

SIGNAL

csoportos havi díjfizetésű kölcsönfedezeti élet- és egészségkárosodás biztosítás

Feltételek

Tartalomjegyzék

CSOPORTOS HAVI DÍJFIZETÉSŰ KÖLCSÖNFEDEZETI ÉLET- ÉS EGÉSZSÉGHÁROSODÁS BIZTOSÍTÁS ÁLTALÁNOS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEI (TSTOKK-HÓ/65-RK)	2
1. Biztosítási szerződés alanyai	2
2. Biztosítási események	2
3. A maradandó egészségkárosodás meghatározása	4
4. A Biztosító szolgáltatása	5
5. A kölcsönszerződés	5
6. A biztosítási szerződés létrejötte, tartama , időbeli hatálya, kockázatviselés kezdete, várakozási idő	5
7. Biztosítási szerződés módosítása	5
8. Biztosítási díj	5
9. A szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei	5
9.1. Közlési és változás bejelentési kötelezettség	5
9.2. Titoktartási kötelezettség, titokvédelemmel kapcsolatos előírások	6
9.2.1. A Biztosítási titokra vonatkozó rendelkezések	6
9.2.2. A biztosító üzleti titka	9
9.2.3. A FATCA-törvény alapján fennálló tájékoztatási kötelezettségek	9
9.2.4. A Pénzügyi Számlákkal kapcsolatos adatszolgáltatás és átvilágítás alapján fennálló kötelezettségek	10
9.2.5. A veszélyközösség védelme céljából történő adatátadás	10
9.3. Nemek közötti megkülönböztetés tilalma	12
9.4. A személyes adatkezelésre vonatkozó tudnivalók	12
9.5. Felmentés, felhatalmazás	13
10. Kizárt kockázatok	13
11. A Biztosító mentesülése	15
12. Visszavásárlás, díjmentes leszállítás, értékkövetés, nyereségrészesedés, kötvénykölcsön	15
13. A biztosítási esemény bejelentése	16
14. A biztosítási szolgáltatás jogosultja és a kifizetéshez szükséges iratok	16
14.1. A szolgáltatásra jogosult személy	16
14.2. A biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez szükséges iratok	16
15. A Biztosított egyéb kötelezettségei	17
16. A szolgáltatás kifizetése	18
17. A Biztosító és Biztosított közötti biztosítási jogviszony és Biztosító kockázatviselésének megszűnése adott Biztosítottra vonatkozóan	18
18. Panaszkezeléssel kapcsolatos tudnivalók	18
19. Elévülés	20
20. Kockázatelbírálás	20
21. Egyéb rendelkezések	20
22. Kiegészítő biztosítások	21

CSOPORTOS HAVI DÍJFIZETÉSŰ KÖLCSONFEDEZETI ÉLET- ÉS EGÉSZSÉGGÁROSODÁS BIZTOSÍTÁS ÁLTALÁNOS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEI (TSTOKK-HÓ/65-RK)

Tisztelt Ügyfelünk!

Jelen általános szerződési feltételek a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. tv. (Ptk.) és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. tv. (Bit.) szabályai alapján jöttek létre.

Jelen feltételek szerint létrejövő biztosítási szerződésre a magyar jog irányadó.

Jelen szerződési feltételek egyben a Bit. 4. sz. melléklete A) részének megfelelő ügyféltájékoztatónak is minősülnek. Az ügyféltájékoztatónak minősülő részek a szövegben dőlt betűkkel olvashatóak.

A biztosító mentesülésének szabályai, a biztosító szolgáltatása korlátozásának a feltételei, az alkalmazott kizárások, a Ptk. rendelkezéseitől, a szerződésre vonatkozó egyéb rendelkezésektől, a szokásos szerződési gyakorlattól lényegesen eltérő feltételek dőlt és vastagított betűvel szedettek.

Társaságunk cégneve: SIGNAL Biztosító Zrt.

Székhelye: 1123 Budapest, Alkotás utca 50.

Tulajdonosa: SIGNAL IDUNA Holding (Németország)

Adószám: 10828704-2-44

KSH-száma: 10828704-6511-114-01

Bejegyezve a Fővárosi Bíróságon, mint Cégbíróságon a Cg.01-10-042159 szám alatt.

Adatkezelési nyilvántartási szám: NAIH-87194/2015

Központi ügyfélszolgálat: 1123 Budapest, Alkotás utca 50.

Telefon: (361) 458 4200

Egyéb elérhetőség: info@signal.hu, www.signal.hu

Felügyelő hatóság: a pénzügyi közvetítőrendszer felügyeletével kapcsolatos feladatkörében eljáró Magyar Nemzeti Bank.

1. Biztosítási szerződés alanyai

Biztosító: a SIGNAL Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság (Székhelye: 1123 Budapest, Alkotás utca 50). Biztosító a biztosítási díj ellenében a kockázatot viseli, és a jelen szerződési feltételek 2. pontjában meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén a szerződési feltételek 4. pontjában meghatározott szolgáltatások teljesítésére kötelezettséget vállal.

Szerződő: a Biztosítóval szerződő fél (továbbiakban: pénzintézet vagy hitelintézet), aki a biztosítási díjat tartozik fizetni.

Ha a szerződést nem a biztosított köti, a biztosítási esemény bekövetkezéséig a szerződő fél a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a biztosítottat köteles tájékoztatni.

Biztosítási szerződést csak az köthet, aki valamely vagyoni vagy személyhez fűződő jogviszony alapján a biztosítási esemény elkerülésében érdekelt, vagy aki a szerződést az érdekelt személy javára köti meg.

Biztosított lehet az a szerződéskötéskor 18. életévét beöltött természetes személy, aki a Biztosító kockázatvállalási feltételeinek megfelel és a Szerződőnél a biztosítási szerződés alapját képező hitel- vagy kölcsönszerződéssel (a továbbiakban kölcsönszerződés vagy hitelszerződés) rendelkezik és a szerződéskötést megelőzően egészségi állapotáról, valamint a biztosítási szerződéshez történő csatlakozási szándékáról a Biztosító formanyomtatványának (továbbiakban: Nyilatkozat) aláírásával írásban nyilatkozik. **A Biztosított életkora biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 65. évet. Ennek értelmében a biztosítási jogviszony nem jöhet létre, ha a leendő Biztosított életkora a biztosítási szerződés időbeli hatályának adott Biztosítottra vonatkozóan a lejáratakor meghaladná a 65. életévet.**

A Szerződő személyére vonatkozó megkötések (hitelintézet), és a szerződés jellege miatt a Biztosított nem léphet a Szerződő helyébe.

A **kedvezményezett** jelen biztosítási szerződés esetében kizárólag a Szerződő hitelintézet.

2. Biztosítási események

- a Biztosított kockázatviselési időszakon belül bekövetkező halála,*
- a Biztosított a jelen biztosítási szerződés Biztosítottja vonatkozó időbeli hatálya alatt bekövetkezett, és jelen szerződési feltételek 2.1. pontjában meghatározott balesetből eredő, a kockázatviselési időszakon belül bekövetkező olyan maradandó egészségkárosodása, amely során a Biztosítottnál véglegesen 30%-os mértéket meghaladó egészségkárosodás alakul ki,*
- a Biztosítottja vonatkozóan a magyar társadalombiztosítási szerv, a biztosítási szerződés Biztosítottja vonatkozó időbeli hatálya alatt a szerződési feltételek 2.1. pontjában megfogalmazott és a kockázatviselési időszakban bekövetkezett balesetből eredő D-E vagy C2 típusú rokkantságot, illetve jelen biztosítási szerződés Biztosítottja vonatkozó időbeli*

hatálya alatt bekövetkezett betegségből származó D vagy E típusú rokkantságot állapít meg.

2.1. A baleset fogalma és a betegség időpontja jelen biztosítási feltételek vonatkozásában:

A baleset a jelen biztosítás szerződés Biztosított-ra vonatkozó időbeli hatálya alatt bekövetkező és a Biztosított akaratán kívül fellépő olyan egyszeri, hirtelen külső behatás, amelynek következtében a Biztosítottnál a baleset következtében jelen szerződési feltételekben meghatározottak szerint, annak megtörténtétől számított 1 éven belül maradandó egészségkárosodás alakul ki.

Balesetbiztosítási eseménynek minősülnek az alábbi, a Biztosított akaratán kívüli események is: vízbefúlás, égési sérülések, leforrászás, villámcsapás, vagy elektromos áram behatásai.

Nem minősülnek balesetnek:

- a betegségek és
- az ételmérgezés.

A betegség bekövetkeztének időpontja az a nap, amit a kezelőorvos a betegség bekövetkeztének, vagy – amennyiben nem állapítható meg egyértelműen, hogy mikor következett be a betegség – első diagnosztizálásának napjaként megállapít és igazol.

2.2. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja:

2. a. pontban leírt biztosítási esemény esetén a halál bekövetkezésének napja.

2. b. pontban leírt biztosítási esemény esetén, az a nap, amit a maradandó, 30%-ot meghaladó egészségkárosodás bekövetkeztének időpontjaként a Biztosító orvosa szakvéleményében megállapít, feltéve, ha az egészségkárosodás mértéke végleges.

Maradandó egészségkárosodás bekövetkeztének időpontja a Biztosított és Biztosító erre irányuló vitája esetén az a nap, amit jelen feltételek szerint független orvosszakértő a maradandó egészségkárosodás bekövetkeztének időpontjaként szakvéleményében megállapít.

2. c. pontban leírt biztosítási esemény esetén, az a nap, amit az egészségkárosodás mértékéről kiállított jogerős határozatban (NRSZH határozat) az illetékességgel és hatáskörrel rendelkező hatóság a jelen biztosítási feltételek szerinti rokkantság kezdeteként megjelöl, mely nem lehet korábbi, mint a hitelszerződés aláírásának napja, vagy – amennyiben ilyen határozat nem áll rendelkezésre – az a nap, amit a Biztosító orvosa szakvéleményében a rokkantság bekövetkezésének napjaként szakvéleményében megjelöl.

Vita esetén az a nap, amit jelen feltételek szerint független orvosszakértő a rokkantság időpontjaként szakvéleményében megállapít.

2.3. A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértékének megállapítására vonatkozó általános rendelkezések.

Biztosító kizárólag abban az esetben szolgáltat a jelen szerződési feltétel 2.b. pontjában meghatározott biztosítási esemény bekövetkezte esetén, ha a maradandó egészségkárosodás végleges mértéke megállapítható és az a 30%-ot meghaladja. A maradandó egészségkárosodás végleges mértékének megállapítása szempontjából a Biztosított alábbi időpontokban fennálló állapota irányadó.

2.3.1. Amennyiben a maradandó egészségkárosodás mértéke egyértelműen és véglegesen megállapítható a jelen feltétel 3. pontja szerinti orvosi vélemény elkészítésekor, akkor az orvosi szakvélemény készítésekor fennálló állapot és annak alapján az orvosi szakvéleményben véglegesként meghatározott egészségkárosodás mértéke az irányadó.

