ALFA
VIENNA INSURANCE GROUP

Alfa Vitál Max
kockázati életbiztosítás

Szabályzat

Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. 06 1 477 4800 alfa.hu

ALFA
VIENNA INSURANCE GROUP

PRO2-03

Alfa Vitál Max

Tartamos kockázati életbiztosítás szabályzata

Érvényes: 2026. június 1-jei, és az azt követő technikai kezdetű szerződésekre

1. Általános rendelkezések 2
2. Fogalmak 2
3. Díjszámla 5
4. Költségek 5
5. A biztosítási szerződés alanyai 5
6. A szerződés létrejötte, hatálya, felmondása 7
7. Kockázatviselés kezdete és vége, a szerződés megszűnése 8
8. Kockázatelbírálás, várakozási idő 9
9. Biztosítási események és szolgáltatások 10
10. Ügyfélbónusz 11
11. Díjfizetés, díjelmaradás 11
12. Értékkövetés 11
13. Biztosítási összeg változtatása 12
14. A szolgáltatások teljesítése 13
15. Közlési és változásbejelentési kötelezettség 13
16. A Biztosító mentesülése 15
17. Kockázatkizárások 15
18. Kiegészítő balesetbiztosításokra vonatkozó szabályok 16
19. Kiegészítő egészségbiztosításokra vonatkozó szabályok 16
20. A biztosítási kockázat jelentős növekedése 17
21. Szerződéses kapcsolattartás szabályai 17
22. Vegyes rendelkezések 18
23. Elévülés 18

Függelék 19

I. számú Melléklet: Adatvédelmi és fogyasztóvédelmi általános ügyféltájékoztató 20

II. számú Melléklet: A biztosítási szolgáltatás elbírálásához és teljesítéséhez bekérhető dokumentumok listája 29

1. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

1.1. Jelen szabályzat azokat a feltételeket tartalmazza, amelyek – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – az Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (továbbiakban: Biztosító) tartamos életbiztosítására, valamint a hozzá kapcsolható kiegészítő baleset- illetve egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést a jelen feltételekre hivatkozva kötötték, amennyiben a kiegészítő biztosítások feltételei másképp nem rendelkeznek.

1.2. Jelen szerződésre vonatkozóan a magyar jog és az Európai Unió tagországai által kötelezően és közvetlenül alkalmazandó jogszabályok rendelkezései az irányadók. A biztosítási feltételekben nem rendezett kérdésekben a vonatkozó hatályos jogszabályok, így különösen, de nem kizárólag a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.), a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (Bit.) rendelkezéseit kell alkalmazni. A jogszabályok változása esetén a jelen feltételek rendelkezéseinek és a hatályos jogszabályok kötelező érvényű előírásainak esetleges eltérésekor a hatályos jogszabályok az irányadók. A jogszabályok változásáról a biztosító nem köteles tájékoztatni a szerződőt.

1.3. A szerződés nyelve magyar. A szerződő kérésére a Biztosító vállalhatja, írásbeli vállalása esetén pedig köteles idegen nyelven elkészíteni és átadni a szükséges okiratokat, de az iratok magyar nyelvű szövege tekintendő hitelesnek.

1.4. A biztosítási szerződéshez kapcsolódó minden biztosítási díj, költség, illetve kockázati díj, szolgáltatási összeg (illetve további összegszerűen meghatározott mennyiség) főszabály szerint forintban, illetve a mindenkori magyar hivatalos fizetőeszközben értendő és teljesítendő.

1.5. A felek, így a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett, valamint a Biztosító képviselője a következő módon teheti meg a szerződés módosításával kapcsolatos, illetve a feltételekben meghatározott egyéb nyilatkozatait a Biztosító felé: személyesen írásban megerősítve, postai levélben, online ügyfélszolgálaton, továbbá a Biztosító honlapján előre meghatározott esetekben telefonon és elektronikus úton. Ezeken túl minden olyan formában, amelynél lehetőség van a biztonságos beazonosításra, a tartalom változatlan visszaidézésére, a nyilatkozattevő személyének és a nyilatkozattétel időpontjának azonosítására, kivéve, ha a szerződéses megállapodás valamely nyilatkozatra különös formát ír elő.

1.6. A jelen szabályzatban, valamint a kiegészítő biztosítások feltételeiben szereplő, a Biztosítót terhelő írásbeli közlések esetében írásbelinek minősül a fokozott biztonságú elektronikus aláírással ellátott, elektronikus úton küldött irat is, valamint minden olyan módszer, amelyet magyar jogszabály aktuálisan írásbelinek minősít.

1.7. Jelen alapbiztosítási szerződést érintő kötelező adóelőírások jogszabályi módosítása esetén jelen biztosítás egyoldalúan annak érdekében módosítható, hogy az éppen hatályos adójogi jogszabályoknak mindenkor megfeleljen. Az adójogi jogszabályváltozások kihirdetését követően a Biztosító a szerződőt írásban értesíti a szerződését érintő módosításokról. A Biztosító egyben arról is tájékoztatni köteles a szerződőt, hogy az értesítés átvételét követő 30 napon belül a módosítást írásban elutasíthatja, elutasítás esetén azonban a szerződő eleshet mindazon esetleges adóelőnytől, amely a módosítás elfogadása esetén részére biztosítva lett volna. Az elutasítás elmaradása esetén a szerződés a Biztosító által közölt módosítás szerint marad hatályban.

2. FOGALMAK

2.1. Biztosítási ajánlat

A Biztosító érvényes formanyomtatványán (beleértve a Biztosító által rendszeresített elektronikus ajánlattételi rendszer segítségével elkészített dokumentumot), a biztosítási szerződés létrejöttét megalapozó, minden lényeges adatot tartalmazó, a törvényi előírásoknak és a mindenkori díjszabásnak megfelelő írásbeli dokumentum, vagy a fenti feltételeknek megfelelően tett olyan, írásbelinek nem minősülő ajánlat, amellyel a szerződő vagy a Biztosító a biztosítás megkötését kezdeményezi.

2.2. Biztosítási szerződés

A Biztosító a kockázatviselés kezdetét követően bekövetkező, meghatározott jövőbeli esemény (biztosítási esemény) bekövetkezése esetén szolgáltatási összeg megfizetésére vagy más szolgáltatás teljesítésére kötelezi magát, a szerződő pedig díj fizetésére köteles.

2.3. Alapbiztosítás

Olyan biztosítás, amely más biztosítások megkötése nélkül, önállóan is köthető. Az alapbiztosításhoz a Biztosító mindenkori rendelkezései szerint meghatározott kiegészítő biztosítások köthetők.

2.4. Kiegészítő biztosítás

Önállóan nem, csak az alapbiztosítás mellé köthető biztosítás. A kiegészítő biztosítások a feltételeikben meghatározott szolgáltatásokra nyújtanak fedezetet. A kiegészítő biztosítás tartama – az alapbiztosítás tartamán belül – csak határozott idejű (tartamos) lehet.

Ha az alapbiztosítási és a kiegészítő biztosítási szerződés megkötése azonos időpontban történik, úgy a kiegészítő biztosítás tartama a kiegészítő biztosítási szerződés technikai kezdetétől számított, az ajánlattételkor a szerződő által meghatározott teljes biztosítási években van kifejezve.

Az egyes kiegészítő biztosítások tartama egy biztosítási szerződésen belül különböző is lehet.

2.5. Biztosítási esemény

Jelen alapbiztosítási szerződés, valamint a kiegészítő biztosítási szerződések feltételeiben meghatározott időpontok, illetve események bekövetkezése, amely a Biztosító szolgáltatását kiváltja.

2.6. Kezdeti biztosítási összeg

A szerződő által az ajánlat tételekor meghatározott biztosítási összeg. A biztosítási összeg minimális mértékét a Függelék tartalmazza.

2.7. Aktuális biztosítási összeg

A szerződő által az ajánlat tételekor meghatározott biztosítási összegnek a tartam során az értékkövetéssel (12. pont) és ügyfélbónusszal (10. pont) növelt, valamint a biztosítási összeg növelése (13.1.) és csökkentése (13.2.) által módosuló mértéke, amely a különböző biztosítási eseményekre nyújtandó szolgáltatások kiszámításának alapját képezi.

2.8. Biztosítási díj

A Biztosító kockázatban állásának és szolgáltatásainak, a Biztosító mindenkori díjszabása alapján megállapított ellenértéke, melyet a szerződő köteles a Biztosítónak megfizetni. A biztosítási díj tartalmazza jelen alapbiztosítás díját, valamint az esetleges kiegészítő biztosítások díját is. A biztosítási díj megegyezik a biztosítás kockázati díjával.

2.9. Rendszeres biztosítási díj

A biztosítási időszakra esedékes, a szerződésben megállapított éves díj azon részlete, mely a szerződő által választott gyakorisággal fizetendő.

A biztosítás első díjrészlete a szerződés technikai kezdetekor esedékes, míg a folytatólagos díj annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik. Bármely díjrészlet elmaradása esetén a teljes biztosítási évre járó díj követelhető, amennyiben az adott biztosítási évben a szerződő a díjfizetést már megkezdte, vagy arra halasztást kapott.

A rendszeres biztosítási díj havi – havi díjfizetési gyakoriságtól eltérő díjfizetés esetén az egy hónapra eső – minimális mértékét a Függelék tartalmazza.

2.10. A biztosítás kockázati díja

A jelen biztosítási szerződés és a kiegészítő biztosítások feltételei alapján vállalt szolgáltatások és a Biztosító kockázatban állásának éves ellenértéke, amelynek díjfizetési gyakoriság szerinti részletét a Biztosító a díj esedékességekor levon a Díjszámláról (3. pont). A biztosítás kockázati díja függ a szolgáltatás jellegétől, a biztosított életkorától, a biztosítás tartamától és a kockázatelbírálás eredményeként esetlegesen alkalmazott díjmódosítástól.

A Biztosító a biztosítási szerződés 5. évfordulóját követően jogosult a biztosítás kockázati díját évente, a 12.3. pont szerinti értesítéssel egyidejűleg, a következő biztosítási időszak első napjának hatályával egyoldalúan módosítani, ha az élet-, baleset-, és egészségbiztosítási események bekövetkezési valószínűsége a 16–80. életév közötti korosztályban legalább 5%-kal eltér a kockázati díj szerződéskötéskori kalkulációjában alkalmazott valószínűségtől.

Amennyiben a Biztosító a kockázati díj módosításáról dönt, az erről szóló ügyféltájékoztatóban köteles a díjemelést és annak mértékét a fentiek szerint megindokolni.

2.11. Kockázati kategória

A Biztosító a biztosítottakat a kockázatelbírálás során felmért egészségi állapotuk és életmódjuk alapján megállapított, az egyéni kockázati szintjüknek megfelelő kategóriába sorolja, amely csoportokra a kockázati jellemzőknek megfelelő díjszabást alkalmaz. A kockázati kategóriákat a Függelék tartalmazza.

2.12. Függelék

A biztosítási szerződés része, amely tartalmazza az alapbiztosítás minimális biztosítási összegét, a Papa-Mama szülői életbiztosítás szolgáltatás összegét, az alapbiztosítási minimális biztosítási díjának mértékét, a kockázati kategóriákat, a kötvényesítési költség és az Ügyfélbónusz mértékét.

2.13. Technikai kezdet

A biztosítási ajánlattételt követő hónap 1. napja, amely egyben az első biztosítási év kezdete és az első díj esedékességének az időpontja.

2.14. Biztosítási időszak, biztosítási év, évforduló

A biztosítási év a biztosítás tartamán belül 12 egymást követő hónap. A biztosítási év kezdete minden évben a szerződés technikai kezdetének napja, a biztosítási év vége a technikai kezdettől számolt 12. hónap utolsó napja. Egy biztosítási év egy biztosítási időszaknak tekintendő.

2.15. A biztosítás tartama

Jelen alapbiztosítási szerződés határozott idejű tartamos életbiztosítás, 5–40 éves tartamra köthető.

A tartamos életbiztosítás minimális 5 éves tartama a társbiztosítottra is vonatkozik.

A határozott idejű szerződés tartama a szerződés technikai kezdetétől számított, az ajánlattételkor a szerződő által meghatározott teljes biztosítási évek száma.

Az utolsó biztosítási év utolsó napja a szerződés lejárati időpontja.

2.16. Belépési életkor

A szerződéskötéskor a biztosított életkorát a Biztosító úgy határozza meg, hogy a technikai kezdet dátumának évszámából kivonja a biztosított születésének évszámát. Ha a biztosított születési dátumának hónapja és a technikai kezdet hónapja nem azonos, úgy a Biztosító által az első biztosítási évben a díjszámításhoz használt életkor azonos a második évben használt életkorral.

2.17. Aktuális életkor

A biztosítás tartama során a biztosított mindenkori aktuális életkorát a Biztosító úgy határozza meg, hogy a biztosított belépési korához hozzáadja az eltelt teljes biztosítási évek számát.

2.18. Egészségkárosodás

Az egész szervezetre vonatkoztatott, a szervezet felépítésében, funkcióiban betegség, sérülés vagy veleszületett rendellenesség következtében kialakult kedvezőtlen változás.

2.19. Végstádiumú betegség

Végstádiumú betegség bármely gyógyíthatatlan betegség vagy egészségi állapot azon időszaka, amikor az ismert és alkalmazott gyógyító kezelések ellenére kijelenthető, hogy hatásos gyógymód hiányában a biztosított várható élettartama egy évnél rövidebb.

2.20. Baleset

Balesetnek minősül az a hirtelen fellépő, egyszeri, külső behatás, amely a biztosítottat akaratától függetlenül a kockázatviselés ideje alatt éri, és amellyel összefüggésben a biztosított az egyes biztosítási eseményeknél meghatározott időn belül, a meghatározott károsodást szenvedi el.

Nem minősülnek balesetnek az alábbi események, így a Biztosító nem viseli a kockázatot az alábbi esetekben:

- **megemelés, rándulás, habituális ficam, patológiás törés;**
- **fagyás, kihűlés, illetve hőguta;**
- **napszúrás és nap általi leégés;**
- **szilárd, folyékony vagy légnemű anyag bevétele miatti szándékos mérgezés, illetve sérülés;**
- **rovar- és egyéb állatcsípés, illetve marás;**
- **fertőző vagy fertőzéssel keletkezett betegség;**
- **a biztosított elme- vagy tudatzavarával összefüggésben bekövetkezett esemény;**
- **öngyilkosság vagy öngyilkossági kísérletből eredő sérülés;**
- **orvosi műhiba.**

Közlekedési baleset: Közlekedési balesetnek minősül az a baleset, amely azáltal következik be, hogy a biztosított

- közúti járművet vezet;
- utasként szárazföldi, vasúti vagy vízi járművet vagy függővasutat, illetve közterületi liftet vesz igénybe a szállítási, utazási feltételeknek megfelelően;
- légi utasként menetrend szerinti, illetve charter légiforgalmi eszközt az utazási feltételeknek megfelelően használ, más tömegközlekedési eszközt az utazási (szállítási) feltételeknek megfelelően használ;
- gyalogosként vagy kerékpárosként közterületen vagy közforgalom által el nem zárt magánterületen más közlekedési eszközzel okozott közlekedési baleset sérültje lesz;
- közúton járműre való be- vagy kiszállásakor, illetve fel vagy lerakodáskor szenved sérülést, de nem a rakodást végző személyként;
- közúti eseményhez kapcsolódó tevékenységet végez, és ezzel oksági összefüggésben baleset következik be.

Nem minősül közlekedési balesetnek, és a Biztosító nem viseli a kockázatot:

- **ha a gyalogos, vagy a kerékpáros (egyéb közlekedő személy) nem mozgó jármű miatt sérül meg;**
- **ha a jármű utasa nem a jármű, illetve más jármű haladása, illetve váratlan megállása, balesete miatt sérül meg.**

2.21. Balesetbiztosítási esemény

Ha a baleset megtörténtétől számított 2 éven belül a biztosított múlékony vagy maradandó egészségkárosodása következik be, vagy 1 éven belül meghal.

2.22. Éves értesítő

A biztosítási szerződés megkötését követően a Biztosító – évente egy alkalommal – írásban tájékoztatja a szerződőt az alap és az esetleges kiegészítő biztosítások szolgáltatási értékeiről.

2.23. El nem számolt terhelés

Amennyiben a Díjszámlán (3.1. pont) nem áll rendelkezésre megfelelő összeg a biztosítási szerződéssel összefüggésben felmerülő költségek (4. pont) és kockázati díjak (2.10.) fedezetére, úgy a Biztosító ezeket a még el nem számolt terheléseket nyilvántartja és azokat akkor érvényesíti, amint a fedezet rendelkezésre áll a díjszámlán.

2.24. Maradékjog

Az életbiztosítási szerződés feltételeiben meghatározott azon jogok, amelyek a díjfizetés elmaradása, illetve a szerződésnek a biztosítási összeg kifizetése nélküli megszűnése esetében fennmaradnak. Az alapbiztosítás és a kiegészítő biztosítások nem rendelkeznek megtakarítási díjrésszel, így nincs maradékjoguk, azaz nem díjmentesíthetők és nem vásárolhatók vissza.

2.25. Profi (hivatásos) sportoló

Profi (hivatásos) sportolónak minősülnek azok a versenyengedéllyel és sportorvosi engedéllyel rendelkező sportegyesületi tagok, akik sportszervezettel létesített munkaviszony vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony, továbbá megbízási szerződés alapján vagy egyéni vállalkozás keretében jövedelemszerzési céllal sporttevékenységet folytatnak.

2.26. Amatőr sportoló

Amatőr sportolónak minősülnek a versenyengedéllyel és sportorvosi engedéllyel rendelkező sportegyesületi tagok, akik ugyanakkor nem profi (hivatásos) sportolók.

2.27. Szabadidős/Hobbi sportoló

Szabadidős/Hobbi sportolók azok, akik sporttevékenységet nem profi (hivatásos) és nem amatőr sportolóként végeznek.

