

A Provident Pénzügyi Zrt. által nyújtott fogyasztási kölcsönhöz kapcsolódóan igénybe vehető csoportos hitelfedezeti biztosítás feltételei

Jelen Biztosítási Feltételek a BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) és a Provident Pénzügyi Zrt. között létrejött 1/B/2021 Provident számú csoportos biztosítási szerződéshez (a továbbiakban: csoportos biztosítási szerződés) csatlakozott, fogyasztási kölcsönszerződéssel rendelkező természetes személyekre alkalmazandók.

Kifejezetten felhívjuk a figyelmet a jelen Biztosítási Feltételek 1.6.1-1.6.4., 1.9., 3.3., 3.5., 4.2., 6.3., 7.2., 7.6., 7.8., 7.9., 8.2., 9.2-9.5. pontjaira, 10.§-ára, 11.1., 11.2., 11.4., 11.5., 11.6., 11.7., 11.12. és 11.13. pontjaira, 12.§-ára, 13.9., 13.11-13.14. pontjaira, 17.§-ára, 18.§-ára, 19.§-ára 20.§-ára, 21.1. és 21.11. pontjaira.

1. § Meghatározások

- 1.1. Provident:** a Provident Pénzügyi Zrt., amely a Biztosítóval a csoportos biztosítási szerződést szerződő félként megkötö, az azzal kapcsolatos jognyilatkozatokat teszi, és a biztosítási díjat megfizeti. A biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét a Provident áthárítja a Biztosítottra (közvetített biztosítási díj). A díjfizetésre vonatkozóan ld. még a 13. § rendelkezéseit.
- 1.2. Álláskereső (munkanélküli):** az, aki a vonatkozó jogszabályok alapján **(1)** az alkalmi foglalkoztatásnak minősülő jogviszony kivételével munkajogviszonyban nem áll, **(2)** egyéb kereső tevékenységet nem folytat, és **(3)** akit a munkaügyi központ/kirendeltség álláskeresőként (munkanélküliként) nyilvántart.
- 1.3. Baleset:** a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező, a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő olyan külső behatás, amely a kockázatviselés tartama alatt **(1)** keresőképtelenségi kockázat esetében a Biztosított időleges keresőképtelenségét, **(2)** 5 napot meghaladó kórházi kezelés kockázat esetében a Biztosított kórházi fekvőbeteg ellátását eredményezi.
- 1.4. Betegség:** az élő szervezet testi, lelki, szellemi egyensúlyának olyan felbomlása, amely akadályozza a biztosított személy életfolyamatait, mindennapos tevékenységét és társadalmi életben való részvételét.
- 1.5. Biztosító:** a BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt., amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és a feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.
- 1.6. Biztosított:** a Providentnél kölcsönszerződéssel rendelkező természetes személy, akinek a balesetével, betegségével, munkanélkülivé válásával összefüggő kockázatokra a csoportos biztosítási szerződés létrejön, és aki a biztosított (csatlakozási) nyilatkozat (ld. még 3.§) aláírásának időpontjában az alábbi feltételeknek megfelel:
- 1.6.1. a Biztosító kockázatviselésének kezdetekor az életkora 18 és 70 év közötti,**
- 1.6.2. NEM Kuba, Szíria, Irán, Szudán vagy Észak Korea állampolgára és/vagy nem rendelkezik a felsorolt országokban vagy a Krím-félszigeten állandó lakóhellyel,**
- 1.6.3. nem részesül a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény szerinti rokkantsági ellátásban vagy – ha alkalmazandó – kivételes rokkantsági ellátásban,**
- 1.6.4. a csatlakozásának időpontjában az adott kölcsöne futamidejéből még legalább 6 hónap hátravan.**
- 1.7. Fennálló tartozás:**
- 1.7.1. keresőképtelenségi kockázat esetében a keresőképtelenség 31. napján a Provident által nyilvántartott, a Provident felé fennálló tartozás,
- 1.7.2. munkanélküliségi kockázat esetében az álláskeresőként (munkanélküliként) nyilvántartott állapot 31. napján a Provident által nyilvántartott, a Provident felé fennálló tartozás,
- 1.7.3. 70%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás kockázat esetében a Biztosított 70%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodását megállapító jogerős határozat meghozatalának napján a Provident által nyilvántartott, a Provident felé fennálló tartozás, mely magában foglalja **(1)** az adott napon fennálló tőketartozást, valamint **(2)** az adott napig esedékessé vált **(i)** ügyleti kamatot, **(ii)** esetleges Otthoni Szolgáltatás díját, **(iii)** esetleges Előrelátó Csomag díját, **(iv)** esetleges késedelmi kamat összegét és **(v)** az áthárított hitelfedezeti biztosítási díjat.
- 1.8. Bankszámla:** a Provident által meghatározott bankszámla.
- 1.9. Keresőképtelen:** az, aki betegsége miatt munkáját nem tudja ellátni, aki fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásban betegségének megállapítása vagy gyógykezelése miatt részesül, illetve az a személy, akit közegészségügyi okokból foglalkozásától eltiltanak és más beosztást nem kap, vagy akit közegészségügyi okokból hatóságilag elkülönítenek, továbbá aki járványügyi- illetve állategészségügyi zárlat miatt munkahelyén megjelenni nem tud és más munkahelyen (munkakörben) átmenetileg sem foglalkoztatható, és a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által igazoltan, saját jogon keresőképtelen állományban van.
- 1.10. Kórház:** a magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll. **Nem minősülnek kórháznak – még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg ellátást végeznek – a (1) szanatóriumok, (2) rehabilitációs intézetek, (3) gyógyfürdők, (4) gyógyüdülők, (5) elmekegészségügyi állapotú- és egyéb pszichiátriai rendellenességekkel küzdő betegek gyógy- és gondozóintézetek, (6) geriátriai, „krónikus” intézetek, (7) szociális otthonok, (8) alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények, illetve kórházak, valamint (9) kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai, feltéve, hogy a Biztosított az osztály jellegének megfelelő szolgáltatásban részesült.**
- 1.11. Munkaviszony:** legalább heti 30 órás, **(1)** a Munka Törvénykönyve („Mt.”) hatálya alá tartozó munkaviszony, továbbá a magyar jog hatálya alá tartozó **(2)** közszolgálati jogviszony, **(3)** közalkalmazotti jogviszony, **(4)** állami szolgálati jogviszony, **(5)** kormányzati szolgálati jogviszony, **(6)** bírósági és igazságügyi- illetve ügyészségi szolgálati viszony, **(7)** fegyveres és rendvédelmi szervek hivatásos és szerződéses állományú tagjainak szolgálati viszonya.
- 1.12. Öregségi nyugdíjas:** az a személy, aki a társadalombiztosítási nyugellátásról szóló 1997. évi LXXXI. törvényben meghatározott öregségi nyugdíjban részesül.
- 1.13. Részmunkaviszony:** a heti 30 órát el nem érő, az 1.11. pont szerint munkaviszonynak minősülő jogviszonyok.

2. § A csoportos biztosítási szerződés létrejötte

2.1. A csoportos biztosítási szerződés a Provident, mint szerződő és a Biztosító között írásban jött létre.

3. § A Biztosított csatlakozása a csoportos biztosítási szerződéshez

3.1. A csoportos biztosítási szerződés egyidejűleg több Biztosítottra vonatkozik, amelyhez a Biztosítottak az általuk tett biztosítotti (csatlakozási) nyilatkozat megtételével egyénileg csatlakoznak.

3.2. A Provident kölcsönszerződést kötő ügyfele a csoportos biztosítási szerződéshez a kölcsönszerződés létrejötte után közvetlenül tett biztosítotti (csatlakozási) nyilatkozattal csatlakozhat.

3.3. A csatlakozásra abban az esetben is van lehetőség, ha a kölcsönszerződés futamidejéből - a csatlakozás napjától számítva - még legalább 6 hónap hátravan. Az e rendelkezés ellenére történt csatlakozás esetén a Biztosító nem nyújt szolgáltatást és a Provident által esetlegesen megfizetett biztosítási díjakat visszatéríti a Providentnek, aki az esetlegesen a Biztosított által már megfizetett áthárított biztosítási díjakat (ld. még a 3.4.3. pontot) visszatéríti a Biztosítottnak.

