

A GRAWE ÉLETBIZTOSÍTÓ ZÁRTKÖRŰEN MŰKÖDŐ RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

Eurós Általános Balesetbiztosítási Feltételei

Hatályos: 2016. 07. 01. napjától

Preambulum

Jelen általános szerződési feltételek a GRAWE Életbiztosító Zrt-vel (továbbiakban: Biztosító) 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 az ajánlattételkor, illetve a kötvény kibocsátásakor hatályos általános és különös szerződési feltételek.

2.§

A Biztosító kockázatviselésének kezdete és vége

- (1) A biztosító kockázatviselése a felek által a szerződésben (ajánlaton) meghatározott időpontban, ennek hiányában a szerződés létrejöttének időpontjában kezdődik. 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 annak beérkezésétől számított 15 napon belül - amennyiben az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség 60 napon belül - nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában a Biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és a díjszabásnak megfelelően tették.
- (3) A (2) bekezdés szerinti esetben a szerződés - az ajánlat szerinti tartalommal - az ajánlatnak a Biztosító vagy képviselője részére történő átadás időpontjára visszamenő hatállyal, a kockázat elbírálási határidő elteltét követő napon jön létre.
- (4) A Biztosító minden esetben a biztosítási fedezetet igazoló dokumentumot (továbbiakban: kötvény) állít ki.
- (5) Ha a kötvény a Szerződő ajánlatától eltér és az eltérést a Szerződő a dokumentum kézhezvételét követően késsedelem nélkül nem kifogásolja, a szerződés a kötvény szerinti tartalommal jön létre. Ez a rendelkezés lényeges eltérésekre akkor alkalmazható, ha a Biztosító az eltérésre a Szerződő figyelmét a fedezetet igazoló dokumentum átadásakor kifejezetten felhívta. Ha felhívás elmarad a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.
- (6) Az ajánlattevő az ajánlatához annak megtételétől számított 15 napig, ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, 60 napig van kötve.
- (7) Ha a Biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés a lényeges kérdésben eltér a Biztosító jelen általános szerződési feltételeitől, a Biztosító a szerződés létrejöttétől számított 15 napon belül javasolhat-

ja, hogy a szerződést a jelen általános szerződési feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a Szerződő a javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a Biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat Szerződő által történő kézhezvételétől számított 15 napon belül a szerződést 30 napra írásban felmondhatja.

- (8) Ha a kockázat elbírálási határidő alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, az ajánlatot a biztosító csak akkor utasíthatja vissza, ha ennek lehetőségére az ajánlati lapon a figyelmet kifejezetten felhívta és az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy az ajánlat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges.
- (9) A biztosítás első díjrészele a felek által meghatározott időpontban, ennek hiányában a szerződés létrejöttkor esedékes.
- (10) Ha a Szerződő az első biztosítási díjat a (9) bekezdésben foglalt időpontot megelőzően befizeti, az összeget a Biztosító a biztosítási szerződésben megjelölt időpontig kamatmentes előlegként kezeli.
- (11) Ha az esedékes díjat nem fizetik meg a Biztosító - a következményekre történő figyelmeztetés mellett - a Szerződőt a felszólítás elküldésétől számított legalább 30 napos póthatáridő tűzésével a díjfizetésre írásban felszólítja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve ha a Biztosító a díjkövetelést késsedelem nélkül a bíróságon érvényesíti.
- (12) A biztosítási kockázatviselése véget ér, amennyiben az életbiztosítás (főbiztosítás) megszűnik vagy díjmentesítésre kerül.

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, felmondással, díj nemfizetéssel, halállal és a különös feltételekben szabályozott egyéb esetekben.

5.§

A biztosítási szerződés alanyai

A Biztosító: a GRAWE Életbiztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság.

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) Életbiztosítási szerződésben Kedvezményezett a szerződésben megnevezett személy.

