetítő ügyfeleinek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek.

179. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül titoktartási kötelezettség terheli a Biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

180. Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

180.1. a Biztosító, a biztosításközvetítő ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,

180.2.a Biztosítóról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 157. §-ában meghatározott esetekben a titoktartási kötelezettség nem áll fenn az alábbi hatóságokkal, illetve szervezetekkel szemben:

- feladatkörében eljáró Felügyelet,
- folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatóság és ügyészség, továbbá az általuk kirendelt szakértő,
- büntetőügyben, polgári ügyben, csődeljárás illetve felszámolási eljárás ügyében eljáró bíróság, a bíróság által kirendelt szakértő,
- végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtó,
- a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző, továbbá az általa kirendelt szakértő,
- adóhatóság,
- feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálat,
- a Biztosító, a biztosításközvetítő, a szaktanácsadó, a harmadik országbeli Biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselője, ezek érdek-képviselői szervezetei, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatal,
- a feladatkörében eljáró gyámhatóság,
- az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108.§-a (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatóság,
- a külön törvényben meghatározott feltételek esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szerv,
- viszontbiztosító, valamint közös kockázatvállalás esetén a kockázatvállaló Biztosító,
- állomány átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő Biztosító,
- a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében kiszervezett tevékenységet végző,
- a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosa,
- a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság.

A továbbított személyes adatokat az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatok vagy az adatvédelmi törvény szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén 20 év elteltével a Biztosító köteles törölni.

A Biztosító az ügyfelet nem tájékoztathatja a nyomozó hatóság és ügyészség, a nemzetbiztonsági szolgálat, valamint a külön törvényben meghatározott feltételek esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szerv részére történő adattovábbításról.

181. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét:

- Az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg.
- A jogalkotás megalapozása és a 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 adatátadás,

- A Biztosító által a harmadik országbeli Biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelő) történő 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. törvény 8. § (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.

- A Biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA-törvény) alapján az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítéséhez. Jelen adatszolgáltatás esetén az adatszolgáltatás tényéről a Biztosító a szerződőt, illetve kedvezményezettet az adatszolgáltatás teljesítésétől számított 30 napon belül írásban tájékoztatja.

182. A Biztosító a működésével kapcsolatban a tudomására jutott biztosítási titoknak is minősülő üzleti titkot köteles időbeli korlátozás nélkül megtartani, azt harmadik személynek nem adhatja át.

Az üzleti titoktartási kötelezettség nem áll fenn a feladatkörében eljáró:

- Felügyelettel,
- nemzetbiztonsági szolgálattal,
- Állami Számvevőszékkel,
- Gazdasági Versenyhivatallal,
- a központi költségvetési pénzeszközök felhasználásának szabályszerűségét és célszerűségét ellenőrző Kormány által kijelölt belső ellenőrzési szervvel,
- vagyonellenőrrel,
- Információs Központtal szemben.

Nem jelenti az üzleti titok sérelmét a Biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a FATCA-törvény alapján az Aktv. 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítéséhez.

183. 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.

A Biztosító 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 lőszerral visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
- b) a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény 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 lőszerral visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

A Biztosító 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 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 felügyeleti ellenőrzési eljárás során az összevont alapú felügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.

184. A Biztosító a 2003. évi LX. törvény (Bit.) 161/A. §-ában foglalt felhatalmazás alapján az általa szervezett veszélyközösség érdekeinek megóvása végett – a jogszabályokban foglalt vagy szerződésben vállalt kötelezettségeinek teljesítése során a szolgáltatások megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából – megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz az általa kezelt élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződésekben rögzített adatok részére történő kiadása érdekében. A Biztosító ezen adatokat a Bit.-ben meghatározott időtartamon át kezelheti.

A szerződő/biztosított/kedvezményezett a Biztosító által megkeresés útján átvett és kezelt Bit. szerinti adatokról tájékoztatást kérhet.

185. Adatfeldolgozási tevékenységet kizárólag erre irányuló megbízási szerződés alapján, kiszervezett tevékenység keretében jogosultak harmadik személyek végezni. Az ügyfél adatait kizárólag a Biztosító erre feljogosított munkatársai, megbízott biztosításközvetítői, illetve a Biztosító részére külön szerződés keretében adatfeldolgozási- vagy kiszervezett tevékenységet végző személyek, szervezetek ismerhetik meg, a Biztosító által meghatározott terjedelemben és a tevékenységük végzéséhez szükséges.

186. Biztosító kötelezettséget vállal arra, hogy megfelelő technikai adatvédelemmel, nyilvántartással rendelkezik, amely megvalósítja a biztosítási titok védelmét.

A személyes adatok kezelése

187. A biztosítási ajánlat, csatlakozási nyilatkozat – szükség esetén külön nyilatkozat – aláírásával, megtételével a szerződő és a biztosított megadja a személyes és különleges adatai kezelésére, valamint az esetleges közös ügyfélszolgálat, valamint elszámolás céljából a szerződéses kötelezettségek és jogosultságok igazolására a befolyásoló részesedéssel rendelkező tulajdonosa, a VIENNA INSURANCE GROUP AG Wiener Versicherung Gruppe, annak cégcsoportjába tartozó csoporttagok, az ERSTE Bank Csoport tagjai részére – adott esetben külföldi adatkezelő számára is – történő átadására vonatkozó írásbeli hozzájárulását.

188. Az ügyfél kérésére a Biztosító köteles az általa vezetett nyilvántartásokban tárolt saját adatairól tájékoztatást adni és az ügyfél által kezdeményezett változásokat adatbázisán átvezetni.

189. Amennyiben a biztosítási szerződés feltétele a leendő ügyfél orvosi vizsgálata, akkor az ügyfél az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál ismerheti meg.

190. Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

191. A Biztosító a személyes – és azon belül a különleges – adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A Biztosító a létre nem jött biztosítási szerződésekkel kapcsolatban is csak addig kezelheti a tudomására jutott adatokat, amíg a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

Telefonon történő panaszkezelés esetén a szolgáltató és az ügyfél közötti telefonos kommunikációt a szolgáltató hangfelvétellel rögzíti, és a hangfelvételt egy évig megőrzi.

A Biztosító 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 nincs törvényi jogalap.

192. Az Infotv. értelmében a jogszabályban meghatározott esetekben az érintett tiltakozhat személyes adatainak kezelése ellen. A Biztosító, mint adatkezelő köteles a bejelentéseket a törvény előírása szerint kivizsgálni és a kérelmezőt írásban tájékoztatni. Az érintett jogainak megsértése esetén az adatkezelővel szemben bírósághoz fordulhat.

A Biztosító, mint adatkezelő köteles megtéríteni az érintett igazolt kárát is, amennyiben azt jogellenes

adatkezeléssel, vagy a technikai adatvédelem követelményeinek megszegésével okozta.

193. A Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál bejelentéssel bárki vizsgálatot kezdeményezhet arra hivatkozással, hogy személyes adatok kezelésével kapcsolatban jogsérelem következett be, vagy annak közvetlen veszélye fennáll.

ERSTE Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

Székhely: 1082 Budapest, Baross u.1.

Levelezési cím: 1465 Budapest Pf. 1750

Cégjegyzékszám: Cg. 01-10-044340

Székhely állama: Magyarország

Adatkezelés nyilvántartási száma:
NAIH-50015/2012.