3.4. A Biztosított a biztosítotti (csatlakozási) nyilatkozat megtételekor (egyéb nyilatkozatok megtétele mellett):

3.4.1. elfogadja a csoportos biztosítási szerződés feltételeit (beleértve azt is, hogy a Biztosító a szolgáltatást a Provident által a kölcsönszerződéshez kapcsolódóan vezetett bankszámlára teljesíti) és hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosító kockázatviselése rá kiterjedjen,

3.4.2. a csoportos biztosítási szerződéshez biztosítottként csatlakozik,

3.4.3. hozzájárul, hogy a Provident az általa szerződői minőségben megfizetett biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét áthárítsa a Biztosítottra, egyben vállalja a Provident által megfizetett biztosítási díj rá jutó, áthárított esedékes részének megfizetését.

3.5. A Biztosítottak csatlakozásával kapcsolatban eljáró személy e tevékenységért a Biztosítótól a Provident, mint függő biztosításközvetítő útján közvetve javadalmazásban részesül. Az erre vonatkozó részletes tájékoztatást a csatlakozáskor rendelkezésre bocsátott „Biztosításközvetítői tájékoztató” elnevezésű dokumentum tartalmazza.

4. § A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

4.1. A Provident köteles **(1)** a csoportos biztosítási szerződéssel kapcsolatos megfelelő jognyilatkozatok megtételére, valamint **(2)** a Biztosító által hozzá intézett jognyilatkozatokról és a csoportos biztosítási szerződésben bekövetkezett változásokról tájékoztatni azokat a Biztosítottakat, akikre az adott jognyilatkozat és/vagy változás hatást gyakorol, **(3)** a biztosítási díjat a Biztosítónak megfizetni (a Provident az általa megfizetett biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét áthárítja a Biztosítottra).

4.2. A Biztosított köteles a Provident részére megfizetni a biztosítási díj áthárított, rá jutó esedékes részét.

4.3. A Provident és a Biztosított köteles közlési kötelezettségének eleget tenni, valamint a Biztosító által feltett, a biztosítás szempontjából szükséges kérdéseket a valóságnak megfelelően és teljes körűen megválaszolni.

4.4. A közlési kötelezettség abban áll, hogy a Provident és a Biztosított köteles a biztosítás elvállalása szempontjából

minden olyan lényeges körülményt, adatot a Biztosítóval írásban közölni, amelyeket ismert vagy ismernie kellett. A Biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a fél közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása egymagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

4.5. A Biztosító a szolgáltatás jogalapjának megállapításához a közölt adatokat ellenőrizheti, saját orvosa által vizsgálatot kezdeményezhet.

4.6. A Biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és a biztosítási törvényben foglaltak szerint biztosítási titokként kezelni.

4.7. A csoportos biztosítási szerződés feltételeit kizárólag a Provident és a Biztosító jogosult módosítani az általuk aláírt módosító szerződés útján.

4.8. A Biztosítottakat kizárólag a biztosítotti jogviszonyuk felmondásának joga illeti meg (ld. 8.1 pont).

4.9. A Biztosítottakat nem illeti meg **(1)** a csoportos biztosítási szerződésbe történő belépésnek, **(2)** a csoportos biztosítási szerződés módosításának és/vagy **(3)** a biztosítotti jogviszonyukra vonatkozó szerződési feltételek módosításának a joga.

5. § A biztosítás tartama, a biztosítási időszak

5.1. A biztosítás tartama a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időtartam, mely tartam biztosítási időszakokra oszlik.

5.2. A biztosítási időszak az alábbi eltérésekkel a naptári hónap.

5.2.1. A Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés első biztosítási időszaka a Biztosító kockázatviselésének kezdetétől (ld. a 6.2. pontot) a következő hónap utolsó napjáig tart.

5.2.2. Az utolsó biztosítási időszak annak a hónapnak az első napján kezdődik, amely hónapban a Biztosító kockázatviselése megszűnik, és a kockázatviselés megszűnéséig tart.

6. § A Biztosító kockázatviselésének kezdete, tartama

6.1. A csoportos biztosítási szerződés egy adott Biztosítottra történő kiterjesztéséhez a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges, melyet a Biztosított a biztosítotti (csatlakozási) nyilatkozatban ad meg.

6.2. A Biztosító a kockázatot – az alábbi 6.3. pont szerinti kivétellel – a kölcsön folyósításának időpontját követő nap 0. órájától, illetve amennyiben a Biztosított csatlakozására későbbi időpontban kerül sor, úgy a biztosítotti (csatlakozási) nyilatkozat aláírását követő nap 0. órájától viseli.

6.3. Ha a Biztosító valamely kockázatra vonatkozóan várakozási időt köt ki (ld. a 11.7 pontban), a Biztosító az adott kockázatot a várakozási idő utolsó napját követő nap 0:00 órától viseli.

7. § A Biztosító kockázatviselésének megszűnése

A Biztosító kockázatviselése megszűnik abban az időpontban, amelyik az alább felsoroltak közül a leghamarabb bekövetkezik:

7.1. a Biztosított kölcsönszerződésének bármely okból történő megszűnése esetén a megszűnés napján 24 órakor,

7.2. azon hónap utolsó napjának 24. órájkor, amely hónapban a Biztosított a 75. életévét betöltötte,

7.3. a Biztosított halálával,

7.4. a Biztosított biztosítotti jogviszonyának rendes felmondása esetén (ld. 8.1 pont) a felmondó nyilatkozat beérkezésének időpontjától függően a 8.1.2. vagy a 8.1.3. pontban meghatározott hónap utolsó napján 24 órakor,

- 7.5. a csoportos biztosítási szerződésnek a Provident vagy a Biztosító általi rendkívüli felmondása esetén a felmondás hatályba lépését követő hónap utolsó napján 24 órákor (8.2.1. pont) vagy a Biztosító általi rendkívüli felmondása esetén a felmondás hatályba lépésekor folyó biztosítási időszak utolsó napján 24 órákor (8.2.2. pont),
- 7.6. ha a Biztosított a Provident által megfizetett biztosítási díj áthárított, rá jutó esedékes részét az esedékességtől számított következő biztosítási időszak utolsó napjáig sem egyenlítette ki, és emiatt a Provident a Biztosítottat a biztosított csoportból törli (függetlenül attól, hogy a Biztosított kapott-e a Providenttől a 13.11. pontban foglalt fizetési felszólítást) az első díjfizetéssel nem rendezett biztosítási időszak utolsó napjának 24. órájára visszamenőleg,
- 7.7. ha a Biztosított fennálló teljes kölcsöntartozását (figyelemmel az egyes káreseményenkénti limitre) a Biztosító a biztosítási események bekövetkezése esetén kiegyenlíti,
- 7.8. a Biztosított 70%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodását megállapító jogerős határozat meghozatalának napján,
- 7.9. azon a napon 24 órákor, amely napon a Biztosító a Biztosított biztosított jogviszonyát megszünteti amiatt, mert észlelte, hogy a Biztosított (i) az Európai Unió (EU); (ii) az Egyesült Nemzetek Szervezete (ENSZ); vagy (iii) az Egyesült Államok (USA) szankciós listáján szerepel (ilyen esetben a megszüntetés tényéről és a kockázatviselés megszűnésének konkrét időpontjáról a Provident írásban tájékoztatja az érintett Biztosítottat).