3. DÍJSZÁMLA

3.1. A Díjszámla a biztosítási szerződésre azonosított módon beérkező díjak és fizetmények kezelésére és elszámolására szolgáló nyilvántartási számla.

A Díjszámlán nyilvántartott pénzösszegekre a Biztosító kamatot nem számol el.

A Díjszámlára befizetett, az esedékes díj nagyságának megfelelő rendszeres biztosítási díj a díj esedékességekor a számláról levonásra kerül.

3.2. A még esedékessé nem vált, előre megfizetett rendszeres biztosítási díjakat, az esetleges túlfizetéseket a Biztosító kamatmentes befizetésként kezeli, amelyek a díj esedékességének időpontjáig a Díjszámlán maradnak.

3.3. Ha a szerződő által fizetett biztosítási díj nem éri el a biztosítási szerződésben meghatározott rendszeresen fizetendő esedékes biztosítási díj mértékét, úgy a részlegesen megfizetett díjat a Biztosító kamatmentes befizetésként kezeli, amely a Díjszámlán marad mindaddig, amíg a szerződő azt az esedékes díj nagyságának megfelelően nem egészíti ki.

Biztosítási szolgáltatás kifizetése esetén az elmaradt biztosítási díjat a Biztosító a szolgáltatás összegéből úgy érvényesíti, hogy a szolgáltatás összegét a díjhátralék és a Díjszámlán lévő részlegesen megfizetett díjak összegének különbözetével csökkenti.

3.4. Jelen életbiztosítási szerződés megszűnése esetén

- ha a szolgáltatás kifizetése a kedvezményezett részére történik, úgy a Biztosító a Díjszámlán nyilvántartott, még nem esedékes díjakat a kedvezményezett részére, vagy
- ha a szerződés megszűnésekor az elszámolás a szerződő részére történik, úgy a Biztosító a Díjszámlán nyilvántartott, még nem esedékes díjakat a szerződőnek kamatmentesen kifizeti.

4. KÖLTSÉGEK

Kötvényesítési költség

A kötvényesítési költség a kockázatelbírálás és a kötvénykiállítás költségeit foglalja magában. Amennyiben a szerződés a kötvény kézhezvételétől számított 30 napon belüli felmondás alapján (6.7.1. pont) szűnik meg, úgy a befizetett díjból levonásra kerül a kötvényesítési költség. **Mértékét a Függelék tartalmazza.**

5. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI

5.1. Biztosító: az Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., amely a biztosítási díj ellenében a jelen feltételekben meghatározott szolgáltatások teljesítésére a szerződésben meghatározott módon és mértékben vállal kötelezettséget. A Biztosító adatait az I. számú melléklet tartalmazza.

5.2. Szerződő: az a természetes személy vagy gazdálkodó szervezet, aki

- a szerződés megkötésére az írásbeli ajánlatot megtette vagy a Biztosító ajánlatát elfogadta, és a biztosítási szerződés létrejötte esetén a biztosítási díjat fizeti,
- a Biztosító jognyilatkozatainak címzettje,
- a Biztosítóhoz intézendő jognyilatkozatok megtételére köteles és jogosult mindaddig, amíg a biztosított a szerződő helyébe nem lép.

5.3. Díjfizetést vállaló

Az a természetes személy vagy gazdálkodó szervezet, aki rendkívüli esetben a szerződőtől a díjfizetést átvállalja, a Biztosító és a szerződő hozzájárulásával a szerződésben a kötelezettség teljesítését a következő biztosítási időszak első napjától átveheti. A szerződő jogait egyebekben nem gyakorolhatja, a szerződést nem módosíthatja, nem mondhatja fel, nem vásárolhatja vissza. A díjfizetési kötelezettség elmulasztásának következményei a szerződőt terhelik.

5.4. **Biztosított:** az a természetes személy, akinek az életével, meghatározott életkor vagy időpont elérésével, vagy más, az életében bekövetkező ténnyel, testi épségével, egészségével stb. kapcsolatos, a szerződésben meghatározott biztosítási esemény(ek)re az alapbiztosítási szerződés és annak esetleges kiegészítő biztosítási szerződése(i) létrejön(nek), és akit a biztosítási ajánlaton és ennek alapján a szerződésben biztosítottként megjelölnek.

5.5. **Társbiztosított:** olyan biztosított, aki mind alapbiztosítással, mind kiegészítő biztosításokkal rendelkezhet. Egy biztosítási szerződésben – ideértve a kiegészítő biztosításokat is – legfeljebb egy társbiztosított lehet. A társbiztosítottra azon kiegészítő biztosítások érvényesek, ahol biztosítottként jelölték meg.

5.6. Jelen biztosítási szerződés biztosítottja, illetve társbiztosítottja az a természetes személy lehet, aki a szerződés megkötésekor legalább 18 és legfeljebb 70 éves, továbbá akit a Biztosító biztosítottként elfogad. A biztosított életkora a választott biztosítási tartam lejártakor nem haladhatja meg a 80. évet.

5.7. Ha a szerződő és a biztosított személye eltér, úgy

- a szerződés megkötéséhez és módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges,
- a szerződő kötelezettsége a biztosítottat tájékoztatni a szerződés tartalmáról, illetve a szerződést érintő valamennyi változásról,
- a biztosított hozzájárulása nélkül kötött vagy módosított biztosítási szerződésnek a kedvezményezett jelölését tartalmazó része semmis. Ekkor kedvezményezettnek a biztosítottat, illetőleg örökösét kell tekinteni, aki az ily módon neki járó biztosítási összegből a szerződőnek köteles megtéríteni a kifizetett biztosítási díjakat és a szerződésre fordított költségeket,
- a biztosított kérheti a szerződés megszüntetését, és ebben az esetben a biztosítás a biztosítási időszak végén további maradékjogok nélkül megszűnik.

Ha a szerződést nem a biztosított kötötte, a biztosított a szerződésbe szerződőként bármikor beléphet. Amennyiben ez megtörténik, úgy

- a szerződő személyében bekövetkezett változásról a biztosítottnak a Biztosítót írásbeli nyilatkozattal értesítenie kell. Az értesítésig a Biztosító az általa ismert szerződővel kommunikálhat, így részére a biztosított belépési szándékáról szóló tájékoztatást is megküldi, jelezve felé azt is, hogy a belépéshez a Biztosító hozzájárulása nem szükséges,
- a belépéssel a szerződő felet megillető jogok és az őt terhelő kötelezettségek összessége a biztosítottra száll át,
- a folyó biztosítási időszakban a szerződő és a biztosított az esedékes díjak befizetéséért egyetemlegesen felelős.

5.8. A Biztosító a szerződőváltást a jogszabálynak megfelelő írásbeli bejelentést követő hónap első napjának 0:00 órájától, de legkorábban a szerződő értesítését követő 15 napon túl veszi figyelembe. A hónap 15. napjáig beérkezett igény esetén a következő hónap 1. napjától, 15-ét követő beérkezés esetén egy teljes hónap elteltét követő hónap 1. napjától érvényes a szerződőváltás.

5.9. Ha a biztosított kiskorú és a szerződést nem a törvényes képviseletet gyakorló szülő köti meg, úgy a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges. A gyámhatóság jóváhagyásával érvényes a szerződés akkor is, ha a biztosított cselekvőképességében, vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy.

5.10. A biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a szerződés a biztosítási időszak végével megszűnik, kivéve, ha a biztosított a szerződésbe lép.

5.11. **Kedvezményezett(ek):** a biztosítási szolgáltatásra jogosult(ak).

5.11.1. Kedvezményezett lehet:

- az alap- és kiegészítő biztosítások szolgáltatásaira megjelölt természetes személy(ek) és/vagy gazdálkodó szervezet(ek),
- maga a biztosított (életében járó szolgáltatások esetén),
- a biztosított halála esetén örököse, ha kedvezményezettet nem jelöltek meg, vagy ha a jelölés nem volt érvényes a biztosítási esemény időpontjában.

5.11.2. A kedvezményezett személye a szerződő által a Biztosítóhoz intézett és beérkezett írásbeli nyilatkozattal a biztosítási esemény bekövetkezése előtt bármikor megváltoztatható.

5.11.3. Ha a biztosított és a szerződő személye eltér, a kedvezményezett módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Egybehangzó nyilatkozat hiányában a kedvezményezett(ek) személye nem módosul.

5.11.4. Egy biztosítási szerződésen belül

- az alap- és kiegészítő biztosítások szolgáltatásaira külön-külön kedvezményezett jelölhető,
- egyidejűleg több kedvezményezett is megjelölhető. Ebben az esetben a kedvezményezettség arányát írásban az ajánlaton vagy a későbbi bejelentéskor írásban egyértelműen egész százalékonként úgy kell rögzíteni, hogy a kedvezményezettek részesedése szolgáltatásonként összesen 100% legyen.

5.11.5. A kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezte előtt meghal, vagy gazdálkodó szervezet esetében jogutód nélkül megszűnik. Ebben az esetben kedvezményezettnek – ha helyette más kedvezményezettet nem jelöltek meg – a biztosított, illetve a biztosított halála esetén a biztosított örököse(i), örökösödésük arányában tekintendő(k).

5.11.6. A szerződő és a biztosított kötelezettséget vállalhat arra, hogy a kedvezményezett kijelölését folyamatosan hatályban tartja (visszavonhatatlan kedvezményezett-jelölés). A kedvezményezett kijelölését ilyen esetben kizárólag a kedvezményezett hozzájárulásával lehet visszavonni. A vállalásról, illetve a jelölés módosításának elfogadásáról a Biztosítót értesíteni kell.

5.12. **Ügyfél:** Jelen életbiztosítási szabályok keretében ügyfél a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett, a Biztosító szolgáltatására jogosult más személy; továbbá az adatvédelemre vonatkozó rendelkezések alkalmazásában ügyfél az is, aki a Biztosító számára szerződéses ajánlatot tesz.

6. A SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE, HATÁLYA, FELMONDÁSA

6.1. A szerződés létrejöhet a szerződő ajánlata, illetve annak Biztosító általi elfogadása alapján szóban és írásban, valamint a jelen szabályzat 6.3. pontjában leírtaknak megfelelően a Biztosító ráutaló magatartásával is.

Biztosítási szerződés kivételesen létrejöhet a Biztosító saját maga által rendszeresített és cégszerűen aláírt ajánlata alapján is, ha azt a megkeresett, továbbiakban szerződőnek tekinthető személy részére a Biztosító a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatással együtt, a díjszabásnak megfelelően teszi meg és arra a szerződő az ajánlaton megadott határidőn belül írásban vagy szóban elfogadó választ ad.

A szerződés – az ajánlat szerinti tartalommal – akkor jön létre, amikor az ajánlatra vonatkozó, a másik fél által tett elfogadó jognyilatkozat hatályossá válik. A jelenlevők között tett jognyilatkozat nyomban hatályossá válik. Jelenlévők között tett a jognyilatkozat abban az esetben, ha a jognyilatkozat tartalmáról a címzett annak megtételével egyidejűleg tudomást szerez. A távollevők között tett jognyilatkozat a címzetthez való megérkezéssel válik hatályossá.

Az ajánlat hallgatólagos elfogadása esetén a 6.3. pontban megjelölt időpontban jön létre a szerződés.

Szóban jön létre a szerződés,

- távollévők között bármilyen, jognyilatkozat tételre, a jognyilatkozat közvetítésére, a jognyilatkozat rögzítésére alkalmas elektronikus eszköz, vagy alkalmazás felhasználásával, ha az elektronikus úton tett jognyilatkozatok ugyan nem elégítik ki a jelen szerződésben megfogalmazott írásbeliség követelményét, de a szerződés tartalma, a jognyilatkozat tétel időpontja, a jognyilatkozat tevők személye, továbbá a felek egyező akarata bizonyítható, vagy
- jelen lévők között, a jognyilatkozatok írásbeli rögzítése és aláírása nélkül, kizárólag szóbeli egyeztetés keretében feltéve, hogy a szerződés tartalma, a jognyilatkozat tétel időpontja, a jognyilatkozat tevők személye, továbbá a felek egyező akarata bizonyítható.

A felek szóban megkötött szerződésnek tekintik különösen a telefonon, vagy a Biztosító által üzemeltetett, internet alapú program felhasználásával, vagy nyílt interneten, elektronikus levélben tett ügyfél ajánlatot és annak Biztosító általi kifejezett, vagy hallgatólagos elfogadását.

A szerződés szóban történő megköthetősége nem érinti a felek jogszabályon, bírósági vagy hatósági határozaton, vagy megállapodáson alapuló azon kötelezettségét, amely írásbeli jognyilatkozat megtételére kötelezi őket.

Írásban jön létre a szerződés akár távollévők, akár jelenlévők között

- ha a biztosítási szerződés lényeges tartalmát a felek papír alapú, vagy digitális adathordozón írásba foglalták és a felek saját kezűleg ellátták azt a rájuk jellemző kézjegyükkel, vagy képviselő útján írták alá, vagy
- ha a szerződés tartalma a megváltoztatás kizártsága mellett visszaidézhető és a jognyilatkozat tevő személye és a jognyilatkozat megtételének időpontja azonosítható (Ptk. 6:7 § (3). bek.), vagy
- ha a felek külön okiratba foglalják a jognyilatkozataikat, azokat aláírják és ezek a jognyilatkozatok együttesen tartalmazzák a felek kölcsönös, egybehangzó akaratnyilatkozatát.

A felek írásbeli szerződéskötésnek tekintik különösen:

- a papíralapon, vagy digitálisan rögzített szerződés kézzel írott aláírással történő megerősítését,
- az elektronikus úton rögzített dokumentum fokozott biztonságú elektronikus aláírással, vagy minősített elektronikus aláírással történő megerősítését,
- az aláírás nélkül megkötött szerződést, ha a felek azt olyan informatikai, adatbiztonsági szempontból védett elektronikus rendszerben hozzák létre, amely alkalmas a tartalom jognyilatkozat megtételét követő megváltoztathatatlanságának szavatolása mellett a tartalom időkorlát nélküli visszaidézhetőségére, a nyilatkozattétel és a nyilatkozattevő személyének azonosítására.

A Biztosító az elektronikus úton történő szerződéskötés speciális szabályairól, a jognyilatkozat megtételéhez a Biztosító által javasolt eszköz használatba vételekor tájékoztatja a jognyilatkozat tevőt.

6.2. A Biztosító jogosult az ajánlat alapján, az ajánlattétel időpontjától számított 15 napon belül – személyes egészségi vagy orvosi vizsgálat szükségessége esetén 60 napon belül – a biztosítási kockázatot elbírálni. A kockázatelbírálás eredményeként a Biztosító jogosult az ajánlatot elfogadni, visszautasítani, illetve módosító javaslatot tenni. Az ajánlattétel időpontja:

- az ajánlatnak a Biztosító képviselője által történt átvétele,
- a szerződő által megbízott alkusz közvetítésével felvett biztosítási ajánlat, illetve távértékesítés esetén az ajánlat biztosítóhoz való beérkezésének időpontja, ami telefonos értékesítés esetén a Biztosítóval folytatott telefonbeszélgetés időpontja.

A Biztosító az ajánlat elbírálásához a szerződőnek és a biztosítottnak az ajánlati nyomtatványon feltett valamennyi kérdésre adott válaszát figyelembe veszi.

Az ajánlat elutasítását a Biztosító nem köteles indokolni, a kockázatviselés elbírálására nyitva álló határidő alatt a szerződőt 15, illetve 60 napos ajánlati kötöttség terheli. Amennyiben az ajánlatot a Biztosító teszi, úgy az ajánlati kötöttség a Biztosítót terheli.

6.3. **A szerződés létrejön, ha a szerződőnek – a jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában – a biztosítás tartalmára vonatkozóan, a Biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és a díjszabásnak megfelelően tett ajánlatára a Biztosító az ajánlattételtől számított 15 napon belül – személyes egészségi vagy orvosi vizsgálat szükségessége esetén 60 napon belül – nem nyilatkozik.**

Az ajánlat hallgatólagos elfogadása esetén a szerződés az ajánlattétel napjára visszamenő hatállyal – az ajánlattal egyező tartalommal – a kockázatelbírálási idő elteltét követő napon jön létre.

6.4. **Ha az így létrejött biztosítási szerződés lényeges kérdésben eltér a jelen szabályzattól és annak Függelékétől, a Biztosító a szerződőnek a szerződés létrejöttétől számított 15 napon belül írásban javasolhatja, hogy a szerződést e feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, úgy az elutasítástól, illetve a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül a Biztosító a szerződést a 30. napra írásban felmondhatja.**

6.5. Ha a Biztosító az ajánlatot a fentiekben meghatározott határidőn belül elutasítja, az ezen időszak alatt bekövetkezett biztosítási eseményekért helytállni nem tartozik, feltéve, hogy az egyedi kockázatelbírálás szükségességére a szerződő figyelmét felhívta.

A biztosítási ajánlattételkor fizetett első biztosítási díjat az ajánlat elutasítása esetén a Biztosító a döntést követő 15 napon belül kamatmentesen visszafizeti.

A díj esetleges határidőn túli visszafizetése nem jelenti a Biztosító kockázatvállalását.

6.6. A Biztosító a létrejött szerződésről a szerződő számára fedezetet igazoló dokumentumot (továbbiakban: kötvény) állít ki. **Ha a kötvény tartalma a szerződő ajánlatától eltér, azonban ezt az eltérést a szerződő a kötvény kézhezvételét követő 15 napon belül nem kifogásolja, úgy a szerződés a kötvény szerinti tartalommal jön létre. Ezt a rendelkezést lényeges eltérésekre csak akkor lehet alkalmazni, ha a Biztosító az eltérésre a szerződő figyelmét a kötvény átadásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.**

6.7. **A biztosítási szerződés szerződő általi felmondása**

6.7.1. Az életbiztosítást önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személy szerződő **a szerződés létrejöttéről szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül a biztosítási szerződést a Biztosítóhoz küldött írásbeli nyilatkozattal – indoklás nélkül – felmondhatja.** A Biztosító a szerződő felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követő 30 napon belül köteles a szerződő által a biztosítási szerződéssel kapcsolatban bármely jogcímen teljesített befizetésekkel elszámolni.