2.3.2. Amennyiben az egészségkárosodás végleges mértéke a jelen szerződési feltételek 3. pontjában leírt orvosi vélemény elkészítésekor nem állapítható meg, mert a Biztosított állapotában orvosi kezelés, gyógykezelés, vagy egyéb ok miatt változás következhet még be, akkor legkorábban a baleset bekövetkeztét követő 1 év elteltével a Biztosító orvosa ismételt vizsgálata alapján kerül meghatározásra a Biztosított egészségkárosodásának végleges mértéke és a Biztosító szolgáltatási kötelezettségének meghatározása. Az ismételt vizsgálatra a jelen feltételek 3. pontjában rögzített, orvosi véleményre vonatkozó rendelkezései irányadóak. Az ismételt vizsgálat szükségességét és időpontját Biztosító orvosa állapítja meg orvosi véleményében.

2.3.3. Amennyiben a biztosítási esemény bejelentésére a balesetet követő 1 éven túl kerül sor, az egészségkárosodás végleges mértékének meghatározása szempontjából a Biztosított kárigény bejelentésekor fennálló állapota az irányadó.

3. A maradandó egészségkárosodás meghatározása

A jelen szerződési feltételek 2/b pontjához kapcsolódó maradandó egészségkárosodás mértékét a szervek, végtagok, illetve működésképeségük elvesztése esetén az alábbi táblázat iránymutatása alapján kell meghatározni.

Testrészek egészségkárosodása	Térítés
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Beszélőképesség teljes elvesztése vagy mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	70%
Egy kar vállízületből való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egy láb combközép fölöttig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egy kar könyökizület felettig való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
Egy kar könyökizület alatt való elvesztése illetve teljes működésképtelensége	60%
Egyik láb combközépig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	60%
Egy kéz teljes elvesztése illetve teljes működésképtelensége	55%
Egy láb térd alatt való elvesztése illetve teljes működésképtelensége	50%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	50%
Egyik láb lábszár közepéig való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	45%
Egyik lábfej teljes elvesztése illetve teljes működésképtelensége	40%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	30%
Egy hüvelykujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	20%
Egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	10%
A szaglóérzék teljes elvesztése	10%
Bármely másik ujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	5%
Egyik nagylábujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	5%
Az ízeleképesség teljes elvesztése	5%
Bármely másik lábujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	2%
Egy nagylábujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	5%
Az ízeleképesség teljes elvesztése	5%
Bármely másik lábujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	2%

A fenti táblázatból adódó, egy balesetre vonatkozó egészségkárosodási százalékok összegeződhetnek, de nem

haladhatják meg a 100%-ot. A Biztosító szolgáltatásának felső határa minden esetben a 4. pontban meghatározott fennálló hitelösszeg.

Egyes testrészek vagy érzékszervek részbeni elvesztése, illetve részbeni működésképtelensége esetén az előző pontban megadott egészségkárosodási százalékok megfelelő hányadát kell figyelembe venni.

Ha az egészségkárosodás foka az egészségkárosodási tábla alapján nem állapítható meg, a baleseti szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi vagy szellemi működésképeség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A maradandó egészségkárosodás mértéke független a Biztosított foglalkozásától és egyéb tevékenységétől, a Biztosító a bármely munkavégzést akadályozó egészségkárosodást veszi figyelembe.

A maradandó egészségkárosodás mértékét minden esetben a Biztosító orvosa állapítja meg, amely eltérhet a társadalombiztosítás által megállapított egészségkárosodási mértéktől.

Ha a Biztosított a Biztosító orvosa által megállapított maradandó egészségkárosodás mértékével vagy bekövetkeztenek időpontjával nem ért egyet, saját maga is szerezhethet be orvosi véleményt. Amennyiben az a Biztosító orvosának véleményétől eltér, független, mindkét fél által elfogadott orvosszakértőt kell felülvizsgálatra felkérni. A független orvosszakértői felülvizsgálattal kapcsolatban felmerülő költségeket (utazás, honorárium) a Biztosító csak abban az esetben viseli, ha az orvosszakértő magasabb egészségkárosodási százalékot állapított meg, vagy ha a felülvizsgálatot a Biztosító kérte.

A jelen feltétel 2/c pontban meghatározottak esetében, amennyiben a hatályos jogszabályok értelmében nem tud a Biztosított becsatolni **rokkantságot megállapító dokumentumot, úgy a Biztosító orvosa állapítja meg az egészségkárosodás és a rokkantság mértékét. Ha a Biztosított a Biztosító orvosa által megállapított maradandó egészségkárosodás, rokkantság mértékével vagy bekövetkeztenek időpontjával nem ért egyet, saját maga is szerezhethet be orvosi véleményt. Amennyiben az a Biztosító orvosának véleményétől eltér, független, mindkét fél által elfogadott orvosszakértőt kell felülvizsgálatra felkérni. A független orvos szakértői felülvizsgálattal kapcsolatban felmerülő költségeket (utazás, honorárium) a Biztosító csak abban az esetben viseli, ha az orvos szakértő magasabb egészségkárosodási százalékot állapított meg, vagy ha a felülvizsgálatot a Biztosító kérte.** Az egészségkárosodás mértéke, illetve a rokkantság foka eltérhet a társadalombiztosítás által megállapított egészségkárosodási mértéktől, illetve rokkantsági foktól.

A jelen feltétel 2/c pontjában meghatározott biztosítási esemény vonatkozásában a Biztosító orvosa által meghatározott egészségkárosodás, rokkantság mértéke a jelen feltétel 3. pontjában rögzített egészségkárosodási táblázat mértékektől eltérően is megállapításra kerülhet, függően az egészségkárosodás mértékét megalapozó valamennyi betegségre vagy baleseti sérülésre.

4. A Biztosító szolgáltatása

- 4.1. A jelen biztosítási szerződés 2. pontjában meghatározott biztosítási események bármelyikének bekövetkezése esetén a Biztosító, a kedvezményezettnek egy összegben kifizeti
- a. speciális hiteltermékek esetén (személyi kölcsön, folyószámlahitel, hitelkártya) a Biztosítottnak a biztosítási esemény bekövetkezése időpontjában a pénzintézet által lejelentett aktuális tartozás összegét, amely nem haladhatja meg a maximálisan felhasználható hitelkeret összegét, illetve a 20 millió forintot,
 - b. az a. pontban nem szereplő hiteltermékek esetében a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában a kölcsönszerződés alapján még fennálló aktuális hiteltartozást, de legfeljebb az eredeti kölcsönszerződésben meghatározott, késedelem nélküli ütemezés szerinti hiteltartozás összegét, amely nem haladhatja meg a kezdeti hitelösszeget, illetve a 20 millió forintot.

5. A kölcsönszerződés

A jelen szerződési feltételek alapján megkötött biztosítás a Szerződő által folyósított kölcsönszerződésre vonatkozik, de a felvett hitel összege nem haladhatja meg a 20 millió Ft-ot.

6. A biztosítási szerződés létrejötte, tartama, időbeli hatálya, kockázatviselés kezdete, várakozási idő

A biztosítási szerződés a Szerződő és Biztosító írásbeli megállapodása alapján jön létre.

A Biztosított a biztosítási szerződés hatályának rá való kiterjesztését Nyilatkozat kitöltésével, aláírásával és a Szerződő részére történő átadásával kezdeményezi. A biztosítási szerződés kiterjesztésének előfeltétele az is, hogy Biztosított a Szerződőnél kölcsönszerződéssel rendelkezzen.

A Biztosító és Biztosított között a biztosítási jogviszony a Nyilatkozat Biztosított által történő aláírásával jön létre, amennyiben a jelen feltételben meghatározott előfeltételek teljesülnek.

A Nyilatkozat a Biztosított jognyilatkozata is, amely tartalmazza a biztosítás hatályának rá való kiterjesztéséhez való hozzájárulását, az egészségi állapotával, a személyes adatainak kezelésével, és a titoktartás alóli felmentéssel kapcsolatosan szükséges nyilatkozatait.

A biztosítási szerződés a Biztosítottra vonatkozóan – és ellenkező megállapodás hiányában – a kölcsön folyósítása, valamint a biztosítási nyilatkozat aláírása közül a későbbi időpontot követő nap 0 órájával lép hatályba, feltéve, hogy a Szerződő a biztosítás első díját a szerződés hatálybalépését követő 45 napon belül a Biztosító díjbekérőn/számlán megadott bank-

számlájára – a megfelelő azonosító adatokkal együtt – átutalja.

A biztosítási szerződés időbeli hatályának lejárata a Biztosítottra vonatkozóan a biztosítási tartam utolsó napjának 24. órája, mely a kölcsönszerződés időtartamához igazodva kerül megállapításra.

A Biztosító kockázatviselése a Biztosítottra vonatkozóan a biztosítási szerződés adott Biztosítottra történő hatálybalépésével egy időben kezdődik.

A Biztosító jelen szerződési feltételekbe foglalt biztosítási módozatok esetén várakozási időt nem alkalmaz.

7. Biztosítási szerződés módosítása

A biztosítási szerződés módosítására nincs lehetőség.

8. Biztosítási díj

A biztosítási díj nagysága az aktuális hiteltartozás összegétől függ és havonta fizetendő.

9. A szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

9.1. Közlési és változás bejelentési kötelezettség

9.1.1. A Szerződő és a Biztosított köteles a biztosítóval a szerződéskötéskor a biztosítás elvállalása szempontjából minden olyan lényeges körülményt közölni, amelyet ismert, vagy ismernie kellett. Az ajánlattételkor írásban feltett kérdésekre adott, a valóságnak megfelelő válasszal a felek a közlési kötelezettségüknek tesznek eleget. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését. A közlésre és változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a Szerződő felet és a Biztosítottat egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.

9.1.2. Ha a szerződéskötéskor már fennállott lényeges körülményekről a Biztosító csak később szerez tudomást, az ebből eredő jogokat a szerződés létrejöttétől számított 5 évig gyakorolhatja.

9.1.3. **A közlési vagy változásbejelentésre irányuló kötelezettség megsértése esetében a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve ha**

- a szerződő bizonyítja, hogy az elhallgatott körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte vagy az nem volt kihatással a biztosítási esemény bekövetkeztére,

- **a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 biztosítási év már eltelt.**

Fogyasztóval kötött szerződés esetén, ha a szerződés több személyre vonatkozik, és a közlési vagy változás bejelentési kötelezettség megsértése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a Biztosító a közlésre vagy a változás bejelentésre irányuló kötelezettség megsértésére a többi személy esetén nem hivatkozhat.

- 9.1.4. Ha a Biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá, ha a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását közlik vele, 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg – ha a kockázatot nem vállalja – a szerződést 30 napra írásban felmondhatja. Ha a Szerződő fél a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha a Biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő fél figyelmét felhívta.

Fogyasztóval kötött szerződés esetén, ha a szerződés egyidejűleg több személyre vonatkozik, és a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító e jogát a többi személy vonatkozásában nem gyakorolhatja.

