
TARTALOMJEGYZÉK

Tájékoztató a Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosításokról	2
CSOPORTOS ÉLET-, BALESET- ÉS BETEGSÉGBIZTOSÍTÁS ÁLTALÁNOS FELTÉTELEI	5
1. § A biztosítási szerződés alanyai	5
2. § A biztosítással kapcsolatos fogalmak	5
3. § A biztosítási szerződés kezdete és időtartama	6
4. § Kockázatviselés kezdete	6
5. § Díjfizetés módja és esedékessége	7
6. § Közlési kötelezettség	7
7. § Bejelentési kötelezettség	8
8. § Biztosított lista	8
9. § A biztosító mentesülése	8
10. § Kizárások a biztosítási védelemből	8
11. § A szolgáltatási igény bejelentése és a biztosító teljesítése	10
12. § A biztosítás megszűnése	10
13. § A biztosítási és az üzleti titok	10
14. § A személyes adatok kezelése	13
15. § Illetékes bíróság, illetékes panaszforum	14
1. SZÁMÚ MELLÉKLET: Tájékoztató a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokról	16

TÁJÉKOZTATÓ A CSOPORTOS ÉLET-, BALESET- ÉS BETEGSÉGBIZTOSÍTÁSOKRÓL

Kinek szól az ajánlatunk?	Azon ügyfeleinknek ajánljuk, akik életbiztosítási védelmet, és/vagy balesetek, betegségek esetére biztosítási védelmet keresnek alkalmazottaik (vagy más biztosított csoport) részére.
Kik a biztosításban érintett személyek?	A <i>szerződő</i> az a jogi személy, aki, illetve amely a biztosítási szerződést megkötö a biztosított(ak) javára, és a biztosítási díjak fizetésére kötelezettséget vállal. A <i>biztosított</i> az a természetes személy, akinek az életével, testi épségével, illetve egészségével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön. A biztosított a biztosítási szerződésben meghatározott csoport tagja, vagy akinek a neve szerepel a szerződő által jóváhagyott – és a biztosítónak rendszeresen megküldött – biztosítottak listáján. A biztosított halál esetére <i>kedvezményezettet</i> jelölhet meg, ennek hiányában a biztosított törvényes örököse(i) a halál esetére járó szolgáltatás kedvezményezettje(i). A biztosított életbenléte esetére járó szolgáltatások kedvezményezettje maga a biztosított, amennyiben eltérően nem rendelkeznek. (Részletek az 5. oldalon.) Magyarázat Biztosítást köthet például egy cég az alkalmazottaira. Ilyen esetben a biztosítottak listája az alkalmazottak felsorolását jelenti. Az alkalmazottak köre természetesen változhat; a szerződő kötelessége negyedévente bejelenteni a be- és kilépőket és évente új biztosított listát küldeni, és az új munkavállalók alkalmazotti jogviszonyának kezdetét, illetve munkaviszony megszűnése esetén a megszűnés időpontját is feltüntetni a listán. A biztosító a személyi változásokat figyelembe véve állapítja meg a következő időszak biztosítási díját, az adott időszaki változások utólagos elszámolásával. Biztosítást köthet például egy szervezőiroda egy adott rendezvényen részt vevőkre. Ilyen esetben a biztosítottak csoportjába azok az emberek tartoznak, akik jegyet váltanak a rendezvényre. Ilyen esetben a szerződő biztosított lista helyett a rendezvényen résztvevők létszámát tudja megadni a biztosító részére.
Mikortól és milyen tartamra érvényes a biztosítás?	A biztosítási szerződés a kötvény első oldalán megjelölt napon kezdődik, egy éves biztosítási időszakra szól, és minden évfordulón újabb egy évvel meghosszabbodik, ha a felek fel nem mondják a biztosítást. A biztosítási szerződés lehet egy évnél rövidebb tartamú is (például ha egy rendezvény idejére kötik). Ilyen esetben a biztosítási szerződés kezdete és vége a kötvényen kerül feltüntetésre. A kockázatviselés kezdete a biztosított csoport tekintetében a szerződésben megjelölt időpont. Az egyes biztosítottak vonatkozásában a biztosító attól a naptól vállalja a kockázatot, mely napon a biztosított a biztosított csoport tagjává válik, azaz, amikor felkerül a biztosított listára. (Részletek a 6. oldalon.)

Mikor és kinek kell a biztosítási díjat megfizetni?	A biztosítás díját a szerződő fizeti. A biztosítás első díja a szerződés hatályba lépésének napján esedékes. Minden további díj annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik. A biztosítás rendszeres díjfizetésű, a díjfizetés történhet éves, féléves, negyedéves vagy havi részletekben. (Részletek a 7. oldalon.)
Az ügyfélnek milyen kötelezettségei vannak?	A szerződőnek és a biztosítottnak közlési kötelezettsége is van, ami azt jelenti, hogy köteles a biztosító által feltett kérdésekre valóságnak megfelelő és hiánytalan válaszokat adni. A közlési kötelezettség megsértése esetén a biztosító nem teljesít szolgáltatást. Bejelentési kötelezettség: a biztosított és a szerződő kötelesek 8 napon belül bejelenteni a biztosítónak, ha az ajánlatban megjelölt és a biztosító által elfogadott foglalkozása, üzleti- vagy egyéb tevékenysége megváltozik. (Részletek a 7. oldalon.)
Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?	Mentesülések A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosítási esemény például a kedvezményezett szándékos magatartásának következménye. Fontos! A mentesülések eseteit az általános feltételek 9. § tartalmazza. Kérjük, feltétlenül olvassa el! (Részletek a 8. oldalon.) Életbiztosításra vonatkozó kizárások A biztosító nem nyújt szolgáltatást, ha a biztosított például bűncselekményben való részvétel közben veszíti életét. Fontos! Az életbiztosításra vonatkozó kizárásokat az általános feltételek 10. §-ának (1) bekezdése tartalmazza. Kérjük, feltétlenül olvassa el! (Részletek a 8. oldalon.) Balesetbiztosításokra vonatkozó kizárások A biztosító nem nyújt szolgáltatást, ha a biztosított például alkoholos befolyásoltágú állapotban szenved balesetet. Fontos! A balesetbiztosításra vonatkozó kizárásokat az általános feltételek 10. §-ának (2) bekezdése tartalmazza. Kérjük, feltétlenül olvassa el! (Részletek a 9. oldalon.) Betegségbiztosításokra vonatkozó kizárások A biztosító nem nyújt szolgáltatást például azokra a betegségekre, amelyekről a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt tudomása volt. Fontos! A betegségbiztosításra vonatkozó kizárásokat az általános feltételek 10. §-ának (3) bekezdése tartalmazza. Kérjük, feltétlenül olvassa el! (Részletek a 9. oldalon.)
Mit kell tenni, ha káresemény történik?	A biztosítási jogviszony alapján támasztott bármely igényt a biztosító részére írásban kell benyújtani, 8 napon belül. A szolgáltatási igény elbírálásához szükséges dokumentumok listáját az általános feltételek 15. oldalán található 1. sz. melléklet tartalmazza. A kárigényt a biztosítóval szemben érvényesíteni a kár bekövetkeztétől számítva 5 éven belül lehet, mely időtartam elteltével a kárigény elévül. (Részletek a 10. oldalon.)