6.7.2. Ebben az esetben a Biztosító a befizetésekkel úgy számol el, hogy azokból levonja a Függelékben feltüntetett kötvényesítési költséget (4. pont).

6.7.3. A biztosítási szerződés a felmondó nyilatkozat Biztosítóhoz való – 30 napos határidőben történő – megérkezésének napjával szűnik meg. A felmondott biztosításra a Biztosító szolgáltatási kötelezettséggel nem tartozik, az esetleges teljesítés visszakövetelhető.

6.7.4. A szerződő érvényesen nem mondhat le az őt megillető felmondási jogról. Nem illeti meg a felmondás joga a szerződőt – ha a törvény ettől eltérően nem rendelkezik – hitelfedezeti életbiztosítás esetén, illetve ha a szerződés tartama a 6 hónapot nem haladja meg.

7. KOCKÁZATVISELÉS KEZDETE ÉS VÉGE, A SZERZŐDÉS MEGSZŰNÉSE

7.1. A létrejött szerződés alapján a Biztosító a kockázatot a szerződésben megjelölt időponttól viseli. Ha ilyen időpont nincs, akkor a kockázativselés az ajánlat aláírását követő napon kezdődik.

A szerződő kérésére, a szerződő érdekében a felek írásban ettől eltérő – korábbi – kockázatviselési időpontban is megállapodhatnak, de ha a kockázatelbírási idő alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, a Biztosító teljesíteni csak akkor köteles, ha a kockázat egyedi elbírálása alapján a kockázatra fedezetet nyújtott volna.

7.2. **A szerződő által befizetett biztosítási díj abban az időpontban minősül befizetett díjnak és kerül egyúttal jóváírásra a Díjszámlán, amikor az a Biztosító számlájára azonosítható módon beérkezik.**

Ha a szerződő az első biztosítási díjat a Biztosító képviselőjének, illetve a – díjátvételre Biztosítói meghatalmazással rendelkező – többes ügynöknek fizette, a díj legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon a Biztosító számlájára beérkezettnek tekintendő, de a szerződő igazolhatja, hogy a díj előbb érkezett be.

Amennyiben a szerződő által befizetett biztosítási díj nem beazonosítható, úgy a Biztosító a díj visszautalását a szerződő részére legkésőbb a 30. napon megindítja.

7.3. **Az esetleges kiegészítő biztosítás(ok) kockázatviselésének kezdete**

Amennyiben a kiegészítő biztosítás ajánlata az alapbiztosítás ajánlatával egyidejűleg kerül aláírásra, úgy a kockázatviselés kezdete megegyezik az alapbiztosítás kockázatviselésének kezdetével, feltéve, hogy az alap- és kiegészítő biztosítás(ok) létrejött(ek) vagy utóbb létrejön(nek).

Amennyiben a kiegészítő biztosítás(ok) ajánlata az alapbiztosítás ajánlatának aláírását követően kerül aláírásra, úgy a kockázatviselés kezdete a kiegészítő biztosítás(ok) ajánlatának beérkezését követő hónap 1. napja, feltéve, hogy a kiegészítő biztosítás(ok) létrejött(ek) vagy utóbb létrejön(nek), de legkorábban az alapbiztosítás kockázatelbírálására nyitva álló határidő leteltét követő nap 0:00 órája.

A havi díjfizetési gyakoriságtól eltérő gyakoriságú (negyedéves, féléves, éves) díjfizetés esetén a kockázatviselés kezdete az ajánlat aláírását követően esedékes díjfizetés első napja, feltéve, hogy a kiegészítő biztosítás(ok) létrejött(ek) vagy utóbb létrejön(nek), de legkorábban a kockázatelbírálásra nyitva álló határidő leteltét követő nap 0:00 órája.

A kiegészítő biztosítás(ok) évfordulója megegyezik az alapbiztosítás évfordulójával.

7.4. **A Biztosító kockázatviselése – a biztosítási szerződés megszűnése nélkül – az alap- és kiegészítő biztosítások, valamint a társbiztosított vonatkozásában megszűnik a biztosítottnak a biztosítási tartamon belül bekövetkező halálát követően azonnal. A biztosítási szerződés ebben az esetben a biztosított halálának a Biztosító felé történő írásbeli bejelentését követő nap 0:00 órájakor szűnik meg; a bejelentés napja az a nap, amikor a bejelentés a Biztosítóhoz beérkezik.**

7.5. **A biztosítási szerződés és a Biztosító kockázatviselése az alap- és a kiegészítő biztosítások, valamint a társbiztosított vonatkozásában megszűnik**

a) a jelen feltételek 9.3. pontjában szereplő esemény biztosított vonatkozásában történő bekövetkezése napjának 24:00 órájakor, vagy

b) a biztosítási tartam lejárata napjának 24:00 órájakor, vagy

c) Biztosítói felmondás (a jelen feltételek 6.4., valamint 20. pontjai szerint) esetén a felmondási határidő utolsó napjának 24:00 órájakor, vagy

d) a kockázati tényező helytelen bevallása miatti Biztosítói módosító javaslat (a jelen feltételek 15.3. pontja szerint) elutasítása esetén, vagy ha arra nem válaszol a szerződő, a módosító javaslat közlésétől számított 30. nap 24:00 órájakor, vagy

e) szerződői felmondás (a jelen feltételek 6.7. pontja szerint) esetén a szerződő írásbeli felmondásának Biztosítóhoz történő beérkezését követő nap 0:00 órájakor, vagy

f) ha a biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását visszavonja, az adott biztosítási időszak végén, vagy

g) ha a szerződő a szerződést rendes felmondással az első évi biztosítási díj teljes befizetése után bármelyik következő évforduló előtt 30 nappal írásban a biztosítási időszak utolsó napjára felmondja, vagy

h) a díjfizetésre történt eredménytelen felszólítás esetén (a jelen feltételek 11.2.1. pontja szerint) az első elmaradt díj esedékességi napjának 24. órájakor, vagy

i) a felek közös megegyezésével.

7.6. **A Biztosító kockázatviselése az alapbiztosítás mellé kötött kiegészítő biztosítás(ok) tekintetében a kiegészítő biztosítások feltételeiben foglalt szabályok szerint, de legkésőbb az alapbiztosítással együtt szűnik meg**

a) a szerződő erre vonatkozó írásbeli nyilatkozatával, a nyilatkozat Biztosítóhoz való beérkezését követő hónap első napjának 0:00 órájakor a díjjal fedezett időszak végére, vagy

b) balesetbiztosítási kiegészítők esetében a Biztosító részéről évfordulóra történő felmondással az évforduló napjának 24:00 órájakor. A Biztosító 30 nappal az évfordulót megelőzően köteles írásban értesíteni a szerződőt a kiegészítő biztosítás ilyen megszüntetéséről; vagy

c) Biztosítói felmondás (a jelen feltételek 6.4. pontja szerint) esetén a felmondási határidő utolsó napjának 24:00 órájakor, vagy

d) az 1 éves, határozott időre kötött kiegészítő biztosítás annak a biztosítási évnek a lejártával, amelynek legkésőbb 30 nappal a vége előtt bármelyik fél írásban bejelenti a szerződés meghosszabbításának elutasítását.

7.7. A Biztosítót a biztosítási esemény bekövetkezése miatti megszűnés esetén a teljes biztosítási időszakra megilleti a biztosítási díj. A biztosítás egyéb okból való megszűnése esetén a Biztosító az addig a napig járó biztosítási díj megfizetését követelheti, amikor a kockázatviselése véget ért. Ha a gyakoriság szerint esedékes díjnál több díjat fizettek be, a díjtöbbletet a Biztosító a Díjszámláról visszafizeti. A Biztosító – a megszűnést, illetve annak tudomására jutását követő 30 napon belül – mindazon díj kamatmentes visszafizetésére köteles, amely a jelen pont szerint nem illeti meg.

7.8. **A Biztosító a biztosítási szerződés megszűnéséről írásban tájékoztatja a szerződőt, de ennek időpontja, illetve elmaradása nem befolyásolja a szerződés megszűnését.**

8. KOCKÁZATELBÍRÁLÁS, VÁRAKOZÁSI IDŐ

8.1. A biztosítás szolgáltatási összegének nagyságától, a biztosított életkorától, nemétől, foglalkozásától, életmódjától (szabadidős, sporttevékenység) és az egyéb kockázati körülményektől függően az alap- és kiegészítő biztosítások megkötéséhez a biztosított egészségi nyilatkozata vagy orvosi vizsgálata, illetve egyéb orvosi iratai szükségesek.

A Biztosító az alap- és kiegészítő, illetve az esetlegesen fennálló egyéb biztosítások kezdeti biztosítási összegeit biztosítottanként a 8.1. pontban előírtakhoz összevontan veszi figyelembe.

A biztosított az elvégzett orvosi vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.

8.2. **Ha jelen biztosítási szerződés orvosi vizsgálat nélkül jön létre, úgy az ajánlat aláírásának napjától számított 6 havi várakozási idő áll fenn a bármely okú halálra szolgáltatást nyújtó alapbiztosításra és a kiegészítő egészségbiztosításokra vonatkozóan. Ha a biztosítási esemény ezen időn belül bekövetkezik (kivéve a várakozási időn belül a balesettel összefüggő biztosítási eseményt), úgy a Biztosító a biztosításra befizetett teljes díjat fizeti ki.**

8.3. A Biztosító a várakozási időtől eltekint, ha a biztosítási esemény a kockázatviselés tartama alatt történt balesettel (2.20. pont) összefüggésben következett be.

8.4. A Biztosító rögzíti, hogy amennyiben a biztosítási szerződés a Biztosított / Társbiztosított vonatkozásában kockázatelbírálási célú orvosi vizsgálat vagy telefonos kockázatfelmérés nélkül jött létre, és a Biztosított / Társbiztosított belépési életkora nem haladja meg a 60 évet, a SARS-CoV-2 koronavírus fertőzés, valamint az általa okozott COVID-19 betegség miatt bekövetkező halálesetre a Biztosított / Társbiztosított vonatkozásában a 6 hónapos várakozási időtől eltérően 30 napos várakozási időt alkalmaz. Ezen rendelkezést a Biztosító az alapbiztosítás mellé köthető, bármely okú halálra vonatkozó kiegészítő biztosításokra is alkalmazza.

8.5. A szerződő és a biztosított a Biztosító előírásaitól eltérő esetben is kezdeményezheti saját költségére a Biztosító által meghatározott orvosi vizsgálat elvégzését.

9. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK ÉS SZOLGÁLTATÁSOK

Jelen szabályzatban meghatározott, és a kockázatviselés hatálya alatt bekövetkező biztosítási esemény esetén a Biztosító az alábbi szolgáltatást teljesíti:

9.1. Haláleseti szolgáltatás a biztosított/társbiztosított halála esetén

9.1.1. Biztosítási esemény a biztosítottnak/társbiztosítottnak a biztosítás tartamán belül bekövetkező bármely okú halála.

9.1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a haláleset időpontja.

9.1.3. Biztosítási szolgáltatás: A biztosítási esemény bejelentését követően a Biztosító a halálesetre meghatározott biztosítási összegnek biztosítási esemény időpontjában aktuális értékét fizeti ki a kedvezményezett(ek) részére.

9.2. Papa-Mama szülői életbiztosítási szolgáltatás a biztosított/társbiztosított halála esetén

9.2.1. A Biztosító jelen alapbiztosítási szerződés haláleseti biztosítási összegét a biztosítási esemény bekövetkezésekor a Függelékben meghatározott összeggel megnöveli abban az esetben, ha a biztosított/társbiztosított halálakor a biztosítottnak/társbiztosítottnak van saját háztartásában nevelt, 1 évesnél fiatalabb gyermeke. A szolgáltatás összegét az egy évesnél fiatalabb gyermekek száma nem befolyásolja.

9.2.2. A Papa-Mama szülői életbiztosítási szolgáltatás nagyságát, minimális és maximális értékét a Függelék tartalmazza.

9.2.3. A szolgáltatás teljesítéséhez szükséges iratokon felül annak igazolása is szükséges, hogy a biztosítási esemény bekövetkezésekor az elhunyt biztosított/társbiztosított saját háztartásában nevelte az 1 évesnél fiatalabb gyermekét.

9.3. Egészségbiztosítási szolgáltatás a biztosított/társbiztosított végstádiumú betegsége esetén

9.3.1. Biztosítási esemény a biztosított vonatkozásában a biztosítási szerződés 24. hónapját követően a biztosított végstádiumú betegségének (2.19. pont) fennállása, amelyet még a biztosított életében bejelentettek és a Biztosító orvosszakértője elbírált. A társbiztosított vonatkozásában a 24. hónap a társbiztosítottra vonatkozó alapbiztosítás kockázatviselésének kezdetétől számítandó.

9.3.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az első olyan orvosi igazolásnak a Biztosítóhoz történő beérkezése, amelynek alapján az igény megalapozottsága elismerhető.

9.3.3. A Biztosító a biztosítási esemény bejelentését követően a halálesetre meghatározott biztosítási összeg biztosítási esemény időpontjában aktuális értékének (a feltétel teljesülése esetén beleértve a Papa-Mama szülői életbiztosítás összegét is) 95%-át (egészségbiztosítási összeg) fizeti ki a biztosított részére.

9.3.4. Az egészségbiztosítási szolgáltatás iránti igény benyújtásával a biztosítási szerződés kedvezményezett-jelölése hatályát veszti, az egészségbiztosítási szolgáltatásra kizárólag a biztosított tekinthető kedvezményezettnek.

9.3.5. **A biztosítottra vonatkozó egészségbiztosítási szolgáltatás kifizetésével a biztosítási szerződés további kifizetésre jogosító maradékjog nélkül megszűnik. Amennyiben az egészségbiztosítási szolgáltatás a társbiztosított vonatkozásában kerül kifizetésre, a társbiztosítottra vonatkozó alapbiztosítás és a kiegészítő biztosítások megszűnnek, de a szerződés hatályban marad.**

9.3.6. **A haláleseti, illetve egészségbiztosítási szolgáltatások vagylagosak, a biztosítási szerződés alapján a Biztosító egyszeresen szolgáltat. Amennyiben a bejelentett igény alapján az egészségbiztosítási szolgáltatás kerül kifizetésre, úgy a Biztosító a haláleseti szolgáltatás kifizetését nem teljesíti.**

9.4. Biztosítási összeg kifizetése járadék formájában

9.4.1. Amennyiben a kedvezményezett a biztosítási összeget járadékszolgáltatás formájában kívánja igénybe venni, úgy a szolgáltatás esedékességének időpontjában járadékszolgáltatást igényelhet a Biztosítónak az igénylés időpontjában érvényes, a járadékszolgáltatásra vonatkozó feltételei szerint.

9.4.2. A járadékszolgáltatás igénybevételére akkor kerülhet sor, ha a folyósítható járadéktétel nagysága eléri az igénylés időpontjában érvényes – a Biztosító által alkalmazható járadékbiztosítási szolgáltatásban meghatározott – minimális járadéknagyságot, és a járadékfolyósításra fordítható összeg erre fedezetet nyújt.

9.4.3. A járadékfolyósítás megindulását követően a kedvezményezett évente életbenléti igazolást köteles benyújtani. Ennek elmaradása esetén a járadék folyósítása az igazolás pótlásáig felfüggeszthető. Az igazolás beérkezését követően az elmaradt járadékrészletek egy összegben – kamatmentesen – kerülnek kifizetésre.

10. ÜGYFÉLBÓNUSZ

10.1. Amennyiben a biztosítási szerződés biztosítottja/társbiztosítottja a szerződéskötéskor vagy a biztosításhoz történő csatlakozásakor 49 éves vagy annál fiatalabb, a Biztosító a biztosítási szerződés 5. évfordulójától kezdődően az alapbiztosítás aktuális haláleseti biztosítási összegét megnöveli.

10.2. Amennyiben a társbiztosított az alapbiztosítási szerződés megkötését követően kerül felvételre a szerződésbe, a társbiztosítottra vonatkozó biztosítási összeg emelés a társbiztosított felvételét követő 5. biztosítási évfordulón veszi kezdetét.

10.3. A biztosítási összeg növelésének mértékét és időpontjait a Függelék tartalmazza.

10.4. A szerződő által kezdeményezett biztosítási összeg csökkentés (13.2. pont) a biztosítási összeg csökkentés hatályakor már jóváírt bónusz biztosítási összeget is érinti.

11. DÍJFIZETÉS, DÍJELMARADÁS

11.1. Díjfizetés

11.1.1. A biztosítási díj a Biztosítónak a szerződés megszűnésének időpontjáig jár. Kivéve jelen a szabályzat 7.4. pontjában foglalt esetet, ekkor a biztosítási díj a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja szerinti díjfizetési gyakoriság időtartamának végéig jár, és a Biztosító jogosult a szerződés szerinti költségeket a szerződés megszűnéséig levonni a szerződés számláiról.

11.1.2. Jelen alapbiztosítás rendszeres díjfizetéssel köthető. A biztosítás gyakoriság szerinti első díja a szerződés technikai kezdetekor, minden későbbi díj pedig előre, annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik. A díjfizetés gyakorisága lehet havi, negyedéves, féléves, illetve éves, a díjfizetés módja lehet banki átutalás (eseti átutalás, állandó átutalás) csoportos beszedés, eseti vagy rendszeres bankkártyás fizetés, valamint csekk.