- 9.1.5. A Szerződő és a Biztosított köteles a szerződés tartama alatt írásban bejelenteni a szerződés tartam alatt beálló lényeges körülmények változását a változás bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül, az elérhetőségekben, a személyi adatokban és a biztosított személyek körében bekövetkezett változást haladéktalanul. A jognyilatkozatokat és a bejelentéseket a biztosító csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azt írásban juttatták el a biztosítóhoz.

A Szerződő fél és a Biztosítottak kötelesek a lényeges körülmények változását a változás beálltát követő 5 napon belül a biztosítónak írásban bejelenteni az alábbi módok egyikén:

e-mail: info@signal.hu,
telefon: 06 1 458 4200,
fax: 06 1 458 4260,
postacím: SIGNAL Biztosító Zrt.
1519 Budapest, Pf. 260.

- 9.1.6. Amennyiben a Szerződő és a Biztosított a változás bejelentési kötelezettségének nem tesz eleget a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályok irányadóak. A Biztosító ezzel kapcsolatos jogainak gyakorlására nyitva álló 5 éves időszak a változás bejelentési határidő leteltét követő napon kezdődik.

- 9.1.7. **Amennyiben a Biztosító az életkor helytelen bevallása miatt a szerződésben a tényleges fedezetre alacsonyabb díjat számított, de a szerződés a valós életkorral a biztosítási fede-**

zet különös szerződési feltétele szerint létrejöhethetett volna, úgy a szolgáltatás arra a szintre kerül leszállításra, amely a szerződés megkötésének időpontjában a Biztosított tényleges életkora mellett megfelelt volna.

- 9.1.8. Ha a szerződés a valós korral létrejöhethetett volna és a helytelen korbevallás eredményeképpen a díj magasabb szinten került megállapításra, úgy a Biztosító a díjkülönbözetet visszatéríti.

- 9.1.9. **Ha a biztosított valós életkora alapján a biztosítási szerződés nem jöhetett volna létre, a szerződés érvénytelen, a Biztosító a biztosítási fedezetre befizetett díjakat visszatéríti a szerződőnek.**

9.2. Titoktartási kötelezettség, titokvédelemmel kapcsolatos előírások

Jelen Titoktartási kötelezettség tájékoztató a jelen általános szerződési feltételek kiadásakor hatályos Bit-nek megfelelően került beillesztésre. A www.signal.hu honlapon elérhető a mindenkor aktuális Bit-nek megfelelő Titoktartási tájékoztató.

9.2.1. A Biztosítási titokra vonatkozó rendelkezések

- 9.2.1.1. A Biztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, 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 Bit. által meghatározott egyéb cél lehet. Biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő ügyfeleinek – ideértve a károsultat is – személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

- 9.2.1.2. Az 9.2.1.1. pontban meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést Biztosító vagy viszontbiztosító csak az Ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az Ügyfelet nem érheti hátrány, és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

- 9.2.1.3. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha a Bit. másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a Biztosító vagy Viszontbiztosító Tulajdonosait, Vezetőit, Alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

9.2.1.4. Az Ügyfél egészségi állapotával összefüggő az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvényben (a továbbiakban: Eüak.) meghatározott egészségügyi adatokat a Biztosító az 9.2.1.1. pontban meghatározott célokból, az Eüak. rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

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

- a. Biztosító vagy a Viszontbiztosító Ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
- b. a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

9.2.1.6. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn

- a. a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b. a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel,
- 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 közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
- e. az adóhatósággal, abban az esetben, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.
- f. a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g. a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- h. a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- i. az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel,
- j. törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- k. a viszontbiztosítóval, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l. az e törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető kötvénnyilvántartó szervvel,
- m. az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvévő biztosítóval,

- n. a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében és az ezen adatok egymás közti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát és a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, továbbá – a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján – a károkozóval,
- o. a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgáló feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,
- p. fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel,
- q. a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztossával,
- r. a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal,
- s. a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló miniszeri rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval

szemben, ha az a)-j), n) és s) 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 p)-s) 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.

9.2.1.7. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a Biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA-törvény) alapján az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közgaz-

gatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a Biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás az Aktv. 43/H. §-ában foglalt kötelezettség, valamint a FATCA-törvény alapján az Aktv. 43/B. és 43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.

9.2.1.8. A Biztosító vagy a Viszontbiztosító 9.2.1.5.-9.2.1.12. valamint a 9.2.1.14. pontokban meghatározott esetekben és szervezetek felé az Ügyfelek személyes adatait továbbíthatja.

9.2.1.9. A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a 9.2.1.6. pontban meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.

9.2.1.10. A Biztosító vagy a Viszontbiztosító a Nemzetbiztonsági szolgálat, az Ügyészség, továbbá az Ügyész jóváhagyásával a nyomozó hatóság írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul, írásban tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet

- 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 lőszerezettel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
- b. 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 lőszerezettel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

9.2.1.11. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a Biztosító vagy a Viszontbiztosító az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.

9.2.1.12. Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.

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

- a. magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi köte-

lezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot,

- b. 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.

9.2.1.14. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Biztosító és a Viszontbiztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben:

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

9.2.1.15. A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

9.2.1.16. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét

- a. az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- b. fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
- c. a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
- d. a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

9.2.1.17. A 9.2.1.14. pontban meghatározott adatok átadását a Biztosító és a Viszontbiztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

9.2.1.18. Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított öt év elteltével, a 9.2.1.4. pont alá eső adatok vagy az Infotv. szerint különleges adatnak mi-

nőülő adatok továbbítása esetén húsz év elteltével törölni kell.

9.2.1.19. A Biztosító és a Viszontbiztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a 9.2.1.6. pont b), f) és j) pontjai, illetve a 9.2.1.8. pont alapján végzett adattovábbításokról.

9.2.1.20. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a 2013. évi CCXXXVII. törvényben (Hpt.-ben) 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.

9.2.1.21. A Biztosító és a Viszontbiztosító a személyes adatokat a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

9.2.1.22. A Biztosító és a Viszontbiztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

9.2.1.23. A Biztosító és a Viszontbiztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

9.2.1.24. A Bit. alkalmazásában az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.

9.2.1.25. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

9.2.1.26. Biztosító és a Viszontbiztosító jogutód nélküli megszűnése esetén a Biztosító és a Viszontbiztosító által kezelt üzleti titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított hatvan év múlva a levéltári kutatások céljára felhasználható.

9.2.1.27. Nem lehet üzleti titokra vagy biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó – az Infotv.-ben meghatározott – adatszolgáltatási kötelezettség esetén.

9.2.1.28. Az üzleti titokra és a biztosítási titokra egyebekben a Ptk.-ban foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.

9.2.2. A biztosító üzleti titka

9.2.2.1. Aki üzleti titok birtokába jut, köteles azt időbeli korlátozás nélkül megőrizni.

9.2.2.2. A titoktartási kötelezettség alapján az üzleti titok körébe tartozó tény, tájékoztatás vagy adat a Bit.-ben meghatározott körön kívül a Biztosító és a Viszontbiztosító, továbbá az Ügyfél felhatalmazása nélkül nem adható ki harmadik személynek és feladatkörön kívül nem használható fel.

9.2.2.3. Aki üzleti titok birtokába jut, nem használhatja fel arra, hogy annak révén saját maga vagy más személy részére közvetlen vagy közvetett módon előnyt szerezzen, továbbá, hogy a Biztosítónak, a Viszontbiztosítónak vagy ügyfeleinek hátrányt okozzon.

9.2.3. A FATCA-törvény alapján fennálló tájékoztatási kötelezettségek

9.2.3.1. A FATCA-törvény szerinti, a Bit. hatálya alá tartozó Jelentő Magyar Pénzügyi Intézmény (a továbbiakban ezen fejezet tekintetében: intézmény) az általa kezelt, FATCA-törvény szerinti Pénzügyi Számla (a továbbiakban: pénzügyi számla) vonatkozásában elvégzi a FATCA-törvény szerinti Számlatulajdonos és Jogalany (a továbbiakban együtt: számlatulajdonos) FATCA-törvényben foglalt Megállapodás I. számú Melléklete szerinti illetőségének megállapítására irányuló vizsgálatot (a továbbiakban: illetőségvizsgálat).

9.2.3.2. Az intézmény a számlatulajdonost az illetőségvizsgálat elvégzésével egyidejűleg írásban tájékoztatja

- a. az illetőségvizsgálat elvégzéséről,
- b. az Aktv. 43/B-43/C. §-a alapján az adóhatóság felé fennálló adatszolgáltatási kötelezettségéről,
- c. a FATCA-törvény szerinti jelentéstételi kötelezettségéről.

9.2.3.3. Az Aktv. 43/B-43/C. §-a szerinti adatszolgáltatás esetén az adatszolgáltatás tényéről az intézmény a számlatulajdonost az adatszolgáltatás teljesítésétől számított harminc napon belül írásban tájékoztatja.

9.2.3.4. FATCA-törvény alapján fennálló kötelezettségek

9.2.3.4.1. A 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA törvény) alapján a Biztosító köteles adatot szolgáltatni a magyar adóhatóság felé az összes olyan egyesült államokbeli számlatulajdonosról, akik egyesült államokbeli adóilletőségűek.

9.2.3.4.2. Az adatszolgáltatási kötelezettség teljesítése érdekében a Bit. 148. §-ban foglalt előírások szerint a Biztosítónak érintett ügyfelei vonatkozásában a FATCA törvény I. számú Melléklete szerinti illetőségének megállapítására irányuló vizsgálatot (a továbbiakban: illetőségvizsgálat) végez.

9.2.3.4.3. Adatszolgáltatási kötelezettség áll fenn az olyan szerződések vonatkozásában, ahol a Számlatulajdonos elzárkózik a nyilatkozat kitöltésétől vagy az adóilletőséget igazoló okiratok bemutatásától (értékhatar felett).

9.2.3.4.4. Változás-bejelentési kötelezettség terheli a Biztosító felé a Szerződőt, amennyiben adóilletőségét illetően adataiban változás következik a változás bekövetkeztétől számított 5 napon belül.

9.2.3.4.5. Az illetőségvizsgálat megtagadása, vagy valótlan, hiányos adatok szolgáltatása esetén a Biztosító jogosult az ajánlatot elutasítani, a biztosítási szerződést azonnali hatállyal felmondani és köteles adatszolgáltatást teljesíteni az adóhatóság felé.

9.2.3.4.6. Az átvilágítás eredményéről évente, minden év június 30-ig adatszolgáltatási kötelezettsége van az adóhatóság felé a Biztosítónak, ezért 50.000,- \$ mindenkori MNB középárfolyamon számított forint ellenértékét elérő értékhatar felett a Szerződőről adatot szolgáltat az adóhatóság felé az adó és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól 2013. évi XXXVII. törvény 43/B.-43/C.§-ai alapján. Ennek során minden egyesült államokbeli adóilletőségű számlatulajdonos alábbi adatait továbbításra kerül az adóhatóság részére:

- Számlatulajdonos (illetve jogi személy esetén az ellenőrzést gyakorló személyek) neve, címe, egyesült államokbeli adóazonosítója,
- kötvényszám,
- a szerződés egyenlege vagy értéke az adott naptári év végén, annak devizaneme, valamint USA dollárban kifejezett összege.