Mikor szűnik meg a biztosítás?	Bármely biztosítottra vonatkozó védelem azonnal megszűnik: - a biztosított halálakor, - a szerződés érvényességi idejének lejáratakor, - amikor a biztosított kikerül a megállapított kockázati (foglalkozási) osztályból, kivéve ha a tevékenység megváltoztatását bejelentették és a változást a biztosító elfogadta, - a 70. vagy a különös feltételekben meghatározott életév elérésével, - amikor a biztosított kikerül a biztosítotti listáról, - ha a szerződő felmondja a szerződést. A biztosítás megszűnése nem érinti a megszűnés előtt bekövetkezett biztosítási eseményekkel kapcsolatos, folyamatban lévő vagy függő károk elbírálását. (Részletek a 10. oldalon.)
Mit tesz a biztosító az adataim biztonsága érdekében?	A biztosító a biztosítási titokra és személyes adatokra vonatkozó törvények és előírások alapján jár el, amelyeket a termékfeltételek külön fejezetekben részleteznek. (Részletek a 10. oldalon.)
Milyen módon lehet tájékozódni a biztosítással kapcsolatban, illetve hova lehet panasszal fordulni?	A biztosítóra vonatkozó panaszt szóban vagy írásban a következő elérhetőségek bármelyikén elő lehet terjeszteni: Központi Ügyfélszolgálatunk az alábbi elérhetőségeken áll rendelkezésére: MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe, 1138 Budapest, Népfürdő u. 22.; info@metlife.hu telefonszám: 06-1-391-1300, telefax: 06-1-391-1660. A Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvényben meghatározott fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Magyar Nemzeti Banknál (MNB Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., levelezési cím: 1534 Budapest BKKP Pf.: 777., telefon +36-80-203-776, email: ugyfelszolgalat@mnbb.hu, internetes elérhetőség: https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem) 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 (cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., levelezési cím elszámolással, szerződésmódosulással kapcsolatos ügyekben: 1539 Budapest Pf.: 670., levelezési cím általános ügyekben: H-1525 Budapest Pf.:172., telefon: +36-80-203-776, email: ugyfelszolgalat@mnbb.hu, internetes elérhetőség: https://www.mnb.hu/bekeltetes) eljárását kezdeményezheti. (Részletek a 14. oldalon.)
Mit érdemes tudni a biztosítóról?	A biztosító – MetLife Europe d.a.c. – az a jogi személy, amellyel a szerződő szerződést köt, és amely társaság a biztosítási szerződés létrejötte esetén a biztosítási szolgáltatások teljesítésére kötelezettséget vállal. A MetLife Europe d.a.c. Magyarország területén biztosítási tevékenységét a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül fejti ki. A termékfeltételek végén található Céginformációból részletesen tájékozódhat az anyavállalatról (MetLife Europe d.a.c.), illetve a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepéről.

2017. január 15.

CSOPORTOS ÉLET-, BALESET- ÉS BETEGSÉGBIZTOSÍTÁS ÁLTALÁNOS FELTÉTELEI

Jelen feltételekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést erre hivatkozással kötötték. A jelen feltételekben és a biztosítási szerződésben nem rendezett kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadók.

Kik a biztosításban érintett személyek?

1. § A biztosítási szerződés alanyai

(1) Biztosító: MetLife Europe d.a.c. (továbbiakban: biztosító), amely a biztosítási szerződést megkötöti és a biztosítási díjak ellenében kötelezettséget vállal a biztosítási szolgáltatások teljesítésére.

(2) Szerződő: az a jogi személy, aki, illetve amely a biztosítási szerződést megkötöti a biztosítóval a biztosított(ak) javára és a biztosítási díjak fizetésére kötelezettséget vállal.

(3) Biztosított: az a természetes személy, akinek az életével, testi épségével, illetve egészségével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön. Biztosításra jogosult az az 1. életévét betöltött, de 70. életévét (ha a különös feltételek másképp nem rendelkeznek) még be nem töltött személy, akire e szerződés alapján a biztosítás kiterjed, azaz akitől a biztosító a kockázatot átvállalja feltéve, hogy a biztosítást a 70. életév betöltése előtt (ha a különös feltételek másképp nem rendelkeznek) kötötték. A biztosító a szerződéssel kötött megállapodás alapján, a fenti életkori határoktól eltérően is meghatározhatja a biztosítottak körét. A biztosított olyan személy, aki a biztosítási szerződésben meghatározott csoport tagja, vagy akinek a neve szerepel a szerződő által jóváhagyott – és a biztosítónak rendszeresen megküldött – biztosított listán.

(4) Kedvezményezett: a biztosított halála esetére kedvezményezettet jelölhet. A kedvezményezett(ek) a biztosított törvényes örökös(ei), ha a biztosított által írásban tett, a biztosítóhoz eljuttatott nyilatkozaton más kedvezményezettet nem neveztek meg. Minden egyéb szolgáltatás esetében a kedvezményezett maga a biztosított, ha a biztosított által írásban tett, a biztosítóhoz eljuttatott nyilatkozaton a biztosítási esemény bekövetkeztéig más kedvezményezettet nem neveztek meg. Több kedvezményezett jelölése esetén minden egyes kedvezményezett vonatkozásában meg kell jelölni a kedvezményezés

mértékét, ennek hiányában a kedvezményezés arányát egyenlőnek kell tekinteni. A biztosított az eredetileg jelölt kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával bármikor más kedvezményezettet nevezhet meg. Az új kedvezményezett állítás, a kérelemnek a biztosító kötvénykiállításra jogosult szervezeti egységéhez történő beérkezésének időpontjától hatályos, feltéve, hogy ez az időpont megelőzi a biztosítási esemény bekövetkezésének az időpontját. A kedvezményezett jelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal.

2. § A biztosítással kapcsolatos fogalmak

(1) Területi hatály: a biztosítás az egész világon érvényes. Ha a kötvényen ettől eltérő területi hatály kerül feltüntetésre, akkor a kötvényen megjelölt területi hatály hatályos a szerződésre.

(2) Időbeli hatály: a biztosító kockázatviselése folyamatosan 24 órán át és évi 365 napon keresztül az egész díjjal fedezett biztosítási időszak során fennáll. Ha a kötvényen ettől eltérő időbeli hatály kerül feltüntetésre, akkor a kötvényen megjelölt időbeli hatály hatályos a szerződésre.

(3) Biztosítási szerződés: a biztosítási szerződés részét képezik az általános és különös biztosítási feltételek, a szerződő biztosítási ajánlata, az ajánlathoz csatolt nyilatkozatok, az egyes biztosítottak biztosítási nyilatkozatai, az egészségi nyilatkozatok és orvosi vizsgálati jelentések (amennyiben ilyenek vannak) és a szerződésről kiállított biztosítási kötvény.

(4) Biztosítás kezdete: a szerződés létrejöttének időpontja, amely a kötvényen szerepel.

(5) Várakozási idő:

a) A betegségből származó biztosítási események tekintetében várakozási időszak van érvényben, melynek tartama az adott különös feltételekben meghatározott időtartam. Ha a biztosítási esemény időpontja a várakozási időszakra esik, az adott betegséggel kapcsolatban a biztosító nem nyújt szolgáltatást.

b) Nem vonatkozik várakozási időszak olyan biztosítási eseményre, melynél a biztosítási esemény oka baleset.

(6) Biztosítási év: két egymást követő biztosítási évforduló között eltelt időszak.

(7) Biztosítási évforduló: a biztosítás kezdetét követő, a biztosítás kezdetének napjával és hónapjával megegyező évforduló, feltéve, hogy a biztosítás hatályban van.

(8) Biztosítási esemény: a különös feltételekben, illetve a szerződésben meghatározott esemény, amelynek a biztosítás hatálya alatt történő bekövetkezésekor a biztosító a

szerződésben szabályozott módon biztosítási szolgáltatást teljesít.

(9) Biztosítási összeg: a kötvényben feltüntetett, az adott biztosítási esemény bekövetkezésekor a szerződés feltételei szerint a biztosítási szolgáltatás alapját képező összeg.

(10) Kockázati (foglalkozási) osztály: a biztosítottnak a jelen szerződés megkötésének időpontjában, illetve a szerződés érvényességi ideje alatt ténylegesen gyakorolt foglalkozása vagy tevékenysége alapján megállapított kockázati osztályba sorolása.

(11) Munkavállaló: olyan személy, aki a szerződőtől munkaszerződés alapján, munkaviszony keretében rendszeresen munkabért kap (munkajogi állományban van).

(12) Aktív dolgozó: csoportos biztosítási szerződés vagy ahhoz csatolt kiegészítő biztosítás alapján a munkavállaló abban az időpontban válik biztosítottá, amely időpontban aktívan dolgozik és egyébként is megfelel a biztosíthatóság feltételeinek.

