

A Citibank Személyi kölcsön termékéhez kapcsolódó élet-, baleset- és egészségbiztosítási feltételek

Jelen élet-, baleset- és egészségbiztosítási feltételek (a továbbiakban: feltételek) - ellenkező megállapodás hiányában - a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) a Citibank Zrt. (a továbbiakban: Szerződő) Személyi Kölcsön termékéhez kapcsolódó biztosítási szerződésére (a továbbiakban: szerződés) érvényes, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre való hivatkozással kötötték.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezései, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

1. Értelmező rendelkezések

(1) Jelen feltételek alkalmazásában kölcsönszerződés a Citibank Személyi Kölcsön termékére vonatkozó, a Citibank és a biztosított között létrejött kölcsönszerződés.

(2) Jelen feltételek alkalmazásában az aktuális biztosítási összeg megegyezik az adott biztosítottra vonatkozó aktuális tőketartozással, tekintettel a jelen feltételek 5.2 pontjára.

(3) Jelen feltételek alkalmazásában az aktuális tőketartozás (a továbbiakban: aktuális tőketartozás) megegyezik a biztosított által felvett kölcsönösszegnek a Szerződőhöz már befolyt törlesztő-részeket tökérszével csökkentett összegével. A tartozást a Szerződő a biztosított normál ütemrendben való törlesztését feltételezve állapítja meg, azaz mintha a biztosított a hitelszerződésben rögzítetteknek megfelelően törlesztett volna, függetlenül attól, hogy volt-e késedelmes, vagy elmaradt befizetése.

(4) Jelen feltételek alkalmazásában havi törlesztő-részlet (a továbbiakban: részlet) az ügyfél kölcsönszerződés alapján fennálló teljes visszafizetési kötelezettségének az általa választott futamidő egy naptári hónapjára eső annuitás szerint meghatározott része, amely tartalmazza a tőke és kamatrészt.

(5) Jelen feltételek alkalmazásában a hitelfolyósítás napja (a továbbiakban a Folyósítás napja): a Bank a Kölcsönön a folyósítás feltételeinek maradéktalan teljesítése esetén az Adós által megjelölt bankszámlára utalja át legkésőbb a Bank által hiánytalanul befogadott Kölcsönkérelmi dokumentáció átadásától számított 30-dik munkanapon feltéve, hogy az Adós a Folyósítás Napjáig nincs szerződés szünetben.

A Bank a Kölcsön folyósításának feltételeként előírhatja, hogy az Adós a Szerződés alapján fennálló kötelezettségeit saját költségén, végrehajtható közjegyzői okirattal erősítse meg. Ebben az esetben a Kölcsön folyósításának feltétele a Bank által elfogadhatónak tartott közjegyzői okirat elkészülte és annak a Bank által történő kézhezvétele.

Az Adós felhatalmazza a Bankot arra, hogy a Kölcsönrel kapcsolatos adatokat a közjegyző számára a közjegyzői okirat elkészítése céljából átadja, felhatalmazza továbbá az Adós az eljáró közjegyzőt, hogy az közvetlenül kapcsolatba lépjen vele a közjegyzői okirat elkészítése céljából. A Kölcsön folyósításának a napja ebben az esetben a közjegyzői okirat keltétől számított második munkanap („Folyósítás Napja”).

(6) Jelen feltételek alkalmazásában „hitelmegejűjtés”: Kölcsönkérelem meglévő kölcsönszerződés összegének megnövelésére

A Citibank kölcsönszerződéssel rendelkező ügyfelének lehetősége van arra, hogy a Kölcsönkérelem megfelelő rovatainak kitöltésével egy már meglévő kölcsönszerződés alapján folyósított Kölcsön (régí Kölcsön; régi kölcsönszerződés) összegének megnöveléséhez igényeljen Citibank Személyi Kölcsönt (új Kölcsön; új kölcsönszerződés). A régi kölcsönszerződésre a Felek oly módon utalnak a Kölcsönkérelemben, hogy a „Jelenlegi Citibank Személyi Kölcsön számlaszáma” elnevezésű rovatába írják a régi Kölcsön számla számát. Az ilyen Kölcsönkérelem a régi kölcsönszerződés megszüntetésére és új kölcsönszerződés megkötésére irányuló Kölcsönkérelemnek minősül. Ha az új Kölcsönkérelem alapján új kölcsönszerződés jön létre, úgy az új kölcsönszerződésre a hitelmegejűjtési kérelem benyújtásakor a Szerződő és a Biztosító között hatályban lévő biztosítási szerződés szerint az új kölcsönszerződésekhez kapcsolódó biztosítási jogviszonyokra alkalmazandó biztosítási feltételek vonatkoznak.

Ha az új Kölcsönkérelem alapján új kölcsönszerződés jön létre, a Szerződő az új Kölcsön összegét oly módon folyósítja az ügyfél számára, hogy az új Kölcsön összegéből először a régi Kölcsönből fennálló tartozást maradéktalanul kiegyenlíti, majd az új Kölcsön összegéből ezt követően fennmaradt összeget az ügyfél által a Kölcsönkérelemben meghatározott módon folyósítja.

(7) Jelen feltételek szempontjából a baleset az a hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a biztosítottat akaratától függetlenül a kockázatviselés tartama alatt éri, s amellyel összefüggésben a biztosított egészségkárosodást szenved, illetve amely a biztosított halálát okozza.

(8) Jelen feltételek szempontjából balesetnek minősül továbbá:

(a) a gyermekbénulás és a kullancscsípés következtében kialakuló agyburrok-, vagy/és agyvelőgyulladás, ha a betegségét szerológiai módszerrel megállapították és az legkorábban 15 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 15 nappal annak befejeződése után jelentkezik. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor a gyermekbénulásként vagy agyburrok- vagy/és agyvelőgyulladásaként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz.

(b) a vesztettség, ha a betegséget megállapították és az legkorábban 60 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 60 nappal annak befejeződése után jelentkezik. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor a vesztettségként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz.

(c) a tetanuszfertőzés, ha a betegséget megállapították és az legkorábban 20 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 20 nappal annak befejeződése után jelentkezik. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor a tetanuszfertőzéstként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz.