9.2.3.4.7. A Biztosító az ún. Nem Résztvevő Pénzügyi Intézmények nevéről is jelentést köteles tenni, amelyek részére kifizetést teljesített és ezen kifizetések összesített összegéről az adóévet követő június 30. napjáig.

9.2.3.4.8. Részletes FATCA tájékoztatónk a www.signal.hu oldalon érhető el.

9.2.4. A Pénzügyi Számlákkal kapcsolatos adatszolgáltatás és átvilágítás alapján fennálló kötelezettségek

9.2.4.1. Az Aktv. szerinti, a Bit. hatálya alá tartozó Jelentő Magyar Pénzügyi Intézmény (ezen fejezet alkalmazásában a továbbiakban: Intézmény) az

által kezelt, az Aktv. 1. melléklet VIII/C. pontja szerinti Pénzügyi Számla vonatkozásában elvégzi az Aktv. szerinti Számlatulajdonos és Jogalany (ezen alcím alkalmazásában a továbbiakban együtt: Számlatulajdonos) illetőségének az Aktv. 1. melléklet II-VII. pontja szerinti megállapítására irányuló vizsgálatot (ezen alcím alkalmazásában a továbbiakban: illetőségvizsgálat).

9.2.4.2. Az intézmény a Számlatulajdonost az illetőségvizsgálat elvégzésével egyidejűleg az ügyfélfogadásra nyitva álló helyiségeiben kifüggesztett hirdetmény útján vagy – ha az lehetséges – elektronikus úton tájékoztatja

- az illetőségvizsgálat elvégzéséről,
- az Aktv. 43/H. §-a alapján az adóhatóság felé fennálló adatszolgáltatási kötelezettségéről.

9.2.4.3. Az Aktv. 43/H. §-a szerinti adatszolgáltatásról az intézmény a Számlatulajdonost az adatszolgáltatás teljesítésétől számított harminc napon belül írásban – ha az lehetséges elektronikus úton – tájékoztatja.

9.2.5. A veszélyközösség védelme céljából történő adatátadás

9.2.5.1. A Biztosító (e fejezet 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 fejezet alkalmazásában: megkeresett biztosító) az e biztosító által – a 9.2.1.1. pontban meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével – kezelt és a 9.2.1.3-9.2.1.6. pontokban meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, ha a megkereső Biztosító erre vonatkozó jogosultsága a biztosítási szerződésben rögzítésre került.

9.2.5.2. 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.

9.2.5.3. A megkereső Biztosító a Bit. 1. melléklet A) rész 1. és 2. pontjában, továbbá a 2. mellékletben meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:

- a Szerződő, a Biztosított, a Kedvezményezett személy azonosító adatait;
- a biztosított személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
- az a pontban meghatározott személyt érintő korábbi – a 9.2.5.3. pontban 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.

9.2.5.4. A megkereső Biztosító a Bit. 1. melléklet A) rész 3-9. és 14-18. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:

- a. a Szerződő, a Biztosított, a kedvezményezett és a károsult személy azonosító adatait;
- b. a biztosított vagyontárgyak, követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatokat;
- c. a b. pontban meghatározott vagyontárgyakat, követeléseket vagy vagyoni jogokat érintően bekövetkezett 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.

9.2.5.5. A megkereső biztosító a Bit. 1. melléklet A) rész 10-13. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:

- a. a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a károsult személy azonosító adatait;
- b. a Szerződő, a Biztosított és a Kedvezményezett azonosító adatait, továbbá a 9.2.5.4. pont b-e. pontjában meghatározott adatokat;
- c. a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a személyi sérülés miatt kárigényt vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személy adatfelvételkor, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
- d. a károsodott vagyontárgy miatt kárigényt, érvényesítő személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó személyes adatot nem tartalmazó adatokat;
- e. a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a személyi sérülés vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat.

9.2.5.6. A megkereső biztosító a Bit. 1. melléklet A) rész 3. és 10. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatosan a jármű járműazonosító adatai (rendszáma, alváz-

száma) alapján – az 1. melléklet A) rész 10. pontjában meghatározott ágazathoz tartozó károk esetén a károsult előzetes hozzájárulása nélkül is – jogosult az alábbi adatokat kérni:

- a. az adott járművet érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat, így különösen a káresemény időpontjára, jogalapjára, a jármű sérüléseire és az azokkal kapcsolatos károk megtérítésére vonatkozó adatokat, ideértve a megkereső biztosító által megjelölt gépjárműben bekövetkezett, de nem gépjármű által okozott károk adatait is,
- b. az adott járművet érintően a biztosító által elvégzett kárfelvétel tényeire, a kár összegére vonatkozó információkat.

9.2.5.7. Az 9.2.5.1. pontban 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 9.2.5.1. pontban meghatározott megkeresési jogosultság tényének fennállásáért.

9.2.5.8. A megkereső Biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti.

9.2.5.9. Ha a megkeresés eredményeként a megkereső Biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés 9.2.5.8. pontban meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig.

9.2.5.10. 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.

9.2.5.11. A megkereső Biztosító az 9.2.5.1. pontban meghatározott megkeresés és a megkeresés teljesítésének tényéről, továbbá az abban szereplő adatok köréről a megkereséssel érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti.

9.2.5.12. Ha az Ügyfél az Infotv.-ben szabályozott módon az adatairól tájékoztatást kér és a megkereső biztosító – a 9.2.5.8-9.2.5.10. pontokban meghatározottakra tekintettel – már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek a tényről kell tájékoztatni a kérelmezőt.

9.2.5.13. A megkereső Biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt

egyéb adatokkal az 9.2.5.1. pontban meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.

9.2.5.14. A megkeresésben megjelölt adatok teljesítésének a helyességéért és pontosságáért a megkezesett biztosító a felelős.

9.2.5.15. A Bit. vonatkozó 149. §-ának mindenkor hatályos szövege a www.signal.hu oldalon elérhető.

9.3. Nemek közötti megkülönböztetés tilalma

9.3.1. A Biztosító magatartása nem sérti – az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról szóló 2003. évi CXCV. törvényben (a továbbiakban: Ebktv.) meghatározott – a nemi hovatartozáson alapuló egyenlő bánásmód követelményét, ha a biztosító kizárólag

- a. a tartalékképzés,
- b. a Biztosító pénzügyi eszközei összetételének összesített árképzési szempontú nyomon követésével összefüggő belső árazás,
- c. a viszontbiztosítási szerződések árazása,
- d. a gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről és egyes korlátairól szóló törvényben meghatározott gazdasági reklám, továbbá hirdetési tevékenység,
- e. az élet-, baleset és betegségbiztosítási szerződésekkel összefüggésben kockázatbírálási tevékenység végzése céljából a nemi hovatartozásra vonatkozó, illetve azzal összefüggő adatot, információt kezel, tárol és felhasznál.

9.3.2. A 9.3.1. pontban meghatározottakon túl, a nemi hovatartozáson alapuló megkülönböztetés nem sérti az egyenlő bánásmód követelményét

- a. az olyan – nemi hovatartozáshoz is kapcsolható – közvetett különbségtétel esetén, amelynek tárgyilagossága mérlegelés szerint az adott jogviszonnyal közvetlenül összefüggő, önállóan értékelhető és valós különbségen alapuló ésszerű indoka van,
- b. a Biztosító Ügyfelére, ügyfélcsoportjára nézve az Ebktv. 30/A. §-ában foglaltakhoz képest kedvezőbb elbírálás alkalmazása, ha az nem jelent meg nem engedett különbségtételt az adott ügyféllel, ügyfélcsoporttal összehasonlítható helyzetben lévő más személlyel, személyekkel szemben,
- c. az egyik nem tagjainak meghatározott termékhez való hozzáférése megtagadása, ha a Biztosító az adott terméket objektíven igazolt céllal, kizárólag vagy elsősorban az egyik nem tagjainak nyújtja, és a Biztosító által alkalmazott megoldások a cél eléréséhez megfelelőek és ahhoz szükségesek.

9.4. A személyes adatkezelésre vonatkozó tudnivalók

Személyes adat az olyan adat, adatból levonható következtetés, amely kapcsolatba hozható egy meghatározott (azonosított vagy azonosítható) természetes személlyel (a továbbiakban Érintett).

A Biztosító személyes adatokat a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggésében kezel.

E célokkal összefüggésben a Biztosító a tudomására jutott adatokat a Bit. alapján az érintett külön hozzájárulása nélkül kezelheti. Ez a törvényi felhatalmazás kizárólag azokra a személyes adatokra vonatkozik, amelyek nem minősülnek különleges adatnak.

Ha a személyes adat egészségi állapotra, kóros szenvedélyre, illetve szexuális életre vonatkozik, akkor az a hatályos jogszabályok értelmében különleges adatnak minősül, és kizárólag az Érintett hozzájárulása alapján kezelhető.

A különleges adatok kezelésére vonatkozó írásos hozzájárulását az érintett Ügyfél az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. Tv.(Info tv.) alapján a szerződés keretei között is megteheti. Az adatszolgáltatás önkéntes, de egyes személyes adatok közzétevése nélkülözhetetlen a biztosítási szerződés létrejöttéhez.

Az adatkezelés időtartama: a Biztosító a személyes (és azon belül a különleges) adatokat a biztosítási jogviszony fennállása alatt, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

Amennyiben a kiszervezett tevékenység keretében a Biztosító az ügyfeleinek személyes adatát is továbbítja e kiszervezett tevékenységet végző személyekhez, úgy a kiszervezett tevékenységet végző a Biztosító adatfeldolgozójának minősül.

A Biztosító az érintett személyes (és különleges) adatait, továbbá biztosítási titoknak minősülő adatait kizárólag az érintettől vagy annak törvényes képviselőjétől kapott írásos hozzájárulás alapján továbbíthatja harmadik személynek, kivéve, ha az adattovábbítás a Bit. által felsorolt szervezetek számára jogszabály alapján végzett megkeresés vagy kötelező adatszolgáltatás teljesítése során történik.

A Bit. által meghatározott szervezetek felsorolását a jelen szerződési feltételek 9.2.pontja tartalmazza.

A Biztosító egyes biztosítási szolgáltatások során igénybe veszi külső közreműködőket olyan esetekben, amikor a biztosítási szolgáltatás nyújtásához szükség van a megbízott speciális szakértelmére. A (kiszervezett tevékenységet végző) megbízott személyes adatokat kezel, és a törvény alapján titoktartás kötelezi.

Az érintett a Biztosító adatkezelésével kapcsolatosan az alábbi jogokkal élhet:

Tájékoztatás kérése

Az érintett bármely formában előterjesztett kérelmére a Biztosító 30 napon belül, írásos formában, közérthető módon tájékoztatást ad az általa érintett vonatkozásában kezelt, feldolgozott adatokról, azok forrásáról, illetve – amennyiben az adatok továbbításra kerültek – az adattovábbítás címzettjéről és jogalapjáról.