(13) Hozzájárulás nélküli illetve hozzájárulásos biztosítás: a biztosítási szerződés szerint a biztosítás lehet hozzájárulás nélküli vagy hozzájárulásos biztosítás. A hozzájárulás nélküli biztosítás azt jelenti, hogy a biztosítás díját teljes egészében a szerződő fizeti. A hozzájárulásos biztosítás azt jelenti, hogy a biztosítás fizetendő díjához a biztosított a szerződésben meghatározottak szerint saját hozzájárulást fizet.

(14) Baleset fogalma: a biztosított akaratától független, hirtelen fellépő külső behatás, amelynek következtében az emberi szervezet anatómiai szerkezetében változás következik be és az így létrejött elváltozás szakorvosilag igazolt módon sérüléssel jár. Jelen szerződés feltételei szerint nem minősül balesetnek a betegségből eredő testi sérülés, a megemelés, a rándulás, a habituális ficam, a patológiás törés, a fertőzés, a rovarcsípés, a fagyás, a napszúrás, a Nap általi égés és a hóguta.

(15) A betegség fogalma: bármely, a biztosított egészségi állapotában bekövetkező egészségkárosodás feltéve, hogy:

- az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli,
- ez a változás a biztosítási időszakon belül, a szerződésben szereplő biztosítási eseményre vonatkozik és a biztosítás időhatálya alatt következik be,
- a biztosított engedéllyel rendelkező, az adott betegség ellátására szakosodott orvos gyógykezelésének veti alá magát,
- az adott betegség nem tartozik a kizárások körébe.

A terhesség, a szülés és a terhességmegszakítás – okától függetlenül – nem minősül betegségnek.

(16) Kórház: a kórház azt a létesítményt jelenti, amely mindenben megfelel az alábbi követelményeknek:

- kórházi működésre vonatkozó engedéllyel rendelkezik (ha az ilyen engedély hatósági előírás),
- elsősorban a kórházban történő kezeléssel, bennfekvő betegek ellátásával foglalkozik,
- a betegápolást napi 24 órán át, szakképzett személyzettel látja el,
- egy vagy több engedéllyel rendelkező orvost foglalkoztat,

- biztosítja a diagnosztizálás és a magas szintű orvosi beavatkozások szervezett szolgáltatását,
- elsődlegesen nem rendelőintézet, szanatórium, vagy rehabilitációs intézet, vagy hasonló létesítmény, és nem foglalkozik alkohol vagy kábítószer függőségi terápiával,
- nem lakása a biztosítottnak.

(17) Orvos: az – a biztosítottól vagy annak közeli hozzátartozótól eltérő személy –, aki a jogszabályban meghatározott vizsgákkal és engedéllyel rendelkezik az igény alapjául szolgáló baleseti sérülés gyógyítására.

(18) Sérülés: baleseti testi sérülést jelent és a biztosítási szerződés érvényességi ideje alatt a nevezett biztosítottra vonatkozik.

(19) Bennfekvő beteg: azt a személyt jelenti, aki bennfekvőként legalább 1 napi kórházi ellátásban részesült.

(20) Intenzív ellátás: A jelen biztosítás szempontjából intenzív ellátásnak minősül a kórháznak a közvetlen életveszély elhárítását célzó és arra szakosodott, 24 órás folyamatos szakorvosi felügyeletet biztosító és intenzív elnevezés alatt működő különálló egységében nyújtott ellátás.

Mikortól és milyen tartamra érvényes a biztosítás?

3. § A biztosítási szerződés kezdete és időtartama

(1) A biztosítási szerződés a kötvényen megjelölt napon kezdődik és a szerződésben foglalt biztosítás(ok) egy éves biztosítási időszakra szól(nak). Amennyiben a biztosítási évforduló előtt 30 nappal sem a biztosító, sem a szerződő nem intéz a másik félhez ellenkező tartalmú írásbeli nyilatkozatot, a biztosítás időtartama további egy évvel meghosszabbodik. A biztosítási tartam a szerződő és a biztosító egyetértése esetén folyamatosan, többször is meghosszabbítható.

(2) A szerződés létrejöhet egy évnél rövidebb tartamra is. Ebben az esetben a biztosítási szerződés kezdete és vége a kötvényen kerül feltüntetésre.

4. § Kockázatviselés kezdete

(1) A kockázatviselés kezdete a biztosított csoport tekintetében a szerződésben megjelölt időpont.

(2) Az egyes biztosítottak vonatkozásában a biztosító attól a naptól vállalja a kockázatot, amely napon a biztosított a biztosított csoport tagjává válik; és addig a napig vállalja a kockázatot, amíg a biztosított a biztosított csoport tagja. A biztosított csoport tagjait felsoroló lista a biztosítási szerződés része. A biztosítottak listájának változásáról a szerződő negyedévente írásban tájékoztatja a biztosítót. Biztosított lista hiányában a szerződő a biztosítottak létszámát is megadhatja. Ilyen esetben egyértelmű meghatározást kell adnia a szerződőnek arra vonatkozólag, hogy kik tartoznak a biztosított csoportba (például egy rendezvényre jegyet váltott,

a rendezvény ideje alatt a rendezvény helyszínén tartózkodó emberek).

(3) Amennyiben a biztosított csoportot jogi személy, vagy jogi személyiség nélküli gazdasági társaság alkalmazottai alkotják, akkor **az egyes munkavállalók azon a napon válhatnak biztosítottá, amely napon felkerülnek a biztosítottak listájára, feltéve, hogy azon a napon az adott munkavállaló keresőképes.** Ha az alkalmazott azon a napon, amelyen felkerül a biztosítottak listájára keresőképtelen állományban van, azon a napon kezdődik a biztosító kockázatviselése, amely napon újból keresőképesé válik.

Mikor és kinek kell a biztosítási díjat megfizetni?

5. § Díjfizetés módja és esedékessége

(1) A biztosítási díjak fizetését a szerződő teljesíti a biztosító részére. Hozzájárulós biztosítás esetén a biztosított hozzájárulást a biztosított teljesíti a biztosító részére.

(2) A biztosítási díj az az összeg, amelynek fizetésére a szerződő kötelezettséget vállal a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási szolgáltatások ellenértékéért. A biztosítási díj kiszámítása a biztosított kockázati (foglalkozási) osztályba sorolásának, a biztosítási összeg nagyságának és – élet- és betegségbiztosítások esetén – a biztosított életkorának a figyelembevételével történik. A biztosított belépési kora a biztosítás kezdetekor betöltött életkor alapján kerül megállapításra.

(3) A biztosítás első díja a szerződés hatályba lépésének napján esedékes. Amennyiben az első díjat nem fizetik meg, a biztosítás nem lép hatályba. Minden további díj annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.

(4) A biztosítás rendszeres díjfizetésű, a díjfizetés módja lehet éves, féléves, negyedéves és havi díjfizetés. A féléves, negyedéves és havi díjrészeket kiszámítása esetén a biztosító az éves díjhoz képest pótdíjat számíthat fel, amelynek mértékét minden egyes szerződés vonatkozásában évente állapítja meg.

(5) Egy évnél rövidebb tartamú szerződések egyszeri díjfizetésűek.

(6) A biztosító a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő díj(ak) esedékességéről nem köteles a szerződőt az esedékességet megelőzően értesíteni. Az értesítés elmaradására az ügyfél követelést nem alapíthat.

(7) A biztosító fenntartja a jogot arra, hogy a biztosítás díját a biztosítási évfordulón felülvizsgálja és amennyiben szükséges, az új díjkalkuláció alapján új díjtételeket állapítson meg, amelyek minden hatályban lévő biztosításra egyenesen érvényesek. A díjmódosítás mértékéről a biztosító írásban tájékoztatja a szerződőt oly módon, hogy a szerződő legalább 30 nappal a következő biztosítási évforduló előtt kézhez kapja az értesítést. Amennyiben a szerződő a módosított díjat elutasítja, úgy az erre vonatkozó írásbeli nyilatkozatát a biztosítási évfordulót megelőzően kell el-

juttatnia a biztosítóhoz, amelynek következtében a jelen biztosítás az első módosított díj esedékességét megelőző nap 24. órájával megszűnik. Írásbeli nyilatkozat hiányában a jelen biztosítás módosított díja a biztosítási évfordulótól kezdődően automatikusan életbe lép.