- (2) A Szerződő a Kedvezményezettet a Biztosítóhoz címzett és a Biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozatával jelölheti ki, és a biztosítási esemény bekövetkeztéig ugyanilyen formában a kijelölését visszavonhatja, megváltoztathatja. Ha nem a Biztosított a Szerződő, mindezekhez a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.
- (3) A Kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a Kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal, jogutód nélkül megszűnik.
- (4) Ha a Biztosító szolgáltatásához való jogot a Kedvezményezett nem szerzi meg, akkor az a Szerződőt 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 ismer, vagy ismernie kellett. A Biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a Szerződő/Biztosított közlési 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, 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg - ha a kockázatot szabályzata értelmében nem vállalhatja - a szerződést 30 napra írásban felmondhatja.
- (3) A Szerződő és a Biztosított az ajánlat megtételekor közölt tényekben bekövetkező változásokat köteles a változás tudomásra jutásától számított 5 napon belül írásban bejelenteni. Így például: foglalkozást, egészségi állapotot, életmódot, életvitelt érintő kérdéseket, lakcím-változást, így különösen a Magyarország területén kívülre történő költözést.
- (4) Ha a Szerződő a módosító javaslatra, annak készhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha a Biztosító erre a következményre módosító javaslat megtételekor a Szerződő figyelmét felhívta.
- (5) Ha a Biztosító a jogaival nem él, a szerződés az eredeti tartalommal hatályban marad.
- (6) Ha a Biztosító csak később szerez tudomást a szerződéskor már fennállott lényeges körülményről, az ebből eredő jogokat a szerződés fennállásának csupán az első 5 évében gyakorolhatja.
- (7) A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító kötelezettsége, ha a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.

8.§

A Biztosított szakmájának vagy foglalkozásának megváltozása

- (1) A Biztosított köteles az ajánlatban, illetve a biztosítási szerződés megkötésekor megjelölt szakmájának vagy

foglalkozásának megváltozását annak bekövetkeztésekor 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 Biztosítónak 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.§

Jognyilatkozatok

- (1) Amennyiben a Szerződő lakcímét változtatott, de a változást nem közölte a Biztosítóval, a Szerződővel közlendő jognyilatkozatok hatályosságához a Biztosító részéről elegendő az általa ismert utolsó lakcímére igazolható módon küldött levél. A nyilatkozat akkor válik hatályossá, amikor a lakcím-változás hiányában szabályos kézbesítés esetén eljutott volna a Szerződőhöz.
- (2) Amennyiben a Szerződő a biztosítási szerződést 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 az (1) bekezdés rendelkezései érvényesülnek.
- (4) Az balesetbiztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához - ha a szerződést nem ő köti meg - a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.
- (5) Ha a Biztosított kiskorú, és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló személy köti meg, a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges. A gyámhatóság jóváhagyásával érvényes a szerződés akkor is, ha a biztosított a cselekvőképeségében vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy.
- (6) 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 szerződésbe lép.
- (7) Ha a szerződést nem a Biztosított kötötte a szerződésbe bármikor a Biztosítóhoz intézett nyilatkozatával beléphet, a belépéshez a Biztosító hozzájárulása nem szükséges. A belépéssel a Szerződőt megillető jogok és az őt terhelő kötelezettségek összessége a Biztosítottra száll át.
- (8) Ilyen esetekben a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a Biztosított a Szerződővel egyetemlegesen felelős. A szerződésbe belépő Biztosított köteles a

Szerződőnek a szerződésre fordított költségeit – ideértve a biztosítás díját – megtéríteni.

- (9) Ha a szerződést nem a Biztosított köti a biztosítási esemény bekövetkeztéig vagy a Biztosított belépéséig a Szerződő a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a Biztosítottat köteles tájékoztatni.

10.§

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 13. és 14. §-okban, valamint a kötvényben vannak feltüntetve.
- (2) A biztosítási esemény a baleset 11.§ 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 tartamát az ajánlatban, a kötvényben, és az egyes termékek Különös Szerződési Feltételeiben határozzák meg.

11.§

A baleset fogalma

- (1) A baleset a Biztosított akaratától független esemény, amely váratlanul, kívülről, mechanikus vagy vegyi úton hat a Biztosított testére és a testi sérülés következtében 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 ficamárándulása 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 gyermekbenélés 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 gyermekbenélésként 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.