11.1.3. Rendszeres díjfizetés esetén a biztosítási szerződés évfordulóján a szerződőnek lehetősége van a díjfizetés gyakoriságának és módjának a megváltoztatására. Erről a szándékáról írásban, a biztosítási évfordulót 30 nappal megelőzően értesítenie kell a Biztosítót. A díjfizetés gyakorisága minden esetben igazodik a biztosítási évfordulóhoz.

11.1.4. Az esetleges kiegészítő biztosítások díjfizetési módja és díjfizetési gyakorisága megegyezik az alapbiztosítás mindenkori díjfizetési módjával és díjfizetési gyakoriságával.

11.2. Díjelmaradás

11.2.1. Ha a szerződő az esedékes rendszeres biztosítási díjat nem fizeti meg, a Biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – felszólítást küld, amelyben legalább 30 napos póthatáridőt tűz ki a teljesítésre. **A biztosítási szerződés a 30 napos póthatáridő eredménytelen elteltével, a póthatáridő hónapjának végén megszűnik. A Biztosító kockázatviselése az alap- és kiegészítő biztosítások vonatkozásában az első elmaradt rendszeres díj esedékességi napjának 24:00 órájára visszamenő hatállyal szűnik meg.**

11.2.2. Ha a szerződés a 11.2.1. pontban leírtak szerint, a rendszeres díj meg nem fizetése következtében szűnt meg, a szerződő a megszűnés napjától számított 120 napon belül, írásban igényelheti a Biztosítótól a kockázatviselés helyreállítását. A Biztosító a biztosítási fedezetet a megszűnt szerződés feltételei szerint helyreállíthatja. Nem kerül sor a helyreállításra a korábban esedékessé vált és az igény időpontjától esedékes biztosítási díj megfizetésének hiányában.

11.2.3. Az esedékes biztosítási díj elmaradását követő szolgáltatás kifizetés esetén az aktuális díjhátralékot a Biztosító a szolgáltatási összegből – a szerződő tájékoztatása után – levonhatja.

12. ÉRTÉKKÖVETÉS

12.1. Értékkövetés a biztosítási díjnak és a biztosítási összegnek – a kárgyakoriságtól függetlenül – az árszínvonal változásához évente egy alkalommal történő hozzáigazítása.

12.2. Rendszeres díjfizetés esetén a szerződő minden évben, az alapbiztosítási szerződés évfordulóján az alap- és kiegészítő biztosítások díjait növelheti (indexálhatja) a Biztosító által ajánlott mértékben.

Amennyiben a kiegészítő biztosítások különös feltételei másképp nem rendelkeznek, úgy az indexálás során az alap- és kiegészítő biztosítások szolgáltatási összegeinek növekedése és a szolgáltatásért fizetendő díj növekedésének mértéke, aránya eltérhet egymástól a kockázati díj mértékét meghatározó tényezők (2.10. pont) miatt.

12.3. A Biztosító által ajánlott értékkövetés (index) mértékéről, a biztosítási díj módosításáról és az új biztosítási díjhoz tartozó biztosítási összegekről a Biztosító legkésőbb 60 nappal a biztosítási év vége előtt, írásban értesíti a szerződőt.

12.4. Az értékkövetés a biztosítási szolgáltatások értékének megőrzését szolgálja. A Biztosító az alábbi szempontok figyelembevételével határozza meg a felajánlott értékkövetés (index) mértékét, amely elutasítható (12.5. pont). A Biztosító által meghatározott értékkövetés mértéke

- **a Központi Statisztikai Hivatal által megállapított, a tárgyévet megelőző naptári évre vonatkozó éves fogyasztói árindex 12.4.1. pont szerint felkerekített értéke plusz 2 százalékpont;**
- **valamint az MNB által tárgyév január végéig közzétett legfrissebb, a tárgyévre vonatkozó inflációs előrejelzésének 12.4.1. pont szerint felkerekített értéke plusz 2 százalékpont**

közül a nagyobb.

12.4.1. **Felkerekítés: Amennyiben nem kerek egész vagy egész plusz fél százalék az árindex vagy az előrejelzés közzétett mértéke, úgy a Biztosító felfelé kerekíti az árindex és előrejelzés mértékét a következő nála nagyobb fél vagy egész százalékig.** Az így meghatározott indexet az adott év június hó 1-jétől a rákövetkező év május hó 31-ig alkalmazza a Biztosító.

12.5. A Biztosító által ajánlott index szerződő általi elfogadása nem kötelező.

12.6. Az értékkövetés elfogadása esetén a módosított alap- és kiegészítő biztosítási összegeket és díjakat a Biztosító a következők szerint állapítja meg:

Az előző biztosítási évre vonatkozó teljes biztosítási díjat megnöveli az index és az előző biztosítási évre vonatkozó díj szorzatával. Az így létrejövő kockázati díjak növekménye, valamint a biztosított aktuális életkora és a biztosítási szerződésből hátralévő tartam alapján meghatározza a biztosítási összegek növekményét, amellyel az előző évi biztosítási összegeket megnöveli.

12.7. Amennyiben a szerződő a biztosítási év végét legalább 30 nappal megelőzően a Biztosító indexálásra vonatkozó javaslatát írásban vagy az online ügyfélszolgálaton keresztül nem utasítja vissza, úgy azt a Biztosító a szerződő által elfogadottnak tekinti. Az évfordulót követően a szerződő a módosított érvényes és esedékes díjat tartozik fizetni.

Az évfordulót követően a szerződő a módosított érvényes és esedékes díjat tartozik fizetni. Amennyiben a szerződő akadályoztatva volt az index évforduló előtt 30 nappal történő elutasításában, akkor a Biztosító az évfordulót követő 90. napig befogadhatja az utólagos index elutasítási kérést. Ebben az esetben a felek közös megegyezéssel térnek el a szabályzati feltételek rendelkezéseitől. **A visszautasítás bejelentése a szerződés értékkövetés nélküli fennmaradását eredményezi.**

12.8. Amennyiben a szerződő a Biztosító index mértékére vonatkozó javaslatát visszautasítja, akkor a Biztosító értesítést küld számára az alap- és kiegészítő biztosításoknak az évfordulót követően érvényes szolgáltatási összegeiről és a fizetendő biztosítási díjról.

12.9. Az értékkövetés itt meghatározott módszerétől a kiegészítő biztosítások különös feltételei eltérően is rendelkezhetnek.

13. BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG VÁLTOZTATÁSA

A biztosítási szerződés technikai kezdetétől számított 4. évétől kezdődő hatállyal a szerződőnek lehetősége van az alapbiztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeg módosítására egymástól függetlenül a biztosítottra, illetve a társbiztosítottra vonatkozóan. A biztosítási összeg változtatására a biztosítási évfordulón kerülhet sor. A szerződőnek a biztosítási összeg változtatására vonatkozó szándékát a biztosítási évfordulót megelőzően legalább 120 naptári nappal írásban kell jeleznie a Biztosító felé.

A szerződő nyilatkozatának a biztosítási évforduló előtt legalább 120 naptári nappal már a Biztosítóhoz beérkezve kell lennie.

Ha szerződőnek a biztosítási összeg változtatására vonatkozó szándéka a biztosítási évfordulót megelőzően kevesebb, mint 120 naptári nappal érkezik be a Biztosítóhoz, akkor a Biztosító a biztosítási összeg változtatására vonatkozó szándékot az adott biztosítási évfordulóra elutasítja.

A biztosítási összeg változtatási szándék jelzésekor azt a biztosítási összeget kell megadni, amelyet a szerződő a biztosítottra, illetve a társbiztosítottra a változtatás után igényel.

13.1. Biztosítási összeg növelése

13.1.1. A biztosítási összeg növelése a Biztosító elfogadásához kötött.

13.1.2. A Biztosító a kockázatelbírálás eredményeként a biztosítási összeg növelésére vonatkozó igényt elutasíthatja.

13.1.3. A kockázatelbírálás eredménye nem befolyásolja az eredeti biztosítási összeghez tartozó díj nagyságát, valamint a Biztosító eredeti biztosítási összegre vonatkozó kockázatvállalását.

13.2. Biztosítási összeg csökkentése

13.2.1. Az aktuális biztosítási összeget a szerződő a biztosítási tartam során a 13.2.2. szerint csökkentheti a Függelékben meghatározott minimális biztosítási összegig.

13.2.2. A biztosítási szerződés technikai kezdetétől számított 4. évétől kezdődő hatállyal a szerződőnek a biztosítási tartam során 5 évente van lehetősége arra, hogy a szerződéskötéskor meghatározott és a tartam során az értékkövetéssel növelt biztosítási összeget csökkentse.

14. A SZOLGÁLTATÁSOK TELJESÍTÉSE

14.1. A biztosítási eseményt **a tudomásszerzéstől** számított 15 napon belül be kell jelenteni a Biztosítónak. **A biztosítási esemény az alábbi módon jelenthető be:**

- **online az alfa.hu/irjonnekunk oldalon,**
- **levélben az Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., 9701 Szombathely Pf. 63 címen,**
- **telefonon a (+36) 1-477-4800 számon,**
- **személyesen a Biztosító ügyfélszolgálati irodáiban, értékesítési pontjain.**

Az igénybejelentés lehetőségeiről és annak módjáról a Biztosító honlapján (alfa.hu) is ad tájékoztatást. A szolgáltatási igény elbírálásához a Biztosító által bekérhető dokumentumok listája elérhető:

- **jelen szabályzat II. számú Mellékletében,**
- **az online bejelentés (ugyfelszolgalat/alfa.hu) oldalon, a Biztosító honlapján alfa.hu/ugyintezes/szolgaltatasi-igenybejelentes.html oldalon,**
- **telefonon a (+36)1-477-4800 számon,**
- **személyesen a Biztosító ügyfélszolgálati irodájában és értékesítési pontjaiban.**

Igénybejelentések kezelése

A biztosítási szolgáltatási igény bejelentésének dátuma az ügyfél biztosítási szolgáltatásra vonatkozó igényének a Biztosítóhoz, a Biztosító bármely egységéhez, valamely képviselőjéhez történő beérkezésének dátuma. Az igénybejelentés dátumától számított 15 napon belül a Biztosító a benyújtott dokumentumokat áttekinti, és az ügyfelet értesíti a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges, de hiányzó dokumentumokról. Amennyiben a hiányzó dokumentumok nem érkeztek be, akkor az első adatbekérés dátumától számított 30 napon belül, illetve részleges hiánypótlás esetén a részdokumentumok beérkezésétől számított 15 napon belül, míg a biztosítás lejárati dátuma előtt beérkezett lejárati igény esetén a lejárat napjától számított 15 napon belül megismétli az adatbekérést.

A Biztosító ezt követően ismételt, adatbekérésre vonatkozó megkeresést nem küld, és a bekért adatok, iratok hiánytalan beérkezéséig a Biztosító a szolgáltatási igényt nem tudja elbírálni. Amennyiben a hiányzó adatok, iratok az elévülési időn belül benyújtásra kerülnek, úgy a Biztosító folytatja a szolgáltatási igény elbírálását.

14.2. **A Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól, ha a szerződő, illetve a biztosított a biztosítási eseményt a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül nem jelenti, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.**

14.3. **A Biztosító a pénzmosás megelőzéséről és megakadályozásáról szóló mindenkor hatályos jogszabályi rendelkezések betartása, illetve a kifizetés biztonsága érdekében követelheti a szerződőtől, a képviselőjétől, a biztosítottaktól, kedvezményezettektől, továbbá a szolgáltatásra jogosulttól vagy bármelyiküktől az eredeti bankszámlaszerződés és a bankszámlakivonat bemutatását, és azokról másolat leadását.**

14.4. **A Biztosító a szolgáltatása teljesítését csak olyan okirat bemutatásától teheti függővé, amely a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához szükséges. A Biztosító jelen szabályzat II. számú Mellékletében felsorolt dokumentumokat kérheti be a szolgáltatási igények elbírálásához. A Biztosító a biztosítási szolgáltatás teljesítésének esedékességét a bejelentett biztosítási esemény tekintetében indult szabálysértési eljárás jogerős befejezéséhez, illetve a büntetőeljárásnak a bíróság jogerős ügydöntő határozatával vagy véglegessé vált nem ügydöntő végzésével történő befejezéséhez, valamint az ügyészségnek vagy a nyomozó hatóságnak a feltételes ügyészi felfüggesztés vagy közvetítői eljárás céljából történő felfüggesztésről szóló, illetve további jogorvoslattal nem támadható eljárást megszüntető határozata meghozatalához nem kötheti.**

A szerződőnek, a biztosítottnak, illetve a jogosultnak minden esetben joga van azonban olyan további bizonyítékok bemutatására, amelyeket – a bizonyítás általános szabályai szerint – követelésének érvényesítéséhez szükségesnek lát.

14.5. A szükséges okiratok költségeit annak kell viselnie, akinek azok elfogadtatása érdekében áll. A Biztosítót terheli minden olyan költség, amelyet a biztosítási igény bizonyításához igazolhatóan indokolatlanul kért. A biztosítási esemény bekövetkezését annak kell igazolnia, aki a szolgáltatásra igényt tart.

14.6. A biztosítási szolgáltatás teljesítése, illetve egyéb kifizetés – megalapozott igény esetén – legkésőbb **a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges összes okmány** (II. számú melléklet) beérkezését követő legkésőbb 30. napon esedékes. A Biztosító a szolgáltatást pénzbeli kifizetéssel, forintban teljesíti, a mindenkor alkalmazott, a Biztosító által meghatározott és az ügyféllel egyeztetett kifizetési módon.

14.7. A Biztosító a biztosítási szolgáltatást a Biztosító orvosának véleménye alapján teljesíti. A Biztosító a szolgáltatás teljesítését a Biztosító orvosa által végzett felülvizsgálathoz, illetve egyéb orvosi vizsgálatokhoz kötheti.

15. KÖZLÉSI ÉS VÁLTOZÁSBEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG

15.1. **A szerződő és a biztosított a szerződéskötéskor köteles minden olyan, a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges körülményt a Biztosítóval közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett. A szerződő és a biztosított felelőssége ebben a vonatkozásban egyetemleges. A Biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a szerződő és a biztosított a közlési**

kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését. A közlésre és változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződőt 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. A közlési kötelezettség a Biztosító által vállalt kockázat nagyságát befolyásoló szerződésmódosításkor is terheli a biztosítottat és a szerződőt.

15.2. A biztosított, a szerződő és a kedvezményezett köteles a Biztosító számára lehetővé tenni a biztosítás szempontjából lényeges adatok és körülmények ellenőrzését.

15.3. Amennyiben a Biztosító az életkor vagy más kockázati tényező helytelen bevallása miatt a szerződésre a valós biztosítási díjnál alacsonyabb díjat számított, de a szerződés a valós életkorral, illetve kockázati tényezőkkel az alap- és kiegészítő biztosítások különös feltételei szerint létrejöhetett volna, akkor a Biztosító a valós kockázati tényező tudomására jutásától számított 15 napon belül, írásban javaslatot tesz a biztosítási összegnek arra az összegre történő leszállítására, illetve a díj olyan emelésére, amely a biztosítás megkötésének időpontjában a biztosított tényleges életkora, illetve kockázati tényezői mellett megfelelt volna.

Erre a módosításra az alap- és az esetleges kiegészítő egészségbiztosítási szerződések létrejöttétől számított első 5 évben van lehetőség. Amennyiben a szerződő a módosítási javaslatot nem fogadja el, úgy a szerződés a módosítási javaslat közlésétől számított 30. napra megszűnik, feltéve, hogy a Biztosító a szerződő figyelmét erre előzetesen felhívta. A szerződő által elfogadott módosított díj a közlést követő hónap 1. napjától illeti meg a Biztosítót.

15.4. Ha a díj a helytelen korbevallás folytán magasabb összegben nyert megállapítást – de a szerződés a valós életkorral a szerződés feltételei szerint is létrejöhetett volna –, úgy a Biztosító a díjkülönbözetet kamatmentesen visszatéríti.

15.5. Ha a biztosított valós életkora alapján a biztosítási szerződés nem jöhetett volna létre, a Biztosító a közlési és változásbejelentési kötelezettség sértésre vonatkozó általános szabályok (15. pont) szerint jár el.

15.6. A közlési és változásbejelentési kötelezettség megsértése esetében a Biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve ha a szerződő bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében. Életbiztosítás és egészségbiztosítási szerződés esetén a közlésre vagy a változás bejelentésére vonatkozó kötelezettség megsértése esetén a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak abban az esetben nem áll be, ha a szerződéskötéstől, a kiegészítő biztosítás megkötésétől vagy az elmulasztott bejelentés megtételének kötelező időpontjától számítva még nem telt el 5 teljes biztosítási év.

15.7. A szerződő és a biztosított a változás bekövetkezésétől számított 30 napon belül köteles a Biztosítónak írásban bejelenteni lényeges körülmények változását, így különösen, de nem kizárólagosan a személyi adatainak (pl.: név, lakcím, foglalkozás, hobbi, sporttevékenység), továbbá az alap- és kiegészítő biztosítások különös feltételeiben rögzített egyéb lényeges körülményeknek a megváltozását.

15.8. A szerződő köteles saját vagy a biztosított – jelölés esetén a kedvezményezett – megadott lakcímének, levelezési címének, székhelyének, SMS üzenet fogadására alkalmas telefonszámának, a szerződésen nyilvántartott kifizetési bankszámlaszámának, valamint a szerződésre a Biztosító bármely rendszerén keresztül megadott/rögzített értesítési címnek a szerződés tartama alatt bekövetkezett változását a Biztosítónak 5 munkanapon – a bejelentett e-mail címének változását 3 munkanapon – belül bejelenteni. A Biztosító az általa ismert utolsó lakcímre, levelezési címre, székhelyre, e-mail címre, telefonszámra, valamint értesítési címre mindaddig joghatályosan küldhet nyilatkozatot, vagy értesítést, (beleértve az e-mailben küldött, a biztosítási szerződéssel, illetve a szerződés megkötésével, kezelésével, módosításával, esetleges megszüntetésével, szolgáltatási igénnyel kapcsolatos tájékoztatót, nyilatkozatot, dokumentumot, ideértve az értékkövetésről szóló értesítőt és a számlát is), illetve a megadott bankszámlaszámra mindaddig joghatályosan teljesíthet kifizetést, amíg a lakcímre, levelezési címre, székhelyre, e-mail címre, telefonszámra, a bankszámlaszámra vagy értesítési címre vonatkozó változásbejelentés nem érkezett be a Biztosítóhoz.