8. § Felmondás

- 8.1. A biztosított jogviszony rendes felmondása
- 8.1.1. A Biztosított jogosult a biztosított jogviszonyát a Providenthez intézett írásbeli nyilatkozattal felmondani. A felmondó nyilatkozatot az alábbi postacímre vagy e-mail címre kell megküldeni: Provident Pénzügyi Zrt., 1082 Budapest, Futó utca 47-53., provident@provident.hu
- 8.1.2. Ha a felmondó nyilatkozat az adott hónap 15. napjáig beérkezik a Providenthez, a biztosított jogviszony az adott hónap utolsó napján 24 órai hatállyal szűnik meg.
- 8.1.3. Ha a felmondó nyilatkozat az adott hónap 15. napját követően érkezik be a Providenthez, a biztosított jogviszony a beérkezés hónapját követő hónap utolsó napján 24 órai hatállyal szűnik meg.
- 8.2. A csoportos biztosítási szerződés rendkívüli felmondása
- 8.2.1. Amennyiben a Biztosító vagy a Provident a csoportos biztosítási szerződésben foglalt kötelezettségeit nem, vagy nem szerződésszerűen teljesíti, és azt nem szünteti meg az erről szóló felszólító levél kézhezvételétől számított 30 napon belül, a másik Feltét megilleti a **rendkívüli felmondás** joga. Ebben az esetben a **felmondás időpontjáig csatlakoztatott Biztosítottak biztosítási védelme - egyéb megállapodás hiányában - a felmondás hatályba lépését követő hónap utolsó napján 24 óráig áll fenn.**
- 8.2.2. Ha a biztosítási díj módosítása válik szükségesé, de arról a Provident és a Biztosító nem tudnak megállapodni, akkor a Biztosító - egyéb megállapodás hiányában - jogosult a csoportos biztosítási szerződést **rendkívüli felmondás** útján 90 napos felmondási idővel felmondani. Ebben az esetben a 90 napos felmondási idő lejártakor Biztosítottak tekintendő személyek biztosítási védelme a

felmondás hatályba lépésekor folyó biztosítási időszak utolsó napján 24 óráig áll fenn.

- 8.2.3. Mind a 8.2.1. pontban, mind pedig a 8.2.2. pontban foglalt rendkívüli felmondás esetén (i) a felmondás átvételét követően a csoportos biztosítási szerződéshez újabb ügyfelek nem csatlakozhatnak, (ii) a Provident írásban tájékoztatja az egyes Biztosítottakat a rájuk vonatkozó csoportos biztosítási szerződés rendkívüli felmondás miatti megszűnéséről.

9. § Biztosított kockázatok, a Biztosítottra vonatkozó fedezetek

- 9.1. A biztosítási csomag az alább felsorolt kockázatokat tartalmazhatja aszerint, hogy a biztosítási esemény bekövetkezőkor a Biztosított mely biztosítási csoportba tartozik:
- bármely okú (baleset, betegség) keresőképtelenség,
 - munkanélküliség,
 - bármely okú (baleset, betegség) 5 napot meghaladó kórházi kezelés (ld. még az alábbi 9.2. pontot)
 - 70%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás.
- Az egyes Biztosítottakra vonatkozó fedezet az alábbi 9.2-9.4. pontok szerint alakul.
- 9.2. Az 1.11. pont szerinti munkaviszonnyal rendelkező nem öregségi nyugdíjas Biztosítottra (mindaddig, amíg az 1.11. pont szerinti munkaviszonnyal rendelkezik) nem vonatkozik az 5 napot meghaladó kórházi kezelés kockázat.
- 9.3. Ha a Biztosított nem öregségi nyugdíjas és (1) nem áll az 1.11. pont szerinti munkaviszonyban vagy (2) az 1.13. pont szerinti részmunkaviszonnyal rendelkezik, akkor rá a munkanélküliségi kockázat nem vonatkozik.
- 9.4. Ha a Biztosított öregségi nyugdíjas, akkor rá a 9.1. pontban felsorolt fedezetek közül csak az 5 napot meghaladó kórházi kezelés kockázat vonatkozik.
- 9.5. A Biztosító a Biztosított biztosítási esemény bekövetkezése napján fennálló helyzete (munkaviszonyban álló, részmunkaviszonyban álló, vagy munkaviszonyban nem álló, de nem öregségi nyugdíjas, öregségi nyugdíjas) alapján vizsgálja, hogy pontosan milyen szolgáltatásra jogosult a Biztosított.

10. § Területi hatály

A biztosítás területi hatálya a Magyarország területén bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki azzal, hogy a Biztosított 70%-ot meghaladó egészségkárosodását / keresőképtelenségét vagy (amennyiben alkalmazandó) 5 napot meghaladó kórházi kezelését eredményező baleset vagy betegség a világ bármely országában bekövetkezhet.

11. § Biztosítási esemény, biztosítási szolgáltatás

Az alább meghatározott biztosítási esemény bekövetkezésekor a Biztosító az alábbi szolgáltatást nyújtja.

Keresőképtelenség

- 11.1. A Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, betegségből vagy balesetből eredő, 30 napot meghaladó folyamatos betegállománya esetén a Biztosító megfizeti az 1.7.1. pont szerinti fennálló teljes tartozás összegét, de legfeljebb 1.000.000,- Ft-ot az 1.8. pont szerinti bankszámlára.
- 11.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a keresőképtelenség 31. napja.

Munkanélküliség

- 11.3. A Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselésének tartama alatt bekövetkezett 30 egymást követő napot meghaladó állaskeresőként (munkanélkülüként) történő nyilvántartása

esetén a Biztosító megfizeti az 1.7.2. pont szerinti **fennálló teljes tartozás összegét, de legfeljebb 1.000.000,- Ft-ot** az 1.8. pont szerinti bankszámlára.

11.4. Kizárólag a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt - a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül - bekövetkezett vétnél és a Biztosított akaratán kívüli álláskeresővé (munkanélkülivé) válása minősül biztosítási eseménynek.

11.5. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a Biztosított álláskeresőként (munkanélküliliként) nyilvántartott állapotának a 31. napja.

11.6. A munkanélküliségi kockázatra vonatkozóan a Biztosító a kockázatviselés kezdetétől számítandó 90 napos várakozási időt köt ki. Ha a munkaviszony ezen időtartamon belül szűnt meg, a Biztosító az emiatt bekövetkezett munkanélküliség esetében sem a várakozási idő alatt, sem annak lejártát követően nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

5 napot meghaladó kórházi kezelés

11.7. A Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt kórházban, fekvőbetegként 5 egymást követő naptári napot (önrész) meghaladó kezelése esetén a Biztosító a kórházi tartózkodás időtartamától függően az alábbi összeget fizeti meg az 1.8. pont szerinti bankszámlára:

11.7.1. 6-19 napos kórházi tartózkodás esetén havi kölcsön esetén 3 havi, heti kölcsön esetén 12 heti törlesztőrészletet,

11.7.2. 20 nap vagy annál hosszabb kórházi tartózkodás esetén a 6-19 napos tartózkodásra fizetendő 3 havi / 12 heti törlesztőrészleten felül havi kölcsön esetén további 3 havi, heti kölcsön esetén további 12 heti törlesztőrészletet.

11.8. A biztosítási esemény a kórházi kezelés 6. napján 0 órakor következik be (a kórházi felvétel napja minősül az első napnak).

11.9. Ha a Biztosított a kórházból való távozását követő 60 naptári napon belül ugyanazon baleset vagy betegség folyamánként ismét kórházba kerül, ezen újabb kórházi kezelés az eredeti biztosítási esemény folytatásának minősül, amennyiben a Biztosított a kórházból való távozását követően az eredeti kórházi kezelést szükségessé tevő baleset vagy betegség következményeinek kezelése céljából rendszeres orvosi felülvizsgálat vagy gyógyszeres kezelés alatt állt. Ilyen esetben a Biztosító az újabb kórházi kezelés tartamát hozzászámítja az eredeti biztosítási esemény alapját képező kórházi kezelés tartamához, az önrészt az így egybeszámított tartamból vonja le (csak egyszer) és a szolgáltatást ennek megfelelően teljesíti.

70%-ot meghaladó egészségkárosodás

11.10. Ha balesetből vagy betegségből eredő testi fogyatkozás következtében a Biztosított 70%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodását (rokkantságát) állapítja meg jogerős határozatában a magyar szakigazgatási szerv a Biztosító kockázatviselésének időtartama alatt, a Biztosító megfizeti az 1.7.3. pont szerinti **fennálló teljes tartozás összegét, de legfeljebb 1.000.000,- Ft-ot** az 1.8. pont szerinti bankszámlára.