(8) Hozzájárulós biztosítás esetén, ha a munkavállaló besorolásának a változása következtében nagyobb biztosítási fedezetre válna jogosulttá, de a besorolásváltozástól számított 30 napon belül (illetve 30 napon túli keresőképtelenség esetén a keresőképesé válását követő első napon) a biztosított nem fizeti meg az esedékes magasabb összegű munkavállalói hozzájárulást, a magasabb biztosítási fedezetre vonatkozó változás nem lép hatályba. Ilyen esetben a biztosítási fedezet emelésére a későbbiek során mindaddig nincs lehetőség, ameddig a biztosított nem nyújt be a biztosító számára elfogadható írásbeli bizonyítékot a biztosíthatóságáról (egészségi állapotáról).

(9) Amennyiben a szerződő a díjat az esedékességkor nem egyenlíti ki, a biztosító a díjmaradás 30. napján a szerződőt – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – 30 napos póthatáridő kitűzésével a teljesítésre írásban felszólítja (türelmi idő). A biztosító a kockázatot a türelmi idő lejártáig viseli. Ezen türelmi időn belül a szerződő az elmaradt díj befizetését pótolhatja. A türelmi idő elteltével, a 61. napon a szerződés valamennyi biztosított vonatkozásában megszűnik.

Az ügyfélnek milyen kötelezettségei vannak?

6. § Közlési kötelezettség

Közlési kötelezettség és megsértésének következményei

(1) A biztosított és a szerződő a szerződéskötéskor kötelesek a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval a valóságnak megfelelően és hiánytalanul közölni, amelyekre a biztosító írásban kérdést tett fel, és amelyeket ismertek vagy ismerniük kellett.

(2) A közlési kötelezettség megsértése esetén a biztosító teljesítési kötelessége nem áll be, kivéve ha:

a) bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy nem a valóságnak megfelelően közölt körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, illetve az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében;

b) a biztosítás már legalább 2 éve megszakítás nélkül fennállott, arra 2 évi díj befizetésre került, és bizonyítják, hogy a közlési kötelezettség megsértése nem szándékosan történt;

c) a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.

(3) A közlési kötelezettségre vonatkozó szabályok érvényesek abban az esetben is, ha a biztosítási összeg emelésére kerül sor, de csak a megemelt és a régi biztosítási összeg különbözetére vonatkozóan, és csak azon tények és körülmények tekintetében, amelyekre a biztosító az összegemelés kapcsán írásban kérdéseket tett fel.

(4) Amennyiben a biztosító tudomására jut, hogy a szerződés szerint biztosított valamely biztosított életkorát helytelenül adták meg, a kötvény szerint fizetendő díjakat a biztosított valóságos életkorának megfelelően módosítani kell, feltéve, hogy a munkavállaló biztosítási fedezetének mértéke vagy az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási díj függ a biztosított életkorától.

(5) Amennyiben a téves korbevallás a biztosított halála után jut a biztosító tudomására, úgy a kötvény szerint fizetendő bármely szolgáltatás összegét arányosan helyesbítenni kell a ténylegesen befizetett díj és azon díj közötti különbség alapján, amelyet a biztosított valóságos életkora szerint a biztosításra fizetni kellett volna.

7. § Bejelentési kötelezettség

(1) A biztosított és a szerződő kötelesek 8 napon belül bejelenteni a biztosítónak, ha a biztosított ajánlatban megjelölt és a biztosító által elfogadott foglalkozása, üzleti- vagy egyéb tevékenysége megváltozik. Amennyiben a biztosítási esemény a változás után következik be, az ilyen megváltozott foglalkozásból, üzleti- vagy egyéb tevékenységből eredő kárigényeket a jelen biztosítás nem fedezi, kivéve, ha a változást a biztosító a káresemény bekövetkezése előtt elfogadta és az esetleg megállapított többletdíjat a szerződő elfogadta és a díjemelésről szóló értesítés kézhezvételét követő 30 napon belül megfizette.

(2) Ha a biztosító a változás tekintetében nem vállalja a kockázatviselést, úgy az egyéni kockázatviselést 30 napra – a szerződő és a biztosított figyelmének egyidejű felhívása mellett – írásban felmondja és az egyéni kockázatviselésre befizetett díjat a felmondási időszak lejártát követő 30 napon belül visszatéríti.

8. § Biztosítotti lista

(1) A szerződő a szerződés időtartama alatt a biztosító által megkívánt módon vezeti a biztosítotti listát, amely minden egyes biztosított biztosításának a lényeges adatait tartalmazza (mint például: név, életkor, jogosultság, biztosítás kezdete, biztosítási fedezet stb.).

(2) A szerződő – a biztosító formanyomtatványain évente – a biztosító rendelkezésére bocsátja a biztosítotti listát, amely tartalmazza a biztosításra jogosult biztosítottakra vonatkozó azon adatokat és információkat, amelyek a díjak megállapításához és a biztosítások egyéb adminisztrációjához szükségesek. A szerződőnek a biztosításra vonatkozó nyilvántartását úgy kell vezetnie, hogy az a biztosító számára szükség esetén hozzáférhető legyen.

(3) A szerződő negyedévente bejelenti az elmúlt negyedév során a be- és kilépett biztosítottakat és a belépett biztosítottakhoz tartozó adatokat (mint például: név, életkor, jogosultság, biztosítás kezdete, biztosítási fedezet stb.).

(4) A biztosítotti listában előforduló esetleges hibák nem érvénytelenítenek egyébként jogszerűen hatályban lévő biztosításokat és nem helyeznek újra érvénybe már jogszerűen megszűnt biztosításokat, de az ilyen hibák felfedezésekor a biztosítás díját megfelelően módosítani kell,

feltéve, hogy az elkövetett hiba a fizetendő díj összegére kihatással volt.

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?

9. § A biztosító mentesülése

(1) A biztosító mentesül a szolgáltatási összeg kifizetése alól, ha a biztosítási esemény a biztosított halála esetén a kedvezményezett szándékos magatartásának következménye.

(2) Több haláleseti kedvezményezett esetén az (1) bekezdés rendelkezése nem vonatkozik azon kedvezményezettekre, akik nem hatottak közre a biztosított halálának előidézésében.

(3) A biztosító mentesül az életbiztosítási szolgáltatási összeg kifizetése alól, amennyiben bizonyítja, hogy a biztosítási esemény

a) a biztosított jogellenes vagy szándékos magatartásának következménye,

b) a szerződéskötéstől számított két éven belül elkövetett öngyilkosság következménye, tekintet nélkül a biztosított tudatállapotára.

(4) Amennyiben a biztosított a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított két éven túl elkövetett öngyilkosság következtében hal meg, a biztosító a főbiztosítás esetében a haláleseti biztosítási összeget fizeti ki, kivéve, ha az öngyilkosságot megelőző két éven belül a haláleseti biztosítási összeg egyedi emelésére került sor. Ebben az esetben a biztosító az emelés előtti haláleseti biztosítási összeg figyelembevételével számított haláleseti szolgáltatást fizeti ki.

(5) A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítésétől, és az adott biztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosítások minden további feltétel nélkül megszűnnek, ha a biztosítási eseményt olyan esemény idézte elő, amelynek következtében a biztosító a főbiztosítás szolgáltatási összegének kifizetése alól mentesül az (1) és (3) alapján.