(9) Jelen feltételek szerint - a (7) pontban foglaltaktól eltekintve - nem minősül balesetnek az élő kórokozók (baktérium, vírus, protozoon) emberi vagy állati gazdaszervezetből (hordozó) emberi fogadószervezetbe jutása/juttatása (a továbbiakban együtt: átvitel) még abban az esetben sem, ha az átvitel balesetszerű fizikális ok váltja ki. Nem minősül balesetnek továbbá a foglalkozási betegség (ártalom), valamint a biztosított öngyilkossága, öngyilkossági kísérlete, még abban az esetben sem, ha az a biztosított zavart tudatállapotában következett be.

(10) Nem minősül balesetnek továbbá a rándulás, a csontok patológiás törései és a sokszor ismétlődő (habituális) ficam.

(11) Nem minősül balesetnek

a) a porckorongsérv kialakulása, kivéve, ha a porckorongsérv az egyébként ép porckorongot kívülről közvetlenül éri, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye.

b) a hasi sérv kialakulása, kivéve, ha a hasi sérv az egyébként ép hasfalat kívülről közvetlenül éri, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye

c) az izületi porcok, szalagok, egyéb lágyrészek árosodása, kivéve, ha a károsodás az egyébként ép izületet kívülről közvetlenül éri, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye.

(12) Jelen feltételek szempontjából előzmény nélkülinek tekinthető az a biztosítási esemény, amely nem áll összefüggésben a kockázatviselés kezdete előtti 3 évben kezelt illetve diagnosztizált betegséggel vagy maradandó egészségkárosodással - tekintettel a jelen feltételek 6.2 (2) pontjára is.

2. Általános rendelkezések

2.1 A szerződés alanyai (a Biztosító, a Szerződő, a biztosított és a kedvezményezett)

(1) A Biztosító a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító), aki a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és a feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.

(2) Szerződő a Citibank Zrt. (a továbbiakban: Szerződő), aki a biztosítási szerződést megkötöti, és aki a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal.

(3) Biztosított az a 18-65 év közötti életkorú adós és adóstárs, akinek az életével, egészségi állapotával kapcsolatos eseményekre a szerződés létrejön. A Biztosító legfeljebb annak a naptári évnek a végéig visel kockázatot, amelyben a biztosított a 70. életévét betöltötte. Amennyiben a kölcsönszerződést a Szerződővel két természetes személy létesíti, úgy biztosítási védelemben vagy csak az adós részesül, vagy a biztosítási védelem az adóstársra is kiterjed.

(4) A biztosítási szerződés kedvezményezettje a biztosított által biztosított nyilatkozattal adott beleegyezése alapján a Szerződő, amely a biztosítási szolgáltatásra jogosult.

2.2 A biztosítási szerződés létrejötte

(1) A biztosítási szerződés a Szerződő és a Biztosító megállapodása alapján jön létre.

(2) A biztosított a biztosított nyilatkozat kitöltésével hozzájárul a biztosítási szerződés hatályának reá való kiterjesztéséhez.

(3) A biztosított nyilatkozat az a biztosított(ak) által aláírt jognyilatkozat, amely tartalmazza a biztosítási szerződés hatályának a biztosítottra való kiterjesztéséhez, a kedvezményezett megjelöléséhez és a szerződés fenntartásához szükséges nyilatkozatokat és a biztosított által feltett kérdéseket, valamint az azokra adott válaszokat, amely nyilatkozatok megtételével, s amely kérdések hiánytalan és a valóságnak megfelelő megválaszolásával a biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz.

(4) Amennyiben a biztosított a kölcsönszerződés keretében 5.000.000 Ft-ot meghaladó összegű kölcsönt vesz fel, a biztosított által tett nyilatkozat része az egészségi nyilatkozat, amit a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell kitölteni.

(5) A Biztosító a (4) bekezdésben foglalt esetben kockázatbírálást végez, melynek eredményéről - a Biztosítóhoz történő beérkezést követően - 5 munkanapon belül értesíti a Szerződőt és elutasítás esetén a biztosítottat is. Az esetleges elutasító döntést a Biztosító nem köteles megindokolni. Amennyiben a biztosítási védelem az adósra és az adóstársra is kiterjed, és a Biztosító a kockázatbírálásának eredményeként akár az adós, akár az adóstárs tekintetében elutasító döntést hoz, akkor a biztosítási szerződés hatálya sem az adósra, sem az adóstársra nem terjed ki.

(6) A biztosítottnak a nyilatkozatokat a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell megtennie.

2.3 A biztosítási szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete

(1) Az egyes biztosítottak vonatkozásában a biztosítási szerződés a hitelfolyósítás napján 17 órakor lép hatályba, feltéve, hogy a felek a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodtak meg és a megállapított határidőig a biztosítási díjat a Biztosító számlájára megfizették, valamint a Biztosító az egészségi nyilatkozat kitöltése alapján a kockázatbírálási eredményeként elfogadja a biztosított nyilatkozatát.

(2) A Biztosító kockázatviselésének kezdete megegyezik az előző pontban meghatározott hatálybalépés időpontjával, várakozási idő nincs.

2.4 A kockázatviselés megszűnése

(1) A Biztosító kockázatviselése megszűnik az adott biztosított vonatkozásában a biztosított kölcsönszerződésének megszűnésekor.

(2) Amennyiben valamely kölcsönszerződéssel kapcsolatban a biztosítási szerződés 1 természetes személyre (adós) terjed ki, akkor a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodtak meg és a megállapított határidőig a biztosítási díjat a Biztosító számlájára megfizették, valamint a Biztosító az egészségi nyilatkozat kitöltése alapján a kockázatbírálási eredményeként elfogadja a biztosított nyilatkozatát.

(3) Amennyiben valamely kölcsönszerződéssel kapcsolatban a biztosítási szerződés 2 természetes személyre (adós és adóstárs) terjed ki, akkor a Biztosító kockázatviselése megszűnik mind az adóstárs mind az adós vonatkozásában az alábbi esetekben:

a) Az adós vagy adóstárs halála esetén;

b) Az adós balesetből eredő, 50%-os mértéket meghaladó maradandó egészségkárosodása esetén;

c) Az adós legalább 67%-os munkaképesség-csökkenése esetén.

A Biztosító kockázatviselése csak az adóstárs vonatkozásában szűnik meg az alábbi esetekben:

a) Az adóstárs balesetből eredő, 50%-os mértéket meghaladó maradandó egészségkárosodása esetén;

b) Az adóstárs legalább 67%-os munkaképesség-csökkenése esetén;

(4) A Biztosító kockázatviselése az adott biztosított vonatkozásában megszűnik továbbá a közlésre, illetve változás bejelentésére vonatkozó kötelezettség megsértése esetén is.