Szolgáltatási esetszám limit, újbóli szolgáltatásra való jogosultság feltételei

11.11. Az alábbi rendelkezések abban az esetben alkalmazandók, ha a Biztosítottnak a Biztosító teljesítése ellenére is marad fenn a kölcsönszerződés alapján a Provident irányában tartozása.

**11.12. A biztosítás tartama alatt a Biztosító mind a keresőkép-
telenségi-, mind a munkanélküliségi-, mind az 5 napot**

meghaladó kórházi kezelés fedezet esetében (fedezetenként külön-külön) legfeljebb 3 alkalommal nyújt szolgáltatást.

**11.13. Az újabb szolgáltatás feltétele, hogy (i) újabb biztosítási esemény következett be és (ii) ugyanazon fedezet alapján bejelentett igény (pl. keresőkép-
telenséget követő keresőkép-
telenség) esetén az előző biztosítási esemény bekövetkezése és az újabb biztosítási esemény bekövetkezése között legalább 6 hónap díjjal fedezett időszak eltelt.**

12. § A Biztosító szolgáltatásának felső határa

A Biztosító egy Biztosítottra vonatkozóan a kockázatvállalásának felső határát legfeljebb 20.000.000 Ft összegben határozza meg (összesen kifizetett összeg, függetlenül az adott Biztosított - hitelfedezeti biztosítással fedezett - kölcsönszerződéseinek számától, a bekövetkezett biztosítási események számától és az ezek alapján már teljesített és/vagy teljesítendő szolgáltatások összegétől).

13. § A díjfizetésre vonatkozó rendelkezések

13.1. A biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének, illetve szolgáltatás nyújtási kötelezettségének ellenértéke.

13.2. A biztosítási díjat a Provident, mint Szerződő fizeti meg a Biztosítónak a csoportos biztosítási szerződés rendelkezései szerint.

13.3. A biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét a Provident áthárítja a Biztosítottra (közvetített biztosítási díj).

13.4. A biztosítás havi díjfizetésű. A Provident minden Biztosítottra vonatkozóan biztosítási időszakonként egy teljes havi díjat köteles megfizetni a Biztosító részére, a Biztosított pedig ennek megfelelő mértékű áthárított biztosítási díjat köteles megfizetni a Provident részére akkor is, ha az 5.2. pontban felsorolt esetekben az adott Biztosítottra vonatkozóan a biztosítási időszak tartama ténylegesen hosszabb vagy rövidebb, mint egy hónap.

13.5. A Provident adott Biztosítottra vonatkozó díjfizetési kötelezettsége - és ezzel párhuzamosan a Biztosított kötelezettsége az áthárított biztosítási díj megfizetésére - mindaddig fennáll, amíg a Biztosító a Biztosítottra vonatkozóan a kockázatot viseli.

13.6. A Biztosított csatlakozását követően a Provident által a Biztosítottra vonatkozóan fizetendő biztosítási díj, valamint a Provident által a Biztosítottra áthárított biztosítási díj első alkalommal a biztosított (csatlakozási) nyilatkozat aláírásakor esedékes.

13.7. A folytatólagos biztosítási díjak a soron következő biztosítási időszak első napján esedékesek és arra a biztosítási időszakra vonatkoznak, amelynek első napján esedékessé váltak.

13.8. A Provident által megfizetett biztosítási díj Biztosítottra jutó, áthárított részének összege a Biztosított által felvett kölcsön összegétől függően az alábbiak szerint alakul:

folyósított kölcsön összege	havi biztosítási díj
40.000,- Ft - 100.000,- Ft	450,- Ft
100.001,- Ft - 200.000,- Ft	950,- Ft
200.001,- Ft - 500.000,- Ft	1.950,- Ft
500.001,- Ft -	3.950,- Ft

13.9. A Biztosított a rá áthárított biztosítási díj összegét biztosítási időszakonként az esedékesség hónapjában köteles megfizetni a Provident részére. Az áthárított biztosítási

tási díjat a Provident havonta (biztosítási időszakonként) szedi be a Biztosítottól.

- 13.10. A biztosítási díj a kárrendezés végéig fizetendő, ellenkező esetben a biztosított jogviszony díj nemfizetés miatt megszűnhet.**
- 13.11. Ha a Biztosított a rá áthárított biztosítási díjat az esedékességkor nem fizeti meg a Providentnek, akkor a Provident az esedékességet követő biztosítási időszak vége előtt 15 nappal írásban felszólítja a Biztosítottat az esetlegesen fennálló hátralékos tartozás részeként az elmaradt összeg megfizetésére.**
- 13.12. Amennyiben a Biztosított nem fizeti meg a rá áthárított esedékes biztosítási díjat a második biztosítási időszak utolsó napjáig, úgy a Provident a Biztosítottat az első díjfizetéssel nem rendezett biztosítási időszak végére visszamenőleg törli a biztosítottak csoportjából.**
- 13.13. Ha a Biztosító kockázatviselése a kölcsönszerződéssel együtt szűnik meg olyan időpontban, amely időpontban az adott biztosítási időszak díja még nem került megfizetésre, akkor az utolsó biztosítási időszakra vonatkozóan a Biztosítottra jutó áthárított biztosítási díj összegét a Provident a kölcsönszerződés lezárásakor számolja fel.**

14. § Értékkövetés

A Biztosító értékkövetést nem alkalmaz.

15. § A biztosítási esemény bejelentése, a Biztosított kötelezettségei biztosítási esemény bekövetkezése esetén

- 15.1. A Biztosított vagy az általa meghatalmazott személy köteles a biztosítási eseményt haladéktalanul - de legkésőbb az elévülési időn (5 éven) belül - bejelenteni a Biztosítónak az alábbi címen illetve telefonszámon:
BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt.
Kárrendezési osztály - 1062 Budapest, Teréz körút 55-57.
E-mail cím: ugyfelszolgalat@cardif.hu
Telefonszám: +36 1 501 2281
Faxszám: +36 1 501 2301
Amennyiben a Biztosított vagy az általa meghatalmazott személy a bejelentést a Provident részére teszi meg, úgy a Provident a bejelentőt tájékoztatja a Biztosító elérhetőségeiről.
- 15.2. A Biztosított vagy az általa meghatalmazott személy köteles a Biztosítónak késedelem nélkül bejelenteni a biztosítási esemény bekövetkezését a szolgáltatási igénybejelentő elnevezésű formanyomtatvány kitöltésével, valamint köteles a 16.§-ban foglalt, illetve a Biztosító által kért szükséges iratokat és információt átadni.

16. § A teljesítéshez szükséges iratok

Általános rendelkezések

- 16.1. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a Biztosító a következő dokumentumokat kérheti:
- 16.1.1. a Providenttől a Biztosított biztosított (csatlakozási) nyilatkozatát,
- 16.1.2. a biztosítási szolgáltatást igénylő személy (a Biztosított vagy az általa meghatalmazott személy) által hiánytalanul kitöltött, a Biztosító által rendszeresített szolgáltatási igénybejelentő nyomtatványt,
- 16.1.3. hatósági eljárás esetén az erre vonatkozó jogerős határozatot, vagy bírósági ítéletet (ide nem értve a szabálysértési- illetve a büntetőeljárás során hozott határozatot vagy ítéletet),

16.1.4. baleset esetén a baleseti jegyzőkönyvet, ha ilyen készült,

16.1.5. a Biztosító által a 16.2. pontban meghatározott dokumentumok közül azokat vagy azok másolatait, amelyek a jogosultság és a biztosítási esemény megállapításához szükségesek,

16.1.6. ha a biztosítási esemény bekövetkezésére vezető esemény külföldön történik, az idegen nyelven kiállított dokumentumok hitelesített magyar fordítását.

16.2. A Biztosító a biztosítási szolgáltatás iránti igény alapját képező betegségekre nézve az itt felsorolt dokumentumokat illetve azok másolatát kérheti: a csoportos biztosítási szerződéshez való csatlakozást megelőző évekre visszamenőlegesen a biztosítási esemény bekövetkezéséig minden **(1)** kórházi zárójelentést, **(2)** műtéti leírást, **(3)** ambuláns lapot, **(4)** szakorvosi rendelői és/vagy gondozóintézeti orvosi dokumentumot, **(5)** diagnosztikus leletet, **(6)** házi orvosi- gépi pacienskartont, **(7)** egészségkárosodást megállapító orvosi bizottsági határozatot.