12.§

Nem biztosítható személyek

- (1) **Nem biztosíthatóak 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) **Amennyiben a Biztosított a biztosítási szerződés fennállása alatt vált nem biztosíthatóvá, a Biztosító 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására.**
- (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 megtételekor figyelmeztetni kell.**
- (4) **Ha a Biztosító e jogával nem él, a szerződés az eredeti tartalommal hatályban marad.**

13.§

A biztosítási szolgáltatás

- (1) A Biztosító csak a biztosítási összeg erejéig felel. Szolgáltatását euróban 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, illetve a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezésének bejelentésére, valamint a szükséges dokumentumok benyújtására vonatkozó kötelezettségét, továbbá szükség esetén azok tartalmának ellenőrzésére előírt kötelezettségeket nem teljesíti, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából 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.
- (6) A Biztosítottat állapotmegőrzési kötelezettség nem terheli.

14.§

A Biztosító teljesítésének szabályai

Minden olyan jogosultja 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 díjrendezettség esetén az utolsó díjfizetést igazoló átutalás igazolása ellenében kerülnek kifizetésre.
- (3) A Biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul kitöltött kárbejelentőt be kell küldeni.
- (4) A Biztosítottnak a balesetre, ill. balesetből eredően bekövetkező halálára vonatkozó és rendelkezésre 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 és az eljárást lezáró határozat ideértve egyéb hatósági eljárás során készült dokumentumokat is,
- 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,
- halott vizsgálati bizonyítvány,
- hivatalos orvosi igazolás a halál okáról (kórbonctani felszólító, vagy a haláleset kapcsán történt kórházi kezelés zárójelentése),
- halálesettel kapcsolatos orvosi dokumentáció,
- halálesettel kapcsolatos hatósági dokumentáció,
- a halálesetet megelőző ellátások dokumentumai (kórházi zárójelentések, ambuláns lapok, röntgen leletek, kezelésekkel 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.

A fenti dokumentumokat másolatban kell a Biztosító részére eljuttatni, kétség esetén a Biztosító kérheti az eredeti dokumentum bemutatását vagy hitelesített másolatát.

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

15.§

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 a Biztosító biztosítási pótdíjat vagy záradékban, a kockázat elbírálás eredményének függvényében az ajánlattól eltérő feltételeket állapíthat meg.
- (3) A biztosítási szerződés folyamatos (éves) díjfizetésű. 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 biztosítási szerződés esedékes díjait Euróban kell megfizetni a Biztosító ajánlaton megadott és erre a célra fenntartott bankszámlájára. Az Euróban vezetett bankszámlára banki átutalással, vagy bankban, a bankszámlára történő készpénzes fizetéssel kell a díjfizetést teljesíteni. A díjfizetés felmerülő költségei a Szerződőt terhelik. A Biztosító díjfizetésként csak a megadott bankszámlára és megadott pénznemben történő teljesítést fogadja el, az ettől eltérő teljesítés nem minősül teljesítésnek és a téves utalásból eredő mindenművet következményt a Szerződő köteles viselni, így az árfolyam különbözetből eredő következményeket is.**
- (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 történő megfizetéséhez, ha azt a biztosítási termékterv megengedi, valamint, ha a Szerződő 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 késedelm 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) Arra nézve, hogy a biztosítási díj megfizetése kellő időben megtörtént-e, a befizetésnek a Biztosító számlájára történő beérkezési időpontja az irányadó.
- (6) A Biztosító eseti döntésével a díj megfizetésére halasztást adhat.
- (7) **Amennyiben a biztosítási díj, illetve díjelőleg bármely jogcímen a Szerződő részére visszafizetésre kerül, a visszautalandó összeget a Biztosító kizárólag banki úton Euróban teljesítheti.**