Az életbiztosítási szerződés tartama alatt az ügyfél köteles értesíteni a Biztosítót az azonosításkor megadott adatait – illetve a tényleges tulajdonos személyét vagy azonosító adatait – érintő változásokról. A Biztosító – a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény („Pmt.") szerinti kötelezettségeinek teljesítése érdekében – közhiteles nyilvántartásból való lekérdezés útján biztosítja az érvényes életbiztosítási szerződéssel rendelkező ügyfelek (ideértve a tényleges tulajdonost is) adatainak naprakészségét. Amennyiben a közhiteles nyilvántartásban szereplő adatok közül az ügyfél állampolgársága, személyazonosító okmányának száma, és az állandó lakcíme eltér a Biztosító nyilvántartásában szereplő adatoktól, úgy azok – az ügyfél erre vonatkozó nyilatkozata nélkül, automatikusan – a közhiteles adatbázisban szereplő adatok szerint kerülnek módosításra.

15.9. Ha a szerződő az elérési címeket, lehetőségeket a Biztosító kérésére nem adja meg, vagy megadja, de annak változását elmulasztja bejelenteni, **akkor az azonosítás költsége a szerződőt terheli, a szolgáltatási összegekből is levonhatóan.**

15.10. A szerződő és a biztosított köteles a Biztosítónak írásban bejelenteni a biztosított szerződéskötéskori állandó lakhelyéről (ország) való távozását az indulás ismert időpontja előtt 30 nappal, amennyiben ott legalább 3 hónapot tartózkodik, továbbá, ha a 3 hónap túllépéséről a tartózkodás ideje alatt szerez tudomást, akkor a tudomásszerzést követő 30 napon belül. A Biztosító a bejelentést követő 15 napon belül mérlegeli az országkockázatot, majd a kockázat vállalhatóságának feltételeiről tájékoztatja a szerződőt.

15.11. Ha az alap- és a kiegészítő biztosítási szerződések egyidejűleg több személyre vonatkoznak, és a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a Biztosító a 15.3. és 20. pontokban meghatározott jogait a többi biztosított vonatkozásában nem gyakorolhatja, de a kockázatvállalásra tekintettel írásban módosító javaslatot tehet.

15.12. Ha az alap- és a kiegészítő biztosítási szerződések több személyre vonatkoznak, és a közlési vagy változás-bejelentési kötelezettség megsértése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a Biztosító a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértésére a többi személy esetén nem hivatkozhat.

16. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE

16.1. A Biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét.

16.2. A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, ha a biztosítási esemény a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, illetve azzal összefüggésben következett be. A Biztosító mentesül a biztosítási szolgáltatás kifizetése alól, ha a biztosítási esemény a biztosított (életbiztosítás esetén a szerződéskötéstől számított 2 éven belüli) öngyilkossága, öncsonkítása vagy annak kísérlete miatt következett be – függetlenül attól, hogy azt a biztosított tudatzavarban követte-e el.

16.3. A Biztosító mentesül a balesetbiztosítási, illetve kárbiztosítás szabályai szerint kötött egészségbiztosítási szolgáltatás teljesítése alól, ha a bekövetkezett eseményt (balesetet, egészségkárosodást vagy betegséget) jogellenesen a biztosított szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta.

17. KOCKÁZATKIZÁRÁSOK

17.1. A Biztosító kockázata nem terjed ki arra az esetre, ha az esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll:

- **a biztosított súlyosan ittas állapotával (2,5 ezrelék, illetve ennél magasabb véralkoholszint),**
- **a biztosított által nem orvosi javallatra, vagy nem az elôírt adagolásban szedett altató- vagy nyugtatószerrel, illetve gyógyszerrel, kábítószerrel,**
- **a biztosított jogosítvány nélküli vagy ittas (0,5 ezrelék, illetve ennél magasabb véralkoholszint) gépjárművezetésével, közlekedésrendészeti szabály megszegésével,**
- **engedélyhez kötött tevékenységnek a biztosított általi engedély nélküli végzésével,**
- **a biztosított munkavégzése során a munkavédelmi szabályok biztosított általi súlyos megsértésével,**
- **radioaktív, illetve ionizáló sugárzással, nukleáris energia károsító hatásával, kivéve az orvosilag előírt, terápiás célú sugárkezelést,**
- **HIV, hepatitis B vagy hepatitis C fertőzéssel,**
- **tüntetéssel, felvonulással, sztrájkkal, munkahelyi rendbontással,**
- **háborúval, polgárháborúval, forradalommal, államok közötti fegyveres összeütközéssel, harci eseményekkel, más háborús cselekményekkel, felkelésekkel, lázadásokkal, terrorcselekményekkel vagy zavargásokkal.**

  Harci cselekménynek minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, határvillongás, felkelés, forradalom, zendülés, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, népi megmozdulás (pl. nem engedélyezett tüntetés vagy be nem jelentett, illetve nem engedélyezett sztrájk), idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás vagy csak tengeri akció), kommandó-támadás, terrorcselekmény.

17.2. A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a biztosítási esemény gépi erővel hajtott szárazföldi, légi vagy vízi járművel országos vagy nemzetközi sportversenyeken (technikai sportok) való részvétel következtében, vagy ilyen versenyekre való felkészülés (edzés) során következik be.

17.3. A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a biztosítási esemény nem menetrendszerű kereskedelmi személyszállító repülés, hanem egyéb repülés következménye.

17.4. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek közvetlenül vagy közvetve összefüggésben állnak a következőkkel

- **a biztosított szerződéskötéskor már meglévő állapotával, súlyos betegségével, súlyos maradandó egészségkárosodásával, amelyről a szerződő/biztosított tudott vagy tudnia kellett,**
- **a biztosított veleszületett súlyos rendellenességével, a biztosított születésével összefüggő károsodással, amelyről a szerződő/biztosított tudott vagy tudnia kellett,**

feltéve, hogy a fenti pontok esetében a Biztosító a kockázat összegére tekintettel egészségi kockázatfelmérést nem végzett.

17.5. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a baleset-, és egészségbiztosítási eseményekre, amelyek közvetlenül vagy közvetve összefüggésben állnak a következőkkel:

- **öngyilkosság, öncsonkítás vagy annak kísérlete, abban az esetben sem, ha azt a biztosított tudatzavarban követte el;**
- **a biztosított olyan balesete, betegsége, amely okozati összefüggésben áll a biztosított testrészeinek, illetve szerveinek a Biztosító jelen alapbiztosítására vonatkozó kockázatviselésének kezdetét megelőzően már kialakult maradandó károsodásával, illetve korábban már sérült vagy károsodott, funkciójában korlátozott testrészt érint;**
- **extrém sporttevékenység.**

Extrém sportnak minősül a társadalombiztosítási szerv által annak tekintett szabadidős tevékenység: vízisízés, jet-ski, vadvízi evezés, hegy- és sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, bázisugrás, mélybe ugrás (bungee jumping), falmászás, roncsautó (auto-crash) sport, rally, hőlégballonozás, félkezes és nyílttengeri vitorlázás, sárkányrepülés, ejtőernyőzés, paplanernyőzés, műrepülés. A kizárások a kockázatviselés tartama alatti, de az ajánlattételt követően esetlegesen később extrém sportnak minősített sportokra is vonatkoznak (a mindenkor aktuális hivatalos besorolás szerint). Extrém sportnak minősülnek továbbá az alábbiak: wakeboard, wakekite, kite buggy, kite surf, motorversenyzés, egyéb autóversenyzés (nem roncsautó (auto-crash) sport és rally), enduro motorozás, autogyro (autogiró), siklóernyőzés, motoros siklóernyőzés, motoros szán, quad, sugárhajtású exoskeletonos repülés, szélcsatornás lebegés, légdeszka.

17.6. A Biztosító kizárja helytállási kötelezettségét a kiberesemény következtében bekövetkezett károkra és költségekre, nem vagyoni sérelemre. A Biztosító abban az esetben sem nyújt szolgáltatást, ha a kiberesemény az információs technológia eszközeinek használatával következett be.

Kiberesemény: nem kívánt vagy nem várt egyedi esemény vagy eseménysorozat, amely az elektronikus információs rendszerben, információtechnológiai rendszerben vagy az ezek által felügyelt és/vagy irányított rendszer(ek)ben kedvezőtlen változást vagy egy előzőleg ismeretlen károsító helyzetet idéz elő, és amelynek hatására az elektronikus információs rendszer, információtechnológiai rendszer által hordozott információ bizalmassága, sértetlensége, hitelessége, funkcionalitása vagy az ezek által felügyelt és/vagy irányított rendszer rendelkezésre állása és üzemszerű működése elvész, illetve megsérül.

17.7. Amennyiben a Biztosító kockázatviselése nem áll fenn, az alap- és kiegészítő biztosítások különös feltételeiben rögzített biztosítási szolgáltatást nem teljesíti a Biztosító.

17.8. A Biztosító nem nyújt fedezetet, nem teljesít kárkifizetést, valamint nem nyújt szolgáltatást, amennyiben ezen fedezet nyújtásával, illetve kár kifizetésével a Biztosító sértené az Egyesült Nemzetek Szervezetének határozata szerinti bármely szankciót, rendelkezést, vagy rendeletet vagy az Európai Unió, Magyarország, az Egyesült Királyság illetve az Egyesült Államok kereskedelmi, pénzügyi embargóit vagy gazdasági szankcióit, törvényeit vagy rendeleteit, (amennyiben ezek nem sértik a Biztosítóra vonatkozó bármely szabályozást vagy adott nemzeti jogszabályt).

18. KIEGÉSZÍTŐ BALESETBIZTOSÍTÁSOKRA VONATKOZÓ SZABÁLYOK

18.1. A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvosszakértője állapítja meg a testi funkcióvesztés, a szövődmények és a balesetből eredő egyéb sérülések figyelembevételével. Más orvosszakértői testületek döntése a Biztosítót nem köti. A megállapításra legkésőbb a balesetet követő 2 éven belül kerülhet sor.

18.2. A kifizetésre kerülő szolgáltatási összeg a kiegészítő biztosítások különös feltételei alapján kerül meghatározásra.

18.3. Egy testrész többszöri sérülése miatti szolgáltatási összeg a kiegészítő biztosítások különös feltételeinek részét képező egészségkárosodási táblázatban foglalt, az adott testrészre megállapított egészségkárosodási mértéket nem haladhatja meg.

18.4. Az igény alapját képező biztosítási esemény előtt bármely okból már sérült vagy károsodott, funkciójában korlátozott – nem ép – testrészek a biztosításból ki vannak zárva.

18.5. Amennyiben a biztosított múlékony vagy maradandó egészségkárosodása a szolgáltatás alapja, úgy az csak abban az esetben téríthető, ha az igényt még a biztosított életében bejelentették, lehetővé téve az elbírálást.

18.6. Az alapbiztosítás kockázatviselésének kezdetével megegyező időben létrejött kiegészítő balesetbiztosítások 3. biztosítási évfordulót megelőző hatályú szerződő által történő felmondása az alapbiztosítás és a kiegészítő balesetbiztosítások megszűnését eredményezi.

19. KIEGÉSZÍTŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSOKRA VONATKOZÓ SZABÁLYOK

19.1. Egészségbiztosítási szerződés

Egészségbiztosítási szerződés alapján a Biztosító a biztosított megbetegedése esetén a szerződésben meghatározott szolgáltatások teljesítésére vállal kötelezettséget. A Biztosító szolgáltatása kiterjedhet a szerződésben meghatározott egészségügyi szolgáltatások egészséges személy általi igénybe vételekor felmerülő költségek megtérítésére is.

19.2. Az egészségbiztosítási szerződéseket az élet- vagy kárbiztosítás szabályai szerint lehet kötni. Ha az egészségbiztosítást kárbiztosításként kötötték, úgy a kárbiztosításra vonatkozó rendelkezéseket a következő eltérésekkel kell alkalmazni:

- a kárenyhítési kötelezettség szabályainak alkalmazása során nem tekinthető a Biztosító mentesülését eredményező oknak, ha a biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá;
- nem terheli a biztosítottat állapot-megőrzési kötelezettség a biztosítási esemény bekövetkezése esetén.

19.3. Az egészségbiztosításra – abban az esetben is, ha kárbiztosításként kötötték – az életbiztosítás szabályait a következő kérdésekben alkalmazni kell:

- a biztosított részéről szükséges hozzájárulás, ha a szerződő fél nem a biztosított;
- a biztosított hozzájáruló nyilatkozatát írásban bármikor visszavonhatja;
- a Biztosító kötelezettségének beállása a közlési és bejelentési kötelezettség megsértése esetén.

19.4. Várakozási idő

Ápolási szolgáltatásra irányuló biztosítás esetén, illetve akkor, ha a biztosított valamely tartós betegsége a szerződéskötéskor a Biztosító által ismert volt, az említett betegségre vonatkozóan a Biztosító az egészségbiztosítási szerződésben legfeljebb hároméves várakozási időt köthet ki.

A várakozási időbe beszámít az az időtartam, amelynek során a biztosított az egészségbiztosítás megkötését megelőzően – legfeljebb hatvan napon belül – megszűnt korábbi egészségbiztosítási szerződés alapján folyamatosan jogosult volt egészségbiztosítási szolgáltatásra.

19.5. Felmondás egészségbiztosítás esetén

Nem tekinthető a biztosítási kockázat jelentős növekedésének a biztosított életkorának előrehaladásából származó természetes egészségromlás lehetősége.

Az egészségbiztosítást a Biztosító rendes felmondással nem szüntetheti meg.

19.6. Az alapbiztosítás kockázatviselésének kezdetével megegyező időben létrejött kiegészítő egészségbiztosítások 3. biztosítási évfordulót megelőző hatályú szerződő által történő felmondása az alapbiztosítás és a kiegészítő egészségbiztosítások megszűnését eredményezi.

20. A BIZTOSÍTÁSI KOCKÁZAT JELENTŐS NÖVEKEDÉSE

Ha a Biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, úgy a Biztosító a tudomására jutástól számított 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg – ha a kockázatot nem vállalja – a szerződést a 30. napra írásban felmondhatja.

Ha a szerződő 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 figyelmét felhívta.

21. SZERZŐDÉSES KAPCSOLATTARTÁS SZABÁLYAI

A szerződőnek a szerződés hatálya alatt joga van a kapcsolattartási módok között választani.

21.1. E-kapcsolat

A szerződés alapértelmezetten e-kapcsolat igénybevételével jön létre az alábbi együttes feltételek teljesülése esetén:

- a szerződő elfogadta az Online ügyfélszolgálat, e-kapcsolat szolgáltatás és az AlfaGo+ mobil applikáció Szerződési Feltételeit,
- a szerződő vállalja, hogy olyan e-mail címet és mobiltelefonszámot ad meg a szerződéskötés során, amelyeken elérhető, a részére küldött küldeményeket, információkat megkapja és amelyekhez illetéktelen személyek nem férnek hozzá.

Az e-kapcsolat esetén a Biztosító a szerződő által megadott e-mail címre értesítést küld, az online ügyfélszolgálati fiókjába pedig a szerződéssel kapcsolatos nyilatkozatokat, dokumentumokat teszi elérhetővé.

Az Online ügyfélszolgálat, e-kapcsolat szolgáltatás és az AlfaGo+ mobil applikáció Szerződési Feltételei megtekinthetők az alfa.hu/ekapcsolat-aszf oldalon.

A szerződő által megadott elektronikus kapcsolattartási adatok valótlanságából, hibájából, hiányosságából vagy azoknak a szerződő által arra illetéktelen személy(ek) részére való hozzáférhetővé tételéből származó károkért, illetve hátrányos következményekért a Biztosító nem vállal felelősséget.

A szerződőnek az e-mail címe, a telefonszáma megváltozását 3 munkanapon belül be kell jelentenie a Biztosítónak. A változás bejelentésének elmulasztásából származó károkért a Biztosító a felelősségét kizárja.

21.2. Postai kapcsolattartás

A szerződő ezirányú, kifejezett nyilatkozata alapján a szerződés postai kapcsolattartási móddal jön létre, mely esetben a Biztosító a szerződés megkötésével, módosításával, megszüntetésével, a szolgáltatási igénnyel és egyéb szerződéskezeléssel kapcsolatos dokumentumokat postai úton küldi meg a szerződő részére, az általa megadott lakcímre vagy levelezési címre. A szerződőnek a lakcíme vagy levelezési címe megváltozását 5 munkanapon belül be kell jelentenie a Biztosítónak. A változás bejelentésének elmulasztásából származó károkért a Biztosító a felelősségét kizárja.

Amennyiben a szerződő online ügyfélszolgálati fiók regisztrációval is rendelkezik, úgy a Biztosító a dokumentumokat a szerződő online ügyfélszolgálati fiókjába is elhelyezi.

21.3. Szerződéses jognyilatkozatok

21.3.1. Ha jogszabály a jognyilatkozat érvényességéhez írásbeli alakot követel meg, a jognyilatkozat kizárólag akkor érvényes, ha az megfelel a Ptk.-ban előírt írásbeliség követelményének, azaz lényeges tartalmát írásba foglalták, a nyilatkozattevő azt aláírta. Írásba foglaltnak kell tekinteni a jognyilatkozatot akkor is, ha annak közlésére a jognyilatkozatban foglalt tartalom változatlan visszaidézésére, a nyilatkozattevő személyének és a nyilatkozat megtétele időpontjának azonosítására alkalmas formában kerül sor.