10. § Kizárások a biztosítási védelemből

(1) Életbiztosításra vonatkozó kizárások

a) Bűncselekményekben való részvételre vonatkozó kizárás

Nem minősül biztosítási eseménynek és a csoportos biztosítási szerződés vagy az ahhoz csatolt bármilyen kiegészítő biztosítás nem nyújt fedezetet olyan eseményre, amely közvetlenül vagy közvetve, teljesen vagy részben a biztosítottnak bűncselekményben vagy jogellenes tevékenységben való tevőleges (aktív) részvételével összefüggésben következett be, ide értve a ténylegesen elkövetett vagy megkísérelt jogellenes cselekményeket vagy a biztosítottnak a letartóztatással szembeni ellenállását.

b) Háborús kizárás

A biztosító nem nyújt szolgáltatást, amennyiben a biztosítási eseményt közvetlenül vagy közvetve háború (két ország közötti fegyveres szembenállás, a hadüzenet tényétől függetlenül), polgárháború, bármilyen hadművelet vagy invázió, külföldi erők ellenséges hadműveletei, idegen erő beavatkozása, háborús állapot, katonai és egyéb bitorló erők műveletei, statárium, ostromállapot, forradalom, vagy harci cselekményben, felkelésben, lázadásban, zavargásban, zendülésben való részvétel (függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételről van szó) okozza.

c) A biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek, ha az esemény a biztosított elme- vagy tudatzavarával okozati összefüggésben következett be.

(2) Balesetbiztosításokra vonatkozó kizárások

A biztosítás nem terjed ki azon baleseti sérülésekre, amelyek oka közvetlenül vagy közvetve, egészében vagy részben:

a) az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés, maradandó egészségkárosodás,

b) veleszületett rendellenességek és az ebből fakadó következmények,

c) a biztosítottnak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota, kivéve, ha ezeket egészségügyi hatóság előírására alkalmazzák,

d) a biztosított alkoholos befolyásoltságú állapota, amennyiben véralkoholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedésrendészeti szabályokban megengedett határértéknél,

e) a biztosított öngyilkossága, öncsonkítása vagy ezek kísérlete, az elmeállapota való tekintet nélkül,

f) bármilyen betegség, bakteriális fertőzések,

g) bármely idegi vagy elmebeli rendellenesség, elnevezésüktől vagy osztályozásuktól függetlenül (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezavar),

h) bármely sérvet, lumbagot vagy sciaticat (az ülőideg zsába egyedi formáját) okozó sérülés.

Továbbá nem terjed ki a biztosítás azon balesetből adódó sérülésekre, amelyek az alábbi körülmények között következtek be:

i) a biztosított hivatásszerű részvétele bármely sporttevékenységben,

j) a biztosított részvétele bármely olyan versenyben vagy versenyre való felkészülésben, amely motoros meghajtású szárazföldi-, vízi- vagy légi jármű használatával jár,

k) amennyiben a biztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vagy motorcsónakot vezet, vagy azon utazik,

l) amennyiben a biztosított fizető utasként utazik olyan légi járművön, amely nem tartozik egyetlen légitársasághoz sem és nincs megfelelő bejegyzése,

illetve engedélye fizető utasok szállítására rendszeres és közzétett menetrend szerinti útvonalon,

m) a biztosított aktív szolgálata bármely nemzet bármely fegyveres erejénél,

n) a biztosított által jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidézett esemény,

o) mialatt a biztosított pilótaként vagy utasként gyakorlásra vagy egyéb célból sárkányrepülő, vitorlázó- vagy egyéb könnyűszerkezetű repülőgépet, illetve ejtőernyőt használ, vagy nem utas minőségben bármilyen légi járművel utazik,

p) bármely, radioaktív energia vagy maghasadás által működtetett vagy működtetésre alkalmas fegyver vagy eszköz használata, minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt,

q) háború (két ország közötti fegyveres szembenállás, a hadüzenet tényétől függetlenül), polgárháború bármilyen hadművelet vagy invázió, külföldi erők ellenséges hadműveletei, idegen erő beavatkozása, háborús állapot, katonai és egyéb bitorló erők műveletei, statárium, ostromállapot, forradalom, vagy harci cselekményben, felkelésben, lázadásban, zavargásban, zendülésben való részvétel (függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételről van szó).

r) bármely, olimpiai sportágként nem bejegyzett, különlegesen veszélyes sportcselekménnyel, így a küzdősportok köréből a pankrációval, utcai küzdelmekkel; az egyéb sportok és hobbijellegű tevékenységek köréből a hegyi kerékpározással (Mountain bike), a szikla- vagy gleccsormászással, illetőleg a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXII. törvény 18. §-a (6) bekezdésének e) pontjában felsorolt extrém sportokkal összefüggésben következett be,

s) bármely olyan kezelés vagy gyógy mód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben, rehabilitációs vagy utókezelő központban végeznek.

(3) Betegségbiztosításokra vonatkozó kizárások

Betegségbiztosítási kockázatviselések esetén a biztosítás nem terjed ki azon betegségből származó biztosítási eseményekre, amelyek oka közvetlenül vagy közvetve, egészében vagy részben:

a) a biztosított alkoholos vagy kábítószeres befolyásoltsága, kivéve ha az utóbbit szakképzett orvos utasítására alkalmazzák,

b) bármely olyan betegség vagy egészségkárosodás, amelynek oka közvetve vagy közvetlenül a HIV (Emberi Immunhiányt Okozó Vírus) és/vagy bármely HIV-val kapcsolatos betegség beleértve az AIDS-t (Szerzett Immunhiányos Szindróma), és/vagy annak bármilyen mutáns származékát vagy változatát,

c) bármely idegi vagy elmebeli rendellenesség kezelése, elnevezésüktől vagy osztályozásuktól függetlenül (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezavar),

d) bármely időszakos kontroll vizsgálat vagy megfigyelés, függetlenül attól, hogy a jelen biztosítás ha-

tálybalépése előtt vagy után bekövetkező betegség-
gel kapcsolatban állnak vagy sem,
e) mindenfajta gyógymód és hosszú idejű gyógyke-
zelés gyógyintézményben való benntartózkodással
(nyugdíjas otthonok, utókezelési központok, detoxi-
káló központok stb.),

f) valamennyi, a biztosítás hatálybalépése előtt be-
következett betegség, vagy olyan betegséggel kap-
csolatos esemény, amely miatt a biztosított egészség-
ügyi intézményben kezelés vagy megfigyelés alatt
állt, és/vagy amelyről a jelen biztosítás kezdete előtt
tudomása volt, és/vagy amelynek tünetei már jelent-
keztek nála vagy diagnosztizálták azokat a jelen bizto-
sítás érvénybe lépését megelőzően,

g) bármely olyan kezelés vagy gyógymód, amelyet
kórháztól eltérő egészségügyi intézményben, rehabili-
tációs vagy utókezelő központban végeznek.

Mit kell tenni, ha káresemény történik?

11. § A szolgáltatási igény bejelentése és a biztosító teljesítése

(1) A biztosítási jogviszony alapján támasztott bármely
igényt a biztosító részére írásban kell benyújtani, a biztosí-
tási eseménytől számított 8 napon belül.

(2) Ennek elmulasztása esetén a biztosító annyiban men-
tesül a biztosítási összeg kifizetése alól, amennyiben emiatt
lényeges körülmények kideríthetetlenekké váltak.

(3) A biztosító által igényelt minden igazolást, nyilatkoza-
tot és bizonyítékot a biztosítónak az általa meghatározott
formában és tartalommal, a kötvényszámra való hivatko-
zással kell benyújtani. Az ezzel kapcsolatos költségeket a
biztosító nem téríti meg.

(4) A biztosító kérésére és költségére a biztosított orvo-
si vizsgálaton köteles megjelenni bármilyen testi sérülés
vagy betegség kivizsgálása céljából.

(5) Bármilyen testi sérülés vagy betegség bekövetkeztét
követően a biztosítottnak a lehető legrövidebb időn belül
gyakorló szakorvoshoz kell fordulnia és kárenyhítési kötele-
zettségéből adódóan annak orvosi tanácsait köteles pontos-
an betartani. A biztosító nem felelős azokért a következmé-
nyekért, amelyek a biztosítottnak a biztosítási esemény káros
következményei elhárítására illetve enyhítésére vonatkozó
kötelezettségeinek elmulasztásából erednek.

