

A GRAWE ÉLETBIZTOSÍTÓ ZÁRTKÖRŰEN MŰKÖDŐ RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

Általános Balesetbiztosítási Feltételei

Hatályos: 2012. 12. 21. napjától

Preambulum

Jelen általános szerződési feltételek a GRAWE Életbiztosító Zrt-vel kötött biztosítási szerződés részét képezik, feltéve, hogy a biztosítási szerződést jelen általános szerződési feltételekre hivatkozással kötötték. Az itt nem szabályozott kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

1.§

A biztosítási szerződés

A biztosítási szerződés alapján a Biztosító meghatározott jövőbeli esemény (biztosítási esemény) bekövetkeztétől függően bizonyos összeg megfizetésére, a Szerződő díj fizetésére kötelezi magát. A biztosítási szerződés tartalmát az ajánlat és a biztosítási kötvény együttesen határozzák meg. A biztosítási szerződés részét képezik a biztosítási ajánlatban és a biztosítási kötvényben megjelölt kód-számú általános és különös szerződési feltételek is.

2.§

A biztosítási védelem kezdete és vége

- (1) A biztosítási szerződés létrejöttének és hatálybalépésének ideje, valamint a Biztosító kockázatviselés kezdete nem feltétlenül esik egybe. A biztosítási szerződés akkor jön létre, ha a felek a biztosítási feltételekben megegyeznek és szerződési akaratukat írásba foglalják.
- (2) A szerződés akkor is létrejön, ha a Biztosító az ajánlatra tizenöt napon belül nem nyilatkozik. Ilyen esetben a szerződés az ajánlatnak a Biztosító vagy képviselője részére történő átadás időpontjára visszamenő hatállyal jön létre.
- (3) A biztosítási védelem kezdete az az időpont, amelyet a Fellek a szerződésben meghatároznak, feltéve, hogy szerződés érvényesen létrejött és hatályba lépett. A biztosítás hatálybalépésének időpontja az az időpont, amikor a biztosítási díjat megfizették. Amennyiben a szerződésben (ajánlatban) a biztosítási védelem kezdetének időpontját nem jelölték meg és a biztosító az ajánlatot elfogadta, úgy a biztosítás az azt követő nap 0. órájában lép hatályba, amikor a díjat megfizették, vagy megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodtak meg, vagy a Biztosító díj iránti igényét bírósági úton érvényesíti és az életbiztosítási szerződés már létrejött, vagy létrejön.
- (4) Ha a Szerződő Fél az első biztosítási díjat a szerződés hatálybalépése előtt befizeti, az összeget a Biztosító a biztosítási szerződésben megjelölt időpontig kamatmentes előlegként kezeli.
- (5) A biztosítási védelem véget ér -a szerződés megszűnésével-, ha a biztosítási díjat, vagy annak egy részletét az esedékes-ségtől számított 30 napon belül nem fizetik meg.
- (6) Amennyiben a Szerződő a kötvény kézhezvételétől számított 30 napon belül él az elállás jogával, úgy ezen joggyakorlással egyidejűleg a Biztosító kockázatviselése megszűnik a vonatkozó jognyilatkozat Biztosítóhoz történő beérkezésének napján.
- (7) Elálláskor a Biztosító, az éves bruttó díj arányosított részének legfeljebb 1/12-ed részét kockázat elbírálás és arányos kockázati díj címén a befizetett díjból levonja és a fennmaradó összeget visszautalja a Szerződőnek.
- (8) A Szerződő felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően a Biztosító köteles 15 napon belül a Szerződő által a biztosítási szerződéssel kapcsolatban bármely teljesített befizetésekkel kapcsolatos elszámolást megküldeni.

3.§

A biztosítási időszak

A biztosítási időszak a jelen Biztosítási Feltételek értelmében a díj esedékességétől számított 1 év.

4.§

A biztosítási szerződés megszűnése

A biztosítási szerződés megszűnik lejáratl, díj nemfizetéssel, halállal és a különös feltételekben szabályozott egyéb esetekben.

5.§

A biztosítási szerződés alanyai

A Biztosító: a GRAWE Életbiztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság (a továbbiakban: Biztosító).

A Szerződő az a Fél, aki a Biztosítóval a szerződést megkötö, és a díj fizetésére köteles.

A Biztosított az a személy, akinek az életét, testi épségét biztosították.

A Kedvezményezett az, akit a szolgáltatás jogosultjának megneveztek.

6.§

A Kedvezményezett jelölése és megváltoztatása

- (1) Balesetbiztosítási szerződésben Kedvezményezett lehet:
 - (a) a szerződésben megnevezett személy,
 - (b) a Biztosított örököse, ha a Kedvezményezettet a szerződésben nem jelölték meg.
- (2) A Szerződő az eredetileg kijelölt Kedvezményezett helyett a Biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal bármikor más Kedvezményezettet nevezhet meg. Ha nem a Biztosított a Szerződő, ehhez a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.
- (3) A Kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a Kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal.
- (4) Ha a Biztosító szolgáltatásához való jogot a Kedvezményezett nem szerzi meg, akkor az a Szerződő Felet illeti meg.
- (5) A Kedvezményezett módosítása a Biztosító számára csak akkortól hatályos, amikor azt neki a Szerződő írásban bejelentette.