A Biztosítóhoz intézett nyilatkozat minden más esetben akkor hatályos, ha azt írásban, vagy elektronikus úton (e-mailen), a Biztosító online ügyfélszolgálatán vagy az alfa.hu oldalon keresztül, vagy egyéb, a jognyilatkozat tartalmának változatlan formában való visszaidézésre és a nyilatkozattevő személyének megállapítására alkalmas eszközzel tették, és az a Biztosító tudomására jut.

21.3.2. A Biztosító szerződéssel kapcsolatos elektronikus úton (e-mail) megküldött jognyilatkozata abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor azt a Biztosító igazolható módon kiküldte a szerződő által megadott e-mail címre, vagy azt a szerződő online ügyfélszolgálati fiókjába elhelyezte.

21.3.3. Postai kapcsolattartás esetén a szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozat kézbesítettnek tekintendő, ha a postai úton megküldött dokumentum kézbesítése azért volt sikertelen, mert azt a címzett az általa megadott elérhetőségen nem vette át („nem kereste", „ismeretlen", „elköltözött", „cím nem azonosítható", „kézbesítés akadályozott", vagy ezekkel azonos tartalmú postai megjelöléssel visszaérkezett küldemények). A kézbesítés napjának ezen esetekben a postai kézbesítés megkísérlésének napját követő ötödik munkanapot kell tekinteni.

22. VEGYES RENDELKEZÉSEK

22.1. Amennyiben a kiegészítő biztosítások különös feltételei eltérnek a jelen szabályzattól, úgy az adott pontok esetében az azokban rögzítettek szerint kell eljárni.

22.2. A szerződő magyarországi kézbesítési megbízottat nevezhet meg, amennyiben 1 hónapnál hosszabb időre lakcíméről eltávozik, vagy levelezési címén a küldeményeket nem tudja átvenni. Ennek hiányában a Biztosító az által ismert utolsó címére (levelezési címére) joghatályosan küldhet nyilatkozatot.

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

22.4. A biztosítási szerződés legfontosabb **adózási szabályait** a Biztosító az ajánlattétel előtt átadott tájékoztatóban vagy annak mellékletében ismerteti. A Biztosító szolgáltatásait, egyéb kifizetéseit az aktuális adókötelezettség elszámolását követően teljesíti.

22.5. Jelen biztosítás díjkalkulációja és díjtartalékának megállapítása során a Biztosító 1%-os technikai kamatlábat alkalmaz. A biztosítási szerződés tartama alatt a Biztosító nem él a Bit 121.§ (1) bekezdés o) pontjában adott lehetőséggel, és a technikai kamatlábat a biztosítási szerződés tartama alatt nem változtatja meg.

23. ELÉVÜLÉS

A biztosítási szerződésből eredő igények elévülési ideje 5 év.

Az elévülési idő a következő időpontokban kezdődik meg:

- a biztosítási esemény bejelentése esetén az utolsó iratnak a Biztosítóhoz történt beérkezését követő 15. napot követő napon,
- a biztosítási esemény bejelentése esetén, amennyiben a Biztosító által igényelt irat beérkezése, vagy információszolgáltatás elmarad, a Biztosító által ennek teljesítésére meghatározott határnapot követő napon, határidő hiányában a felhívást tartalmazó levél keltétől számított 30. napot követő napon,
- a biztosítási esemény bejelentésének elmaradása esetén a biztosítási esemény bekövetkezésekor,
- minden egyéb igény esetén az igénybejelentést követő napon.

Alfa Vitál Max tartamos kockázati életbiztosítás
Függelék

PR02–03

Érvényes: 2026. június 1-jei technikai kezdetű szerződésektől az új Függelék kibocsátásáig

1. MINIMÁLIS BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

A Biztosító a minimális biztosítási összeget mind a biztosított, mind a társbiztosított esetében 3.000.000 (hárommillió) forintban jelöli meg. A biztosítási összeg a szerződés tartama alatt sem a biztosított, sem a társbiztosított esetében nem csökkenhet ezen összeg alá.

2. PAPA-MAMA SZÜLŐI ÉLETBIZTOSÍTÁS BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEGE

A Papa-Mama szülői életbiztosítás összege a biztosított, illetve a társbiztosított esetében is az aktuális biztosítási összeg 10%-a, de legalább 1.000.000 (egymillió), és legfeljebb 3.000.000 (hárommillió) forint.

Ha a biztosított, illetve a társbiztosított halála közlekedési baleset miatt következik be, akkor a Papa-Mama szülői életbiztosítás szolgáltatási összege az aktuális biztosítási összeg 20%-a, de legalább 2.000.000 (kétmillió), és legfeljebb 6.000.000 (hatmillió) forint.

3. MINIMÁLIS BIZTOSÍTÁSI DÍJ

A rendszeres biztosítási díj havi – havi díjfizetési gyakoriságtól eltérő díjfizetés esetén az egy hónapra eső – minimális mértéke a biztosított ajánlattételi életkorának függvényében:

- 18–40 év között: 5.000 forint/hó
- 41–70 év között: 6.000 forint/hó

A minimális biztosítási díjba a biztosított alapbiztosításának és a rá vonatkozó kiegészítő biztosítások díja számít bele.

4. KOCKÁZATI KATEGÓRIÁK

- Prémium kiemelten kedvezményes nemdohányzó
- Prémium kiemelten kedvezményes dohányzó
- Prémium nemdohányzó
- Prémium dohányzó

5. KÖTVÉNYESÍTÉSI KÖLTSÉG

A kötvényesítési költség mértéke 14.000 forint.

6. ÜGYFÉLBÓNUSZ

A Biztosító az ügyfélbónusszal a biztosított számára az 5., 6., 7., 8., 9. és 10. biztosítási évfordulón, a társbiztosított számára pedig a biztosításhoz történő csatlakozását követő 5., 6., 7., 8., 9. és 10. biztosítási évfordulón növeli az aktuális biztosítási összeget. Az ügyfélbónusz mértéke az ötödiktől a tizedik évfordulóig minden esetben az adott évben aktuális biztosítási összeg 5%-a.

I. SZÁMÚ MELLÉKLET

Adatvédelmi és fogyasztóvédelmi általános ügyféltájékoztató, amely az Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.-vel kötött biztosítási szerződések elválaszthatatlan részét képezi

Érvényes: 2026. június 1-jei és az azt követő technikai kezdetű szerződésekre

Az Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. vonatkozó biztosítási szabályzatai részletes tájékoztatást adnak a biztosítási szerződés részletes jellemzőiről, a feleket az adott szerződés szabályai szerint megillető jogokról és kötelezettségekről, továbbá – amennyiben a kiválasztott biztosítás szempontjából jelentőséggel bírnak – az egyes befektetési kockázatokról. **A szerződő minden esetben lehetőséget kap arra, hogy alaposan áttanulmányozza a biztosítás általános, és különös feltételeit, valamint a termékismertetőt a szolgáltatások várható adatait, és ezek ismeretében kösse meg biztosítási szerződését.**

1. A BIZTOSÍTÓ ADATAI

1.1 Neve: Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

A társaságot a Fővárosi Törvényszék Cégbírósága a 01-10-041365 szám alatt tartja nyilván.

Adószám: 10389395-4-44

A társaság székhelye: 1091 Budapest, Üllői út 1.

1.2 Felügyeleti szerv: Magyar Nemzeti Bank

1.3 Ügyfélszolgálat:

Személyesen: valamennyi, a Biztosító ügyfelek számára nyitva álló helyiségeiben (Központi Ügyfélszolgálati Iroda, Értékesítési pontok), azok nyitvatartási idejében. Az elérhetőségekről az alfa.hu/ugyintezes/ertekesitesi-pontok-ugyfelszolgalati-iroda.html oldalon tájékozódhat.

Telefonon: a (+36) 1-477-4800 telefonszámon. A telefonos ügyfélszolgát nyitvatartási idejéről az alfa.hu/ugyintezes/panaszbejelentes.html oldalon tájékozódhat.

Az irodák címe és nyitvatartási ideje, valamint a Telefonos Ügyfélszolgálat nyitvatartási ideje az alfa.hu/ugyintezes/elerhetosegek.html linken található.

1.4 A Biztosító köteles évente jelentést közzétenni fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről. A jelentés kötelező tartalma a Biztosító honlapján (alfa.hu) először 2017-ben tekinthető meg a 2016-os évre vonatkozóan.

2. PANASZKEZELÉS

A Biztosító biztosítja, hogy az ügyfél és a fogyasztói érdekképviseleti szervek (a továbbiakban együtt e pont alkalmazásában: ügyfél) a Biztosító, a megbízásából eljáró ügynök, vagy – adott termék kapcsán – az általa megbízott kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személy magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát szóban vagy írásban az alábbiakban foglaltak szerint közölhesse.

A Biztosító „Panaszkezelési szabályzata" elérhető és megtekinthető Központi Ügyfélszolgálati Irodában, Értékesítési pontokon, illetve a Biztosító honlapján: alfa.hu/ugyintezes/panaszbejelentes.html

A panaszok bejelentésére biztosított lehetőségek

Ügyfeleink szóbeli panaszaikat személyesen vagy telefonon tehetik meg:

a) **személyesen:** valamennyi, az ügyfelek számára nyitva álló helyiségben:

Központi Ügyfélszolgálati Iroda

Székhely: 1091 Budapest Üllői út 1.

Levelezési cím: Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., Panasz és Kiemelt Ügykezelési csoport, 9401 Sopron, Pf. 22

Nyitvatartás: az alfa.hu/ugyintezes/ertekesitesi-pontok-ugyfelszolgalati-iroda.html oldalon tájékozódhat

Értékesítési pontok

Címlista: alfa.hu/ugyintezes/ertekesitesi-pontok-ugyfelszolgalati-iroda.html, a linken feltüntetett nyitvatartási időben.

b) **telefonon:** (+36) 1-477-4800, külföldről is hívható telefonszámon, a telefonos ügyfélszolgát nyitvatartási idejéről az alfa.hu/ugyintezes/panaszbejelentes.html oldalon tájékozódhat

A Telefonos Ügyfélszolgálaton keresztül a Biztosító munkatársai ügyfélfogadási időben fogadják az ügyfelek panaszait.

A Biztosító az ügyfél telefonon történő panaszbejelentése esetében az ésszerű várakozási időn belüli hívásfogadás és ügyintézés biztosítására törekszik. Ennek keretében a hívás sikeres felépülésének időpontjától számított 5 (öt) percen belüli élőhangos bejelentkezés érdekében úgy jár el, ahogy az az adott helyzetben a Biztosítótól elvárható.

Ügyfeleink írásbeli panaszaikat az alábbi csatornákon tehetik meg:

a) **személyesen** vagy más által, az ügyfélforgalom számára nyitva álló helyiségben átadott irat útján:

Központi Ügyfélszolgálati Iroda

Székhely: 1091 Budapest Üllői út 1.

Levelezési cím: Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., Panasz és Kiemelt Ügykezelési csoport, 9401 Sopron, Pf. 22

Nyitvatartás: az alfa.hu/ugyintezes/ertekesitesi-pontok-ugyfelszolgalati-iroda.html oldalon tájékozódhat.

Értékesítési pontok

Cím lista: alfa.hu/ugyintezes/ertekesitesi-pontok-ugyfelszolgalati-iroda.html, a linken feltüntetett nyitvatartási időben.

b) **postai úton:** Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., Panasz és Kiemelt Ügykezelési csoport, 9401 Sopron, Pf. 22

c) **telefaxon:** (+36) 1-476-5791

d) **elektronikus úton** az alfa.hu/ugyintezes/online-panaszbejelentes.html linken online, vagy az alfa.hu/ugyintezes/panaszbejelentes.html elhelyezett panaszbejelentőn vagy a panasz@alfa.hu e-mail címen.

e) **adatkezelési ügyekben elektronikusan** az alfa.hu/adatvedelem/adattulajdonos-jogervenyesitesi-kerelem.html oldalon vagy az adatvedelem@alfa.hu e-mail címen.

3. JOGORVOSLATI FÓRUMOK

A panasz teljes vagy részleges elutasítása vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén az ügyfél az alábbi jogorvoslati fórumokhoz fordulhat.

3.1 A fogyasztónak[1] minősülő ügyfelek részére nyitva álló jogorvoslati lehetőségek

Az ügyfél a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén a Pénzügyi Békéltető Testülethez, vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.

Pénzügyi Békéltető Testület (PBT)

Székhely: 1013 Budapest, Krisztina krt. 55.

Ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.

Levelezési cím: 1525 Budapest, Pf. 172

Telefon: (+36) 80-203-776

E-mail cím: ugyfelszolgalat@mnb.hu

Bővebben a https://www.mnb.hu/bekeltetes honlapon kaphat tájékoztatást.

Az Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. a Pénzügyi Békéltető Testület előtt általános alávetési nyilatkozatot nem tett.

Amennyiben Biztosító alávetési nyilatkozatot nem tett, de az ügyfél kérelme megalapozott és a fogyasztónak minősülő ügyfél érvényesíteni kívánt igénye – sem a kérelemben, sem a kötelezést tartalmazó határozat meghozatalakor – nem haladja meg a kétmillió forintot, akkor a PBT kötelezést tartalmazó határozatot hozhat.

Bíróság

Az ügyfél panaszának a Biztosítóhoz történő benyújtását követően jogorvoslatért az ügyre hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulhat (www.birosag.hu).

A fogyasztó a Biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó – a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény alapján – a fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén, fogyasztóvédelmi ellenőrzési eljárást kezdeményezhet a Magyar Nemzeti Banknál.

Magyar Nemzeti Bank – Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ

Székhely: 1054 Budapest, Szabadság tér 8–9.

Ügyfélszolgálat: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

Levelezési cím: 1534 Budapest BKKP, Pf. 777

Telefon: (+36) 80-203-776

Pénzügyi fogyasztóvédelem e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnb.hu

Bővebben a www.mnb.hu/fogyasztovedelem honlapon kaphat tájékoztatást.

---

1. Fogyasztónak minősülő ügyfél: az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személy.

A fogyasztónak minősülő ügyfél a Pénzügyi Békéltető Testület, illetve a Fogyasztóvédelmi eljárás alapjául szolgáló „Kérelem” nyomtatvány megküldését igényelheti.

Az igénylés módja: Telefonon: (+36) 1-477-4800
Postai úton: Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. Panasz és Kiemelt Ügykezelési csoport, 9401 Sopron, Pf. 22
E-mailen: panasz@alfa.hu

A biztosító a nyomtatványt igazolható módon, költségmentesen az ügyfél kérésének megfelelően e-mailen vagy postai úton küldi ki.

A biztosító a nyomtatványokat elérhetővé teszi a honlapján, az alfa.hu weboldalon és az ügyfelek számára nyitva álló helyiségeiben is.

3.2 Fogyasztónak nem minősülő ügyfelek számára nyitva álló jogorvoslati lehetőségek

A fogyasztónak nem minősülő ügyfél, panaszának a Biztosítóhoz történő benyújtását követően jogorvoslatért az ügyre hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulhat (www.birosag.hu).

3.3 A Biztosító adatkezelését érintő panaszok esetén nyitva álló jogorvoslati lehetőségek

A Biztosító adatkezelését érintő adatvédelmi panasz esetén, amennyiben az ügyfél a Biztosító adatkezeléssel összefüggő panaszra adott válaszával nem ért egyet, bírósághoz, illetve a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz is fordulhat.

Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság

Székhely: 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9–11.
Levelezési címe: 1363 Budapest Pf. 9
Hivatali kapu: Rövid név: NAIH KR; ID: 429616918
Telefon: (+36) 1-391-1400
E-mail cím: ugyfelszolgalat@naih.hu

Bővebben a www.naih.hu honlapon kaphat tájékoztatást.

4. BIZTOSÍTÁSI TITOK, ADATKEZELÉS

4.1 A Biztosító a Bit. felhatalmazása alapján biztosítási titoknak minősülő adatokat kezel, amelyek a GDPR[2] alapján személyes adatoknak minősülnek. A Biztosító a biztosítási szerződésekhez és szerződőváltáshoz kapcsolódó személyes adatokat a vonatkozó adatkezelési tájékoztatóban meghatározottak szerint kezeli, amely elérhető a Biztosító honlapjáról: alfa.hu/wp-admin/admin-ajax.php?juwpfisadmin=false&action=wpfd&task=file. download&wpfd_category_id=192&wpfd_file_id=22387&token=&preview=1

A Biztosító további adatkezeléseivel kapcsolatos tájékoztatói elérhetők az alábbi linken keresztül: alfa.hu/dokumentumok/adatvedelemhezkapcsolodo-dokumentumok.html

4.2 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.

Bit. 135. §

(1) A biztosító vagy a viszontbiztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggenek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet.

(2) Az (1) bekezdésben 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.

(3) A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény 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.

Bit. 136. §

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 kifejezett hozzájárulásával kezelheti.

Bit. 137. §

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 írásban felmentést ad,

2. Az Európai Parlament és a Tanács 2016. április 27-i (EU) 2016/679 Rendelete a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK irányelv hatályon kívül helyezéséről.

b) e törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn,

c) a biztosító vagy a viszontbiztosító által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója ezt a tanúsítási eljárás lefolytatása keretében ismeri meg,

d) a Biztosító érdeke ezt az ügyféllel szemben fennálló követelése eladásához vagy követelése érvényesítéséhez szükségessé teszi.