(5) Amennyiben a biztosított a kölcsönszerződés érvényessége alatt kíván a biztosítási védelem alól kilépni, a biztosítást a soron következő törlesztő-részlet esedékességének napjára felmondhatja. A biztosítási védelem első napjától számított 30 napon belül a biztosítottat megilleti az azonnali hatályú felmondás joga.

2.5 A szerződés módosítása

A kölcsönszerződés módosítása kihatással van a biztosítási jogviszonyra is.

A kölcsönszerződést érintő módosítások az alábbiak lehetnek:

- A Kölcsönszerződésben meghatározott tőkeösszeg lejárat előtti részben vagy egészben történő visszafizetése
- A kölcsönszerződés futamidejének csökkentése
- A Kölcsönszerződés futamidejének meghosszabbítása

(1) A biztosítási szerződés tartama a kölcsönszerződés tartamához igazodik, kivéve, ha a biztosított a kölcsönszerződés tartamát annak hatályba lépését követően, figyelemmel a (2) bekezdésben foglaltakra, módosítja.

(2) Abban az esetben, ha a kölcsönszerződés a hatályba lépést követően módosul, a biztosított nyilatkozat alapján a biztosított hozzájárul, hogy az egyes biztosítási jogviszony is ennek megfelelően módosuljon. A Szerződő tájékoztatja a biztosítottat a módosításról és az új törlesztő-részletről, amelynek része a megváltozott díj is.

A kölcsönszerződésben megjelölt adós (és az adóstárs) a kölcsönszerződés tartama alatt választása szerint kezdeményezheti ún. „hitelmegújító” szerződésnek a Szerződővel való megkötését. A Szerződő és az adós (valamint az adóstárs) között létrejövő „hitelmegújító” szerződések minden esetben új kölcsönszerződésnek minősülnek. A „hitelmegújító” szerződés megkötése esetén a korábbi kölcsönszerződés (a továbbiakban: eredeti kölcsönszerződés) megszűnik. Az eredeti kölcsönszerződés megszűnése napján az eredeti kölcsönszerződés biztosítottja vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése véget ér. Amennyiben az adós (és az adóstárs) a „hitelmegújító” szerződéshez kapcsolódóan biztosítási védelmet igényel, úgy a „hitelmegújítás” igénylésekor az eredeti kölcsönszerződés megkötésére és a Biztosító kockázatviselésére – a kockázatviselésből kizárt eseményekre – vonatkozó rendelkezések a „hitelmegújító” szerződésekre is megfelelően alkalmazandók. A „hitelmegújító” szerződés esetében a meglévő betegségek kizárása szempontjából a jelen feltételek 6.2. (2) bekezdésének alkalmazásában a biztosítási szerződés létrejöttének időpontja az új kölcsönszerződés létrejöttének időpontja. A „hitelmegújító” szerződések esetében is, ha az igényelt kölcsönösszeg 5.000.000 Ft-t felett van, akkor a biztosított(ak)nak egészségi nyilatkozatot is ki kell töltenie.

2.6 A Biztosítás területi hatálya

A Biztosító kockázatviselése a Föld valamennyi országára, a nemzetközi vizekre, valamint a nemzetközi légtérre is kiterjed.

3. A szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

3.1 A szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

A szerződés megkötéséhez a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges, melyet a biztosított a biztosított nyilatkozat kitöltésével és aláírásával tesz meg. A Szerződő köteles a biztosított nyilatkozatokat beszerezni és nyilvántartani, továbbá azokat a Biztosító kérésére a Biztosítóhoz haladéktalanul eljuttatni.

3.2 A Szerződő és a biztosított közlési kötelezettsége

(1) A biztosított köteles közlési kötelezettségének eleget tenni.

(2) A közlési kötelezettség abban áll, hogy a biztosított köteles a biztosított nyilatkozat, illetve az egészségi nyilatkozat megtételekor a biztosítóval közölni minden olyan körülményt, amely a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges, és amelyekre ismert vagy ismernie kellett. A biztosító írásban feltett kérdéseire adott hiánytalan és a valóságnak megfelelő válaszokkal, valamint a biztosító által rendszeresített formanyomtatványon szereplő nyilatkozatok valóságnak megfelelő megtételével a biztosított a közlési kötelezettségének eleget tesz.

(3) A Biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére, és e célból a biztosított egészségi állapotára, tevékenységére, életkörülményeire vonatkozó további kérdéseket tehet fel, orvosi vizsgálatot írhat elő.

3.2.1 A Biztosító mentesülése a szolgáltatási kötelezettség alól közlési kötelezettség megsértése esetén

A közlési kötelezettség megsértése esetében a Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, kivéve, ha bizonyítja, hogy:

a) a Biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a szerződéskötéskor ismerte, vagy

b) az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

Azt, hogy a felsorolt esetek valamelyike fennáll, annak kell bizonyítania, aki azokra hivatkozik.

3.3 Adatvédelem, titoktartási kötelezettség alóli felmentés

1) A Biztosított felhatalmazza a Biztosítót, hogy a szerződés megkötésével, fenntartásával és a Biztosító szolgáltatásával összefüggő adatokat – beleértve a biztosított egészségi állapotára vonatkozó adatokat is – a Biztosító beszerezze és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja. Egyúttal felmenti az ezen adatokat szolgáltató és a biztosított adatait kezelő intézményeket, illetve személyeket a titoktartási kötelezettség alól.

2) A Biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni és a biztosítási titkot időbeli korlátozás nélkül megtartani.

3) A Biztosított hozzájárulását adja ahhoz, hogy a biztosító a biztosítási titkot képező személyes és egészségi állapotra vonatkozó adatokat, továbbá a megkötött biztosítási szerződéssel, annak tartalmával kapcsolatos adatokat az egészségi nyilatkozat elbírálása, illetve kárrendezési tevékenység céljából a biztosítóval szerződéses kapcsolatban álló orvosok részére átadja.

4. A Biztosítási díj

1) A biztosítási díj kiszámítása a Biztosító díjszabása alapján történik. A díjat a Biztosító a kölcsön összegének, a kölcsön tartamának, a kölcsön kamatának és az adósok számának figyelembevételével határozza meg.