7.§

Közlési és változásbejelentési kötelezettség

- (1) A Szerződő/Biztosított a szerződéskötéskor köteles a biztosítás elvállalása szempontjából minden olyan lényeges körülményt a Biztosítóval közölni, amelyeket ismert vagy ismernie kellett. A Biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal, a Szerződő közzéadás kötelezettségének eleget tesz.
- (2) A közlésre, illetőleg a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetében a Biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében. Ha a Biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményről, úgy tizenöt napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg - ha a kockázatot a szabályzat értelmében nem vállalhatja - a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.
- (3) Ha a Szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra tizenöt napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított harmincadik napon megszűnik. Erre a következményre a Szerződőt a módosító javaslat megítéletekor figyelmeztetni kell.
- (4) Ha a Biztosító a jogaival nem él, a szerződés az eredeti tartalommal hatályban marad.
- (5) Ha a Biztosító csak később szerez tudomást a szerződéskor már fennállott lényeges körülményről, az ebből eredő jogokat a szerződés fennállásának csupán az első öt évében gyakorolhatja.
- (6) A közzéadás kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító kötelezettsége, ha a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt.

- (7) A Szerződő és a Biztosított a szerződés hatálya alatt, az ajánlat megítételekor közölt tényekben bekövetkező változásokat köteles a változás tudomásra jutásától számított 5 napon belül bejelenteni. Így például: foglalkozást, egészségi állapotot, életmódot, életvitelt érintő kérdéseket, lakcímváltozás, így különösen a Magyarországon kívüli költözést.

8.§

A Biztosított szakmájának vagy foglalkozásának megváltozása

- (1) A Biztosított köteles az ajánlatban, illetve a biztosítási szerződés megkötésekor megjelölt szakmájának vagy foglalkozásának megváltozását annak bekövetkezésekor haladéktalanul bejelenteni.
- (2) Ha a Biztosított új szakmájára, vagy foglalkozására tekintettel alacsonyabb összegű biztosítási díj járna, akkor a bejelentés beérkezésétől kezdődően ezt az alacsonyabb biztosítási díjat kell megfizetni.
- (3) Amennyiben magasabb biztosítási díj jár, akkor azon időponttól számított három hónapos időtartamra, amikor a Biztosítottnak a bejelentést meg kellett volna kapnia, az új szakmára vagy foglalkozásra is teljes biztosítási védelem illeti meg a Biztosítottat. Ha e három hónap elteltével az új szakmára, vagy foglalkozásra visszavezethető biztosítási esemény következik be anélkül, hogy közben megállapodtak volna a fizetendő magasabb biztosítási díjban, akkor a Biztosító szolgáltatásai úgy kerülnek kiszámításra, hogy biztosítási összegként azt az összeget állapítják meg, amely az új szakma vagy foglalkozás folytatása esetére érvényes biztosítási díjszabás alapján a tényleges, a kötvényben meghatározott biztosítási díj alapul vételével adódna.

9.§

Valótlan életkor közlése

Ha a Biztosított életkorát a szerződés megkötésekor valótnak közölték, és ezért a biztosítási díj nem megfelelően került megállapításra, úgy a Biztosító szolgáltatása annak arányában csökken, vagy emelkedik, mint amilyen arányban a valódi életkornak megfelelő biztosítási díj áll a megállapodás szerinti biztosítási díjjal.

10.§

Jognyilatkozatok

- (1) Amennyiben a Szerződő lakcímet változtatott, de a változást nem közölte a Biztosítóval, úgy a Szerződővel közlendő jognyilatkozatok hatályosságához a Biztosító részéről elegendő az általa ismert utolsó lakcíme igazolható módon küldött levél. A nyilatkozat akkor válik hatályossá, amikor az a lakcímváltozás hiányában szabályos kézbesítés esetén eljutott volna a Szerződőhöz.
- (2) Amennyiben a Szerződő a biztosítást székhelyén (telephelyén) kötötte meg, a székhely (telephely) áthelyezése esetén az (1) bekezdés rendelkezéseit kell megfelelően alkalmazni.
- (3) Amennyiben a Szerződő Európán kívüli lakóhelyre költözik, a Biztosító felé meg kell neveznie magyarországi kézbesítési megbízottját; ellenkező esetben a fenti rendelkezések érvényesülnek.

11.§

Harmadik személy által kötött szerződés

- (1) A balesetbiztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához - ha a szerződést nem ő köti meg - a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Ha a Biztosított kiskorú, és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló személy köti meg, úgy a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges.
- (2) A Biztosított hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek a Kedvezményezett kijelölését tartalmazó része semmis; ilyen esetben Kedvezményezettnek a Biztosítottat, illetőleg örökösét kell tekinteni, aki azonban az ennek folytán neki járó biztosítási összegből a Szerződő költségeit - beleértve a kifizetett biztosítási díjat - köteles megtéríteni.

- (3) A Biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a szerződés a biztosítási időszak végével megszűnik, kivéve, ha a Biztosított a Szerződő írásbeli hozzájárulásával a szerződésbe lép.
- (4) A Biztosított a Szerződő beleegyezésével a szerződésbe bármikor beléphet, a belépéshez a Biztosító hozzájárulása nem szükséges.
- (5) A Biztosított, mielőtt a szerződés felmondás vagy díjfizetés elmaradása miatt megszűnik, a Biztosítóval írásban közölt nyilatkozatával a Szerződő helyébe léphet.
- (6) Ilyen esetekben a folyó biztosítási időszakban esedékes díjért a Biztosított a Szerződővel egyetemlegesen felelős.

12.§

Biztosítási esemény

- (1) Biztosítási esemény a különös feltételekben meghatározott esemény. A Biztosító biztosítási védelmet nyújt arra az esetre, ha a Biztosítottat baleset éri. A biztosítási szolgáltatások a 15. és 16. §-okban, valamint a kötvényben vannak feltüntetve.
- (2) A biztosítási esemény a baleset 13.§ szerinti bekövetkezése.
- (3) A balesetbiztosítás területi hatálya az egész Földre kiterjed.
- (4) Az időbeli hatálya azokra a balesetekre terjed ki, amelyek a biztosítási védelem fennállása alatt következnek be. A balesetbiztosítási szerződést a Felek határozott időtartamra kötik, melynek tartalmát az ajánlatban, a kötvényben, az Általános Balesetbiztosítási Feltételekben és a termékleírásokban határozzák meg.