A tájékoztatás naptári évente egyszer ingyenesen adandó. További tájékoztatásért költségtérítés állapítható meg, kivéve, ha a tájékoztatás kérése helyesbítéshez vezetett, illetőleg az adatkezelés jogellenesnek bizonyul.

Az érintett tájékoztatását – indoklással – kizárólag a törvényben meghatározott esetekben lehet megtagadni. A tájékoztatás megtagadása esetén a Biztosító írásban közli az érintettel, hogy a felvilágosítás megtagadására a törvény mely rendelkezése alapján került sor. A felvilágosítás megtagadása esetén a Biztosító tájékoztatja az érintettet a bírósági jogorvoslat, továbbá a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz fordulás lehetőségéről.

Helyesbítés

Ha a személyes adat a valóságnak nem felel meg, és a valóságnak megfelelő személyes adat rendelkezésre áll, az adat helyesbíthető.

Az adatot meg kell jelölni, ha az érintett vitatja annak helyességét vagy pontosságát, de a vitatott személyes adat helyessége vagy pontossága nem állapítható meg egyértelműen.

Törlés

A személyes adatot törölni kell, ha

- kezelése jogellenes,
- az Érintett ezt kérelmezi és arra a szerződéses jogok és kötelezettségek teljesítéséhez nincs elengedhetetlenül szükség,
- az hiányos vagy téves és ez állapot jogszerűen nem orvosolható, feltéve, hogy a törlést törvény nem zárja ki,
- az adatkezelés célja megszűnt, vagy az adatok tárolásának törvényben meghatározott határideje lejárt,
- azt a bíróság vagy a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósága (Hatóság) elrendelte.

Zárolás

Törlés helyett a személyes adat zárolandó, ha az Érintett ezt kéri, vagy ha a rendelkezésre álló információk alapján feltételezhető, hogy a törlés sértené az érintett jogos érdekeit. Az így zárolt személyes adat kizárólag addig kezelhető, amíg fennáll az az adatkezelési cél, amely a személyes adat törlését kizárja.

A helyesbítésről, a zárolásról és a törlésről az érintettet, továbbá mindazokat értesíteni kell, akiknek az adatot korábban adatkezelés céljából továbbították. (Az értesítés mellőzhető, ha az adatkezelés céljára való tekintettel az érintett jogos érdekét nem sérti.) Ha az Érintett helyesbítés, zárolás vagy törlés iránti kérelme nem teljesíthető, akkor a kérelem kézhezvételét követő 30 napon belül az érintettel írásban kell közölni kell a helyesbítés, zárolás vagy a törlés iránti kérelem elutasítását és annak ténybeli és jogi indokait. Ebben az esetben az érintettet tájékoztatni kell a bírósági jogorvoslat, továbbá a Hatósághoz való fordulás lehetőségéről.

Nyilvánosságra hozatal

A Biztosító szervezeti egységein belül kezelt személyes adatok nyilvánosságra hozatala – kivéve, ha arra az érintett felhatalmazást ad, illetve, ha azt a törvény rendeli el – tilos. A Biztosító munkavállalóival, szállítóival, illetve ügyfeleivel kapcsolatos – személyes adatokon is alapuló – összesített statisztikai adatok közölhetőek, amennyiben

azokból nem ismerhető fel az, akire az adat vonatkozik. Az adat közlése előtt az adat közlője köteles meggyőződni arról, hogy a közölt adatok alapján nem lehetséges természetes személyek azonosítása.

9.5. Felmentés, felhatalmazás

A Szerződő és a Biztosított felhatalmazza a Biztosítót, hogy az ajánlatban illetve az egészségi nyilatkozatban, valamint a Biztosítóhoz a szerződés megkötése, fenntartása illetve a szolgáltatás kifizetése kapcsán eljuttatott egyéb dokumentumokban foglalt személyes és különleges adatait kezelje, illetve a viszontbiztosítási szerződés keretében a szükséges adatokat a viszont Biztosító részére átadja. A Szerződő, a Biztosított, illetve a szolgáltatási igényt érvényesítő kedvezményezett a szerződés megkötéséhez, fenntartásához vagy a szolgáltatás kifizetéséhez szükséges egyéb személyes vagy különleges adatok beszerzése érdekében személyesen köteles eljárni.

10. Kizárt kockázatok

10.1. Nem terjed ki a biztosítási védelem az alábbi biztosítási eseményekre, ha a Biztosított halálának vagy balesetének, vagy betegségének oka:

- elme- és tudatzavar, vagy ittasság, kábító- illetve bódító szerek fogyasztása,
- a Biztosított testén saját maga, vagy hozzájárulásával mások által végzett gyógyító célú kezelés és beavatkozás folytán előidézett testi károsodás, amennyiben erre nem valamely biztosítási esemény miatt került sor,
- felkelésben, lázadásban, zavargásban való részvétel, kivéve, ha erre belföldön valamilyen hivatali vagy közszolgálati köteleesség teljesítése közben került sor,
- öncsonkítás, a szerződéskötéstől számított két éven belül elkövetett öngyilkosság, vagy ezek kísérlete, még akkor sem, ha a Biztosított azt beszámítási képességének hiányában követte el,
- megemelés, habituális ficam, patológiás törés,
- napszúrás, hőség, fagyás kivéve, ha az baleset következménye.

10.2. Nem terjed ki a biztosítási védelem az alábbi biztosítási eseményekre, ha a Biztosított balesetének oka:

- agyvérzés, epilepsziás roham és egyéb, a Biztosított egész testére kiterjedő görcsös roham. Ha az említett roham olyan baleset következménye, amelyre a kockázatviselés kiterjed, a biztosítási védelem fennáll,
- a Biztosítottat ért szívinfarktus. A szívinfarktus semmilyen körülmények között nem tekinthető baleseti következménynak,
- légi jármű pilótájaként vagy légi jármű személyzeteként elszenvedett, valamint légi

- járművel folytatott egyéb hivatás gyakorlása közben bekövetkezett baleset,
- veszélyes sport- és egyéb célú tevékenységek:
 - a) autó-motor sportok (pl. auto-crash (roncsautó) sport, go-kart, moto-cross, jet ski, motorcsónak sport, vízisízés, motorkerékpár sport, rally, ügyességi versenyek gépkocsival),
 - b) búvárkodás légzőkészülékkel 40 méter alá, félkezes és nyílttengeri vitorlázás, surf, vadvízi evezés,
 - c) hegy-, illetve sziklamászás a kötelező egészségbiztosítási ellátásról szóló jogszabályok szerinti V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlangi expedíció, Bungee Jumping (mélybe ugrás), bázisugrás, falmászás,
 - d) privát-, illetve sportrepülés, repülősportok (pl. ejtőernyős ugrás, hőlégballonozás, léghajó, motoros vitorlázó repülő, paplanrepülő pilóta, síklóernyő, síklórepülő, sárkány és ultrakönnyű repülő pilóta, vitorlázó repülő),
 - közvetve vagy közvetlenül radioaktív sugárzás illetve ionizáló sugárzás (pl. röntgen), abban az esetben amennyiben az nem áll összefüggésben a Biztosított – munkavédelmi szabályok betartása melletti – munkavégzésével.
- 10.3. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka egészben vagy részben:
- a) kóros elmeállapot,
 - b) HIV-fertőzés,
 - c) nukleáris energia.
- 10.4. Nem minősül biztosítási eseménynek/ balesetnek a szilárd vagy folyékony anyagok okozta mérgezés, ha az szájon keresztül került a szervezetbe.
- 10.5. A biztosítás megkötése előtt már fennálló betegségek, illetve a szerződés megkötésének időpontjában bármely okból már károsodott, korábbi baleset vagy betegség miatt funkciójukban már korlátozott, sérült, vagy csonkolt, (nem ép) testrészek és szervek (továbbiakban együtt: sérült szervek) a biztosításból ki vannak zárva. Továbbá a biztosításból ki van zárva, a jelen pontban leírt betegséggel, sérült szervvel ok-okozati összefüggésben bekövetkezett maradandó egészségkárosodás, rokkantság is.
- 10.6. Nem terjed ki a Biztosító kockázatviselése azokra az eseményekre, amelyek
- a Biztosított igazolt (versenyzői, sportolói licence-vel, engedéllyel) sportolóként végzett sporttevékenységével vannak okozati összefüggésben,
 - olyan, a biztosítási szerződés Biztosítottra vonatkozó hatálya előtt már meglévő szervezet támasztórendszerét érintő ártalomra, melynek meglétére a biztosítási szerződés Biztosítottra vonatkozó hatálya alatt bekövetkező baleseti esemény hívja fel a figyelmet. A degeneratív, ortopéd jellegű kórképek a biztosítási védelemből ki vannak zárva.
- 10.7. A Biztosított foglalkozásával összefüggésben bekövetkező biztosítási események, amennyiben a Biztosított foglalkozása:
- artista,
 - bűvár,
 - bányász,
 - építőmunkás magas építményeken,
 - fegyveres testület tagja,
 - fegyveres őr,
 - kaszkadőr,
 - légiutas-kísérő,
 - pilóta (repülő, helikopter, vadászrepülő),
 - pirotechnikus,
 - pénzszállító autó sofőrje vagy annak kísé-rője,
 - robbanóanyaggal dolgozó ipari munkás,
 - tűzijáték- és csillagszórógyártó,
 - vadász,
 - veszélyes anyagot szállító tehergépkocsi sofőr.
- 10.8. Nem téríti meg a Biztosító továbbá: bármine-mű biztosítási eseményt, veszteséget, költ-séget, melynek eredménye, keletkezési oka közvetlenül vagy közvetve összefüggésbe hozható a terrorizmus bármilyen formájával az alábbiakban foglaltak szerint:
- háború (hadüzenettel vagy anélkül), pol-gárháború, határvillongás, forradalom, zendülés, puccs vagy puccskísérlet, népi megmozdulás, függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételről volt szó.
 - Kizárásra kerülnek azon károk, beleértve minden egyéb, a szerződési feltételekben meghatározott biztosítási eseményekhez kapcsolódó kifizetéseket is, melyeket közvetlenül, vagy közvetve terrorcselekmény-nyel, vagy annak elkövetése során közve-szély okozásával, vagy ezen cselekmények közrehatásával idéznek elő, illetve az aláb-biakban meghatározott egyéb cselekmé-nyekkel okoztak, függetlenül attól, hogy más ok, vagy más esemény, – történjék ez bármely időrendi sorrendben is – közreha-tott-e a kár bekövetkeztében.
 - Terrorista cselekménynek minősül továbbá minden olyan cselekmény – függetlenül at-tól, hogy erőszakos cselekmény alkalmazá-sával, azzal való fenyegetéssel, vagy annak előkészítésével valósult-e meg –, melyet önállóan, vagy egy bizonyos szervezet vagy kormány megbízásából, vagy ahhoz kap-

- csolódva hajt végre egy ember, vagy emberek csoportja(i), amelyet minden jel szerint azért hajtanak végre, hogy
- egy jogszerű vagy tényleges kormányt, illetve államot, vagy a nyilvánosságot vagy a nyilvánosság egy részét megfélemlítse, vagy befolyásolja, vagy
 - a gazdasági életet részben vagy egészben befolyásolja, vagy
 - melyek módja és körülményei arra engednek következtetni, hogy azokat politikai, szociális, vallási, ideológiai vagy hasonló okokból vagy céllal hajtottak végre.
 - Kizárásra kerülnek továbbá azon károk, beleértve minden egyéb, a szerződési feltételekben meghatározott biztosítási eseményekhez kapcsolódó kifizetéseket is, melyeket közvetlenül vagy közvetve olyan cselekmények okoztak, vagy amelyekben közrehatottak olyan cselekmények, amelyek terrorista támadások ellenőrzésére, megelőzésére vagy elfojtására szolgálnak, vagy egyéb módon egy terrorista akcióval függnek össze.