2) Amennyiben a biztosítási védelem az adóstársra is kiterjed, akkor a Biztosítót megilleti az adóstárs után felszámított biztosítási díj is.

3) A biztosítási díj szempontjából a megkezdett tört hónap (rész hónap) egész hónapnak számít, azaz a Biztosítónak a hónap végéig jár a biztosítási díj.

5. A Biztosító teljesítésének feltételei

5.1 A biztosítási esemény

A jelen feltételek szerint biztosítási eseménynek számít:

a) a biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bármely okból bekövetkező halála;

b) a biztosított balesetből eredő, 50%-os mértéket meghaladó maradandó egészségkárosodása;

c) a biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt az alábbi biztosítási események miatt kialakuló végleges munkaképesség-csökkenése, úgy mint:

a) biztosítottnak olyan egészségkárosodása, amely TB I., II. (100%-os) rokkantságot eredményez.

b) biztosítottnak olyan egészségkárosodása, amely TB III. (67%-os) rokkantságot eredményez.

d) a biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt saját egészségi állapotának romlása miatt bekövetkező 30 napot meghaladó folyamatos betegállománya (keresőképzetlensége), amennyiben a biztosított ezen időszakra táppénzre jogosult.

5.1.1 A balesetből eredő maradandó egészségkárosodás meghatározása

(1) Egységkárosodásnak tekintendő az olyan testi és/vagy szellemi működőképesség-csökkenés, mely a szokásos életvitelt korlátozza.

(2) A Biztosító legkésőbb a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges utolsó dokumentum megérkezését követő 30 nap elteltével nyilatkozik arról, hogy a biztosított maradandó egészségkárosodása eléri-e az 50%-ot. Amennyiben az egészségkárosodás mértéke eléri az 50%-ot, a Biztosító a biztosítási szolgáltatást teljesíti.

(3) Amennyiben az elbírálás alapján az egészségkárosodás mértéke nem éri el az 50%-ot a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be. Ez esetben a biztosítottnak joga van biztosítási eseményként a biztosítási szerződés tartama alatt bejelentett baleset napjától számított 2 évig évenként egy alkalommal a maradandó egészségkárosodás újbóli orvosi megállapítását kérni, feltéve, hogy a biztosított baleset miatti egészségkárosodása folyamatosan romlik. A biztosított ismételt szolgáltatási igény bejelentésével és megfelelő kezeléssel ellenére kialakuló állapotrosszabbodást igazoló orvosi iratainak benyújtásával kezdeményezheti a maradandó egészségkárosodás felülvizsgálatát.

(4) Az egészségkárosodás fokát a Biztosító orvosa az alábbiak szerint határozza meg:	
Testrészek, érzékszervek egészségkárosodása	Egységkárosodás foka %
Egy kar vállizülettől való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	70%
Egy kar könyökizület fölöttig való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	65%
Egyik kar könyökizület alattig való, vagy egyik kéz teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	60%
Egyik hüvelykujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	20%
Egyik mutatóujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	10%
Bármely más kézujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	5%
Egyik comb csípőizületben történő elvesztése, vagy a csípőizület teljes működésképtelensége	70%
Egyik comb részleges csonkolása, vagy a térdizület teljes működésképtelensége	60%
Egyik lábszár részleges csonkolása	50%
Egyik bokazület elvesztése vagy teljes működésképtelensége	30%
Egyik nagylábujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	5%
Bármely más lábujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	2%
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése, amennyiben a biztosított a másik szem látóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezése előtt elvesztette	65%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	15%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése, amennyiben a biztosított a másik fül hallóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezése előtt elvesztette	45%
A szaglózérék teljes elvesztése	10%
Az izelőképeség teljes elvesztése	5%

(5) Ha az egészségkárosodás foka a (4) bekezdés alapján nem állapítható meg, akkor azt aszerint kell megállapítani, hogy a testi és/vagy szellemi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A maradandó egészségkárosodás mértékét a fenti táblázat figyelembe vételével a Biztosító orvosa állapítja meg. A Biztosított más orvosszakértői testületek határozata nem köti, így például a társadalombiztosítási szerverek határozata nem szolgál alapul a szolgáltatás mértékének megállapításánál.

(6) A biztosítási esemény bekövetkezése időpontja a baleset időpontja.

5.1.2 Végleges munkaképesség-csökkenés meghatározása

(1) Biztosítási esemény a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan betegség, baleset, egészségi állapotromlás, testi vagy szellemi fogyatkozás, melynek következtében a biztosítottól 100%-os (a továbbiakban: TB I., II.), vagy 67%-os (a továbbiakban: TB III.) mértékű munkaképesség-csökkenést állapítanak meg orvosszakértői határozatban, feltéve, hogy a munkaképesség-csökkenés orvosszakértői megállapítását az ilyen eljárás lefolytatására jogosult orvosszakértői intézetnél – így különösen az Országos Orvosszakértői Intézetnél, MÁV Orvosszakértői Intézetnél – a kockázatviselés tartama alatt kezdeményezik.

(2) A biztosítási esemény bekövetkezése időpontja az Országos Orvosszakértői Intézet által kiállított munkaképesség-csökkenés megállapítására vonatkozó határozatban a munkaképesség-csökkenés kezdeteként megjelölt időpont.

5.1.3 A keresőképzetlenség meghatározása

(1) Biztosítási esemény a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan betegség vagy baleset, melynek következtében a biztosított a keresőképzetlenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által igazoltan, saját jogon keresőképzetlen állományban van és amely időszakra a biztosított ezen betegség vagy baleset miatt táppénzre jogosult. A Biztosító az első 30 napos időszakra vonatkozóan (önrészt) nem teljesít szolgáltatást.

(2) A biztosítási esemény bekövetkezése időpontja a biztosított baleset miatti keresőképzetlensége esetén a baleset időpontja, a biztosított betegség miatti keresőképzetlensége esetén az igazolt keresőképzetlen állomány első napja.

5.2 A Biztosító szolgáltatása

A Biztosító szolgáltatása akkor sem haladhatja meg a biztosítási összeget, ha valamely kölcsönszerződéssel kapcsolatban a biztosítási szerződés hatálya két biztosítottra terjed ki.