(6) A biztosító a szolgáltatást a kárigény elbírálásához
szükséges utolsó dokumentum beérkezését követő 30 na-
pon belül teljesíti.

(7) A teljesítéssel a biztosító mentesül minden további kö-
telezettség alól a biztosítási igényt vagy annak következmé-
nyeit illetően.

(8) A biztosításból eredő igények elévülési ideje a szolgál-
tatás esedékességétől számított 5 év.

Mikor szűnik meg a biztosítás?

12. § A biztosítás megszűnése

(1) Bármely biztosított biztosítása azonnal megszűnik:

- a biztosított halálakor,
- a szerződés érvényességi idejének lejáratakor (az 5. §
(9) bekezdésében részletezett türelmi idő figyelembevételé-
vel)
- amikor a biztosított kikerül a megállapított kockázati
(foglalkozási) osztályból, kivéve ha a tevékenység megvál-
toztatását bejelentették és a változást a biztosító elfogadta,
- a 70. vagy a különös feltételekben meghatározott éle-
tév elérésével,
- amikor a biztosított kikerül a biztosított listáról,
- felmondással (évforduló előtt 30 nappal),
- kiegészítő biztosítás esetén a főbiztosítás megszűnésé-
vel.

(2) A biztosítás megszűnése nem érinti a megszűnés előtt
bekövetkezett biztosítási eseményekkel kapcsolatos, folya-
matban lévő vagy függő károk elbírálását.

Mit tesz a biztosító az adataim biztonsága érdekében?

13. § A biztosítási és az üzleti titok

(1) A biztosító köteles a biztosítási tevékenységről szóló
2014. évi LXXXVIII. törvény (a továbbiakban: Bit.) 135-
143. §-ában, valamint a 149-151. §-ában meghatározott
biztosítási titokra vonatkozó szabályokat maradéktalanul
betartani. Biztosítási titok minden olyan – minősített ada-
tot nem tartalmazó –, a biztosító, a viszontbiztosító, a
biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a biz-
tosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő ügyfeleinek
– ideértve a károsultat is – személyi körülményeire, vagyo-
ni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval,
illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatko-
zik.

A biztosító vagy a viszontbiztosító jogosult kezelni ügyfe-
leinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek
a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántar-
tásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés
célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosí-
tásához, állományban tartásához, a biztosítási szerződés-
ből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy
az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet. Ettől el-
térő célból végzett adatkezelést biztosító vagy viszontbiz-
tosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet.
A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti
hátrány, és annak megadása esetén részére nem nyújtha-
tó előny.

A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül
– ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási köte-
lezettség terheli a biztosító vagy viszontbiztosító tulajdo-

nosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

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 a 135. § (1) bekezdésében meghatározott célokból, az Eüak. rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

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.

A biztosító és a viszontbiztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének megíiusulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

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. Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.

(2) Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

a) a biztosító vagy a viszontbiztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásbeli felmentést ad, b) a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

(3) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn:

- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b) a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és ügyészséggel,
- c) a 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 szemben, 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, a csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,

l) az e törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervvel,

m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő 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 könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,

p) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,

q) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal szemben,

r) ha az a)-j) és n) pontban megjelölt szerv vagy személy olyan írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a p)-q) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

(4) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége továbbá nem áll fenn a 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.

(5) 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 közgazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki, illetve ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adat-szolgáltatás az Aktv. 43/H. §-ában foglalt kötelezettség, valamint a FATCA-törvény alapján az Aktv. 43/B. és 43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésére szorítkozik.

(6) 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) a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,

b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

(7) 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.

(8) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha

a) a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot;

b) a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot.

(9) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító 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. A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamban történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

(10) 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.

(11) Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított öt év elteltével, az ügyfél egészségi állapotával összefüggő az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvényben (a továbbiakban: Eüak.) meghatározott egészségügyi adatok, vagy az Infotv. törvény szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén húsz év elteltével törölni kell.

(12) A biztosító az esetleges kiszervezett tevékenységet végző személyek, valamint az orvosszakértői véleményt készítő szakorvosok számára az ügyfelek személyes és különleges adatait továbbíthatja abból a kizárólagos célból, hogy azok szolgáltatásaikat a szerződő számára közvetlenül ajánlhasák fel, illetőleg a kiszervezett tevékenységet maradéktalanul elláthassák. A biztosító az ügyfelek személyes adatait, valamint a biztosítási szerződés pénzügyi és aktuáriusi adatait pedig a szerződés fenntartása és kezelése, illetve a szerződésben foglalt teljesítése céljából és érdekében a külföldre történő adattovábbítás szabályainak figyelembevételével, adatfeldolgozási céllal a külföldi székhelyű anyavállalata (MetLife EU Holding Company Ltd. (Írország), MetLife Inc. (USA), American Life Insurance Company (USA)), az anyavállalat regionális központjai (Alico Services Central Europe, s.r.o. – Szlovákia, Amplico Services Sp. z.o.o. – Lengyelország, IBM Polska Sp. z.o.o. – Lengyelország), az anyavállalat adatfeldolgozója (Microsoft Corporation – Egyesült Királyság), illetve viszontbiztosítója részére, az anyavállalat és a regionális központok, illetve a viszontbiztosító székhelye szerinti országokba továbbítja. Azon személyek nevét, akik részére az ügyfelek személyes és különleges adatai adatfeldolgozás céljából átadásra kerülnek, beleértve a kiszervezett tevékenységet végzők, viszontbiztosítók, valamint az orvosszakértői véleményt készítő szakorvosok személyét, a biztosító hirdetményben teszi közzé.

(13) A biztosító kötelezettséget vállal arra, hogy megfelelő nyilvántartással rendelkezik, amely megvalósítja a biztosítási titok védelmét.

(14) A biztosító, mint a FATCA-törvény szerinti Jelentő Magyar Pénzügyi Intézmény az általa kezelt, FATCA-törvény szerinti Pénzügyi Számla vonatkozásában elvégzi a FATCA-törvény szerinti Számlatulajdonos és Jogalany FATCA-törvényben foglalt Megállapodás 1. Melléklete szerinti illetőségének megállapítására irányuló illetőségvizsgálatot. 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.

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.

(15) A biztosító, mint az Aktv. szerinti Jelentő Magyar Pénzügyi Intézmény az általa kezelt, az Aktv. 1. melléklet VIII/C. pontja szerinti Pénzügyi Számla vonatkozásában elvégzi az Aktv. szerinti Számlatulajdonos és Jogalany illetőségének az Aktv. 1. melléklet II-VII. pontja szerinti megállapítására irányuló illetőségvizsgálatát. A Számlatulajdonost az illetőségvizsgálat elvégzésével egyidejűleg az ügyfélfogadásra nyitva álló helyiségeiben kifüggesztett hirdetmény útján vagy – ha az lehetséges – elektronikus úton tájékoztatja

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

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.

(16) A 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 jogosult megkereséssel fordulni más biztosítóhoz az általa kezelt alábbi adatok vonatkozásában:

- a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személyazonosító adatait;
- b) a biztosított személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
- c) az a) pontban meghatározott személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;
- d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és
- e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.

A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal a fent meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.

A megkeresésnek tartalmaznia kell az ott meghatározott személy 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 a megkeresési jogosultsága tényének fennállásáért.

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

A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti, azonban, ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig.

Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.

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

Ha az ügyfél az Infotv.-ben szabályozott módon az adatairól tájékoztatást kér, és a megkereső biztosító már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek a tényéről kell tájékoztatni a kérelmezőt.

14. § A személyes adatok kezelése

(1) A biztosító, a biztosításközvetítő a szerződő és a biztosított személyes és különleges adatait annak hozzájárulásával jogosultak kezelni. A biztosító azon személyes és különleges adatokat kezeli, amelyeket a szerződő, illetőleg a biztosított az ajánlati űrlapon, illetőleg az ajánlat megtétele, vagy a szerződés hatálya, illetőleg a szerződésből eredő igények érvényesítése során egyéb formában a biztosítási szerződés létrehozása, fenntartása és a biztosítási szolgáltatás érdekében a biztosítóval közölt.