11. A Biztosító mentesülése

- 11.1. A Biztosító mentesül a biztosítási szolgáltatás kifizetése alól, ha a Biztosított halála, illetve balesete, betegsége:
- a kedvezményezett szándékos magatartása következtében következett be

A Biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a Biztosított halála a Biztosított jogellenesen, szándékosan elkövetett bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben következett be

- 11.2. A Biztosító mentesülése a biztosítási összeg kifizetése alól a 2/b és a 2/c pontokban leírt balesetbiztosítási kockázatok esetén, ha a balesetet, egészségkárosodást szándékosan vagy súlyosan gondatlan magatartással
- a szerződő fél vagy a Biztosított,
 - velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk,
 - üzletvezetésre jogosult tagjuk,
 - alkalmazottjuk, tagjuk vagy megbízottjuk okozta.
- Súlyosan gondatlan magatartásnak minősül különösen, ha a biztosítási esemény
- nem az orvos által javasolt, illetve nem az orvos által előírt adagolásban szedett gyógyszer, nyugtató, tudatmódosító szer hatására állt be,
 - a Biztosított ittas állapotával (0,8 ezreléket meghaladó véralkohol vagy 0,5 mg/l légal-kohol szint) közvetlen összefüggésben valósul meg, vagy

- a Biztosított jogosítvány nélküli vagy ittas vezetése következtében áll be, vagy
- a Biztosított munkavégzése során a munka- és tűzvédelmi szabályok be nem tartása miatt következett be.

A Biztosító mentesül a biztosítási szolgáltatás kifizetése alól továbbá, ha a biztosítottnál bekövetkező betegségek vagy azok következményei

- a Biztosított saját magának szándékosan vagy súlyos gondatlansággal (pl.: az orvosi előírások tudatos megszegése) okozott egészségkárosodása,
- valamely a szerződéskötés előtt, a Biztosítottnál fennálló, de a Biztosító elől elhallgatott betegség illetőleg egészségi állapot meglétével ok-okozati összefüggésben következtek be.

A Biztosító mentesül a szolgáltatás kifizetése alól

- a Biztosított alkohol-, vagy drogfüggősége esetén ezek kezelésével és rehabilitációjával összefüggő egészségbiztosítási eseményekkor,
- olyan betegségek és balesetek valamint ezek következményei esetén, amelyek az alkohol vagy kábítószer élvezete miatt rosszabbodnak, illetve azok gyógykezelése ezáltal megnehezül.

Hozzá tartozó fogalma: a házastárs, a bejegyzett élettárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és neveltgyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő, valamint a testvér; hozzátartozó továbbá: az élettárs, az egyeneságbeli rokon házastársa, bejegyzett élettársa, a jegyes, a házastárs, a bejegyzett élettárs egyeneságbeli rokona és testvére, valamint a testvér házastársa, bejegyzett élettársa.

- 11.3. A Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól a 2/b és 2/c pontokban leírt biztosítási események esetén, ha a Biztosított a kármegelőzési vagy kárenyhítési kötelezettségét szegi meg súlyosan gondatlanul vagy szándékosan.

- 11.4. Ha a biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, akkor a biztosítási szerződés kifizetése nélkül szűnik meg.

12. Visszavásárlás, díjmentes leszállítás, érték követés, nyereségrészesedés, kötvénykölcson

A biztosítási szerződés maradékjoggal nem rendelkezik, a szerződés visszavásárlására és díjmentes leszállítására, kötvénykölcson igénylésére nincs lehetőség.

A szerződés értékkövetésére nincs lehetőség, a szerződés nyereségrészesedésre nem jogosít.

A Biztosító nem vállal tőke-, illetve hozamgaranciát.

13. A biztosítási esemény bejelentése

A Biztosított, valamint a Szerződő köteles a biztosítási esemény bekövetkeztét a Biztosítónak a bekövetkezéstől vagy tudomására jutásától számított 5 munkanapon belül írásban bejelenteni, a szükséges felvilágosításokat megadni, és lehetővé tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.

A bejelentési határidők elmulasztása esetén a Biztosító annyiban tagadhatja meg a biztosítási szolgáltatást, amennyiben a késedelem miatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.

A Szerződő által késedelmesen továbbított iratok miatt bekövetkezett károkért a Biztosító semmilyen nemű felelősséget nem vállal.

14. A biztosítási szolgáltatás jogosultja és a kifizetéshez szükséges iratok

14.1. A szolgáltatásra jogosult személy

Az életbiztosítási szerződésben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási összegre a kedvezményezett jogosult, mely jelen szerződési feltételre hivatkozással kötött biztosítási szerződések esetében mindig a hitelt nyújtó pénztintézet/hitelintézet.

14.2. A biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez szükséges iratok

14.2.1. *A biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak akkor áll be, ha a Szerződő, a Biztosított, illetve a Kedvezményezett a szolgáltatási kötelezettség beálltának, jogalapjának és összecszerűségének megállapításához szükséges iratokat, információkat maradéktalanul a Biztosító rendelkezésére bocsátotta, továbbá lehetővé teszi azoknak ellenőrzését.*

14.2.2. *A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez, a biztosítási szolgáltatás jogalapjának és összecszerűségének megállapításához a Biztosító a következő iratokat kérheti be. A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a jelen fejezetben felsorolt valamennyi dokumentum eredeti példányát is bekérje.*

14.2.3. *Beküldendő iratok*

14.2.3.1. *Minden esetben be kell küldeni:*

- *a hitelintézet igazolása a fennálló hiteltartozásról,*
- *a hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő lap eredeti példányát,*

- *a kifizetésre jogosult bankszámlaszámát,*
- *korábbi sérüléssel, betegséggel kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentáció másolatát.*

14.2.3.2. *Haláleseti szolgáltatás esetén*

- *a Biztosított halotti anyakönyvi kivonatának másolatát,*
- *halottvizsgálati bizonyítvány/halotti epikrízis másolatát,*
- *boncolási jegyzőkönyv/korbonctani lelet másolatát (amennyiben készült),*
- *a halál okát igazoló egyéb orvosi vagy hatósági bizonyítvány másolatát,*
- *a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok másolatait,*
- *a kedvezményezetti jogosultságot igazoló okirat (jogerős hagyatékátadó végzés vagy öröklési bizonyítvány, bírósági határozat) másolatát; feltéve, hogy a kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg.*

14.2.3.3. *Baleseti egészségkárosodás esetén*

- *a baleset után készült valamennyi orvosi dokumentáció másolatát*
- *végállapotot leíró kezelőorvosi lelet másolatát,*
- *az arra jogosult szerv által kiadott rokkantsági, maradandó egészségkárosodási orvosi határozat másolatát (amennyiben ilyen készült),*
- *a rokkantság, maradandó egészségkárosodás alapjául szolgáló balesettel (balesetekkel)/betegséggel(betegségekkel) kapcsolatos valamennyi és még be nem nyújtott orvosi dokumentum másolatát.*

14.2.3.4. *C2,D, E rokkantsági kategória esetén*

- *az NRSZH, illetve az illetékes rehabilitációs szakigazgatási szervek (vagy jogutódai) által kiállított határozat másolatát.*

14.2.3.5. *Baleseti estén benyújtandók továbbá:*

- *a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől/közlekedési balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum másolatát, beleértve az első orvosi ellátás dokumentumát is,*
- *baleseti/közlekedési baleseti jegyzőkönyv, vagy munkahelyi baleset esetén munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolatát (amennyiben ilyen készült),*
- *véralkohol és/vagy kábító hatású anyag vizsgálati eredményének másolata, (amennyiben ilyen készült),*
- *továbbá közlekedési baleset esetén:*
 - *rendőrségi jegyzőkönyv másolatát,*
 - *amennyiben a biztosított a jármű vezetőjeként sérült meg, a biztosított vezetői engedélyének és a jármű forgalmi engedélyének másolatát,*
 - *a közlekedési vállalat helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyvének másolatát, (amennyiben ilyen készült),*

- amennyiben a biztosítási eseménnyel összefüggésben hatósági eljárás indult, és annak eredménye a biztosító szolgáltatási jogalapjának vagy összecszerűségének megállapításához elengedhetetlenül szükséges, akkor a biztosító kérheti:
 - hatósági eljárás esetén az eljárást lezáró határozatot, a nyomozást megszüntető vagy megtagadó határozatot vagy vádiratot,
 - rendőrségi jegyzőkönyvet, rendőrségi vagy hatósági határozatot,
- külföldön bekövetkezett baleset esetén a baleset körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar fordításának másolatát.

14.2.3.6. További bekérhető dokumentumok:

- valamennyi az adott betegséggel/balesettel kapcsolatos orvosi dokumentum eredeti példányát:
 - orvosi ambuláns lap másolatát,
 - orvosi igazolás, beutaló másolatát,
 - kórházi zárójelentés másolatát; műtét esetén olyat mely tartalmazza WHO vagy az OENO kódot,
 - műtét leírás másolatát,
 - altatási jegyzőkönyv másolatát,
 - kórlapok másolatát,
 - ápolási lap és dokumentáció másolatát,
 - labor eredmények másolatát,
 - szövettani eredmények másolatát,
 - képalkotó műszeres vizsgálatok eredményeinek másolatát,
- korábbi sérüléssel, betegséggel kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentáció másolatát,
- betegkárton kivonat (házi- vagy üzemorvosi, illetve állományilletékes orvosi kárton, járóbeteg ellátási kárton) másolatát,
- táppénzes és/vagy keresőképtelenségi állomány megállapítására jogosult szerv által a táppénzes és/vagy keresőképtelenségi állomány igazolására rendszeresített nyomtatványok eredeti vagy másolati példányát,
- szükség esetén OEP/MEP igazolást.