5.2.1 Halál esetére szóló szolgáltatás

A Biztosító a jelen feltételek 5.1 a) pontjában szereplő biztosítási esemény bekövetkezése esetén, az adott biztosított (adósra vagy adóstársra) vonatkozó aktuális biztosítási összeget megfizeti, a halál időpontja alapján meghatározott mértékű szolgáltatási összeget fizet a kedvezményezett részére.

5.2.2 Végleges munkaképesség-csökkenés esetére szóló szolgáltatások

(1) Végleges munkaképesség-csökkenésre szóló szolgáltatás a TB I., II., és TB III. fokozatú rokkantságra szóló szolgáltatás.

(2) A Biztosító a jelen feltételek 5.1 b) pontjában szereplő TB I., II., és TB III. biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási eseményt elszenvedett biztosított (adósra) vonatkozóan aktuális biztosítási összegét fizeti a kedvezményezett részére. Amennyiben az adóstárs is biztosított és a biztosítási esemény az adóstársal történik, akkor a Biztosító az orvosszakértői határozatban a munkaképesség-csökkenés kezdeteként megjelölt időpontban aktuális biztosítási összeg 50%-át fizeti a kedvezményezett részére.

5.2.3 Balesetből eredő maradandó egészségkárosodás

(1) A Biztosító a jelen feltételek 5.1 b) pontjában szereplő balesetből eredő maradandó egészségkárosodás biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási eseményt elszenvedett biztosított (adósra) vonatkozóan a baleset időpontjában aktuális biztosítási összegét fizeti a kedvezményezett részére. Amennyiben az adóstárs is biztosított és a biztosítási esemény az adóstársal történik, akkor a Biztosító a baleset időpontjában aktuális biztosítási összeg 50%-át fizeti a kedvezményezett részére.

(2) Amennyiben a biztosítási esemény bekövetkezésekor már meglévő sérülés, állapot közreható a biztosítási eseménnyel összefüggő maradandó egészségkárosodás kialakulásában, a Biztosító a biztosítási szolgáltatás alapját a közreható mértékével csökkentett egészségkárosodás alapján állapítja meg.

5.2.4 A keresőképzetlenségre szóló szolgáltatás

A keresőképzetlenségre szóló szolgáltatást a Biztosító a jelen feltételek 5.1 c) pontjában szereplő keresőképzetlenségi biztosítási esemény bekövetkezése esetén nyújtja. A Biztosító a keresőképzetlenség első 30 napjára (továbbiakban: önreszt) nem nyújt szolgáltatást.

Keresőképzetlenség esetén a 30. napot követő keresőképzetlenség minden napjára a törlesztő részlet 1/30-ad részét fizeti a Biztosító a Szerződőnek mindaddig, amíg a folyamatos keresőképzetlenség fennáll. Amennyiben az adóstárs is biztosított és a biztosítási esemény az adóstársal történik, akkor a Biztosító a havi törlesztő részlet 1/30-ad részének 50%-át folyósítja a kedvezményezett részére. A tartam alatt legfeljebb 11 havi folyamatos keresőképzetlenségi szolgáltatást fizet ki a Biztosító a kedvezményezett részére.

5.3 A biztosítási esemény és a szolgáltatási igény bejelentésének határideje

A biztosítási eseményt és a szolgáltatási igényt a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 15 napon belül írásban kell bejelenteni a Biztosítónak.

5.4 A Biztosító teljesítése

(1) A Biztosító a jelen feltételek 5.2. pontjában meghatározott szolgáltatások teljesítésére kötelezi magát a biztosítási esemény bekövetkezése és a jogalap fennállása esetén.

(2) A Biztosító a hozzá bejelentett szolgáltatási igényt az annak elbírálásához szükséges valamennyi okmány beérkezését követő 15 napon belül teljesíti.

(3) Abban az esetben, ha a Biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére nem, vagy újból hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetőleg azt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.

5.5 A teljesítéshez szükséges dokumentumok

(1) A szolgáltatási igény előterjesztésekor be kell nyújtani:

a) a Biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt;

b) A Biztosító bekéri a Banktól a biztosított nyilatkozatot.

(2) Halál esetén be kell nyújtani továbbá:

a) a halottvizsgálati bizonyítvány másolatát;

b) a biztosított halotti anyakönyvi kivonatának másolatát;

c) a biztosított halálát okozó betegség kezdeti időpontjának és lefolyásának, valamint a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratokat (kezelőorvosi igazolás, zárójelentés, kórbonctani lelet stb.);

d) külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar fordítását;

(3) Amennyiben a biztosítási eseménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, a Biztosító bekérheti az eljárást befejező határozatot, feltéve, hogy az a jogalap, vagy az összegszerűség megállapításához szükséges (így különösen az eljárást megtagadó vagy megszüntető határozatot, illetve a jogerős bírósági határozatot).

(4) Baleset esetén be kell nyújtani továbbá a baleseti jegyzőkönyv másolatát, amennyiben ilyen jegyzőkönyv készült. Közlekedési baleset esetén be kell nyújtani a rendőrségi jegyzőkönyv másolatát is.

(5) Baleset miatti marandó egészségkárosodás esetén be kell nyújtani továbbá a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum másolatát.

(6) Végeles munkaképesség-csökkenés (TB I., II., III.) esetén be kell nyújtani továbbá az Országos Orvosszakértői Intézet munkaképesség-csökkenési határozat másolatát (a továbbiakban: orvosszakértői határozat), valamint az OOSZI által rendszeresített nyomtatványok, határozatok, orvosi indoklások másolatát. (OOSZI szakvélemény)

(7) Keresőképtelenség esetén be kell nyújtani továbbá:

a) a keresőképtelenségi igazolás másolatát, melyen a keresőképtelen állomány időtartama és oka (BNO kóddal) is szerepel;

b) a háziorvos igazolását a keresőképtelenség okául szolgáló betegség első diagnosztizálásáról.

6. A Biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól, a kockázatviselésből kizárt események

6.1. A Biztosító mentesülése

(1) A biztosító - a halál esetén fizetendő térítést kivéve - mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, amennyiben bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt a biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.