Keresőképtelenség:

16.3. „Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről” elnevezésű nyomtatvány másolata,

16.4. az „Orvosi igazolás a folyamatos keresőképtelenségről” elnevezésű nyomtatvány másolata.

Az igazolásokon szerepelnie kell a keresőképtelenség alapjául szolgáló betegség BNO kódjának és annak, hogy a Biztosított mióta keresőképtelen.

Munkanélküliség:

16.5. a munkáltató által kitöltött „Igazolólap az álláskeresősi járadék megállapításához” elnevezésű nyomtatvány másolata,

16.6. az Országos Egészségbiztosítási Pénztár – a biztosítási jogviszonyról és egészségbiztosítási ellátásokról szóló - igazolványának másolata,

16.7. a munkáltató által kitöltött igazolás másolata a munkaviszony megszűnéséről,

16.8. a munkaviszonyt megszüntető írásbeli jognyilatkozat (felmondás vagy közös megegyezés) másolata,

16.9. a megszünt munkaviszonyra vonatkozó munkaszerződés másolata,

16.10. a munkaügyi központ vagy kirendeltség igazolása, hogy a Biztosított az adott hónapra vonatkozóan mely időponttól, mely időpontig regisztrált álláskereső, valamint

16.11. az álláskeresősi járadék iránti kérelem, valamint - ha van - az azt megállapító, esetleg elutasító határozat másolata,

16.12. ha a munkaviszony megszüntetése miatt munkaügyi per indul, az ennek során keletkezett iratok, amennyiben ez a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához szükséges.

5 napot meghaladó kórházi kezelés:

16.13. a kórházi zárójelentés másolata, melyben szerepelnie kell **(1)** a kórházi kezelésre okot adó betegség(ek) vagy állapot(ok) megnevezését és/vagy BNO kódjának, **(2)** a kezelőorvos nevének és elérhetőségének,

16.14. annak igazolására szolgáló dokumentum, hogy az igénybejelentésben feltüntetett időtartam alatt a Biztosított a kórházban fekvőbeteg ellátásban részesült (ha ez a zárójelentésben nem szerepel).

70%-ot meghaladó egészségkárosodás:

16.15. az egészségkárosodás mértékét megállapító szakhatósági állásfoglalás / szakvélemény másolata,

16.16. a rokkantságot és a rokkantsági ellátást megállapító jogerős határozat másolata,

16.17. az egészségkárosodás megállapítására jogosult szerv által rendszeresített nyomtatványok, jogerős határozatok, indokolások és egyéb orvosi dokumentumok másolatai.

17. § A Biztosító teljesítése

Általános rendelkezések

17.1. A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, amennyiben a bejelentési és a szükséges felvilágosítási kötelezettségek megsértése miatt lényeges körülmények kideríthetlenné váltak.

17.2. Abban az esetben, ha a Biztosító által kért dokumentumokat nem, vagy hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetőleg azt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.

17.3. A Biztosító teljesítése az elbíráláshoz szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül esedékes.

Keresőképtelenség

17.4. A teljesítéshez a 16.4. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a keresőképtelenség kezdetétől számított 31. napon vagy azt követően állítottak ki.

Munkanélküliség

17.5. A teljesítéshez a 16.10. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet az álláskeresőkénti nyilvántartás kezdetétől számított 31. napon vagy azt követően állítottak ki.

70%-ot meghaladó egészségkárosodás

17.6. A teljesítéshez a 16.15-16.17. pontokban felsorolt dokumentumok benyújtása szükséges.

18. § A biztosító mentesülése

18.1. A közlési kötelezettség megsértése esetében a Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a kockázatviselés kezdetekor már ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

18.2. Amennyiben a Biztosítónak a biztosítási esemény után tudomására jut, hogy azt bármely olyan körülmény idézte elő, amely a kockázatviselés kezdetekor - szándékosan pontatlan vagy hiányos információk miatt - nem volt előre meghatározható, holott a kockázatvállalás szempontjából lényeges lett volna, a Biztosító jogosult a szolgáltatását megtagadni.

18.3. A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosítási esemény okozati összefüggésben áll a Biztosított - a biztosítás hatályba lépését követően - két éven belül bekövetkező öngyilkossági kísérletével vagy öngyilkosságával, függetlenül attól, hogy azt tudatzavarában követte el.

18.4. A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha bizonyítást nyer, hogy a biztosítási eseményt a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő. Súlyosan gondatlan magatartás okozta balesetnek, illetve betegségnek minősül, ha:

18.4.1. a biztosítási esemény a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben következett be,

18.4.2. a biztosítási esemény a Biztosított rendszeres alkoholfogyasztásával összefüggésben következett be, vagy bódító, kábító, vagy más hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztása miatti állapottal összefüggésben, illetve toxikus anyagok szedése miatti függése folytán áll be,

18.4.3. a biztosítási esemény a Biztosított jogosítvány, vagy érvényes forgalmi engedély nélküli gépjárművezetése közben következett be és a Biztosított mindkét esetben más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy

18.4.4. a biztosítási esemény amiatt következett be, hogy a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet engedély nélkül végzett, vagy

18.4.5. a biztosítási esemény a Biztosított munkavégzése során, a munkavédelmi szabályoknak a Biztosított általi súlyos megsértése miatt következett be, továbbá

18.4.6. diagnosztizált betegség esetén a Biztosított az orvosi utasításokat nem tartotta be és ennek következményeként szövődmény, állapotromlás következett be, ami megelőzhető lett volna.

19. § Kizárások

19.1. A Biztosító kockázata nem terjed ki arra az esetre, ha a bekövetkezett biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll:

19.1.1. (i) harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel (jelen feltételek szempontjából harci cselekménynek minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, határvillongás, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, polgárháború, idegen ország korlátozott célú hadicselekményei például csak légi csapás vagy csak tengeri akció, kommandó támadás), (ii) terrorcselekménnyel, (iii) forradalommal, felkeléssel, lázadással, zavargással, zendüléssel (a lázadás fogalmát illetően ld. a Büntető Törvénykönyv szerinti minősítést), (iv) népi megmozdulással (például nem engedélyezett tüntetés, vagy be nem jelentett, illetve nem engedélyezett sztrájk),

19.1.2. atomkárokkal (nukleáris hasadás, nukleáris reakció, fúzió, radioaktív-, ionizáló- illetve lézersugárzás valamint ezek szennyezése, kivéve az orvosiilag előírt terápiás célú sugárkezelést),

19.1.3. fegyver, robbanószer, vegyi vagy gyúlékony anyagok használatával (kivéve rendőrök esetében), vagy

19.1.4. a Biztosítottnak az alábbiakban meghatározott veszélyes sporttevékenységével:

- búvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá, egyszemélyes és/vagy nyílttengeri vitorlázás, hydrospeed, surf,
- hegymászás és sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlangi expedíció, bungee jumping (mélybeugrás),
- bázisugrás,
- állat közreműködésével végzett sporttevékenységek (pl. lovaglás, lovaspóló, díjlovaglás, díjugratás, fogathajtás).