13.§

A baleset fogalma

- (1) A baleset a Biztosított akaratától független esemény, amely váratlanul, kívülről, mechanikus vagy vegyi úton hat a Biztosított testére és annak testi sérülését, maradandó egészségkárosodását vagy halálát okozza.
- (2) Balesetnek minősülnek továbbá az alábbi, a Biztosított akaratától független események:
- vízbefulladás,
 - égési és forrázási sérülések, villámcsapás vagy elektromos áramütés következményei,
 - gázok vagy gőzök belélegzése, mérgező vagy maró anyagok lenyelése, kivéve, ha ezek a behatások fokozatosan történnek,
 - a végtagokon és a gerincoszlopon lévő izmok, ízületek, inak és tokok ficama rándulása és szakadása a tervezett mozgásfolyamattól való eltérés következtében.
- (3) A betegségek nem minősülnek balesetnek és a fertőző betegségek sem tekinthetők a baleset következményeinek. Ez a kizáró rendelkezés nem vonatkozik a gyermekbénulás következményeire, amennyiben a megbetegedést szerológiaiilag megállapították és az legkorábban 15 nappal a biztosítási szerződés kezdete előtt, de legkésőbb 15 nappal annak megszűnése után jelentkezett. A betegség kezdetének (a biztosítási esemény időpontjának) az a nap számít, amikor első ízben fordultak orvoshoz tanácsért a gyermekbénulásként diagnosztizált betegség miatt. Ebben az esetben a Biztosító szolgáltatása a megállapodás szerinti biztosítási összeg keretei között 2.000.000.-Ft-ban korlátozott. A felelősség betegség miatti kizárása nem vonatkozik a merevgörcsre és a veszettségre, amennyiben azt az (1) bekezdés szerinti baleset okozta.
- (4) A biztosítási védelem kiterjed azokra a balesetekre is, amelyeket a Biztosított légi utasként szenved el, feltéve, hogy a repülőgépnek a személyszállításra engedélye volt. Légi utasnak minősül az, akinek a tevékenysége a légi jármű működésével nincs okozati összefüggésben, a személyzetnek nem tagja.

14.§

Nem biztosítható személyek

- (1) **Nem biztosíthatók és semmiképpen sem Biztosítottak azok a személyek, akik tartósan teljesen munkaképtelenek, vagy súlyos ideg-, illetve elmebetegségben szenvednek. Teljes munkaképtelenség akkor áll fenn, ha a Biztosítottól betegsége vagy fogyatékossága következtében orvosiilag nem várható el kereső tevékenység folytatása, valamint ha ténylegesen nem is folytat kereső tevékenységet.**
- (2) **A nem biztosítható személyek tekintetében a biztosítási szerződés nem jön létre. Amennyiben a Biztosított a biztosítási szerződés fennállása alatt vált nem biztosíthatóvá, a Biztosító 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg - ha a kockázatot a szabályzat értelmében nem vállalhatja - a szerződést 30 napra írásban felmondhatja.**
- (3) **Ha Biztosított a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik. Erre a következményre a Biztosítottat a módosító javaslat megküldésekor figyelmeztetni kell.**
- (4) **Ha a Biztosító e jogával nem él, a szerződés az eredeti tartalommal hatályban marad.**

15.§

A biztosítási szolgáltatás

- (1) A Biztosító csak a biztosítási összeg erejéig felel. Szolgáltatását pénzben köteles teljesíteni.
- (2) A Biztosító szolgáltatásai a biztosítási esemény és a Biztosító szolgáltatásai terjedelmének megállapításához szükséges utolsó dokumentumok beérkezését követő 15 nap múlva esedékesek.
- (3) A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben a Szerződő, a Biztosított, vagy a Kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezésének bejelentésére, valamint a szükséges dokumentumok benyújtására vonatkozó kötelezettségét, továbbá szükség esetén azok tartalmának ellenőrzésére előírt kötelezettségeket nem teljesíti, és emiatt az elbíráláshoz szükséges lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.
- (4) Ha a halál a baleset napjától számított egy éven belül a baleset következményeként áll be, a halál esetére megállapított biztosítási összeget kell kifizetni.
- (5) A halál esetére járó szolgáltatásba csak az olyan kifizetéseket kell beszámítani, amelyeket az ugyanazon esemény folytán bekövetkezett tartós rokkantságra tekintettel teljesítettek. A Biztosító a tartós rokkantságra tekintettel nyújtott szolgáltatást túlfizetés címén nem követelheti vissza.

16.§

A Biztosító teljesítésének szabályai

Minden olyan jogosultra vonatkozóan, akik a Biztosítóval szemben szolgáltatási igényt kívánnak érvényesíteni, a következő kötelezettségek érvényesek:

- (1) a Biztosított balesetét és halálát haladéktalanul, de legkésőbb a tudomásra jutástól számított 5 napon belül be kell jelenteni a Biztosítóknak,
- (2) a biztosítási szerződés szerinti szolgáltatások csak a kötvény beküldése és kétséges befizetés esetén az utolsó díjfizetést igazoló átutalás igazolása ellenében kerülnek kifizetésre,
- (3) a Biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul kitöltött kárbejelentő beküldése,
- (4) a Biztosítottnak a balesetre, ill. balesetből eredően bekövetkező halálára vonatkozó és rendelkezésére álló hivatalos dokumentációt be kell küldeni,
- (5) a Biztosító kérheti a kárrendezéshez szükséges további orvosi vagy egyéb hivatalos igazolások bemutatását is az alábbiak szerint:

- Az első ellátás dokumentumai (kórházi zárójelentés, ambuláns lap, röntgen lelet)
- Az első ellátástól a kárbejelentés időpontjáig történt kezelések, vizsgálatok iratai, újabb zárójelentések, leletek
- Amennyiben rendőri intézkedés történt, a rendőrségi jegyzőkönyv
- Amennyiben rendőri intézkedés nem történt, úgy hatósági tanúkkal felvett jegyzőkönyv
- Amennyiben munkahelyi baleset volt, a munkahelyi baleseti jegyzőkönyv
- Amennyiben alkoholvizsgálat történt (akár szonda, akár vérvétel) annak eredménye
- Gépjármű vezetés során bekövetkezett baleseti károkhoz a jogosítvány, forgalmi engedély fénymásolata.