(2) A biztosított súlyosan gondatlanul jár el különösen, ha

a) a baleset idején alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt és ez a tény a baleset bekövetkeztében közrehatott; ha történt véralkohol vizsgálat, alkoholos állapotnak tekintendő a 1,5‰-et meghaladó, gépjárművezetés közben a 0,8‰-et meghaladó mértékű véralkohol-koncentráció;

b) olyan gépjárművet vezetett, amelynek nem volt érvényes forgalmi engedélye, vagy amelynek vezetéséhez szükséges érvényes vezetői engedéllyel nem rendelkezett és ez a tény a baleset bekövetkeztében közrehatott;

c) a biztosítási esemény bekövetkezése okozati összefüggésben áll a szerződéssel, illetve a biztosított a biztosítási esemény időpontjában legalább két közlekedésrendszeti szabályt megszegett,

d) a munkáltató biztosította az egészséges és biztonságos munkavégzés feltételeit, és a szerződő, illetve a biztosított, mint munkavállaló - neki felróhatóan - munkavégzése során legalább két munkavédelmi szabályt megszegett, és a szabályok be nem tartása a biztosítási esemény bekövetkezésében közrehatott.

(3) A biztosított a biztosítási esemény bekövetkeztekor úgy köteles eljárni, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható, ennek megfelelően haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe vennie, és az eljáró orvos előírásainak a gyógyító eljárás befejezéséig folyamatosan eleget kell tennie. Mentesül a biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól annyiban, amennyiben a biztosított e kötelezettségének nem tett eleget. Ez a rendelkezés nem befolyásolja a biztosított szabad orvosválasztási jogát.

(4) A biztosító mentesül a halál esetén fizetendő térítés teljesítése alól, ha a biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítási szerződés hatályának a biztosítottra való kiterjesztésétől számított két éven belül elkövetett öngyilkossága vagy öngyilkossági kísérlete miatt következett be, még akkor is, ha azt a biztosított zavart tudatállapotban követte el.

(5) Azt, hogy a fenti körülmények valamelyike fennáll, annak kell bizonyítania, aki azokra hivatkozik.

6.2 A kockázatviselésből kizárt események

(1) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka egészben vagy részben:

a) a biztosítási esemény a biztosított rendszeres alkoholfogyasztása illetve a biztosított kábítószer fogyasztása, kábító hatású anyag, vagy gyógyszer szedése következtében történt, kivéve, ha ez utóbbiakat a biztosított esetében a kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták;

b) HIV-fertőzés;

c) radioaktív sugárzás, vagy egyéb ionizáló sugárzás;

d) háború, harci cselekmények, idegen hatalom ellenséges cselekedetei, zavargások, kormány elleni puccs vagy puccskísérelt, zendülés, polgárháború, forradalom, lázadás, tüntetés, felvonulás, sztrájk, terrorcselekmény, munkahelyi rendbontás, határviellágások, felkelés.

Jelen feltétel alkalmazása szempontjából terrorcselekménynek minősül, különösen az olyan erőszakos, erőszakkal fenyegető, az emberi életre, a materiális, immateriális javakra vagy az infrastruktúrára veszélyes cselekmény, amely vagy politikai, vallási, ideológiai, etnikai célok mellett foglal állást vagy valamely kormány befolyásolására vagy a társadalomban, illetve annak egy részében való félelemkeltésre irányul, illetve arra alkalmas.

A biztosító kockázatviselése a jelen d) pontban foglaltakkal ellentétben kiterjed a biztosított egészségi állapotában bekövetkező olyan károsodásokra, amelyek a biztosítottnak a sztrájk, illetve felvonulás hatályos magyar jogszabályok rendelkezéseinek megfelelően előre bejelentett és lebonyolított eseményein való aktív részvétele kapcsán keletkeznek, abban az esetben, ha a biztosított a kár megelőzésére és enyhítésére vonatkozó kötelezettségének eleget tett.

(2) Amennyiben a szerződés egészségi nyilatkozat nélkül jött létre, akkor a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben a biztosított olyan betegsége, amely a biztosító kockázatviselése előtti három éven bizonyíthatóan fennállott és amelyet a kockázatviselést megelőző három éven belül kóris-mézték vagy ez idő alatt gyógykezelést igényelt.

(3) Nem terjed ki a biztosító kockázatviselése azokra az eseményekre sem, amelyek oka részben vagy egészben a biztosítottnak a biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított marandó egészségkárosodása.

(4) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amelyek okozati összefüggésben vannak a biztosított (5) bekezdésben meghatározott sporttevékenységével.

(5) Sporttevékenységek:

Autó-motor sportok: versenyzés gépkocsival, motorkerékpár sport, rally, motocross, ügyességi versenyek gépkocsival, go-kart sport, auto-crash (roncsautó) sport, motorcsónak sport.

Repülősportok: sportrepülés, ejtőernyős ugrás, vitorlázó és motoros repülés, sárkány és ultrakönnyű repülés, paplanrepülés, hőléggallonozás.

Egyéb: búvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá; félkezes, illetve nyílttengeri vitorlázás; vadvízi evezés; hegymászás, illetve sziklamászás az V. foktól; magashegyi expedíció; barlangászat; barlang expedíció.

(6) A keresőképtelenség vonatkozásában a kockázatviselés nem terjed ki továbbá:

a) a terhesség alatti keresőképtelenségre, kivéve a baleset következtében bekövetkező keresőképtelenséget;

b) a szülésre és annak következményére;

c) a nem saját jogú keresőképtelenségre;

d) az olyan keresőképtelenségre, amely nem a biztosított egészségi állapotromlása miatt következett be;

e) a gyermekápolási táppénzre;

f) a GYES-en lévő biztosított keresőképtelenségére;

g) a sorkatonai (polgári) szolgálatot teljesítő biztosított keresőképtelenségére;

h) az olyan keresőképtelenségre, amely alatt a biztosított jövedelemszerző tevékenységét végezte;

i) a művi terhesség-megszakítás, illetve a spontán vetélés eseteivel kapcsolatos keresőképtelenségre;

j) a mesterséges megtermékenyítés bármely formájával, a terhesség létrejöttét elősegítő beavatkozásokkal, illetve a sterilizálás kezelésével kapcsolatos keresőképtelenségre;

k) a krónikus betegségek rehabilitációja, gondozása (különösen geriatrai, gyógy pedagógiai, lopegódiái ellátás, gyógytorna, fizioterápia, fűrdőkúra, fogókúra) kivéve a krónikus betegségek kórismésésével, a gyógykezelés első beállításával, jelentős akut állapotrosszabbodás elhárításával kapcsolatos kezeléseket,

7. Eljárás véleménykülönség esetén

Amennyiben a szolgáltatási igény előterjesztője a Biztosító döntését nem fogadja el, kérheti a szolgáltatási igény újbóli elbírálását.