16.§

Konverziós szabályok

- (1) A Szerződő és a Biztosító megállapodnak abban, hogy a szerződésben vállalt kötelezettségeiket Euró pénznem-ben teljesítik.
- (2) Megállapodnak továbbá abban, hogy amennyiben a fent megjelölt pénznem Magyarország területén a szerződés hatálybalépését követően nem minősül jogszerű fizetőeszköznek, vagy
 - ha a Magyar Nemzeti Bank és/vagy Magyarország kormányának árfolyam politikája, monetáris politikája, vagy egyéb gazdaságpolitikai döntése, vagy
 - bármilyen jogszabályi rendelkezés, korlátozás ill. tilalom, vagy
 - a Biztosító befolyásán kívül eső bármely egyéb körülmény következtében:
 - a Biztosítónak vagy a Szerződőnek nincs jogszerű lehetősége az Euró pénznem Magyarország területén történő beszerzésére, vagy
 - a Biztosítónak nincs jogszerű lehetősége Magyarország területén történő fenntartására, vagy
 - a Biztosítónak nincs jogszerű lehetősége Magyarország területén létrejött eurós szerződéseinek tartalmait Magyarország területén kívül Euró eszközbe fektetni és/vagy ezen befektetéseket fenntartani, úgy ebben az esetben a Biztosító - a fenti körülmények mérlegelése és saját döntése alapján - jogosult a szerződésben meghatározott kötelezettség (biztosítási összeg, biztosítási díj, stb.) pénznemét Magyarországon az átváltás időpontjában érvényes törvényes pénznemére átváltani (konvertálni), és a hivatkozott kötelezettségeket az átváltás időpontjától kezdve ebben a pénznemben kifejezni.
- (3) Az átváltás időpontjától fogva a Biztosító és a Szerződő kötelezettségeiket az új pénznemben köteles teljesíteni, és a szerződés bármely Euró pénznemre történő hivatkozása érvénytelenné válik.
- (4) A Biztosító az átváltást egy adott időpontra meghatározottan - saját döntése alapján - a Magyar Nemzeti Bank vagy egy, a Biztosító által megjelölt kereskedelmi bank által közzétett devizaárfolyam alapján végzi el.
- (5) Az átváltást követően a biztosító új kötvényt bocsát ki a biztosítási összeg és a díj, valamint a maradvány új pénznemben történő feltüntetésével.

17.§

A díjfizetés elmulasztásának következményei

- (1) Amennyiben a Szerződő a biztosítási díjat a 2.§ (11) bekezdésében foglaltakra figyelemmel nem egyenlíti ki, valamint a Biztosító a biztosítási díj iránti igényét bírósági úton nem érvényesíti, a szerződés megszűnik. (ld.: 2.§ (12) bekezdés)
- (2) A biztosítási díjat a Biztosító az első évben bírósági úton érvényesítheti; ezt követően csak akkor élhet e jogával, ha abban az évben a Szerződő a díjfizetést már megkezdte, vagy a díjfizetésre halasztásban állapodtak meg.

18. §

Kizárások és mentesülések

- A biztosításból ki vannak zárva a következő balesetek:
- (1) amelyek légi járművek nem utaskénti használata, ejtőerő-nyos 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 bób, a síbób 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 színterén vett részt;
 - (8) amelyeket közvetve vagy közvetlenül
 - ionizáló sugárzások hatása, vagy
 - nukleáris energia okozott;
 - (9) amelyeket a Biztosított egy őt érő szívinfarktus vagy szívszélhűdés 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) A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, amennyiben a biztosított halálát a biztosítási összegre jogosult okozta.
 - (15) Nem minősül balesetnek, ha a Biztosítottat bűncselekmény elkövetése miatt halálra ítélik, és az ítélet végrehajtják.

19.§

A biztosítási védelem tárgyi körülhatárolása

- (1) Biztosítási szolgáltatás csak a megtörtént baleset által kiváltott, azzal okozati összefüggésben bekövetkezett maradandó 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 21. §-ban írtak szerint állapítják meg.
- (4) Ha olyan betegségek vagy fogyatékoságok befolyásolják a baleseti következményeket, amelyek már a baleset előtt is fennálltak, a szolgáltatást a betegség vagy fogyatékoság 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, posztraumás stressz-zavar) 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.

20. §

A szolgáltatásra vonatkozó különleges rendelkezések

- (1) A Biztosító mentesül fizetési kötelezettsége alól, amennyiben bizonyítja, hogy a balesetet 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.
- (3) Ezeket a rendelkezéseket a kármegelőzési és kárenyhítés kötelezettség megszegésénél is alkalmazni kell.