Bit. 138. §

(1) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn

a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,

b) az előkészítő eljárást folytató szervvel, a nyomozó hatósággal, az ügyészséggel, valamint a szabálysértési hatósági jogkörében eljáró rendőrséggel és a Nemzeti Adó- és Vámhivatallal,

c) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási perben eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a csődeljárásban eljáró vagyonfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyonfelügyelővel, rendkívüli vagyonfelügyelővel, felszámolóval, 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) a (2) bekezdésben foglalt esetekben az adóhatósággal,

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 titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,

k) a viszontbiztosítóval, a csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,

l) a törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervvel, a kártörténeti nyilvántartást vezető kárnyilvántartó szervvel, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárművekkel kapcsolatos közúti közlekedési igazgatási feladatokkal összefüggő hatósági ügyekben a közlekedési igazgatási hatósággal, valamint a közúti közlekedési nyilvántartási szervével,

m) az állomány-átruházás 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) 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 biztosával,

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 miniszteri rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és bonus–malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a Biztosítóval,

t) a lábon álló növénykultúrára kötött mezőgazdasági biztosítási szerződésekben szereplő biztosítottak esetében az agrárkármegállapító szervvel, a mezőgazdasági igazgatási szervvel, az agrárkár-enyhítési szervvel, valamint az agrárpolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium irányítása alatt álló, gazdasági elemzésekkel foglalkozó intézménnyel,

u) a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal,

v) a Gfbt. szerinti e-kárbejelentő felületen megadott adatoknak a kárbejelentő alkalmazás működtetése, a biztosítási eseményhez kapcsolódó, szükséges információk begyűjtése és a biztosítók részére kárrendezés céljából történő továbbítása tekintetében a MABISZ-szal

szemben, ha az a)–j), n), s), t) és u) pontban megjelölt szerv vagy személy adatkéréssel, illetve 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.

(2) Az (1) bekezdés e) pontja alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, 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.

(2a) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a Hpt.-ben[3] 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 és az adatkérés célját.

3. A hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. törvény

(3) 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 közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B–43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.

(3a) 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.

(4) A biztosító vagy a viszontbiztosító az (1) és (6) bekezdésekben, a 137. §-ban, a 140.. §-ban és a 141. §-ban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja.

(5) A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül az (1) bekezdésben meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.

(6) A biztosító vagy a viszontbiztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az előkészítő eljárást folytató szerv, a nyomozó hatóság, az ügyészség, továbbá a bíróság adatkérésére, illetve 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, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,

b) a Btk.-ban 2025. június 15-ig hatályban volt új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, vagy

c) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, tudatmódosító anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

van összefüggésben.

(6a) A Rendőrségről szóló 1994. évi XXXIV. törvény 69. § (3) és (4) bekezdésében, a Nemzeti Adó- és Vámhivatalról szóló 2010. évi CXXII. törvény 58. § (3) bekezdésében vagy a büntetőeljárásról szóló 2017. évi XC. törvény (a továbbiakban: Be.) 262. § (3)–(5) bekezdésében meghatározottak szerinti adatkérés esetén a biztosító vagy a viszontbiztosító az ügyészség engedélye nélkül is köteles az általa kezelt, biztosítási titoknak minősülő adatokra vonatkozó adatkérést teljesíteni. A Be. 262/A. §-a szerinti adatkérés esetén a biztosító vagy viszontbiztosító az ügyészségnek az ügyfélre vagy a biztosítási szerződésre vonatkozó külön engedélye nélkül is köteles az általa kezelt, biztosítási titoknak minősülő adatokra vonatkozó adatkérést teljesíteni.

(7) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító vagy a viszontbiztosító az Európai Unió és az ENSZ Biztonsági Tanácsa által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.

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

(9) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Hpt. 164/B. § szerinti adattovábbítás.

Bit. 139. §

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 2017. évi LIII. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot, valamint ha a biztosító vagy a viszontbiztosító csoportszinten meghatározott pénzmosás és terrorizmusfinanszírozás elleni politikához és eljáráshoz kapcsolódó kötelezettségét teljesíti.

Bit. 139/A. §

A törvényben meghatározott feladatok hatékony teljesítése érdekében a biztosító vagy a viszontbiztosító a nyomozó hatósággal vagy az ügyészséggel együttműködési megállapodást köthet.

Bit. 140. §

(1) 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 adattovábbítás a személyes adatok harmadik országba való továbbítására vonatkozó előírásoknak megfelel.

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

Bit. 141. §

(1) 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.

(2) Az (1) bekezdésben meghatározott adatok átadását a biztosító és a viszontbiztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

Bit. 142. §

(1) Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított öt év elteltével, a különleges adatnak vagy bűnügyi személyes adatnak minősülő adatok továbbítása esetén húsz év elteltével törölni kell.

(2) A biztosító és a viszontbiztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a 138. § (1) bekezdés b), f) és j) pontjai, illetve a 138. § (6) bekezdése alapján végzett adattovábbításokról.

(3) 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.

Bit. 143. §

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

(2) 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.

(3) E törvény alkalmazásában az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.

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

(5) A biztosító a hagyatéki eljárás jogerős lezárásáról történő tudomásszerzés napjáig

a) az elhunyt szerződő által kötött vagyonbiztosítási szerződéshez kapcsolódóan, kizárólag az érintett biztosítási szerződés díjfizetéssel történő fenntartása érdekében a biztosítási szerződés fennállásáról, a biztosítást igazoló okirat számáról, az általános szerződési feltételekről, a szerződés díjegyenlegéről, az esedékes díjtartozás összegéről, valamint a szerződés évfordulójáról az elhunyt szerződő közeli hozzátartozója, illetve a vagyontárgy birtokosa részére,

b) azon hitelfedezeti életbiztosítási szerződéshez, továbbá azon biztosítási szerződéshez kapcsolódóan, ahol a szolgáltatás jogosultja a hitelintézet és a szerződés biztosítottja az elhunyt személy, kizárólag a szolgáltatási igény biztosítóhoz történő bejelentése és a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges adatok biztosító részére történő megküldése érdekében a biztosítási szerződés fennállásáról, a biztosítást igazoló okirat számáról, valamint az általános szerződési feltételekről az elhunyt biztosított közeli hozzátartozója részére

– annak írásbeli kérelmére – adatot szolgáltathat, feltéve, hogy e minőségét a kérelmező okirattal igazolja.

(6) A közeli hozzátartozó, illetve a vagyontárgy birtokosa részére történő – (5) bekezdés szerinti – adatszolgáltatás nem jelenti a biztosítási titok sérelmét. A biztosító a kérelmező személyes adatait az adatszolgáltatást követően öt évig, illetve – ha a 142. § (3) bekezdése szerinti időtartam ezt meghaladja – a 142. § (3) bekezdésében meghatározott időtartamig kezeli.

4.3 A biztosítási titokra és az üzleti titkokra vonatkozó közös szabályok

Bit. 147. §

(4) 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.

(5) Nem lehet üzleti titokra vagy biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó adatszolgáltatási kötelezettség esetén.

(6) Az üzleti titokra és a biztosítási titokra egyebekben a Ptk.-ban és az üzleti titok védelméről szóló 2018. évi LIV. törvényben foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.

147/A. §

(1) A Hpt. 164/B. §-a alapján átvett adatokat a biztosító tevékenységi köre ellátásával összefüggésben a szolgáltatásai nyújtásához szükséges mértékben megismerheti, és az ügyfélkapcsolat létrehozásának és fennállásának időtartamában kezelheti, ha az ügyfél az adattovábbítást a (2) bekezdés szerint nem korlátozta vagy tiltotta meg.

(2) A hitelintézet Hpt. szerinti ellenőrző befolyása alatt működő biztosító ügyfele kifejezett nyilatkozatával jogosult korlátozni vagy megtiltani a Hpt. 164/B. § (2) bekezdése szerinti adattovábbítást.

(3) A hitelintézet Hpt. szerinti ellenőrző befolyása alatt működő biztosító az ügyféllel kötendő szerződést megelőzően köteles az ügyfél részére a Hpt. 164/B. §-ában foglalt kölcsönös adatátadás lehetőségéről igazolható módon tájékoztatást adni. Az írásbeli tájékoztatásban egyértelműen fel kell hívni az ügyfél figyelmét arra, hogy a személyes adatai e §-ban foglalt kezelésének lehetőségét bármikor korlátozhatja vagy megtilthatja.

4.4 A FATCA-törvény alapján fennálló kötelezettségek

Bit. 148. §

(1) A FATCA-törvény szerinti, e törvény hatálya alá tartozó Jelentő Magyar Pénzügyi Intézmény (a továbbiakban ezen alcím tekintetében: intézmény) az általa kezelt, FATCA-törvény szerinti Pénzügyi Számla vonatkozásában elvégzi a FATCA-törvény szerinti Számlatulajdonos és Jogalany (a továbbiakban ezen alcím tekintetében együtt: Számlatulajdonos) FATCA-törvényben foglalt Megállapodás 1. számú Melléklete szerinti illetőségének megállapítására irányuló vizsgálatot (a továbbiakban ezen alcím tekintetében: illetőségvizsgálat).

(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.

(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.

A Pénzügyi Számlákkal kapcsolatos adatszolgáltatás és átvilágítás alapján fennálló kötelezettségek

Bit. 148/A. §

(1) Az Aktv. szerinti, e törvény hatálya alá tartozó Jelentő Magyar Pénzügyi Intézmény (ezen alcím alkalmazásában a továbbiakban: intézmény) az általa 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).

(2) Az intézmény 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.

(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.

4.5 Az EU-s kifizetői adatszolgáltatással kapcsolatos kötelezettségek

Az adózás rendjéről szóló 2017. évi CL. törvény (Art.) 50. §

(1) Havonként, a tárgyhót követő hónap tizenkettedik napjáig elektronikus úton bevallást tesz az adó- és/vagy társadalombiztosítási kötelezettségeket eredményező, természetes személyeknek teljesített kifizetésekkel, juttatásokkal összefüggő valamennyi adóról – ide nem értve a kamatjövedelem adót –, járulékokról és/vagy a (2) bekezdésben meghatározott adatokról

a) a munkáltató;

b) a kifizető (ideértve az egyéni vállalkozónak nem minősülő természetes személy munkáltatót is);

c) a Tbj. 87. § (5) bekezdése szerinti kötelezett.

(1a) A foglalkoztatónak nem minősülő, a Tbj. 6. § (1) bekezdés d) pontja szerinti egyéni vállalkozó a tárgyhót követő hónap tizenkettedik napjáig, az Szja tv. rendelkezései szerint átalányadózást alkalmazó egyéni vállalkozó – a tárgynegyedév adatait havonként külön feltüntetve – a tárgynegyedévet követő hónap tizenkettedik napjáig elektronikus úton bevallást tesz a (2) bekezdésben meghatározott adatokról.

(2) Az (1)–(1b) bekezdés szerinti bevallás tartalmazza: 28. az Európai Unió más tagállamában illetőséggel rendelkező személy részére életbiztosítási szerződés alapján történő biztosítói teljesítést.

4.6 A veszélyközösség védelme céljából történő adatátadás

A Bit. 149. §

(1) A biztosító (e § alkalmazásában: megkereső biztosító) – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz (e § alkalmazásában: megkeresett biztosító) az e biztosító által – a Bit. 135. § (1) bekezdésében meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével – kezelt és a (3)–(6) bekezdésben meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, ha a megkereső biztosító erre vonatkozó jogosultsága biztosítási szerződésben rögzítésre került.

(2) A megkeresett biztosító a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni a megkereső biztosítónak.

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

a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személy azonosító adatait;

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

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

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

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

(4) A megkereső biztosító az 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.

(5) A megkereső biztosító az 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 (4) bekezdés 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 adatfelvételkori, 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.

(6) A megkereső biztosító az 1. melléklet A) rész 3. és 10. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatosan a jármű járműazonosító adatai (rendszáma, alvázszáma) 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.

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

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

(9) Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés (8) bekezdésben meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig.

(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.

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

(12) Ha az ügyfél a személyes adataihoz való hozzáférést kér és a megkereső biztosító – a (8)–(10) bekezdésben meghatározottakra tekintettel – már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek a tényéről kell tájékoztatni a kérelmezőt.

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

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

Bit. 150. §

(1) A biztosítók – a Bit. 1. számú Melléklet A) rész 3–6. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződésekkel kapcsolatban – a biztosítási szerződés vonatkozásában – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések kiszűrése céljából közös adatbázist (a továbbiakban: Adatbázis) hozhatnak létre, amely tartalmazza

a) a szerződő személy azonosító adatait;

b) a biztosított vagyontárgy azonosító adatait;

c) az a) és b) pontokban meghatározott szerződőt vagy vagyontárgyat érintő korábbi biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat; és

d) a biztosító megnevezését és a biztosítást igazoló okirat számát.

(2) A biztosító az (1) bekezdésben meghatározott adatokat az adat keletkezését követő harminc napon belül továbbítja az Adatbázisba.

(3) 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 és a visszaélések megakadályozása céljából az Adatbázisból adatot igényelhet.

(4) Az Adatbázis kezelője a jogszabályoknak megfelelő igénylés szerinti adatokat nyolc napon belül köteles átadni az igénylő biztosítónak.

(5) Nem áll fenn a biztosító titoktartási kötelezettsége az Adatbázis irányában, az Adatbázisba való adatátadás vonatkozásában, továbbá az Adatbázis kezelőjét terhelő biztosítási titok megtartására vonatkozó kötelezettsége a biztosító vonatkozásában, amely a jogszabálynak megfelelő igényléssel fordul hozzá.

(6) Az Adatbázis kezelőjének az Adatbázisban kezelt adatokra vonatkozó titoktartási kötelezettségére, továbbá a kezelt adatokra vonatkozó igénylések teljesítésére nézve a biztosítási titokra vonatkozó szabályok megfelelően alkalmazandóak.

(7) Az Adatbázis kezelője – amennyiben a megkeresés érdemi megválaszolása a kért adatok hiányában nem lehetséges – a hozzá intézett, a Bit. 138. § (1) bekezdés b), f), q) és r) pontjában, illetve a (3) bekezdésben foglaltaknak megfelelő igényléseket köteles továbbítani a megkereséssel érintett biztosítási ágazatok művelésére tevékenységi engedéllyel rendelkező biztosítók számára. Az Adatbázis kezelője az igénylés továbbításáról az igénylőt egyidejűleg köteles tájékoztatni.

(8) Az igénylő biztosító az igénylés eredményeként kapott adatokat a biztosítandó vagy biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal a (3) bekezdésben meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.

(9) Az Adatbázisban továbbított adatok helyességéért és pontosságáért az azt továbbító biztosító felelős.

(10) Az (1) bekezdésben meghatározott adatok a (11) bekezdésben meghatározott kivétellel a nyilvántartásba vételt követő öt évig kezelhetők.

(11) Biztosítási szerződés létrejötte esetén az (1) bekezdésben meghatározott adatok a szerződés fennállása alatt, a szerződésből származó igények elévüléséig kezelhetők az (1) bekezdésben meghatározott nyilvántartásban. A szerződés megszűnésének és a szerződésből származó igények elévülésének tényéről a biztosító tájékoztatja az Adatbázis kezelőjét.

(12) Az Adatbázisból adatot igénylő biztosító az adatigénylés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti.

(13) Ha az igénylés eredményeként az igénylő biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés (12) bekezdésben meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás jogerős befejezéséig.

(14) Ha az igénylés eredményeként az igénylő 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.

(15) Az Adatbázisból adatot igénylő biztosító az adatigénylés eredményeként tudomására jutott adatot csak az (1) bekezdésben meghatározott célból kezelheti.

(16) Az igénylő biztosító a (3) bekezdésben meghatározott igénylésről, az abban szereplő adatokról, továbbá az igénylés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére a személyes adataihoz hozzáférést biztosít.

Bit. 151. §

(1) A 150. § (1) bekezdésében meghatározott Adatbázist a biztosítók abban az esetben hozhatják létre, ha a 150. § (1) bekezdésében meghatározott biztosítási ágazatokat művelő biztosítók megállapodást megelőző piaci részesedés szerint számított kétharmada megállapodik az adatbázis létrehozásáról, a működésében történő részvétel feltételeiről és az Adatbázis fenntartásával kapcsolatos költségek fedezetéről.

(2) Az adatbázis létrehozásának további feltétele, hogy az Adatbázisba adatot szolgáltató biztosítók az Adatbázisba továbbított adatok továbbításának és lekérdezésének lehetőségét az érintett szerződések feltételeiben meghatározzák.

4.7 A szerződő/biztosított egészségi állapotának felméréséhez kötött biztosítási szerződés megkötésével egyidejűleg a Biztosító által adott tájékoztatás alapján nyilatkozni köteles az egészségügyi adatainak kezeléséről. Ebben a szerződő/biztosított kifejezetten felmenti az orvosi titoktartás alól egyrészt a kezelő és vizsgáló orvosokat, egészségügyi intézményeket, másrészt a társadalombiztosítási igazgatási szerveket azon – az egészségi állapottal, fennálló és korábbi betegségekkel, balesetekkel, esetleges halál bekövetkeztével összefüggő – adatoknak a Biztosító részére való továbbítása tekintetében, amelyek a Biztosító számára a kockázat vagy a szolgáltatási igény elbírálásához szükségesek.

4.8 Ha a szerződő/biztosított a biztosítási szerződés szempontjából lényeges körülmények vonatkozásában a titoktartási kötelezettség alól a kezelőorvosokat nem menti fel, ez az ajánlat elutasítását nem eredményezheti, ha a szerződés létrejött, úgy a Biztosító annyiban mentesül a fizetési kötelezettség alól, amennyiben emiatt a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

II. SZÁMÚ MELLÉKLET

A biztosítási szolgáltatás elbírálásához és teljesítéséhez bekérhető dokumentumok listája

A szerződőnek, a biztosítottnak, illetve a jogosultnak minden esetben joga van olyan további bizonyítékok bemutatására, amelyeket – a bizonyítás általános szabályai szerint – követelésének érvényesítéséhez szükségesnek lát.