8. A panaszok bejelentése - panaszfórum

(1) A szerződéssel kapcsolatban felmerült panaszokat írásban, a Biztosítónál lehet bejelenteni: Generál-Providencia Biztosító Zrt., Ügyfélkapcsolatok Csoportja, 1066 Budapest, Teréz krt. 42-44.

(2) A Biztosító köteles a panaszokat, bejelentéseket kivizsgálni, és vizsgálata eredményéről a panaszosnak 15 napon belül írásban tájékoztatást adni.

9. Egyéb rendelkezések

9.1 A jognyilatkozatok (bejelentések, értesítések) hatályosságának feltételei

(1) A Biztosító a hozzá eljuttatott ajánlatokat, jognyilatkozatokat, bejelentéseket csak akkor köteles hatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. A Biztosító nyilatkozatait szintén írásban juttatja el a szerződésben érdekelt személyeknek.

(2) Amennyiben a Biztosító a jognyilatkozatot a banknak, a biztosítottnak vagy egyéb jogosultnak az általa ismert utolsó címére ajánlott levélben küldi, az abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor azt a címzés helyén átvették.

9.2 Elévülés

A biztosítási szerződés alapján érvényesíthető igények elévülési ideje két év.

9.3 Adatvédelem

(1) Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a biztosító a (2) bekezdésben meghatározott célokból, a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló, 1992. évi LXIII. törvény, valamint az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

(2) A biztosító ügyfeleinek azon üzleti titkait 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 egyéb, a biztosítói tevékenységről és a biztosítási tevékenységről szóló, 2003. évi LX. törvény által meghatározott egyéb cél lehet.

(3) A (2) bekezdésben meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést a biztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

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

(5) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét

a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,

b) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a Pénzügyminisztérium részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása.

Ezen adatok átadását a biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

(7) Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő 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 törölni kell.

(8) A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének megíósulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

(9) 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.

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

Terméktájékoztató a Citibank Személyi kölcsön termékéhez kapcsolódó biztosításról

A Citibank Zrt. (a továbbiakban: Bank) arra törekszik, hogy ügyfeleit biztosítási védelemben részesítse a Citibank és a Generali-Providencia Biztosító Zrt. között létrejött biztosítási szerződés alapján, ezért a Citibank Személyi Kölcsönszerződést megkötő személy személybiztosítási védelemben részesül a Generali-Providencia Biztosító Zrt.-nél (a továbbiakban: Biztosító).

Kérjük, hogy figyelmesen tanulmányozza át terméktájékoztatónkat és a biztosítási szerződés részét képező „A Citibank „Személyi kölcsön” termékéhez kapcsolódó élet-, baleset- és egészségbiztosítási feltételek”-et, hogy Ön előtt is egyértelműen világos legyen, milyen biztosítási eseményekre nyújt a megkötött biztosítási szerződés védelmet.

Külön felhívjuk a figyelmét, hogy a feltételekben foglaltak szerint, bizonyos esetekben a Biztosító nem visel kockázatot!

Ki a biztosított és a kedvezményezett?

A biztosítási szerződés értelmében - az aláírt biztosítotti nyilatkozat alapján - Biztosított az a 18-65 év közötti életkorú adós és adóstárs, akinek az életével, egészségi állapotával kapcsolatos eseményekre a szerződés létrejön. A Biztosító legfeljebb annak a naptári évnek a végéig visel kockázatot, amelyben a biztosított a 70. életévét betöltötte. Amennyiben a kölcsönszerződést a Szerződéssel két természetes személy létesíti, úgy biztosítási védelemben vagy csak az adós részesül, vagy a biztosítási védelem az adóstársra is kiterjed.

A biztosítási szolgáltatás kedvezményezettje a biztosított nyilatkozat értelmében a Bank.

Hogyan lesz Ön biztosított?

A biztosítási szerződés kiterjesztéséhez Önnek az alábbi dokumentumokat kell kitöltenie és aláírnia:

- „Biztosítotti nyilatkozat - biztosítási szerződés megkötéséhez” című nyomtatvány;

- „Egészségi nyilatkozat” - 5.000.000 Ft-ot meghaladó kölcsön igénylése esetén.

5.000.000 Ft-ot meghaladó összegű kölcsön felvétele esetén a Biztosító egyedi kockázatelbírást végez az egészségi nyilatkozat alapján, melynek alapján eldönti, hogy vállalja-e a biztosítási védelmet, vagy sem.

Az egészségi nyilatkozathoz feltétlenül csatolja az 5 éven belül bekövetkezett balesetekkel, betegségekkel kapcsolatos orvosi dokumentumok másolatát (kórházi zárójelentés, műtéti leírás, laborlelet, stb.).

Amennyiben a biztosítási védelem az adósra és az adóstársra is kiterjedne, és a Biztosító a kockázatelbírlásának eredményeként akár az adós, akár az adóstárs tekintetében elutasító döntést hoz, akkor a biztosítási szerződés hatálya sem az adósra, sem az adóstársra nem terjed ki.

A Biztosító az elbírálás eredményéről a Bankot írásban értesíti.

Mikor kezdődik a kockázatviselés?