Amennyiben a baleset halált okoz, úgy:

- A halotti anyakönyvi kivonat fénymásolata
- Halott vizsgálati bizonyítvány fénymásolata
- Hivatalos orvosi igazolás a halál okáról (kórbonctani felszólító, vagy a haláleset kapcsán történt kórházi kezelés zárójelentése)
- Halálessettel, kapcsolatos orvosi dokumentáció
- Halálessettel kapcsolatos hatósági dokumentáció
- A halálesetet megelőző ellátások dokumentumai (kórházi zárójelentések, ambuláns lapok, röntgen leletek, kezelésekkal kapcsolatos dokumentumok, laboratóriumi eredmények)
- A halálesetet követő vizsgálatok iratai, dokumentációi (boncolási jegyzőkönyv)
- A kedvezményezett azonosításához szükséges dokumentáció
- Cselekvőképtelen, vagy korlátozottan cselekvőképes Kedvezményezett esetén gyámhatósági hozzájáruló határozat
- Törvényes örökös, mint Kedvezményezett megjelölése esetében az örökös megnevezését tartalmazó közjegyzői végzés

Állapotrosszabbodás esetén

- A kármegállapítás időpontja óta történt orvosi vizsgálatok, kezelések iratai, dokumentumai
- Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH) orvosi bizottságának szakvéleményei

- (6) **A Biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól mentesül, ha a fenti rendelkezésekben foglalt kötelezettségeket megsértik, és ezáltal lényeges körülmények válnak tisztázhatatlanná.**

17.§

A biztosítási díj

- (1) A biztosítási díj kiszámítása a Biztosító kalkulációja alapján a Biztosított életkorának, egészségi állapotának, illetve egyéb kockázati körülményeinek, valamint a biztosítás tartamának és összegének figyelembevételével történik. A Biztosító a Biztosított életkorát úgy állapítja meg, hogy a biztosítás kezdetének évszámából levonja a Biztosított születésének évszámát (belépési kor).
- (2) Az átlagtól eltérő kockázat esetén biztosítási pótdíjak, vagy záradékban eltérő feltételek állapíthatók meg.
- (3) A biztosítások folyamatos (éves) díjúak. A folyamatos díjú biztosítási szerződés esetén az első biztosítási díj - ami az első biztosítási évre vonatkozik - a biztosítási szerződés megkötésekor, minden további díj pedig annak a biztosítási időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik. Részletfizetés esetén a gyakoriságnak megfelelő időszak(ok) kezdőnapján esedékes a díjfizetés. A díjakat forint pénznemben kell megfizetni.
- (4) A biztosítási díj részletekben fizetése csak a Biztosító külön erre vonatkozó engedélye alapján történhet. A Biztosító akkor járulhat hozzá az éves biztosítási díj részletekben törté-

nő megfizetéséhez, ha azt a biztosítási termékterv megengedi, valamint, ha a Szerződő fél kötelezettséget vállal a pótdíjak megfizetésére. Ha a biztosítási esemény bekövetkezésekor a folyó évi biztosítási díj részleteit még nem fizették ki, valamint, ha a Biztosító a biztosítási díjfizetési késedelme miatt kényszerül arra, hogy a fennálló díjkövetelését peres úton érvényesítse, úgy a folyó évi díj valamennyi részlete azonnal esedékessé válik és a biztosítási díj a Biztosító valamennyi szolgáltatásából levonható.

- (5) A biztosítási díjak megfizetésének elhalasztása kizárólag a Biztosító vezérigazgatóságának előzetes írásbeli jóváhagyása alapján lehetséges a biztosítási szerződés évfordulójának időpontjára.
- (6) A Szerződő fél a biztosítási díjat saját veszélyére és költségére utalja át a Biztosítónak.
- (7) Arra nézve, hogy a biztosítási díj megfizetése kellő időben megtörtént-e, a postánál történő befizetés időpontja, illetve, egyéb esetekben a befizetésnek a Biztosító számlájára történő beérkezési időpontja az irányadó.
- (8) Amennyiben a biztosítási díj, illetve díjelőleg bármely jogcímen a Szerződő részére visszafizetésre kerül, úgy a vissza utalandó összeget kizárólag forint pénznemben teljesítheti a Biztosító.

18.§

A díjfizetés elmulasztásának következményei

- (1) Amennyiben a Szerződő a biztosítási díjat az esedékességtől számított 30 napon belül nem egyenlíti ki és a befizetésre halasztást nem kapott, valamint a Biztosító a biztosítási díj iránti igényét bírósági úton nem érvényesíti, a Biztosító a biztosítási díj esedékességétől számított 30 napig viseli változatlan tartalommal a kockázatot. Az esedékességtől számított 30 nap elteltével a szerződés megszűnik (kivéve a jelen paragrafus (3) bekezdésében foglaltakat).
- (2) A Biztosító a szerződés megszűnését és a bírósági út igénybevételeének határidejét további 30 nappal meghosszabbíthatja, ha ennek a körülménynek a közlésével a Biztosítottat a fizetésre írásban felszólítja.
- (3) A biztosítási díjat a Biztosító az első évben bírósági úton érvényesítheti; ezt követően csak akkor élhet a jogával, ha abban az évben a Szerződő a díjfizetést már megkezdte, vagy a díjfizetésre halasztásban állapodtak meg.
- (4) Amennyiben a díjfizetésre nyitva álló határidő eredménytelenül telik el és a díjfizetés elmulasztásának időpontjában a biztosítási szerződésnek nincs visszavásárlási értéke, vagy díjtartaléka, úgy a biztosítási szerződés a Biztosító fizetési kötelezettsége nélkül megszűnik.