21.§

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 fokának megfelelő összeget kell kifizetni.
- (2) A rokkantság fokának megállapítása az alábbi rendelkezések szerint történik:
 - (a) Az alább felsorolt szervek, testrészek 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 érzékszervi funkciók) részbeni elvesztése (vagy károsodása) esetén a tételesen 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 igénybevételének 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, amelylyel az utoljára 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 utoljára kiállított orvosi leletek alapján számolni kellett volna.

22.§

A baleset kivizsgálására vonatkozó eljárási szabályok

(1) A biztosítási szolgáltatások igénybevételéhez a szolgáltatásra jogosult az alábbi kötelezettségek érvényesek:

(a) 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 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 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, ezenfelül a Biztosító részére valóságnak 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 megadhassa 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.

23.§

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 fogyatékoság mennyiben befolyásolta.

(2) A Biztosított attól számított 6 hónapon belül, hogy megkapta a Biztosító nyilatkozatát arról, hogy elismeri-e és milyen összegben a szolgáltatási kötelezettségét, követelesének 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 ugyanaz a Fél jelölheti. 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 az Orvosi Bizottság döntést nem hozhat.

(5) Az Orvosi Bizottság a tevékenységéről jegyzőkönyvet készít, 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.

(6) Az Orvosi Bizottság eljárásának költségeit előzetes egyeztetés alapján 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.

24.§

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.

25.§

A kockázatviselés helyreállítása (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. órájkor újrakezdődik, 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 megszűnés és a reaktiválás közötti időszakra kockázatot nem vállal.

26.§ Elévülés

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

27.§ Biztosítási titok

- (1) Biztosítási titok minden olyan - minősített adatot nem tartalmazó - a Biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a biztosító a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő egyes ügyfeleinek - ideértve a károsultat is - 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 Biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. 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 - ha törvény másként nem rendelkezik - 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 a 30.§ szerint.
- (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) a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

28.§ 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 jogviszony fennállásának idején valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.
- (3) A Biztosító a biztosítási titoknak minősülő adatokat az alábbi szervezetek részére jogosult továbbítani:
 - (a) a feladatkörében eljáró Magyar Nemzeti Banknak,
 - (b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatóságnak és ügyészségnek, továbbá az általuk kirendelt szakértőnek,
 - (c) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási határozatok bírósági felülvizsgálata során eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal,
 - (d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzőnek, továbbá az általa kirendelt szakértőnek,
 - (e) ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a Biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkoztatási kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli, az adóhatóságnak,
 - (f) az adóhatóságnak a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XIX. törvény alapján az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény 43/B-43/C. §-ában, illetőleg az Aktv. 43/H. §-ában foglalt kötelezettség teljesítéséhez,
 - (g) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálatnak,
 - (h) a Biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli Biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselővel, ezek érdekképviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatalnak,
 - (i) a feladatkörében eljáró gyámhatóságnak,
 - (j) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatóságnak,
 - (k) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervezetnek,
 - (l) a viszontbiztosítóknak, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló Biztosítóknak,
 - (m) az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő Biztosítóknak,
 - (n) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellá-

tásához szükséges adatok tekintetében a könyv- vizsgálóval,

- (o) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosának,
- (p) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információs szabadsági Hatóságnak.

A Biztosító jogosult az adatokat továbbítani, amennyiben az a)-k), pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a l)-m) és o)-p) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

- (4) A Biztosító, biztosításközvetítő, biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóság, a nemzetbiztonsági szolgálat és az ügyészség írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet
 - (a) a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
 - (b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.
- (5) 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 vagy,
 - az adatalany hozzájárulásának hiányában adattovábbításnak törvényben meghatározott adatköre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban a személyes adatok védelmének megfelelő szintje az információs önrendelkezési jogról és az információ szabadságról szóló 2011. évi CXII. tv. 8. § (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.
- (6) A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóságot a „halaszthatatlan intézkedés” jelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyészi jóváhagyást nélkülöző megkeresésére is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott ügygel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról.
- (7) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító, biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.