- 1) Az egyes biztosítottak vonatkozásában a biztosítási szerződés a hitelfolyósítás napján 17 órakor lép hatályba, feltéve, hogy a Biztosító az egészségi nyilatkozat kitöltésére alapján a kockázatelbírlás eredményeként elfogadja a biztosított nyilatkozatát.
- 2) A kockázatviselés tartama és a biztosítás díja a kölcsönszerződés tartamához és a felvett kölcsön kezdeti összegéhez igazodik. Ha a kölcsönszerződés tartama a hatályba lépést követően módosul, a kockázatviselés és a biztosítás díja is a módosult tartamhoz igazodik.
- 3) A biztosított a kölcsönszerződés érvényessége alatt kiléphet a biztosítási védelem alól, úgy, hogy a biztosítást a soron következő törlesztőrészlet esedékességének napjára a Szerződéshöz intézett írásbeli nyilatkozatával felmondhatja. A biztosítási védelem első napjától számított 30 napon belül a biztosított azonnali hatállyal felmondhatja a biztosítási szerződést.
- 4) A kölcsönszerződésben megjelölt adós (és az adóstárs) a kölcsönszerződés tartama alatt választása szerint kezdeményezheti ún. „hitelmegújító” szerződésnek a Szerződéssel való megkötését. A Szerződés és az adós (valamint az adóstárs) között létrejövő „hitelmegújító” szerződések minden esetben új kölcsönszerződésnek minősülnek. A „hitelmegújító” szerződés megkötése esetén a korábbi kölcsönszerződés (a továbbiakban: eredeti kölcsönszerződés) megszűnik. Az eredeti kölcsönszerződés megszűnése napján az eredeti kölcsönszerződés biztosítottja vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése véget ér. Amennyiben az adós (és az adóstárs) a „hitelmegújító” szerződéshez kapcsolódóan biztosítási védelmet igényel, úgy a „hitelmegújítás” igénylésekor az eredeti kölcsönszerződés megkötésére és a Biztosító kockázatviselésére - a kockázatviselésből kizárt eseményekre - vonatkozó rendelkezések megfelelően alkalmazandók. A „hitelmegújító” szerződések esetében a meglévő betegségek kizárása szempontjából a biztosítási feltételek 6. 2. (2) bekezdésének alkalmazásában a biztosítási szerződés létrejöttének időpontja az új kölcsönszerződés létrejöttének időpontja.

Milyen szolgáltatást nyújt a Biztosító?

A Biztosító szolgáltatása akkor sem haladhatja meg a biztosítási összeget, ha valamely kölcsönszerződéssel kapcsolatban a biztosítási szerződés hatálya két biztosítottra terjed ki.

A biztosítás keretében a Biztosító az alábbi események bekövetkezése esetén a következő szolgáltatásokat nyújtja a kedvezményezett (Bank) részére az alábbiak szerint:

- (1) A Biztosító az adós vagy adóstárs biztosított halálának bekövetkezése esetén az adott biztosítottra vonatkozó aktuális biztosítási összegnek megfelelő, a halál időpontja alapján meghatározott mértékű szolgáltatási összeget fizet a kedvezményezett részére.
- (2) Végleges munkaképesség-csökkenés (TB I.,II.,III.) bekövetkezése esetén a Biztosító a biztosítási eseményt elszenvedett biztosítottra vonatkozó, az orvosszakértői határozatban a munkaképesség-csökkenés kezdeteként megjelölt időpontban aktuális biztosítási összeget fizeti a kedvezményezett részére. Amennyiben az adóstárs is biztosított és a biztosítási esemény az adóstárssal történik, akkor a Biztosító az orvosszakértői határozatban a munkaképesség-csökkenés kezdeteként megjelölt időpontban aktuális biztosítási összeg 50%-át fizeti a kedvezményezett részére.
- (3) A balesetből eredő 50%-ot meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodás bekövetkezése esetén, a biztosítási eseményt elszenvedett biztosított (adósra) vonatkozóan a baleset időpontjában aktuális biztosítási összeget fizeti a kedvezményezett részére. Amennyiben az adóstárs is biztosított és a biztosítási esemény az adóstárssal történik, akkor a Biztosító a baleset időpontjában aktuális biztosítási összeg 50%-át fizeti a kedvezményezett részére.
- (4) Keresőképtelenség esetén a 30. napot követő keresőképtelenség minden napjára a törlesztő részlet 1/30-ad részét fizeti a Biztosító a Szerződőnek mindaddig, amíg a folyamatos keresőképtelenség fennáll. Amennyiben az adóstárs is biztosított és a biztosítási esemény az adóstárssal történik, akkor a Biztosító a havi törlesztő részlet 1/30-ad részének 50%-át folyósítja a kedvezményezett részére. A tartam alatt legfeljebb 11 havi folyamatos keresőképtelenségi szolgáltatást fizet ki a Biztosító a kedvezményezett részére. A biztosított keresőképtelensége esetén a Biztosító a keresőképtelenség első 30 napjára (továbbiakban: önrész) nem nyújt szolgáltatást.

Mit kell tenni a szolgáltatási igény felmerülése esetén?

Szolgáltatási igényét a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított (keresőképtelenség esetén a 30. naptól) 15 napon belül a Biztosító vezérgazgatóságán, illetve kirendeltségein jelentheti be Ön, vagy erre meghatalmazott képviselője.

A szolgáltatási igény bejelentéséhez a szolgáltatási igénybejelentő és az igénybejelentőn meghatározott dokumentumok csatolása szükséges.

Folyamatos keresőképtelenség esetén a keresőképtelenséget igazoló összes „Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről” c. nyomtatvány fénymásolatát, valamint a keresőképtelenség okát igazoló egyéb orvosi dokumentumokat, amennyiben igényét érvényesíteni kívánja, a keresőképtelenség 60. napját követően haladéktalanul juttassa el a Biztosító részére.

A Biztosító a hozzá bejelentett szolgáltatási igényt az annak elbírálásához szükséges valamennyi (tehát az igénybejelentéskor leadott és a Biztosító által utóbb kért) okmány beérkezését követő 15 napon belül teljesíti a kedvezményezett részére.

Adós köteles a kölcsöntartozást mindaddig törleszteni, amíg a Biztosító a szolgáltatást a Bank részére nem teljesíti. (Azaz amíg az összes szükséges iratot a Biztosítóhoz eljuttatják és a Biztosító az elfogadott szolgáltatási igényt a Banknak a megadott határidők betartásával bejelenti és teljesíti a szolgáltatást.)

Mire nem terjed ki a biztosítási védelem?

A Biztosító a biztosítási szerződés részét képező a „Citibank Személyi Kölcsön termékéhez kapcsolódó élet-, baleset- és egészségbiztosítási feltételek” alapján részben vagy teljesen mentesülhet a szolgáltatási kötelezettség alól, illetve bizonyos eseményeket kizár a kockázatviselésből (pl. szerződéskötés előtt bekövetkezett baleset vagy betegség következményei, öngyilkosság, bűncselekményben való aktív részvétel, alkoholos befolyásoltság közrehatása).

A Generali-Providencia Biztosító Zrt. székhelye: 1066 Budapest, Teréz krt. 42-44. További igényekkel, esetleges problémákkal kérjük forduljon a TeleCenter szolgálatunkhoz a 06-40-200-250 kék számon, ahol kollégáink készséggel állnak az Ön rendelkezésére.

A Biztosító felügyeleti szerve:

Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.