19.§

Kizárások és mentesülések

A biztosításból ki vannak zárva a következő balesetek:

- (1) amelyek légi járművek nem utaskénti használata, ejtőernyős ugrások során következnek be;
- (2) amelyek a Biztosított hivatásos sportolói tevékenységével okozati összefüggésben következtek be;
- (3) amelyek a motoros sportok versenyeiben való részvétel során (az előfutamon és a rallykon való részvételt is ide értve), továbbá az ezekre való felkészülés érdekében végzett edzések során következnek be;
- (4) amelyek a síelés, a síugrás, a bob, a síbob és a szkeleton sportágak megyei, országos vagy nemzetközi versenyein való részvétel, valamint a szóban forgó rendezvényekre való felkészülés érdekében végzett hivatalos edzések során következnek be;
- (5) amelyek azáltal következnek be, hogy a Biztosított szándékos bűncselekményt kísérelt meg vagy követett el;
- (6) amelyek közvetlenül vagy közvetve bármilyen háborús eseménnyel függnek össze;
- (7) amelyek belső zavargások során keletkeznek, ha azokban a Biztosított zavargások színtőinél vett részt;

- (8) amelyeket közvetve vagy közvetlenül

- ionizáló sugárzások hatása, vagy
- nukleáris energia okozott;

- (9) amelyeket a Biztosított egy öt év közötti szívinfarktus vagy szélhűtés következtében szenved el; a szívinfarktus azonban semmilyen körülmények között sem minősül baleseti következménynek;
- (10) amelyet a Biztosított bármilyen tudatzavar vagy pszichikai teljesítőképességének alkohol, kábítószer, vagy gyógyszerek általi befolyásoltsága következtében szenved el;
- (11) azok a testi sérülések, amelyeket a Biztosított gyógyító eljárások és beavatkozások során a saját testén végez vagy végeztet, feltéve, hogy ezek indoka nem egy biztosítási esemény volt;
- (12) amelyeket a Biztosított gépjárművezetőként szenved el, úgy, hogy nem rendelkezik olyan gépjárművezetői engedéllyel, amely elő van írva az adott gépjármű közúti vezetéséhez; ez a rendelkezés akkor is érvényes, ha a járművet nem a közúton vezette.
- (13) A kizárásokon túlmenően mentesül a Biztosító, ha a baleseti következmények illetve ezek súlyosbodása abból ered, hogy a Biztosított a balesetet követően nem vesz azonnal igénybe orvosi segítséget, a gyógyulási folyamat teljes befejeződéséig nem veti magát alá az orvosi kezelésnek, vagy nem gondoskodik a megfelelő ápolásáról és lehetőségei szerint nem tesz meg mindent a baleset következményeinek elhárításáért és csökkentéséért.
- (14) Nem minősül balesetnek, ha a Biztosítottat bűncselekmény elkövetése miatt halálra ítélik, és az ítéletet végrehajtják.

20.§

A biztosítási védelem tárgyi körülhatárolása

- (1) Biztosítási szolgáltatás csak a megtörtént baleset által kiváltott, azzal okozati összefüggésben bekövetkezett marandó következményekért (testi sérülés vagy halál) jár.
- (2) A rokkantság fokának megállapításánál valamely korábbi rokkantság százalékos értékét csak akkor vonják le, ha a baleset olyan testi vagy szellemi funkciót érintett, amely már korábban is károsodott.
- (3) A korábbi rokkantság mértékét a 22. §-ban írtak szerint állapítják meg.
- (4) Ha olyan betegségek vagy fogyatékosságok befolyásolják a baleseti következményeket, amelyek már a baleset előtt is fennálltak, a szolgáltatást a betegség vagy fogyatékosság mértékének megfelelően csökkenteni kell, feltéve, hogy ez a hatás legalább 25%-ot tesz ki.
- (5) Szervi alapú idegrendszeri zavarok esetén a szolgáltatás csak akkor jár, ha ez a zavar a baleset által okozott szervi károsodásra vezethető vissza. A pszichikai zavarok (neurózis, pszichoneurózis) nem minősülnek baleseti következménynek.
- (6) Porckorongsérv esetén csak akkor jár szolgáltatás, ha az közvetlenül a gerincoszlopra gyakorolt mechanikus hatás következtében állt elő, és nem egy, a baleset előtt már fennállt betegségtünet súlyosbodásáról van szó.
- (7) Bármilyen hasi és altesti sérv esetén szolgáltatás csak akkor jár, ha a sérvet kívülről jövő közvetlen mechanikus hatás idézte elő, nem pedig a sérvre való veleszületett hajlam.

21.§

A szolgáltatásra vonatkozó különleges rendelkezések

- (1) A Biztosító mentesül fizetési kötelezettsége alól, amennyiben bizonyítja, hogy a kárt jogellenesen
 - (a) a Biztosított, illetőleg a Szerződő
 - (b) a velük közös háztartásban élő hozzátartozója szándékosan, vagy súlyosan gondatlanul okozta.

- (2) A Biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól mentesül, ha a Biztosított a Kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét, a díjtartalék összege ebben az esetben az örökösöket illeti meg, és a Kedvezményezett abból nem részesülhet.
- (3) Ezeket a rendelkezéseket a kármegelőzési és kárenyhítés kötelezettség megszegésénél is alkalmazni kell.