19.2. A Biztosító nem nyújthat fedezetet és nem teljesíthet semmilyen kárigényt vagy szolgáltatási igényt bármely biztosított vagy más fél számára, amennyiben ez a fedezet, kifizetés, szolgáltatás, előny és / vagy a biztosított üzleti vagy egyéb tevékenysége megsértené az alkalmazandó szankciókat, vagy a következő kereskedelmi, pénzügyi embargókat vagy gazdasági szankciókat, törvényeket vagy rendeleteket, amelyek közvetlenül vonatkoznak a Biztosítóra. Az alkalmazandó szankciók a következők: (i) Európai Unió (EU); (ii) az Egyesült Nem-

- zetek Szervezete (ENSZ); (iii) Egyesült Államok (USA) és / vagy (iv) a Biztosítóra alkalmazandó egyéb szankciók.
- 19.3. A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a Biztosított balesete vagy betegsége
- 19.3.1. gépi erővel hajtott szárazföldi, légi vagy vízi járműben hazai vagy nemzetközi sportversenyen való részvétel következtében, vagy ilyen versenyekre való felkészülés során következik be, vagy
- 19.3.2. nem a szervezett légi forgalom keretében végrehajtott légi úton való részvétel, hanem egyéb (akár motoros, akár motor nélküli) repülés vagy repülősportolás következménye, vagy
- 19.3.3. hivatásos sportolóként végzett, a saját megélhetését biztosító sporttevékenysége során következett be. Hivatásszerű sporttevékenységnek minősül, ha a Biztosított sportszervezettel (szakszövetséggel) létesített munkaviszony, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony vagy sport-szerződés keretében végez sporttevékenységet.
- 19.4. A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a Biztosított járművezetés közben alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt és ez a tény a baleset bekövetkezésében közrehatott. Alkoholos állapotnak tekintendő gépjárművezetés közben a 0 ezreléket meghaladó, egyéb jármű vezetése esetén a 2,5 ezreléket meghaladó véralkohol-koncentráció.
- 19.5. A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a Biztosított a Biztosító kockázatviselésének kezdetekor rokkantsági ellátásban részesül.
- 19.6. A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a biztosítási esemény összefüggésben áll a Biztosított nem orvosi javallatra vagy nem az előírt adagolásban történő gyógyszer szedésével.
- 19.7. A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a biztosítási esemény összefüggésben áll a Biztosított súlyosan ittas állapotával, bódító, kábító vagy hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztásával.
- 19.8. A Biztosító kockázatviselése a csatlakozást követő első 6 hónap során nem terjed ki a kockázatviselés kezdete előtt meglévő betegséggel, kóros állapottal vagy a veszélyes rendellenességekkel (együttesen: meglévő betegség) és az azok következményeivel okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre abban az esetben, ha a kockázatviselés kezdetekor a meglévő betegségről a Biztosított tudomással bírt.
- 19.9. A kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett baleset vagy betegség miatt bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrészek és szervek illetve e sérülések későbbi következményei a biztosításból ki vannak zárva.
- 19.10. A Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezésekor köteles indokolatlan késedelem nélkül orvosi ellátást igénybe venni, valamint a kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatni. A Biztosító jogosult a szolgáltatást részben vagy egészben megtagadni, amennyiben a Biztosított e kötelezettségének nem tett eleget.
- 19.11. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az olyan szubjektív panaszokra épülő betegségekre, amelyek objektív orvosi módszerekkel nem igazolhatók.
- 19.12. keresőképtelenségi kockázat esetében
- 19.12.1. Amennyiben Magyarország bevezeti a sorkatonaság intézményét, vagy más, ezzel egyenértékű honvédelmi kötelezettséget, úgy a Biztosító a Biztosított ezen kötelezettség-teljesítése alatt fennálló keresőképtelenségét nem tekinti biztosítási eseménynek és ilyen címen szolgáltatást sem teljesít.
- 19.12.2. Ha a Biztosított a kockázatviselés kezdetekor keresőképtelen állományban volt, a Biztosító kockázatviselése az ugyanezen ok miatt később bekövetkező keresőképtelenségre csak abban az esetben terjed ki, ha a kockázatviselés kezdetekor már fennállt keresőképtelenség megszűnése és az ugyanezen ok miatt bekövetkező újabb keresőképtelenség kezdete között legalább 3 hónap eltelt megszakítás nélkül úgy, hogy az alatt a Biztosított nem volt keresőképtelen állományban.
- A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki:
- 19.12.3. arra a keresőképtelenségre, amely a kockázatviselés kezdetekor már fennállt,
- 19.12.4. detoxikálással, alvásterápiával kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 19.12.5. geriátriai vagy gerontológiai kezeléssel kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 19.12.6. rehabilitációval, utógondozással kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 19.12.7. gyógyterápiával, logopédiával kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 19.12.8. gyógytornával, fizio- és fizioterápiával, masszázssal, fürdőkúrával, fogyókúrával kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 19.12.9. orvosilag nem indokolt, a Biztosított által kezdeményezett beavatkozásokkal (például kozmetikai, plasztikai beavatkozások) kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 19.12.10. olyan keresőképtelenségre, amely alatt a Biztosított jövedelemszerző tevékenységet folytat,
- 19.12.11. olyan keresőképtelenségre, amely nem a Biztosított egészségi állapota miatt következett be,
- 19.12.12. anyasággal összefüggő keresőképtelenségre (kivéve a balesetből eredő keresőképtelenséget), mint:
- 19.12.12.1. terhesség és szülés miatti keresőképtelenség,
- 19.12.12.2. gyermekápolási táppénz,
- 19.12.12.3. GYES-en, GYED-en lévő Biztosított keresőképtelensége.
- 19.13. munkanélküliségi kockázat esetében a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki:
- 19.13.1. a munkaerő-kölcsönzés céljából létesített munkaviszonyra,
- 19.13.2. olyan Biztosítottra, aki az álláskeresővé válását megelőzően (1) nem állt az 1.11. pont szerinti munkaviszonyban, vagy (2) az 1.11. pont szerinti munkaviszonyban állt ugyan, de a munkaviszony megszűnését megelőző 6 hónap során a munkavégzése - a táppénz, illetve a munkáltató érdekkörében felmerült ok kivételével - szünetelt (ez a kizárás nem alkalmazandó abban az esetben, ha a Biztosított a csatlakozásakor és az azt követő 12 hónap során folyamatosan, valamint az álláskeresővé válását megelőzően az 1.11. pont szerinti munkaviszonnyal rendelkezett, de az álláskeresővé válását megelőzően GYES-en vagy GYED-en volt, majd az ellátásra való jogosultsági időtartam lejártát követően a munkáltató a biztosított munkaviszonyát megszüntette),
- 19.13.3. a munkaviszony megszűnésére, ha (1) a munkáltatói jogok gyakorlója a Biztosított vagy a Biz-

tosított hozzátartozója, vagy (2) a Biztosított az adott munkáltatónál többségi tulajdonnal vagy meghatározó befolyással rendelkezik, vagy (3) a Biztosított a munkáltató üzletvitelét befolyásoló döntések meghozatalára jogosult vagy egyéb vállalati vezetési befolyással rendelkezik,

- 19.13.4. arra az esetre, ha a munkaviszony (1) a Biztosított által kezdeményezett közös megegyezéssel történő megszüntetés vagy (2) a Biztosított által kezdeményezett felmondás miatt szűnt meg,
- 19.13.5. a munkaviszony próbaidő alatti megszűnésére,
- 19.13.6. a munkaviszonynak a munkáltató által kezdeményezett azonnali hatályú felmondással történő megszüntetésére, illetve ha a munkáltató a Biztosított magatartása miatt felmondással élt,
- 19.13.7. a munkáltató általi felmondásra öregségi vagy rokkantság miatti nyugdíjazás esetén,
- 19.13.8. a Biztosított munkaviszonyának megszűnésére, ha azt a munkáltató a biztosítás kezdete előtt már írásban közölte vagy bejelentette,
- 19.13.9. a felmondó levél kézhezvételének napját követően felvett kölcsönökre.

5 napot meghaladó kórházi kezelés esetében

19.14. A Biztosító kockázatviselése - a 19.1-19.11. pontokban foglaltakon túl - nem terjed ki az alábbi esetekre:

- 19.14.1. olyan intézményben történt fekvőbeteg-ellátásra, amely az 1.10. pont alapján nem minősül kórháznak,
- 19.14.2. olyan személy vagy intézmény által nyújtott kezelés, aki / amely nem rendelkezik az adott gyógyászati tevékenységre vonatkozó engedéllyel,
- 19.14.3. nem balesetből eredő (pl.: poszttraumatikus stressz szindróma) pszichiátriai vagy pszichológiai kezeléssel kapcsolatos kórházi kezelés,
- 19.14.4. alvásterápiával kapcsolatos kórházi kezelés,
- 19.14.5. orvosilag nem indokolt, a Biztosított által kezdeményezett beavatkozásokkal (pl. kozmetikai, plasztikai beavatkozások) kapcsolatos kórházi kezelés.
- 19.15. Nem képezi biztosítási esemény tárgyát (1) a terheséggel kapcsolatos kórházi ápolás vagy (2) a terheség-megszakítás.