(2) A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaknacsadó a személyes adatokat a biztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, illetve a megbízási jogviszonyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

(3) A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat addig kezelheti, ameddig

a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

(4) A biztosító köteles törölni minden olyan ügyfeleivel, volt ügyfeleivel, vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

(5) A biztosító által kezelhető adatok köre:

- a) biztosított (szerződő, kedvezményezett és károsult) személyes adatai, a biztosított különleges adatai,
- b) biztosítási összeg,
- c) a kifizetett biztosítási összeg mértéke és a kifizetés ideje,
- d) a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggő összes lényeges tény, körülmény.

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

(7) Az adatkezelés célja kizárólag a biztosítási szerződés megkötése, módosítása, állományban tartása és a követelések megítéléséhez szükséges adatok nyilvántartása, illetőleg törvényi kötelezettségek teljesítése lehet.

(8) A biztosítási ajánlat aláírásával a szerződő és a biztosított megadja a személyes és különleges adatai kezelésére vonatkozó írásbeli hozzájárulást az ajánlati nyilatkozattal és a biztosítási feltételekkel összhangban történő kezeléséhez.

(9) A szerződő, a biztosított és bármely más érintett személy jogosult a biztosítótól kérelmezni:

- a) tájékoztatást személyes és különleges adatai kezeléséről,
- b) személyes vagy különleges adatainak helyesbítését vagy módosítását, illetve
- c) személyes vagy különleges adatainak – a kötelező adatkezelés kivételével – törlését vagy zárolását; emellett
- d) az Infotv. 21. §-ban meghatározott esetekben tiltakozhat személyes adatainak kezelése ellen. A felsoroltakat a szerződő, a biztosított, illetve az érintett személy írásban kérheti a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe ügyfélszolgálatánál (1138 Budapest, Népfürdő u. 22.), ha személyazonosságát megfelelő dokumentumokkal igazolta.

(10) A biztosító a vele szerződő bel- és külföldi adatkezelő, illetőleg viszontbiztosító intézményeket szerződésben nyilatkoztatja az adatok kezelésére és továbbítására szolgáló eljárások és berendezések biztonsági előírásoknak való megfeleléséről, illetőleg az adatszolgáltatás és -tárolás biztonságának szintjéről, valamint az ezért viselt felelősségükről. A személyes és különleges adatokat a biztosító kizárólag azon adatkezelő részére jogosult továbbítani, amelynél az adatvédelem az irányadó jogszabályok által támasztott követelményei valamennyi adatra nézve teljesülnek.

(11) A biztosító telefonon vagy interneten történő – az ügyfelet, illetőleg szerződését érintő – tevékenysége során gondoskodik a személyes és különleges adatok ke-

zeléséről, valamint a biztosítási titokvédelemre vonatkozó szabályok maradéktalan érvényesítéséről.

(12) Abban az esetben, ha a személyes vagy különleges adatokhoz fűződő jogokat megsértik, a szerződő, a biztosított, illetve az érintett személy a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság (1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/C; telefon: +36-1-391-1400; fax: +36-1-391-1410; e-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu) vizsgálatát kezdeményezheti, vagy bírósági eljárást indíthat. Az adatkezeléssel kapcsolatos részletes jogokat és jogorvoslati lehetőségeket részletesen az Infotv. 13-17. és 30. alfejezetei tartalmazzák.

Milyen módon lehet tájékozódni a biztosítással kapcsolatban, illetve hova lehet panasszal fordulni?

15. § Illetékes bíróság, illetékes panaszforum

(1) Jelen biztosítási feltételekre és a biztosítási szerződésre vonatkozóan a magyar jogszabályok irányadók.

(2) A biztosítási szerződésből eredő igények érvényesítésére indított valamennyi perre – hatáskör függvényében – a Budapesti II. és III. Kerületi Bíróság vagy a Budapest Környéki Törvényszék a kizárólagosan illetékes bíróság. Az illetékes felügyeleti szerv az Ír Pénzügyi Szolgáltatások Hatóságának Központi Bankja (Central Bank of Ireland, PO Box 559, Dame Street, Dublin 2, Írország).

(3) További illetékes panaszforum a biztosító magyarországi fióktelepe (1138 Budapest, Népfürdő u. 22.). Az ügyfélszolgálat elérhetőségei az alábbiak:

Cím: H-1138 Budapest, Népfürdő u. 22.

E-mail: info@metlife.hu, Fax: 06 1 391 1660, Telefon: 06 1 391 1300

(4) A panaszt az ügyfélszolgálat részére szóban (telefonon vagy személyesen), illetve írásban lehet megtenni.

(5) Személyesen panasz tehető a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe személyes ügyfélszolgálatán (1138 Budapest, Népfürdő u. 22. fsz.) hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, keddtől csütörtökig tartó munkanapokon 8.30 és 17 óra között, pénteki munkanapon 8.30 és 16 óra között.

(6) Szóbeli panasz tehető a biztosító központi telefonszámán (06 1 391 1300) hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, keddtől csütörtökig tartó munkanapokon 8 és 17 óra között, pénteki munkanapokon 8 és 16 óra között. A fenti telefonszámon bejelentett panaszokat a biztosító rögzíti.

(7) Írásbeli panasz tehető az alábbi módokon:

- a) postai úton a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe részére, a 1138 Budapest, Népfürdő u. 22. címen,
- b) e-mailben a (3) bekezdésben foglalt címre küldve, vagy
- c) faxon a (3) bekezdésben foglalt faxszámon.

(8) A biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő harminc napon belül megküldi az ügyfélnek.

(9) Amennyiben a biztosító a panaszkérelmet elutasítja, a panaszos a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi

CXXXIX. törvényben meghatározott fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvényben meghatározott fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Magyar Nemzeti Banknál (MNB Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., levelezési cím: 1534 Budapest BKKP Pf.: 777., telefon +36-80-203-776, email: ugyfelszolgalat@mnbb.hu, internetes elérhetőség: <https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem>) 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 (cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., levelezési cím elszámolással, szerződésmódosulással kapcsolatos ügyekben: 1539 Budapest Pf.: 670., levelezési cím általános ügyekben: H-1525 Budapest Pf.:172., telefon: +36-80-203-776, email: ugyfelszolgalat@mnbb.hu, internetes elérhetőség: <https://www.mnb.hu/bekeltetes>) eljárását kezdeményezheti.

Budapest, 2017. január 1.

1. SZÁMÚ MELLÉKLET

Milyen dokumentumokra van szüksége a biztosítónak a kifizetéshez?

Tájékoztató a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokról

A szolgáltatási igény elbírálásához a következő iratokat szükséges benyújtani:

Valamennyi szolgáltatási igény esetén:

- a) a biztosító erre a célra szolgáló kitöltött és aláírt szolgáltatási igény bejelentő nyomtatványát,
- b) a biztosítási eseményt okozó eseményre vonatkozó (annak bekövetkezésében szerepet játszó baleset), illetve az azt követő valamennyi ellátás orvosi dokumentációja, kezelések, vizsgálatok iratai, kórházi zárójelentések, szövettani eredmények, műtéti leírások, szakorvosi iratok másolatait,
- c) háziorvosi betegkarton másolatát,
- d) hatósági eljárás esetén a tényállás megállapítására alkalmas hiteles hatósági okiratot, vádindítványt vagy vádiratot, bírósági ítéletet vagy az eljárást befejező/elutasító határozatot, amennyiben ilyen készült és az okirat szükséges a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához,
- e) külföldön bekövetkezett biztosítási esemény esetén a biztosítási esemény körülményeiről a külföldi állami, vagy önkormányzati hatóság és egészségügyi intézmények által kiállított okiratok hiteles magyar fordítását,
- f) a baleset tényét és körülményeit igazoló rendőrhatalósági jegyzőkönyv vagy más hatósági jelentés másolatát (amennyiben ilyen készült),
- g) továbbá mindazon okiratokat, amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek.