A konkrét szolgáltatási igénytől, biztosítási eseménytől függően a lenti felsorolt dokumentumokon túl a következő dokumentumok benyújtásával segítheti az ügyfél szolgáltatási igényének mielőbbi elbírálását: a baleset időpontját, körülményeit vizsgáló hatóság által ezekről kiadott igazolás, hatósági okirat, helyszíni jegyzőkönyv, munkahelyi balesetnél készült jegyzőkönyv, véralkohol vizsgálati jelentés, tevékenység végzéséhez szükséges engedély, sportorvosi engedély, forgalmi engedély, vezetői engedély, kábítószer és egyéb pszichoaktív szerek fogyasztására vonatkozó nyilatkozat, ezek vizsgálatára vonatkozó lelet.

A Biztosító az alábbi táblázatban „szükség esetén" jelzéssel ellátott dokumentumokat a fizetési kötelezettségének teljesítéséhez az eset körülményeire, a bizonyítási teherre és a rendeltetésszerű joggyakorlás követelményeire is figyelemmel kérheti.

I. Bármely szolgáltatási igény teljesítéséhez	
minden esetben	A Biztosító által rendszeresített vagy azzal megegyező tartalmú, hiánytalanul kitöltött és az arra jogosult személy által aláírt, a szolgáltatás típusának megfelelő **igénybejelentő nyomtatvány**.
minden esetben	Szerződő, kedvezményezett/jogosult **személyazonosságát igazoló dokumentum** (érvényes személyi igazolvány vagy útlevél vagy vezetői engedély) **és a lakcím igazolása** (lakcímkártya lakcímet tartalmazó oldalának másolata vagy DÁP ügyfelek hiteles adatmegosztással előállított digitális dokumentuma).
szükség esetén	**Az ügyfelek személyes azonosítása és az ennek során kitöltött Azonosítási adatlap**, ha a szolgáltatási összeg, illetve az egymással ténylegesen összefüggő kifizetések összege meghaladja a mindenkori pénzmosási törvényben meghatározott összeghatárt***.
szükség esetén	**Bankszámlatulajdonos igazolása*** (pl. banki igazolás, számlakivonat fejléce, számlaszerződés fejléce), bankszámlára történő teljesítéshez, ha a szolgáltatási összeg, illetve az egymással ténylegesen összefüggő kifizetések összege **meghaladja a mindenkori pénzmosási törvényben meghatározott összeghatárt***.
szükség esetén	**Ha az ügyfél jogi személy, jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet, akkor az azonosítására alkalmas dokumentumok másolata.** E körben cégbírósági vagy más közhiteles nyilvántartásba vételt igazoló végzés/okirat, vagy a bejegyzési/nyilvántartásba vételi kérelem benyújtását igazoló irat, okirat egyéni vállalkozó nyilvántartásba vételéről, a szervezet létesítő okirata, alapszabálya és a képviseletre jogosult személyek aláírási címpéldányának, aláírás-mintájának vagy más képviseleti jogosultságot igazoló okiratnak a másolata, továbbá a képviselő **személyazonosságát igazoló dokumentum** (érvényes személyi igazolvány vagy útlevél vagy vezetői engedély) **és a lakcím igazolása** (lakcím-kártya lakcímet tartalmazó oldalának másolata vagy DÁP ügyfelek hiteles adatmegosztással előállított digitális dokumentuma).
szükség esetén	Ha kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg, úgy a biztosítási szolgáltatásra való jogosultság igazolása, pl. jogerős hagyatékátadó végzés, jogerős öröklési bizonyítvány.
II. Haláleseti, baleseti- és egészségbiztosítási igények teljesítéséhez	
minden esetben	Egészségügyi adatok kezelésére vonatkozó tájékoztató és nyilatkozat **(igénybejelentő nyomtatványhoz csatolt A07K nyomtatvány**).
minden esetben	**A biztosítási eseményt, annak időpontját és bekövetkezésének körülményeit és következményeit igazoló orvosi dokumentumok**.**
szükség esetén	**Előzménybetegségek, korábbi balesetek tényét, lefolyását, következményét igazoló orvosi dokumentumok**, különös tekintettel a biztosítottnak a biztosítás megkötésekor már fennálló egészségi állapotára, fennálló betegségekre, sérült, károsodott testrészekre.**
szükség esetén	Hatósági eljárás esetén a baleset időpontját és körülményeit vizsgáló hatóság által ezekről kiadott igazolás, helyszíni jegyzőkönyv, vádirat, munkahelyi balesetnél készült jegyzőkönyv.
szükség esetén	A baleset-, és egészségbiztosítási eseményekhez a biztosítási esemény egyedi körülményeitől függő, azt igazoló hatósági, és orvosi iratok**, különös tekintettel: • az alkohol, a bódító, altató, nyugtató és kábítószerek fogyasztásával kapcsolatos dokumentumok, • tevékenységi engedély másolata, • foglalkozási ártalomra vonatkozó (ÁNTSZ) határozat, • közlekedési baleset esetén a jármű forgalmi engedélye és a biztosított vezetői engedélye, ha a jármű vezetője a biztosított, • sporttevékenységgel összefüggésben bekövetkező biztosítási eseményhez különösen a sportesemény, sportverseny jegyzőkönyve, továbbá egyesületi tagság igazolása, versenyengedély, sportorvosi engedély.
szükség esetén	A baleseti eredetű biztosítási esemény esetén a balesettel összefüggésben kialakult egészségi állapottal kapcsolatban keletkezett, a baleset időpontját, a sérüléseket, és ezek kezelését leíró orvosi dokumentumok.

III. Halálesetekhez	
Jelen melléklet I., II. és VI. pontjában minden esetre, illetve szükség esetére meghatározott dokumentumokon túl az alábbiak:	
minden esetben	Halottvizsgálati bizonyítvány.
szükség esetén	Az igénybejelentő nyomtatványon egy kedvezményezett/jogosult tud rendelkezni a kifizetésről, további kedvezményezetteknek/ jogosultaknak a „Jogosult rendelkezési nyilatkozata" nyomtatványt kell kitöltenie.
szükség esetén	Halotti anyakönyvi kivonat a biztosított azonosításához, amennyiben a halottvizsgálati bizonyítvány tartalma hiányos vagy nem olvasható.
szükség esetén	Boncolási jegyzőkönyv a haláleset okának/okainak (a biztosított halálához vezető betegségek, állapotok), egyedi körülményeinek megállapításához.
szükség esetén	A halálhoz vezető betegséggel, egészségi állapottal kapcsolatban keletkezett, a betegség kezdetét, lefolyását igazoló orvosi dokumentumok**, továbbá a biztosított szerződéskötéskori egészségi állapotát tartalmazó orvosi dokumentumok** a baleseti eredetű halálesetekhez, illetve a biztosítás megkötésétől számított 5 éven belül bekövetkező bármely, nem baleseti halálesethez.
szükség esetén	Az 1 évnél fiatalabb gyermek születési anyakönyvi kivonata és a gyermekkel való közös háztartás igazolására szolgáló dokumentum (pl. gyámhatósági határozat, családi pótlékra való jogosultságot igazoló határozat, lakcímkártya) a szülői életbiztosításokhoz.
IV. Balesetbiztosítási események	
IV.1. Baleseti halál	
Jelen melléklet I., II., III., és VI. pontjában felsorolt minden esetre és szükség esetére meghatározott dokumentumok.	
IV.2. Baleseti rokkantsági eseményekhez	
Jelen melléklet I., II. és VI. pontjában felsorolt minden esetre és szükség esetére meghatározott dokumentumokon túl az alábbiak:	
minden esetben	A baleset következtében kialakult végleges egészségi állapotot, sérülést, funkció kiesést és ezek okát leíró orvosi dokumentáció**.
szükség, illetve megléte esetén	Egészségkárosodás mértékét megállapító szakértői/szakhatósági dokumentum, orvosi bizottság szakvéleménye.
IV.3. Baleseti kórházi ápoláshoz	
Jelen melléklet I., II. és VI. pontjában felsorolt minden esetre és szükség esetére meghatározott dokumentumokon túl az alábbiak:	
minden esetben	A kórházi ápolás tényét, időpontját, tartamát és okát igazoló kórházi zárójelentés.
IV.4. Baleseti műtéthez	
Jelen melléklet I., II. és VI. pontjában felsorolt minden esetre és a szükség esetére meghatározott dokumentumokon túl az alábbiak:	
minden esetben	A műtéti beavatkozás időpontját, okát, leírását, és az elvégzett beavatkozás WHO kódját tartalmazó kórházi zárójelentés.
IV.5. Baleseti keresőképtelenség	
Jelen melléklet I., II. és VI. pontjában felsorolt minden esetre és a szükség esetére meghatározott dokumentumokon túl az alábbiak:	
minden esetben	Táppénzre való jogosultság igazolása (munkáltató, közfoglalkoztató, NEAK igazolása).
minden esetben	Keresőképtelenség tényét, tartamát igazoló dokumentum (Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről, Orvosi igazolás a folyamatos keresőképtelenségről, kórházi zárójelentés).
minden esetben	Keresőképtelenség okát, a betegséget, a sérülést igazoló orvosi dokumentum**.
IV.6. Csonttörés, csontrepedéshez	
Jelen melléklet I., II. és VI. pontjában felsorolt minden esetre és a szükség esetére meghatározott dokumentumokon túl az alábbiak:	
minden esetben	Csonttörést, csontrepedést, röntgen vizsgálat eredményét is leíró és a sérülés okát igazoló ambuláns lelet, kórházi zárójelentés.
IV.7. Baleseti eredetű égéshez	
Jelen melléklet I., II. és VI. pontjában felsorolt minden esetre és a szükség esetére meghatározott dokumentumokon túl az alábbiak:	
minden esetben	Égési sérülés tényét, leírását, kiterjedését, súlyosságát leíró orvosi dokumentum**.

V. Egészségbiztosítási események	
V.1. Kórházi ápolás	
Jelen melléklet I., II. és VI. pontjában felsorolt minden esetre és a szükség esetére meghatározott dokumentumokon túl az alábbiak:	
minden esetben	A kórházi ápolás tényét, időpontját, tartamát és okát igazoló kórházi zárójelentés.
V.2. Műtét	
Jelen melléklet I., II. és VI. pontjában felsorolt minden esetre és a szükség esetére meghatározott dokumentumokon túl az alábbiak:	
minden esetben	A műtéti beavatkozás időpontját, okát, leírását, és az elvégzett beavatkozás WHO kódját tartalmazó kórházi zárójelentés.
V.3. Végstádiumú betegséghez	
Jelen melléklet I., II. és VI. pontjában felsorolt minden esetre és a szükség esetére meghatározott dokumentumokon túl az alábbiak:	
minden esetben	Végstádiumú betegség fennállását igazoló orvosi dokumentumok**.
V.4. Megváltozott munkaképességhez	
Jelen melléklet I., II. és VI. pontjában felsorolt minden esetre és a szükség esetére meghatározott dokumentumokon túl az alábbiak:	
minden esetben	Egészségkárosodás mértékét megállapító szakértői/szakhatósági dokumentum, orvosi bizottság szakvéleménye.
minden esetben	Megváltozott munkaképességű személyek ellátására vonatkozó határozat.
V.5. Daganatos, és kritikus betegségekhez	
Jelen melléklet I., II. és VI. pontjában felsorolt minden esetre és a szükség esetére meghatározott dokumentumokon túl az alábbiak:	
szükség esetén	Szövettani lelet, kontroll lelet.
V.6. Keresőképtelenséghez	
Jelen melléklet I., II. és VI. pontjában felsorolt minden esetre és a szükség esetére meghatározott dokumentumokon túl az alábbiak:	
minden esetben	Táppénzre való jogosultság igazolása (munkáltató, közfoglalkoztató, NEAK igazolása).
minden esetben	Keresőképtelenség tényét, tartamát igazoló dokumentum (Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről, Orvosi igazolás a folyamatos keresőképtelenségről, kórházi zárójelentés).
minden esetben	Keresőképtelenség okát, a betegséget, a sérülést igazoló orvosi dokumentum**.
V.7. Házi vizithez	
szükség esetén	Orvosi dokumentumok**.
V.8. Betegszállításhoz	
minden esetben	Kórházi zárójelentés.
V.9. Második orvosi vélemény kéréséhez	
minden esetben	Orvosi dokumentáció**, orvosi vizsgálati eredmények, leletek.
VI. Egyedi körülmények fennállása esetén bármely szolgáltatáshoz kötelező benyújtani	
A biztosítás érvényességével kapcsolatos vita esetén	
minden esetben	A biztosítás meglétét és a díjfizetést igazoló dokumentumok.
Kiskorú, cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes ügyfél esetén	
minden esetben	**Hatósági/bírósági határozat, ami igazolja a törvényes képviselői minőséget és a korlátlan vagyonkezelői jogosultságot (ha nem a szülő a törvényes képviselő), valamint a kitöltött és aláírt „Nyilatkozat kiskorú jogosult esetén” nyomtatvány.**
minden esetben	A törvényes képviselő **személyazonosságát igazoló dokumentum** (érvényes személyi igazolvány vagy útlevél vagy vezetői engedély) **és a lakcím igazolása** (lakcímkártya lakcímet tartalmazó oldalának másolata vagy DÁP ügyfelek hiteles adatmegosztással előállított digitális dokumentuma).
szükség esetén	A törvényes képviselő **személyes azonosítása és** az ennek során kitöltött **Azonosítási adatlap**, ha a szolgáltatási összeg meghaladja a mindenkori pénzmosási törvényben meghatározott összeghatárt***.

Kiskorú, cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes ügyfél esetén *(folytatás)*	
szükség esetén	Ha a kiskorú kedvezményezett részére teljesítendő kifizetés összege meghaladja a jogszabályban meghatározott mértéket, akkor szükséges **a gyámhatóság kifizetésre vonatkozó jóváhagyása**.
szükség esetén	A kifizetéshez a **gyámhatóság jóváhagyása** szükséges, ha a gondnokot kirendelő határozat szerint az összegszerűségre tekintettel a kifizetéséhez gyámhatósági hozzájárulás szükséges.
Bankszámlára történő teljesítés esetén	
minden esetben	• **ha a kedvezményezett/jogosult és bankszámlatulajdonos személye eltérő:** **Bankszámlatulajdonos, jogi személy képviselőjének személyazonosságát igazoló dokumentum** (érvényes személyi igazolvány vagy útlevél vagy vezetői engedély) **és a lakcím igazolása** (lakcímkártya lakcímet tartalmazó oldalának másolata vagy DÁP ügyfelek hiteles adatmegosztással előállított digitális dokumentuma). • **ha a kedvezményezett/jogosult és bankszámlatulajdonos személye eltérő és a kifizetés összege a mindenkori pénzmosási törvényben meghatározott összeghatárt (jelen szabályzat érvénybe lépésének időpontjában 4,5 M Ft-ot) nem éri el:** A bankszámlatulajdonos adataival kitöltött, általa aláírt a Biztosító honlapjáról letölthető **„Adatlap természetes személy azonosításához", illetve „Adatlap jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet azonosításához nyomtatvány".** • **ha a kedvezményezett/jogosult és bankszámlatulajdonos személye eltérő és a kifizetés összege a mindenkori pénzmosási törvényben meghatározott összeghatárt (jelen szabályzat érvénybe lépésének időpontjában 4,5 M Ft-ot) eléri, illetve meghaladja:** A bankszámlatulajdonos **személyes azonosítása** és az ennek során kitöltött **Azonosítási adatlap**.
Meghatalmazott ügyintézése esetén	
minden esetben	A biztosítással kapcsolatos ügyintézésre jogosító érvényes, az alaki (pl. 2 tanúval, vagy DÁP aláírással ellátott okirat) és tartalmi (meghatalmazás terjedelme, érvényessége) követelményeknek megfelelő **meghatalmazás**.
minden esetben	**A meghatalmazott személyazonosságát igazoló dokumentum** (érvényes személyi igazolvány vagy útlevél vagy vezetői engedély) **és a lakcím igazolása** (lakcímkártya lakcímet tartalmazó oldalának másolata vagy DÁP ügyfelek hiteles adatmegosztással előállított digitális dokumentuma).
minden esetben	A meghatalmazott **személyes azonosítása és az ennek során kitöltött Azonosítási adatlap**, ha a szolgáltatási összeg meghaladja a mindenkori pénzmosási törvényben meghatározott összeghatárt***.
Hitelt nyújtó bank kedvezményezettsége esetén	
minden esetben	A hitelt nyújtó bank 30 napnál nem régebbi igazolása a fennálló hiteltartozás összegéről, és rendelkezése a kifizetésről (célszámla megjelöléssel).
Idegen nyelvű dokumentumok csatolása esetén	
minden esetben	Az idegennyelvű dokumentumok magyar nyelvű szakfordításai.
Külföldi adóilletőség esetén	
szükség esetén	Külföldi adóilletőséget igazoló külföldi hatóság által kiállított dokumentum és annak szakfordítása.

* A Biztosító a pénzmosás megelőzéséről és megakadályozásáról szóló mindenkor hatályos jogszabályi rendelkezések betartása, illetve a kifizetés biztonsága és csalásmegelőzési szempontok érvényesítése érdekében kérheti a szerződőtől, a képviselőjétől, a biztosítottaktól, kedvezményezettektől, továbbá a szolgáltatásra jogosulttól vagy bármelyiküktől az eredeti bankszámlaszerződés és a bankszámlakivonat bemutatását, és azokról másolat leadását.

** A biztosítási esemény típusától függően benyújtható orvosi dokumentumok: ambuláns (járóbeteg) ellátás dokumentuma, kórházi zárójelentés, háziorvosi igazolás, vizsgálati leletek, szövettani vizsgálat eredménye, kontroll leletek, orvosi szakvélemény.

*** Jelen szabályzat érvénybe lépésének időpontjában a 4,5 M Ft-ot.

A felsorolt dokumentumokat a Biztosító másolatban is elfogadja. Szükség esetén a Biztosító az eredeti dokumentum benyújtását is kérheti.