19.16. 70%-ot meghaladó egészségkárosodás kockázat esetében

- 19.16.1. a Biztosító nem nyújt szolgáltatást, ha a Biztosított az egészségkárosodás megállapítására vonatkozó kérelem benyújtását követően csatlakozott a csoportos biztosítási szerződéshez, vagy ha a Biztosított 70%-ot meghaladó egészségkárosodásának megállapítását eredményező baleset vagy állapotváltozás a kockázatviselés kezdetét megelőzően következett be,
- 19.16.2. a Biztosító nem nyújt szolgáltatást, ha a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezésekor bármilyen jogcímen - kivéve az özvegyi nyugdíjat - nyugdíjas.

20. § A biztosítási feltételek és díjak módosítása

20.1. A Biztosító jogosult a biztosítási feltételeket, valamint a biztosítási díjakat felülvizsgálni és szükség esetén azok módosítását kezdeményezni a Szerződőnél. A biztosítási feltételek, valamint a biztosítási díjak módosítására csak a Szerződő és a Biztosító megállapodása alapján kerülhet sor. A biztosítási díjak mó-

dosítása maga után vonja a Szerződő által áthárított biztosítási díj összegének változását is.

20.2. A biztosítási feltételek és/vagy biztosítási díjak módosítása esetén a Szerződő a módosítás hatályba lépését megelőzően legalább 60 nappal írásban tájékoztatja a Biztosítottakat a módosításokról azzal, hogy amennyiben a változásokkal a Biztosított nem ért egyet, úgy a rá vonatkozó biztosítási jogviszonyt a 8.1 pontban foglaltak szerint felmondhatja.

21. § Egyéb tudnivalók

Elévülés

21.1. A biztosítási szolgáltatás teljesítése iránti igények a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 5 év, a csoportos biztosítási szerződésből eredő egyéb igények a követelés esedékessé válásától számított 5 év elteltével elévülnek.

Panaszbejelentés

21.2. A Biztosított, továbbá a Biztosító szolgáltatására jogosult más személy (a 21.6. és 21.8. pontban együttesen ügyfél) a Biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszt az alábbi módokon tehet:

- szóban:
 - o személyesen: a 1062 Budapest, Teréz körút 55-57. C épület 2. em. alatt található Központi Ügyfélszolgálati Irodában
 - o telefonon: +36-1-501-2345-ös telefonszámon
- írásban:
 - o személyesen vagy más által átadott irat útján: a 1062 Budapest, Teréz körút 55-57. C épület 2. em. alatt található Központi Ügyfélszolgálati Irodában
 - o postai úton: BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt. (Cím: 1062 Budapest, Teréz körút 55-57.)
 - o telefaxon: +36-1-501-2301 faxszámon
 - o elektronikus levélben: ugyfelszolgalat@cardif.hu e-mail címen

21.3. A Biztosító köteles a panaszokat kivizsgálni és a vizsgálat eredményéről a panaszost 30 napon belül írásban értesíteni.

21.4. A Biztosító a szóbeli panaszt azonnal megvizsgálja (kivéve, ha annak azonnali kivizsgálása nem lehetséges), és szükség szerint orvosolja.

21.5. Ha a szóbeli panasz azonnali kivizsgálása nem lehetséges, vagy a panaszos a szóbeli panasz kezelésével nem ért egyet, a Biztosító a panaszról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolati példányát (1) a személyesen közölt szóbeli panasz esetén a panaszosnak átadja, (2) telefonon közölt szóbeli panasz esetén - a panasz közlését követő 30 napon belül megküldendő - indokolással ellátott álláspontjának megküldésével egyidejűleg megküldi a panaszosnak.

21.6. A panasz elutasítása vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén az ügyfél a Pénzügyi Békéltető Testület (ld. még a 21.8.2. pontot), illetve a Magyar Nemzeti Bank (ld. még a 21.8.1. pontot) előtt megindítható eljárás alapjául szolgáló kérelem nyomtatvány megküldését igényelheti.

Felügyeleti szerv

21.7. A Biztosító felügyeleti szerve:

Magyar Nemzeti Bank

székhely: 1054 Budapest, Szabadság tér 9.

Ügyfélkapcsolati Információs Központ: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

Jogok érvényesítésének egyéb fórumai

- 21.8. Amennyiben a Biztosítóhoz benyújtott panasz
- elutasításra került, vagy
 - nem a biztosítási törvényben előírtak szerint került kivizsgálásra, vagy
 - kapcsán a Biztosító válaszából a biztosítási törvényben előírt fogyasztói jogot sértő körülményt vélelmez az ügyfél, vagy
 - kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelenül telt el, akkor:

- 21.8.1. a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény (MNB tv.) szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértésének kivizsgálására irányuló panasz esetén az ügyfél a Magyar Nemzeti Bankhoz fordulhat (ügyfélszolgálati cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., levelezési címe: Magyar Nemzeti Bank, 1534 Budapest BKKP Pf.: 777.; helyi tarifával hívható kék szám: +36-80-203-776; web: www.mnb.hu/fogyasztovedelem; e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu);
- 21.8.2. a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos panasz esetén az ügyfél a Pénzügyi Békéltető Testület előtt kezdeményezhet eljárást (ügyfélszolgálat: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., levelezési cím általános ügyekben: H-1525 Budapest Pf. 172; Telefon: +36-80-203-776; e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu).

A Pénzügyi Békéltető Testület egyezség hiányában az ügy érdemében:

- a) kötelezést tartalmazó határozatot hoz, ha a kérelem megalapozott, és a biztosító a Pénzügyi Békéltető Testület döntését magára nézve kötelezőként elismerte, vagy
 - b) ajánlást tesz, ha a kérelem megalapozott, azonban a biztosító úgy nyilatkozott, hogy a döntést kötelezőként nem ismeri el, illetve a döntés elismeréséről egyáltalán nem nyilatkozott.
- A Pénzügyi Békéltető Testület egyezség hiányában akkor is kötelezést tartalmazó határozatot hozhat, ha a biztosító alávetési nyilatkozatot nem tett, de a kérelem megalapozott és az ügyfél érvényesíteni kívánt igénye - sem a kérelemben, sem a kötelezést tartalmazó határozat meghozatalakor - nem haladja meg az egymillió forintot.

- 21.8.3. amennyiben a panasz a vonatkozó adatvédelmi rendelet (GDPR) alapján adatkezeléssel összefüggő, különösen a tájékoztatás, helyesbítés, zárolás vagy törlés adatkezelő általi megtagadásával függ össze, az ügyfél a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság előtt kezdeményezhet eljárást (székhely: 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9-11., levelezési címe: 1363 Budapest, Pf.: 9., telefon: +36-1-391-1400, fax: +36-1-391-1400, e-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu).
- 21.9. Peres eljárás- bírói út

A fentiekben részletezett fórumok mellett vagy helyett jogorvoslatért az ügyre hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulhat (www.birosag.hu) azzal, hogy a kizárólag pénz fizetésére irányuló olyan lejárt követelés, amelynek pertárgyértéke a hárommillió forintot nem haladja meg - törvény eltérő rendelkezése hiányában - csak a közjegyző hatáskörébe tartozó, a fizetési meghagyásos eljárásról szóló 2009. évi L. törvényben szabályozott fizetési meghagyásos eljárásban érvényesíthető.

A szerződésre vonatkozó jog

- 21.10. A csoportos biztosítási szerződésre a magyar jog alkalmazandó, a szerződésből származó jogok gyakorlása és kötelezettségek teljesítése, valamint igények érvényesítése során a magyar anyagi és eljárásjog szabályai szerint kell eljárni. A szerződés nyelve magyar.