A haláleseti biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a következő iratokat kell a biztosító részére bemutatni, illetve átadni:

- a) a hitelesített halotti anyakönyvi kivonatot,
- b) a halottvizsgálati bizonyítvány másolatát,
- c) a baleset tényét és körülményeit igazoló rendőrhatalósági jegyzőkönyv vagy más hivatalos jelentés másolatát (amennyiben ilyen készült),
- d) hatósági eljárás esetén a határozatot,
- e) boncjegyzőkönyv másolatát, amennyiben boncolás történt,
- f) halotti epikrízist tartalmazó kórházi zárójelentést,
- g) a kedvezményezett személyét azonosító hivatalos okiratot,
- h) jogerős öröklési bizonyítvány vagy jogerős hagyatékátadó végzés másolatát (abban az esetben kell csatolni, ha korábban a kedvezményezettet név szerint nem nevezték meg)
- i) orvosi nyilatkozatot*,
- j) haláleset utáni orvosi jelentés formanyomtatványt.

A kritikus betegségek esetére szóló szolgáltatás igénybevételéhez a következő iratokat kell a biztosító részére bemutatni, illetve átadni:

- a) a biztosítási eseményt leíró és alátámasztó, szakorvos vagy intézmény által igazolt orvosi dokumentációt (zárójelentések, vizsgálati és szövettani eredmények),
 - b) szükség esetén a biztosítási eseményt alátámasztó, aktuálisan elvégzett szakorvosi vizsgálati eredményt.
- (1) Rosszindulatú daganat esetén
- határozott orvosi diagnózist (szövettani leletet) a rosszindulatúság igazolására,
 - szövettani bizonyítékot (leletet) arról, hogy a daganat a környező szöveteket elárasztotta vagy távolabbi áttétet képzett.

(2) Szívinfarktus esetén

- a típusos klinikai tünetek leírását tartalmazó orvosi dokumentumot;
- az infarktust igazoló jellegzetes EKG elváltozások leletét;
- a szívenzim értékek típusos emelkedését igazoló orvosi dokumentumot.

(3) Agyi érkatasztrófa esetén

- az esemény bekövetkeztét és a bekövetkezés időpontját megállapító dokumentumot (orvosi lelet, zárójelentés);
- neurológiai szakvéleményt, amely az esemény után 45 nappal, az eseménnyel okozati összefüggésben álló kóros idegrendszeri tüneteket állapít meg.

(4) Szívkoszorúér műtét esetén

- a műtét szükségességének orvosi dokumentációját, beleértve a műtét előtt készített koszorúérfestés (coronariographia) leletét,
- a műtét leírását tartalmazó zárójelentést.

Amennyiben a műtetre nem Magyarországon kerül sor, úgy a biztosítási esemény elfogadásának feltétele, hogy a biztosító orvosszakértőjének műtét előtti, a beavatkozás indokoltságát megállapító írásbeli véleményét beszerezzék.

(5) Szervátültetés esetén

- a műtét szükségességének orvosi dokumentációját;
- a műtét leírását tartalmazó zárójelentést.

Amennyiben a műtetre nem Magyarországon kerül sor, úgy a biztosítási esemény elfogadásának feltétele, hogy a biztosító orvosszakértőjének műtét előtti, a beavatkozás indokoltságát megállapító írásbeli véleményét beszerezzék.

(6) Veseelégtelenség esetén

- a dialízis szükségességét igazoló leletet;
- a 60 napot meghaladó, rendszeres dialízis kezelés orvosi igazolását.

(7) Vakság esetén

- mindkét szem látóképességének betegség következtében történt teljes, végleges és visszafordíthatatlan elvesztését igazoló szakorvosi véleményt.

A gyermekszületés biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a következő iratokat kell a biztosító részére bemutatni, illetve átadni:

- a biztosított gyermekének születési anyakönyvi kivonatának másolatát,
- a kórházi zárójelentés másolatát,
- emelt szintű biztosítási összeg igénylése esetén az emelt szintű családi pótlékra való jogosultság igazolásáról szóló dokumentumot,
- emelt szintű biztosítási összeg igénylése esetén a gyermek betegségére vonatkozó orvosi diagnózisok, vizsgálatok, gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentációk másolatait.

Betegségből és balesetből származó maradandó teljes rokkantság biztosítási eseményre járó szolgáltatás igénybevételéhez:

- az orvosi jelentést az egészségkárosodás jellegének és mértékének leírásával illetve diagnózisával,
- a baleseti káresemény tényét és körülményeit igazoló rendőrhatalósági jegyzőkönyv vagy más hivatalos jelentés másolatát (amennyiben ilyen készült),
- az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet orvosi bizottságának az egészségkárosodás mértékét megállapító szakvéleményét (határozatát), (amennyiben ilyen készült),
- továbbá minden olyan iratot, amelyet a biztosító az igény elbírálásához szükségesnek tart.

Baleseti maradandó teljes, részleges, vagy súlyos rokkantság biztosítási eseményre járó szolgáltatás igénybevételéhez:

- az orvosi jelentést valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával illetőleg az egészségkárosodás mértékének igazolásával,
- a sérült testrésszel kapcsolatban, a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően felállított orvosi diagnózisok, vizsgálatok, gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentációk másolatait (ha létezik ilyen).

Kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére járó szolgáltatás igénybevételéhez:

- a kórházi tartózkodásról és ellátásról szóló magyar nyelvű orvosi dokumentáció (zárójelentés) másolatát (külföldi kórházi zárójelentés esetén magyar nyelvű hiteles fordítással), amely tartalmazza a kórházi tartózkodás időtartamát, a kórtörténeti adatokat, a felállított diagnózisokat, az alkalmazott kezeléseket, illetve műtét esetén a műtéti beavatkozás pontos leírását, valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával,
- a sérült testrésszel kapcsolatban, a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően felállított, orvosi diagnózisok, vizsgálatok, gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentációk másolatait (ha létezik ilyen),

- c) ambuláns lapot, orvosi dokumentumok másolatát, hiteles magyar nyelvű fordítással,
- d) orvosi nyilatkozatot*,
- e) továbbá mindazon okiratokat, amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek.

Csonttörés, égési sérülés esetén:

- a) a kórházi tartózkodásról és ellátásról szóló dokumentáció (zárójelentés) másolatát, amely tartalmazza a kórházi tartózkodás időtartamát, a kórtörténeti adatokat, a felállított diagnózisokat, az alkalmazott kezeléseket, valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával,
- b) a sérült testrészrel kapcsolatban, a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően felállított, orvosi diagnózisok, vizsgálatok, gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentációk másolatait, (ha létezik ilyen),
- c) továbbá mindazon okiratokat, amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek.

7 napon túl gyógyuló baleseti sérülésre szóló kiegészítő biztosítás alapján járó szolgáltatás igénybevétele:

- a) a balesetet követő első kezelést ismertető és a pontos diagnózist megállapító orvosi szakvélemény, az esetleges kórházi zárójelentés,
- b) bármilyen kapcsolódó orvosi szakvélemény és dokumentum a biztosított korábbi egészségi állapotára vonatkozóan.
- c) Amennyiben a megállapodott biztosítási összegnek alapja a biztosított igazolt jövedelme, be kell nyújtani a biztosított nettó jövedelmére vonatkozó igazolást is.

Táppénz kiegészítő biztosítás alapján járó szolgáltatás igénybevétele:

- a) orvosi igazolás keresőképtelen állományba vételről,
- b) orvosi igazolás folyamatos keresőképtelenségről,
- c) a pontos diagnózist megállapító orvosi szakvélemény,
- d) bármilyen kapcsolódó orvosi szakvélemény és dokumentum a biztosított korábbi egészségi állapotára vonatkozóan, továbbá
- e) jövedelemigazolás.

A biztosító az igényelbírálás tartama alatt jogosult a saját költségén a biztosítottat az általa megnevezett orvosokkal megvizsgáltatni olyan gyakran, ahogy az orvosilag indokolt.

*A kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata a káresemény hátterében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismézésének pontos időpontjával.

Budapest, 2017. január 1.