22.§

Tartós rokkantság

- (1) Ha a baleset napjától számított egy éven belül a baleset következményeként tartós (maradandó) rokkantság marad vissza, akkor az aktuális biztosítási összegből a rokkantság fokaának megfelelő összeget kell kifizetni.
- (2) A rokkantság fokának megállapítása az alábbi rendelkezések szerint történik:
- (a) Az alább felsorolt szervek teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége esetén:
- | | |
|---|------|
| egyik felső végtagonál | 70% |
| egy kéznél | 60% |
| egy hüvelykujjánál | 20% |
| egy mutatóujjánál | 10% |
| valamely másik ujjnál | 5% |
| egyik alsó végtagonál | 70% |
| egy lábnál | 50% |
| egy nagylábujjánál | 5% |
| valamely másik lábujjánál | 2% |
| mindkét szem látóképességének elvesztése esetén | 100% |
| az egyik szem látóképességének elvesztése esetén | 35% |
| amennyiben a másik szem látóképessége a biztosítási esemény bekövetkezése előtt már elveszett | 65% |
| mindkét fül hallóképességének elvesztése esetén | 60% |
| az egyik fül hallóképességének elvesztése esetén | 15% |
| amennyiben azonban a másik fül hallóképessége a biztosítási esemény bekövetkezése előtt már elveszett | 45% |
| a szaglóérzék elvesztése esetén | 10% |
| az ízlelő érzék elvesztése esetén | 5% |
- (b) A fent felsorolt szervek, testrészek (vagy érzék-szervi funkciók) részbeni elvesztése (vagy károsodása) esetén a tételen jelölt testrész, vagy károsodás értékéből számítva arányosan kell az egészségkárosodás mértékét meghatározni. A kar és a láb működésének korlátozottsága esetén a teljes végtagra vonatkozó tételt arányosan kell alkalmazni
- (3) Ha a rokkantság foka a (2) bekezdés szerint nem határozható meg, akkor az az irányadó, hogy a testi vagy a szellemi képességeket a baleset orvostudományi szempontból mennyiben befolyásolta.
- (4) A (2) és (3) bekezdésből adódó több százaléktételt össze kell adni. A rokkantság foka azonban sohasem lehet több, mint 100%.
- (5) A baleset utáni első évben a rokkantsági szolgáltatás csak akkor jár, ha a baleset következményeinek jellege és terjedelme orvosilag egyértelműen megállapítható.
- (6) Ha a tartós rokkantság foka nem egyértelműen meghatározott, mind a Biztosított, mind a Biztosító jogosult arra, hogy a rokkantság mértékét a baleset napjától kezdődően négy éven át évenként orvosilag újra megállapíttassa. A feleket a baleset napjától számított második év elteltével Orvosi Bizottság igénybevételeének a joga is megilleti.
- (7) Ha ilyen esetben a végleges megállapítás alapján magasabb összegű rokkantsági szolgáltatás jár, mint amelyet a Biztosító már nyújtott, a többlet összeg a megállapítástól számított 15 napon belül esedékes.

- (8) Ha a Biztosított:

- (a) a baleset következtében, a balesettől számított egy éven belül meghal, a rokkantsági szolgáltatás nem jár;
- (b) nem a baleset következtében a balesettől számított egy éven belül hal meg, a tartós rokkantság azon mértéke szerint kell a szolgáltatást teljesíteni, amellyel az utóljára kiállított orvosi leletek alapján számoltak volna;
- (c) a balesettel összefüggő, vagy attól független ok miatt a balesetet követően több mint egy év után hal meg, ugyancsak a tartós rokkantság azon mértéke szerint kell a szolgáltatást teljesíteni, amellyel az utóljára kiállított orvosi leletek alapján számolni kellett volna.

23.§

A baleset kivizsgálására vonatkozó eljárási szabályok

- (1) A biztosítási szolgáltatások igénybevételeéhez a szolgáltatásra jogosult az alábbi kötelezettségek érvényesek:
- (a) biztosítási esemény bekövetkezését a Biztosítónak lehetőleg haladéktalanul, de legkésőbb a tudomásra jutástól számított 5 napon belül be kell jelenteni. Akadályoztatás esetén az akadály megszűnését követő 5 napon belül kell a szükséges felvilágosításokat megadni, és lehetővé tenni a bejelentés és a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését.
- (b) A Biztosított halálát 5 munkanapon belül írásban be kell jelenteni a Biztosítónak, a telefaxon történő bejelentés is megfelelő. A Biztosított halálát akkor is külön be kell jelenteni az itt írt határidőben, ha magát a későbbi halált okozó balesetet korábban már bejelentették.
- (c) A Biztosítónak joga van ahhoz, hogy a holttestet a teljesítés érdekében, a hozzátartozó engedélyével megsemmisítse, felboncoltassa, szükség esetén exhumáltassa.
- (d) A balesetek bejelentésére szolgáló nyomtatványt, annak kézhezvételét követően haladéktalanul meg kell küldeni a Biztosítónak, ezen felül a Biztosító részére valószínűleg megfelelően meg kell adni valamennyi általa kért, az ügyben releváns felvilágosítást.
- (e) A Biztosítottnak meg kell hatalmaznia a kezelőorvost vagy azt a gyógyintézetet, amely a kárelbírálás szempontjából fontos okból eredően Őt kezelte, vagy megvizsgálta, hogy a Biztosító által kért tájékoztatást megadhasa és a szükséges orvosi dokumentációt kiszolgáltassa. Ezt a meghatalmazást a Biztosított az ajánlata megtételével egyidejűleg adja meg a Biztosított nyilatkozatban.
- (f) A balesettel foglalkozó hatóságok részére is meghatalmazást kell adni arra, hogy a Biztosító által kért tájékoztatásokat a káresettel összefüggően adják meg.
- (g) A Biztosító igényelheti, hogy a Biztosított a Biztosító által kijelölt orvosok által végzett vizsgálatnak vesse alá magát.
- (2) A Biztosító annyiban mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól, amennyiben az (1) bekezdésben foglalt kötelezettségeket megsértik és ennek következtében lényeges körülmények válnak tisztázhatatlanná.