14.2.3.7. Egyéb benyújtandó dokumentumok:

- a biztosított személyi igazolványának vagy születési anyakönyvi kivonatának másolatát,
- Biztosítottnak a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes lakcímet igazoló hatósági igazolványának másolata,
- hozzátartozói viszonyt igazoló dokumentum (házassági anyakönyvi kivonat, bejegyzett élettársi kapcsolatról szóló igazolás, stb.) másolatát,
- baleseti rokkantsági nyugdíjra/járadékra vagy rokkantsági nyugdíjra/járadékra jogosító határozat másolatát,
- gyámhatósági iratok másolatát,
- az OEP, illetve egyéb hivatalos szerv felé történő adatkéréshez szükséges a biztosított,

biztosított örököse vagy a kedvezményezett által aláírt felmentő nyilatkozat eredeti példányát,

- azok az iratok, amelyek a jogosultság, továbbá a biztosítási esemény és a biztosítási összeg megállapításához szükségesek,
- biztosított sporttagsági igazolványa, jogviszonyának igazolásra szolgáló dokumentumok másolatát,
- balesettel összefüggő, a baleset következményeinek felszámolására irányuló, a biztosított nevére szóló, gyógyulásával kapcsolatos számlák eredeti példányát,
- műtét költségei miatti számlák eredeti példányát.

Az igény érvényesítőjének a fentiek mellett lehetősége van a bizonyítás általános szabályai szerinti okirati bizonyítás lefolytatására.

14.2.4. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez szükséges iratok beszerzésének költségeit annak kell viselnie, aki igényét a biztosítóval szemben érvényesíti.

14.2.5. A Biztosított, illetve a kedvezményezett a biztosítási titokra és az adatvédelmi rendelkezésekre vonatkozó jogszabályok betartásával, a biztosítási szerződés létrejöttével, vagy a kárigény érvényesítésével egyidejűleg felhatalmazza a Biztosítót, hogy a biztosítási szerződéssel, illetve a szolgáltatási kötelezettség beálltával összefüggésben más biztosítótól információkat szerezzen be, valamint azoktól az orvosoktól, egészségügyi intézményektől, hatóságoktól, akik, illetve amelyek a biztosítottat kezelték, vizsgálták, a szükséges felvilágosításokat, orvosi jelentéseket és dokumentumokat közvetlenül beszerezze.

A felhatalmazás megadását követően is köteles azonban a Biztosított, illetve a szolgáltatásra igényt érvényesítő az adatok, dokumentumok beszerzése során a biztosítóval együttműködni.

14.2.6. Az idegen nyelvű dokumentumokat magyar nyelven kell benyújtani, a magyar nyelvű hiteles fordítás költségei minden esetben az igény érvényesítőjét terhelik.

15. A Biztosított egyéb kötelezettségei

A baleset után a Biztosítottnak haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe venni és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejeztéig folytatni kell, gondoskodni kell a baleset következményeinek – lehetőség szerinti – elhárításáról és enyhítéséről.

Indokolt esetben a Biztosított a Biztosító által megnevezett orvosokkal köteles megvizsgáltatni magát.

A Szerződő, a Biztosított illetve a szolgáltatási igényt érvényesítő kedvezményezett a szerződés megkötéséhez,

fenntartásához, vagy a szolgáltatás kifizetéséhez szükséges egyéb személyes, vagy különleges adatok beszerzése érdekében köteles eljárni.

16. A szolgáltatás kifizetése

A biztosító a szolgáltatásait költségmentesen banki átutalással teljesíti. A biztosításközvetítő az ügyfélnek járó összeg kifizetésében nem működhet közre.

A szolgáltatási igény jogosságát igazoló utolsó irat beérkezését követő 30 napon belül a Biztosító átutalással fizeti ki a biztosítási szolgáltatást a kedvezményezett számára.

Abban az esetben, ha a Biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy ismételten hiányosan nyújtották be, a Biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetőleg azt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.

A szolgáltatás elmaradása esetén a Biztosító az elutasításról utolsó irat beérkezését követő 30 napon belül ad írásos tájékoztatást a hitelintézetnek.

17. A Biztosító és Biztosított közötti biztosítási jogviszony és Biztosító kockázatviselésének megszűnése adott Biztosítottra vonatkozóan

A kölcsönszerződés vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése adott Biztosítottra vonatkozóan díj visszatérítése nélkül megszűnik:

- a kölcsön teljes előtörlesztésével, az előtörlesztés napjával;
- a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási esemény bekövetkezésének napjával;
- azon a napon, amikor a Biztosított Szerződővel kötött kölcsönszerződésének tartama lejár;
- amennyiben a Szerződő az adott Biztosított vonatkozásában fedezetbe vont kölcsönösszeg után nem fizeti a biztosítási díjat, az utolsó biztosítási díj esedékességét követő 45. nap leteltével;
- amennyiben a biztosítási szerződés hatálya alatt az adott Biztosított biztosítási eseménynek nem minősülő halála vagy balesetből eredő rokkantsága, valamint a kockázatviselési időszakban bekövetkezett baleseti eredetű D, E vagy C2-es típusú rokkantsága következik be;
- az elhalálozás, illetve a rokkantság megállapításának napjával,
- a Szerződő és a Biztosított között fennálló kölcsönszerződés bármely egyéb okból történő megszűnése esetén, a megszűnés napjával,
- amennyiben a szerződésben 10 fő alá csökken a biztosítottak száma, a szerződő felek között létrejött biztosítási szerződés a létszámcsökkenés időpontját követő 30. napon megszűnik és a megszűnés tényéről a biztosító a biztosítottakat a megszűnés időpontjáig tájékoztatja.

18. Panaszkezeléssel kapcsolatos tudnivalók

- 18.1. A Biztosító biztosítja, hogy az Ügyfél a Biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) közölhesse.

Személyes panaszbejelentés

Félfogadási időben a központi Ügyfélszolgálati irodában lehet személyesen panaszbejelentést tenni. Ügyfélszolgálati Iroda: 1123 Budapest, Alkotás u. 50.

Telefonos panaszbejelentés

Telefonon belföldről és külföldről is hívható +36-1-458-4200 számon tehet panaszbejelentést az Ügyfél.

Postai úton történő panaszbejelentés

A panaszbejelentés postai úton az alábbi levelezési címre küldhető: SIGNAL Biztosító Zrt.

Vezérigazgatóság, Panaszkezelési Csoport

Levélcím: 1519 Budapest Pf. 260.

Elektronikus panaszbejelentés

Az Ügyfél panaszbejelentését elektronikusan az info@signal.hu e-mail címre, faxon a 06-1-458-4260 faxszámra vagy – regisztrációt követően – Ügyfélportálon keresztül online módon is eljuttathatja a Biztosító részére.

A SIGNAL Biztosító Zrt. mindenkor aktuális elérhetőségei, a nyitvatartási idő megtekinthető a www.signal.hu elérési úton.

- 18.2. A Biztosító
- a. a szóbeli panaszt valamennyi, az Ügyfelek számára nyitva álló helyiségben, annak nyitvatartási idejében, ennek hiányában a székhelyén minden munkanapon 8 órától 16 óráig, de legalább a hét egy munkanapján 7 és 21 óra között legalább tizenkét órán keresztül folyamatosan,
 - b. a telefonon közölt szóbeli panaszt minden munkanapon 8 órától 16 óráig, de legalább egy munkanapján 7 és 21 óra között legalább tizenkét órán keresztül folyamatosan,
 - c. az írásbeli panaszt elektronikus eléréssel – üzemzavar esetén megfelelő más elérhetőséget biztosítva – folyamatosan fogadja.
- 18.3. A Biztosító a szóbeli panasz Ügyfelek részére nyitva álló helyiségben vagy annak hiányában székhelyén történő kezelése esetén köteles biztosítani, hogy az Ügyfeleknek lehetőségük legyen elektronikusan és telefonon keresztül is a személyes ügyintézés időpontjának előzetes lefoglalására. A személyes ügyintézés időpontja igénylésének napjától számított 5 munkanapon belül a Biztosító köteles személyes Ügyfélfogadási időpontot biztosítani az Ügyfél számára.
- 18.4. Telefonon történő panaszkezelés esetén a Biztosító biztosítja az ésszerű várakozási időn belüli

hívásfogadást és ügyintézés. A Biztosító az ügyintézőjének – a Biztosító felé indított hívás sikeres felépülésének időpontjától számított – 5 percen belüli előhangos bejelentkezése érdekében úgy köteles eljárni, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható.

- 18.5. Telefonon történő panaszkezelés esetén a Biztosító és az Ügyfél közötti telefonos kommunikációt a Biztosító hangfelvétellel rögzíti, és a hangfelvételt 5 évig megőrzi. Erről az ügyfelet a telefonos ügyintézés kezdetekor tájékoztatni kell. Az Ügyfél kérésére biztosítani kell a hangfelvétel visszahallgatását, továbbá térítésmentesen rendelkezésre kell bocsátani a hangfelvételtől készített hitelesített jegyzőkönyvet.
- 18.6. A Biztosító a szóbeli panaszt – a 18.7. pontban meghatározott eltéréssel – azonnal megvizsgálja, és szükség szerint orvosolja. Ha az Ügyfél a panasz kezelésével nem ért egyet, a Biztosító a panaszról és az azzal kapcsolatos álláspontjáról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolati példányát a személyesen közölt szóbeli panasz esetén az Ügyfélnek átadja, telefonon közölt szóbeli panasz esetén az Ügyfélnek – a 18.8. pontban foglaltakkal egyidejűleg – megküldi, egyebekben az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el.
- 18.7. Ha a panasz azonnali kivizsgálása nem lehetséges, a Biztosító a panaszról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolati példányát a személyesen közölt szóbeli panasz esetén az Ügyfélnek átadja, telefonon közölt szóbeli panasz esetén az Ügyfélnek – a 18.8. pontban foglaltakkal egyidejűleg – megküldi, egyebekben az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el.
- 18.8. A Biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő 30 napon belül megküldi az Ügyfélnek. A Biztosító a panaszkezelés során köteles úgy eljárni, hogy a körülmények által adott lehetőségekhez mérten elkerülje a pénzügyi fogyasztói jogvita kialakulását.
- 18.9. A panasz elutasítása esetén a Biztosító válaszában írásban tájékoztatja az ügyfelet arról, hogy a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvényben (a továbbiakban: MNB tv.) meghatározott fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Felügyeletnél fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet, vagy a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén bírósághoz fordulhat, vagy a Pénzügyi Békéltető Testület eljárását kezdeményezheti, amennyiben a Pénzügyi Békéltető Testület eljárására vonatkozó szabályok alapján fogyasztónak minősül. A Biztosítónak tájékoztatni kell e fogyasztót arról, hogy tett-e általános alávétési nyilatkozatot, meg kell adnia a Pénzügyi

Békéltető Testület levelezési címét, továbbá a fogyasztó külön kérésére meg kell küldenie a Pénzügyi Békéltető Testület által készített és a Biztosító rendelkezésére bocsátott kérelem nyomtatványt.

Fogyasztóvédelmi eljárás kezdeményezése esetén eljáró szerv:

Magyar Nemzeti Bank
1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
Központi levélcím: H-1534 Budapest, Pf. 777.
Telefon: 06-40-203-776
E-mail: ugyfelszolgalat@mnbb.hu
Internet: <http://www.mnbb.hu>

A szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén eljáró szerv:

Pénzügyi Békéltető Testület
Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank 1525 Budapest, BKKP Pf.: 172.
E-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu

- 18.10. A Biztosító a panaszt és az arra adott választ 5 évig őrzi meg, és azt a Felügyeletnek kérésére bemutatja.