- (8) Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során az összevont alapú felügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.
- (9) A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.
- (10) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha
 - a magyar bűnüldöző szerv - nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából - írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól,
 - illetőleg ha a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.
- (11) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a mindenkor hatályos hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló törvényben meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját.

29.§

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, válaszlevelében a Biztosító tájékoztatja az ügyfelet arról, hogy panaszával - annak jellege szerint - a Magyar Nemzeti Bank, Fogyasztóvédelmi Központ vagy a Pénzügyi Békéltető Testület eljárását kezdeményezheti.
- (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
1124 Budapest, Jagelló út 20/A
 - (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 Ügyfél-tájékoztató (2) bekezdésében megjelölt címeken.
- (3) A fentiek felül a Szerződő vagy a Biztosított jogosult fogyasztói jogvita miatt a Pénzügyi Békéltető Testülethez fordulni, illetve a jogérvényesítés érdekében a bírót utat igénybe venni.

- (4) A Pénzügyi Békéltető Testület elérhetőségei az alábbiak:

Székhelye:

1133 Budapest, Váci út 76. (Capital Square Irodaház, Dráva utcai bejárat, földszint)

Levélcíme általános ügyekben:
1525 Budapest, Postafiók 172.

Levélcíme elszámolással, szerződés módosítással kapcsolatos ügyekben:
1539 Budapest, Postafiók 670.

Telefon: +36-40-203-776

E-mail: ugyfelszolgalat@mnbb.hu

Internet: www.mnbb.hu/bekeltetes

- (5) A Szerződőnek jogában áll a biztosítási szerződéssel kapcsolatos panasszal vagy bejelentéssel a Magyar Nemzeti Bank, Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központjához fordulni az alábbi címen:

Székhelye: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

Levélcíme: 1534 Budapest BKBP Postafiók: 777.

Telefon: +36-40-203-776

Telefax: +36-1-489-9102

E-mail: ugyfelszolgalat@mnbb.hu

Internet: www.mnbb.hu/fogyasztovedelem

30.§

Irányadó jog

A biztosítási szerződésekre a **magyar jog** az irányadó.

31.§

Egyéb költségek

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

32.§

A veszélyközösség védelme céljából történő adatátadás

- (1) A biztosító (e § alkalmazásában: megkereső biztosító) - a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében - a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz (e § alkalmazásában: megkeresett biztosító) az e biztosító által - a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével - kezelt és az alábbiakban meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, ha a megkereső biztosító erre vonatkozó jogosultsága a biztosítási szerződésben (a Biztosító Általános Szerződési Feltételeiben) rögzítésre került.
- (2) A megkeresett biztosító a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni a megkereső biztosítónak.
- (3) A megkereső biztosító az életbiztosítási ágazatokhoz, valamint a nem-életbiztosítási ágazatok közül a bal-életbiztosításhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
- (a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személy azonosító adatait;

(b) a biztosított személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;

(c) az a) pontban meghatározott személyt érintő korábbi - az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos - biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;

(d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és

(e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.

- (4) Az (1) bekezdésben meghatározott megkeresésnek tartalmaznia kell az ott meghatározott személy, vagyontárgy vagy vagyoni jog azonosításához szükséges adatokat, a kért adatok fajtáját, valamint az adatkérés céljának megjelölését. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkereső biztosító felelős az (1) bekezdésben meghatározott megkeresési jogosultság tényének fennállásáért.

(5) A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti.

(6) Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés (5) bekezdésben meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig. Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.

(7) A megkereső biztosító az (1) bekezdésben meghatározott megkeresés és a megkeresés teljesítésének tényéről, továbbá az abban szereplő adatok köréről a megkereséssel érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti.

(8) Ha az ügyfél az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló törvényben szabályozott módon az adatairól tájékoztatást kér és a megkereső biztosító - a (8)-(10) bekezdésben meghatározottakra tekintettel - már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek a tényéről kell tájékoztatni a kérelmezőt.

(9) A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal az (1) bekezdésben meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.

(10) A megkeresésben megjelölt adatok teljesítésének a helyességéért és pontosságáért a megkeresett biztosító a felelős.