24.§

A véleményeltérés esetén követendő eljárás (Orvosi Bizottság)

- (1) Az Orvosi Bizottság dönt abban az esetben, ha véleménykülönbségek merülnek fel a baleset következményeinek jellege és terjedelme tekintetében, illetve abban, hogy a bekövetkezett hátrányok mennyiben vezethetők vissza a biztosítási eseményre, továbbá a tekintetben, hogy a baleset következményeit betegség vagy fogyatékosság mennyiben befolyásolta.
- (2) A Biztosított attól számított hat hónapon belül, hogy megkapta a Biztosító nyilatkozatát arról, hogy elismeri-e és milyen

összegben a szolgáltatási kötelezettségét, követelésének ismertetése mellett ellentmondással élhet, és az (1) bekezdés szerint az Orvosi Bizottság döntésére utalt véleményeltérés esetén az Orvosi Bizottság döntését kérheti.

- (3) A Biztosító is jogosult az Orvosi Bizottság döntését kérni.
- (4) Az Orvosi Bizottságba a Biztosító és a Biztosított külön-külön jelöl egy-egy, a Magyar Orvosi Kamara névjegyzékébe bejegyzett orvost. Ha a Biztosított vagy a Biztosító az írásbeli felszólítást követő 15 napon belül nem jelöl orvost, akkor a hiányzó bizottsági tagot a másik Fél kérelmére a lakóhelye szerint illetékes Orvosi Kamara jelöli ki. Tevékenységük megkezdése előtt a két orvos közös egyetértéssel egy harmadik orvost jelöl ki elnöknek, aki abban az esetben, ha nem, vagy csak részben tudnának megegyezni, a két orvos szakvéleményében rögzített határok keretei között dönteni fog. Amennyiben a két orvos nem jut megegyezésre az elnök személyét illetően, akkor a Biztosított lakóhelye szerint illetékes Orvosi Kamara kérelemre egy, a biztosítási eseményre illetékes orvos szakértőt nevez ki elnökké.
- (5) A Biztosított köteles alávetni magát a Bizottság tagjai által végzett vizsgálatoknak és minden olyan kezelésnek, amelyet a Bizottság szükségesnek tart.
- (6) Az Orvosi Bizottság a tevékenységéről jegyzőkönyvet vezet; a jegyzőkönyvben írásban köteles megindokolni döntését. Egyet nem értésük esetén mindegyik orvos külön köteles rögzíteni véleményét a jegyzőkönyvben. Ha az elnök döntése válik szükségessé, ő a döntését indokolással együtt köteles jegyzőkönyvbe venni. Az eljárás iratait a Biztosító köteles megőrizni.
- (7) Az Orvosi Bizottság eljárásának költségeit a Bizottság állapítja meg, és azt a Biztosító előző döntéséhez képest a nyertesség illetve a veszteség arányában a Biztosító illetve a Biztosított viseli. Azon költségek aránya, amelyeket a Biztosított köteles viselni, nem haladhatja meg a halál esetére és rokkantságra együttesen érvényes biztosítási összeg egy százalékát, de legfeljebb a vitatott összeg huszonöt százalékát érheti el.

25.§ Felmondás

- (1) A határozatlan időre kötött szerződést a Felek bármikor felmondhatják.
- (2) A szerződést írásban, a biztosítási időszak végére kell felmondani. A felmondási idő 30 nap.

26.§ Reaktiválás

Ha a Szerződő (Biztosított) az első elmaradt díjesedékeségtől számított hat hónapon belül írásbeli kérelmet terjeszt elő és a teljes díjhátralékot - az időarányos késedelmi kamattal megnövelve befizeti - úgy a Biztosító kockázatviselése a teljes díjhátralék befizetését követő nap 0. órájakor újra kezdődik, feltéve, hogy a Biztosított életben van, és új egészségügyi nyilatkozatot tölt ki, vagy a Biztosító kérésére orvosi vizsgálaton vesz részt és ezek elbírálásával azt a Biztosító elfogadja. A biztosítás az eredeti tartalommal és összeggel lép újra hatályba.

A Biztosító a szerződés díjmentesítésének és reaktiválásának időpontja között a díjmentes biztosítási összeg erejéig vállalja a kockázatot, megszűnt szerződés esetében pedig a megszűnés és a reaktiválás közt kockázatot nem vállal.

27.§ Elévülés

A biztosítási szerződésből eredő igények **5 év alatt évülnek el.** Az elévülés kezdete a káresemény időpontja.

28.§ Biztosítási titok

- (1) Biztosítási titok minden olyan - államtitoknak nem minősülő - a Biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a biztosító a viszontbiztosító, a bizto-

sításközvetítő egyes ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a Biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

- (2) A Biztosító, a biztosításközvetítő ügyfeleinek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak 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 mindenkor hatályos Biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló törvény (ez jelen biztosítási feltételek hatálybalépésének időpontjában a 2003. évi LX. törvény) által meghatározott egyéb cél lehet. E céltól eltérő célból végzett adatkezelést a Biztosító vagy a biztosításközvetítő csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.
- (3) A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül titoktartási kötelezettség terheli a Biztosítót, a biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.
- (4) Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha a biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad vagy jogszabály szerint a titoktartási kötelezettség nem áll fenn - lásd: 31.§ -.
- (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 miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
 - (c) biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény Nyolcadik részének III. és III/A. fejezetében, a tőkepiacról szóló 2001. évi CXX. törvény XIX/B. fejezetében, valamint a hitelintézetekről és pénzügyi vállalkozásokról szóló 1996. évi CXII. törvény XIV/A. fejezetében foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