- 18.11. A Biztosító az Ügyfelek panaszai hatékony, átlátható és gyors kezelésének eljárásáról, a panaszügyintézés módjáról, valamint a 18.12. pont szerinti nyilvántartás vezetésének szabályairól szabályzatot (a továbbiakban: panaszkezelési szabályzat) készít. A Biztosító a panaszkezelési szabályzatban tájékoztatja az ügyfelet a panaszügyintézés helyéről, levelezési címéről, elektronikus levelezési címéről, telefonszámáról és telefaxszámáról.

- 18.12. A Biztosító az Ügyfelek panaszairól, valamint az azok rendezését, megoldását szolgáló intézkedésekről nyilvántartást vezet.

- 18.13. A 18.12. pont szerinti nyilvántartásnak tartalmaznia kell
- a panasz leírását, a panasz tárgyát képező esemény vagy tény megjelölését,
 - a panasz benyújtásának időpontját,
 - a panasz rendezésére vagy megoldására szolgáló intézkedés leírását, elutasítás esetén annak indokát,
 - a c) pont szerinti intézkedés teljesítésének határidejét és a végrehajtásért felelős személy megnevezését, továbbá e. a panasz megválaszolásának időpontját.

- 18.14. A Biztosító a panaszkezelési szabályzatot az Ügyfelek számára nyitva álló helyiségében, ennek hiányában a székhelyén kifüggeszti és a honlapján közzéteszi. A Biztosító panaszkezelési szabályzata a www.signal.hu oldalon elérhető.

- 18.15. A Biztosító a panasz kivizsgálásáért a fogyasztóval szemben külön díjat nem számíthat fel. A telefo-

non történő panaszkezelés emelt díjas szolgáltatással nem működtethető.

- 18.16. A Biztosító köteles fogyasztóvédelmi ügyekben fogyasztóvédelmi ügyekért felelős kapcsolattartót kijelölni, és a Felügyeletnek 15 napon belül a felelős személyét, illetve annak változását írásban bejelenteni.
- 18.17. A fogyasztói jogviták rendezése fentiekén túl bírói úton, polgári peres vagy nem peres (fizetési meghagyásos) eljárás keretében lehetséges.

19. Elévülés

A biztosítási szerződésből eredő igények az esedékességtől számított 2 év elteltével évülnek el.

20. Kockázatelbírálás

A szerződés megkötéséhez kockázatelbírálás, azaz a Biztosított egészségi állapotának vizsgálata szükséges, mely egészségi nyilatkozattal, illetve a biztosító által meghatározott kockázati szint felett orvosi vizsgálattal történik.

A Biztosítottnak az egészségi nyilatkozatot (mint a szerződéskötés szempontjából lényeges körülményekről) a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell kitöltenie. A Biztosító által feltett kérdésekre adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a Biztosított a közlési kötelezettségének eleget tesz.

A Biztosító az ajánlat elfogadása előtt az egészségi nyilatkozat alapján is kérheti a Biztosított orvosi vizsgálatát, illetve egyéb írásos nyilatkozatait. A Biztosító jogosult az így tudomására jutott adatokat ellenőrizni.

A kockázatelbírálás eredményétől függően a Biztosító az ajánlatot elfogadja, elutasítja. Az ajánlat esetleges elutasítását a Biztosító nem köteles megindokolni.

Az orvosi vizsgálaton részt vett Biztosított az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében jogosult a vizsgálati eredményeket az egészségügyi szolgáltatónál megismerni.

21. Egyéb rendelkezések

- 21.1. *Az életbiztosítási szerződés nyereségrészesedésre nem jogosít, többleszám jóváírásra nem kerül, a technikai kamatláb változása nem érinti.*
- 21.2. Jelen szerződésre hivatkozott életbiztosítási szerződés reaktiválására (újra érvénybe helyezésére) nincsen lehetőség.
- 21.3. A betegség-, baleset-, és felelősségbiztosítási termékeink vonatkozásában járadékfizetési kötelezettség esetén a járadék törlesztését a SIGNAL

Biztosító Zrt. a korrigált 2004.évi halandósági tábla alapján, 0%-os technikai kamattal határozza meg a szerződésben rögzített biztosítási összegből még rendelkezésre álló összeg erejéig.

- 21.3.1. Ez nem jelenti a járadék ezen az összegben történő egyösszegű megváltását. A megváltást mind a Biztosító, mind a károsult kezdeményezheti, de arra kizárólag abban az esetben kerülhet sor, ha annak tényét és összegét a Biztosító és a károsult is elfogadja. Amennyiben a Biztosító hozzájárul a megváltáshoz, akkor az egyösszegű megváltás összegét a Biztosító az adott gazdasági körülmények (pl.inflációs ráta), a fizetendő járadék paramétereinek, illetve a károsult egészségi állapotának figyelembe vételével állapítja meg.
- 21.3.2. A SIGNAL Biztosító Zrt. biztosítási szerződésből eredő kötelezettségével összefüggésben a károsító eseményt megelőző állapot visszaállításához vagy a bekövetkezett kár következményeinek megszüntetéséhez szükséges, általános forgalmi adó-köteles szolgáltatás ellenértéke (anyag-, javítási, illetve helyreállítási költség) után, az általános forgalmi adó összegének megfelelő összeg megtérítésére csak olyan számla alapján vállalhat kötelezettséget, illetve térítheti meg azt az arra jogosultnak, amelyen feltüntetik az általános forgalmi adó összegét, vagy amelyből annak összege kiszámítható.
- 21.3.3. Jelen szerződés alapján járadék fizetésére nincs lehetőség.
- 21.4. *A jelen szerződési feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződés díjára és az annak alapján járó szolgáltatásra a személyi jövedelemadóról szóló (SZJA tv) rendelkezései is irányadók. Jogi személy Szerződő esetén az SZJA tv. mellett a társasági adózásról szóló törvény, illetve a társadalombiztosításra vonatkozó jogszabályok is irányadók. Mivel az adójogszabályok a szerződés tartama alatt változhatnak, indokolt a Biztosított és a Szerződő részéről a szerződés tartama alatt a törvényi változások figyelemmel kísérése. A Biztosító az aktuális adózásra vonatkozó információkat a honlapján (www.signal.hu) bocsátja ügyfelei rendelkezésére. Az adójogszabályok változásáról a Biztosító nem küld értesítést, a jogszabályi változásokat a Szerződő és a Biztosított kíséri figyelemmel.*

- 21.5. A biztosítási szerződés közvetítője lehet független vagy függő biztosításközvetítő.
- 21.5.1. Függő biztosításközvetítő az a biztosításközvetítő, aki Biztosítóval fennálló jogviszony alapján
- a) egy Biztosító biztosítási termékeit vagy több Biztosító egymással nem versengő biztosítási termékeit közvetíti;
- b) a biztosításközvetítői tevékenységet – akár több Biztosító egymással versengő biztosítási termékeit – a főtevékenységéhez kapcsolódó

termékre vagy szolgáltatásra vonatkozóan, azt kiegészítő tevékenységként végzi, ha a Biztosítótól az ügyfélnek járó összeget nem vesz át [az a)-b) pont a továbbiakban együtt: Ügynök],

- c) egyidejűleg több Biztosító egymással versengő biztosítási termékeit közvetíti (a továbbiakban: többes Ügynök).

Független biztosításközvetítő az ügyfél megbízásából eljáró biztosításközvetítő (alkusz).

- 21.5.2. Az Ügynök – és az általa közvetítésre igénybe vett, vele munkaviszonyban, megbízási, illetve munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban álló személy – közvetítői tevékenysége során okozott kárért a Biztosító felelős, és a Biztosító köteles a felmerült sérelemdíjat megfizetni. Ha az Ügynök több Biztosító megbízása alapján végzi közvetítői tevékenységét, a közvetítői tevékenységével okozott kárért az a Biztosító felelős és az a Biztosító köteles a felmerült sérelemdíjat megfizetni, amely termékének közvetítése során az Ügynök a kárt okozta.

A többes Ügynök – és az általa közvetítésre igénybe vett, vele munkaviszonyban, megbízási, illetve munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban álló személy – közvetítői tevékenysége során okozott kárért a Biztosító felelős, és a Biztosító köteles a felmerült sérelemdíjat megfizetni. A közvetítői tevékenységével okozott kárért az a Biztosító felelős és az a Biztosító köteles a felmerült sérelemdíjat megfizetni, amely termékének közvetítése során a többes Ügynök a tevékenységével vagy mulasztásával a kárt okozta. Ha vitás, vagy nem állapítható meg, hogy mely Biztosító termékének a közvetítése során okozta a többes Ügynök a kárt vagy a sérelemdíj iránti igényt, a többes Ügynök köteles a kárt megtéríteni, illetve a felmerült sérelemdíjat megfizetni. Az alkusz a tevékenysége során a biztosítási szakmai szabályokat mindenkor megtartva köteles eljárni, az e kötelezettsége elmulasztásáért, így különösen a téves tanácsadásért, téves tájékoztatásért, a szabálytalan díjkezelésért, a nyilatkozatok hibás vagy késedelmes továbbításáért felelős.

- 21.6. **Nem válik a szerződés tartalmává minden szókozás, amelynek alkalmazásában a felek korábban megegyeztek, és minden gyakorlat, amelyet egymás között kialakítottak.**
- 21.7. **Írásban tett nyilatkozatnak nem minősül jelen feltételek alapján az elektronikus aláírással ellátott elektronikus dokumentumba foglalás (kivéve annak az eredeti, a nyilatkozatot tevő aláírásával ellátott nyilatkozat szkennelt PDF formátumú másolatát tartalmazó melléklete, vagy fokozott biztonságú elektronikus aláírással ellátott elektronikus dokumentumba foglalás) és az SMS.**

- 21.8. A Biztosító köteles évente jelentést közzétenni fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről, amely a www.signal.hu oldalon érhető el a közzétételt követően.

- 21.9. A jelen Általános Szerződési Feltételek a szerkesztésének lezárásakor hatályos Bit. szövegének megfelelően készült (különös tekintettel a Titoktartási kötelezettség, Titokvédelemmel kapcsolatos előírásokra, valamint a Panaszkezelésre vonatkozó pontokra).

Az Általános Szerződési Feltételek szerkesztésének lezárási dátuma: 2016.04.22.

Tekintettel arra, hogy a Bit. módosítására a biztosítási szerződés létrejöttéig is sor kerülhet, ezért a www.signal.hu honlapon elérhető a mindenkor hatályos Bit. szövege.

22. Kiegészítő biztosítások

Jelen szerződéshez, mint alapbiztosításhoz kiegészítő biztosítás nem köthető.



SIGNAL Biztosító Zrt.

1123 Budapest, Alkotás u. 50.

Elérhetőségeink:

Levélcím: 1519 Budapest, Pf. 260.

Contact Center: 06 1 458 4200

info@signal.hu • www.signal.hu

www.signal.hu