29.§ A Biztosító ügyfelei adatainak kezelése és az adattovábbítás részletszabályai

- (1) A szerződő és a biztosított kérésére a Biztosító köteles az általa vezetett nyilvántartásban az ügyfélről tárolt adatokról felvilágosítást adni, valamint az ügyfél által kezdeményezett adathelyesbítéseket átvezetni. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.
- (2) A Biztosító a személyes adatokat a biztosítási illetve megbízási jogviszony fennállásának idején valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.
- (3) A Biztosító a biztosított adatait az alábbi szervezetek részére jogosult továbbítani:
 - (a) a feladatkörében eljáró Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletének,
 - (b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatóságnak és ügyészségnek,
 - (c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bíróságnak, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtónak,
 - (d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzőnek,
 - (e) ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a Biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkoztatási köte-

lezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adó-kötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli, az adóhatóságnak,

- (f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálatnak,
 - (g) a Biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli Biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselővel, ezek érdek-képviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatalnak,
 - (h) a feladatkörében eljáró gyámhatóságnak,
 - (i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatóságnak,
 - (j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervnek,
 - (k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló Biztosítóknak,
 - (l) az adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető Hivatalnak,
 - (m) az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő Biztosítónak,
 - (n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, továbbá ezek egymásközi átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát kezelő szervezetnek, a Nemzeti Irodának, a levelezőnek, az Információs Központnak, a Kártalanítási Szervezetnek, kárrendezési megbízottnak és a kárképviselőnek, illetve a károkozónak, amennyiben az önrendelkezési jogával élve a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adataihoz kíván hozzáférni,
 - (o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzőnek,
 - (p) a feladatkörében eljáró adatvédelmi biztosnak.
- (4) A Biztosító és a biztosításközvetítő a nemzetbiztonsági szolgálat és az ügyészség írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti
- (a) kábítószerrel való visszaéléssel,
 - (b) terrorcselekménnyel,
 - (c) robbanóanyaggal vagy robbantószerrel való visszaéléssel,
 - (d) lőfegyverrel vagy lőszerral való visszaéléssel,
 - (e) pénzmosással,
 - (f) bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben
- (5) Mentésülés a biztosítási titoktartási kötelezettség alól:

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.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a magyar bűnüldöző szerv, illetőleg az Országos Rendőr-főkapitányság nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv, illetőleg külföldi Pénzügyi Információs Egység írásbeli megkeresése teljesítése céljából - írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a Biztosítótól, amennyiben a megkeresés tartalmazza a külföldi adatkérő által aláírt titoktartási záradékot.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Biztosító által a harmadik országbeli Biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adat-

feldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben, ha a biztosított (adat-alany) 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.

30.§

A fogyasztói panaszok kezelése

- (1) Amennyiben a Szerződő vagy a Biztosított a Biztosító szolgáltatásával vagy a biztosítási szerződés kezelésével nem elégedett, panaszt terjeszthet elő a **GRAWE Életbiztosító Zrt**-nél a (2) bekezdésben felsorolt elérhetőségek valamelyikén. Amennyiben a biztosító az ügyfél panaszát elutasítja, válaszelevelében a Biztosító tájékoztatja az ügyfelet arról, hogy panaszával - annak jellege szerint - a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletének vagy a Pénzügyi Békéltető Testületnek az eljárását kezdeményezheti, továbbá meg kell adni a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletének és a Pénzügyi Békéltető Testületnek a levelezési címét.
- (2) A panasz előterjesztésének lehetőségei:
- A Szerződő vagy a Biztosított a következő elérhetőségeken terjeszthet elő panaszt:
- (a) írásban a következő címre: GRAWE Életbiztosító Zrt. Budapesti Igazgatósága 1126 Budapest Istenehegyi út 9/b
 - (b) telefonon a következő telefonszámon: +36-1-202-1211
 - (c) telefaxon a következő telefax számon: +36-1-355-5530
 - (d) elektronikus úton a következő e-mail címen: info@grawe.hu
 - (e) személyesen az a) pontban megjelölt címen.
- (3) A fentiek felül a Szerződő vagy a Biztosított jogosult fogyasztói jogvita miatt a pénzügyi békéltető testülethez fordulni, illetve a jogérvényesítés érdekében a bírói utat igénybe venni.
- (4) A Pénzügyi Békéltető Testület elérhetőségei az alábbiak:

Pénzügyi Békéltető Testület

Székhelye: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

Levélcíme: 1525 Budapest BKKP Postafiók 172.

Telefon: +36-1-489-9100

E-mail: pbt@pszaf.hu

Internet: www.pszaf.hu/pbt

- (5) A Szerződőnek jogában áll a biztosítási szerződéssel kapcsolatos panasszal vagy bejelentéssel fordulnia a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéhez is az alábbi címen:

Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete

Székhelye: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

Levélcíme: 1534 Budapest BKKP Postafiók: 777.

Telefon: +36-1-489-9100

Telefax: +36-1-489-9102

Internet: www.pszaf.hu

31.§

Irányadó jog és az illetékes bíróság

A biztosítási szerződésekre a magyar jog az irányadó.

32.§

Egyéb költségek

Mindazokért az egyéb szolgáltatásokért, amelyekre vonatkozóan jelen Feltételek rendelkezést nem tartalmaznak, a Biztosító külön költséget számíthat fel.

33.§

Az életbiztosításokat és balesetbiztosításokat érintő hatályos adó jogszabályok és törvényhelyek

1995. évi CXVII tv. a személyi jövedelemadóról

1996. évi LXXXI. tv. a társasági adóról és az osztalékadóról

1997. évi LXXX tv. a társadalombiztosítás ellátásaira és magán-
nyugdíjra jogosultakról

1998. évi LXVI tv. az egészségügyi hozzájárulásról

2000. évi C tv. a számvitelről