Közlések, bejelentések írásbelisége

- 21.11. A Biztosító a hozzá eljuttatott adatokat, bejelentéseket és jognyilatkozatokat (ide nem értve a biztosítási esemény szóbeli bejelentését, továbbá a szóbeli panaszbejelentést) csak akkor köteles hatályosnak tekinteni, ha azokat írásban vagy elektronikus formában juttatták el hozzá.

A Biztosító főbb adatai

BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt.

Székhely: 1062 Budapest, Teréz krt. 55-57.
Ügyfélszolgálat: 1062 Budapest, Teréz krt. 55-57.
C épület 2. em.
Telefonszám: +36-1-501-2300
Cégjegyzékszám: 01-10-044717
Székhely állama: Magyarország

ADATVÉDELMI TÁJÉKOZTATÓ

A biztosítási titok és a biztosítási titoknak minősülő személyes adatok kezelésének elvi és gyakorlati tudnivalói.

A biztosítási titok

1. A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (Bit.) szerint biztosítási titok minden olyan minősített adatot nem tartalmazó, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, és a biztosításközvetítő egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.
2. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül titoktartási kötelezettség terheli a Biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.
3. Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn, illetve a Biztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad vagy a Biztosító által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója ezt a tanúsítási eljárást lefolytatása keretében ismeri meg.
4. Ha az alább felsorolt személyek / hatóságok / szervek írásbeli megkereséssel fordulnak a Biztosítóhoz, a titoktartási kötelezettség nem áll fenn:
 - a feladatkörében eljáró Magyar Nemzeti Bankkal szemben;
 - az előkészítő eljárást folytató szervvel, a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel szemben;
 - 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 szemben;

- a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel szemben;
 - az adóhatósággal szemben, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli;
 - a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal szemben;
 - a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal szemben;
 - a feladatkörében eljáró gyámhatósággal szemben;
 - az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel szemben;
 - törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel szemben;
 - a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával szemben;
 - a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal szemben;
 - a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal szemben.
5. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn:
- a viszontbiztosítóval, a BNP Paribas csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló Biztosítóval szemben. A Biztosító által megbízott viszontbiztosítók listája a Biztosító honlapján, a www.bnpparibascardif.hu oldalon tekinthető meg.
 - az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében - az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint - az átvevő biztosítóval szemben;
 - a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel szemben. A Biztosítónak kiszervezett tevékenységet végző szervezetek listája a Biztosító honlapján, a www.bnpparibascardif.hu oldalon tekinthető meg.
 - a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval szemben,
 - a hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. törvényben (Hpt.) meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját.
6. A Biztosító 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 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel;
 - a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.
7. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha
- a magyar bűnüldöző szerv - nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából - írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot;
 - a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot.
8. A Biztosító az ügyfelet nem tájékoztathatja az előkészítő eljárást folytató szerv, a nyomozó hatóság, az ügyészség, a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálat, a külön törvényben meghatározott feltételek esetén a titkos információgyűjtésre felhatalmazott szerv, valamint a bíróság adatkérése, illetve írásbeli megkeresése alapján történő adattovábbításról.
9. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét
- a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása;
 - abban az esetben, ha a Biztosító az Európai Unió és az ENSZ Biztonsági Tanácsa által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvény meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget;
 - a Hpt. 164/B. § szerinti adattovábbítás.
10. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét
- az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg;
 - a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása;
 - a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás;
 - ha a Biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA-törvény) alapján az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közgazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki;
 - 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.

11. A Biztosító a 7. és 9. pontokban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja.
12. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben:
 - ha a Biztosító ügyfele (a továbbiakban: adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
 - ha - az adatalany hozzájárulásának hiányában - az adattovábbítás a személyes adatok harmadik országba való továbbítására vonatkozó előírásoknak megfelelő.
13. A Biztosító kötelezettséget vállal arra, hogy megfelelő technikai adatvédelemmel, nyilvántartással rendelkezik, amely megvalósítja a biztosítási titok védelmét.

A veszélyközösség védelme céljából történő adatátadás

14. A Biztosító - a veszélyközösség érdekeinek megóvása érdekében - a jogszabályban, vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatás jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz. A Biztosító a más biztosító által hozzá intézett, a fentiek szerinti megkeresés esetén a megkeresésben szereplő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkereső biztosítónak.
 15. A megkeresés illetve az adatátadás az alábbi adatokra vonatkozhat:
 - 15.1. baleseti-, betegségi- vagy életbiztosítási kockázatok (pl. keresőképtelenségi, rokkantsági, haláleseti szolgáltatás) vonatkozásában a szerződés teljesítésével kapcsolatosan:
 - a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személyazonosító adatai;
 - a biztosítandó vagy a biztosított személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatok;
 - szerződött, a biztosítottat, a kedvezményezettet érintő korábbi - a baleset-, betegség- vagy életbiztosítási ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos - biztosítási eseményekre vonatkozó adatok;
 - a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatok; és
 - a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatok.
 - 15.2. munkanélküliségi kockázat vonatkozásában a szerződés teljesítésével kapcsolatosan:
 - a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személyazonosító adatai;
 - a biztosítandó vagy biztosított követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatok;
 - a biztosítandó vagy biztosított követeléseket vagy vagyoni jogokat érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatok;
 - a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatok; és
 - a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatok.
16. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő 90 napig kezelheti. Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, a 90 napos időtartam meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig. Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.
 17. A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat a biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal a 14. pontban meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.
 18. A megkereső biztosító az általa tett megkeresésről, az abban szereplő adatokról, továbbá a megkeresés teljesítéséről az érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére a mindenkor hatályos adatvédelmi tárgyú jogszabályokban szabályozott módon tájékoztatja.
 19. Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.
- #### **A személyes adatok kezelése**
20. A BNP Paribas Csoport fontosnak tartja az ügyfelek személyes adatainak védelmét; erre tekintettel szigorú elveket határozott meg a személyes adatok védelméről szóló chartájában: https://group.bnpparibas/uploads/file/bnp-paribas_personal_data_privacy_charter.pdf, amely a <https://group.bnpparibas/en/group/bnp-paribas-worldwide> weboldalon található meg.
 21. A Biztosító adatkezelőként felelős az ügyfelek személyes adatainak gyűjtéséért, valamint kezeléséért. Az adatkezelési tájékoztató célja, hogy tájékoztassa az ügyfeleket a kezelt adatok köréről, az adatkezelés és az adattovábbítás céljáról, az adatkezelés időtartamáról, valamint a jogokról és azok gyakorlásáról.
 22. Az Adatkezelő:
BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt. (székhely: 1062 Budapest, Teréz krt. 55-57.)
 23. Személyes adatnak minősül az azonosított vagy azonosítható természetes személyre („érintett”) vonatkozó bármely információ; azonosítható az a természetes személy, aki közvetlen vagy közvetett módon, *különösen valamilyen* azonosító, például név, szám, helymeghatározó adat, online azonosító vagy a természetes személy testi, fiziológiai, genetikai, szellemi, gazdasági, kulturális vagy szociális azonosására vonatkozó egy vagy több tényező alapján azonosítható. A Biztosítóval közölt személyes adat biztosítási titoknak minősül a természetes személy ügyfelek esetén.
 24. A Bit. 135. § (1) bekezdése értelmében a Biztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, valamint a szolgáltatással összefüggnek.
- #### **25. Milyen személyes adatokat kezel a Biztosító?**
- 25.1 A Biztosítottak személyes adatait a Biztosító a tevékenysége végzéséhez szükséges mértékben gyűjti és kezeli annak érdekében, hogy magas színvonalú, személyre

szabott termékeket és szolgáltatásokat nyújthasson. Többek között a szolgáltatott termék vagy szolgáltatás típusától függ, hogy milyen típusú személyes adatokat kezel ügyfeleivel kapcsolatban, ideértve az alábbiakat:

- *azonosításhoz szükséges adatok* (pl. teljes név, születési név, anyja neve, állampolgárság, születési hely és idő);
- *személyes és munkahelyi kapcsolattartási adatok* (pl. állandó és levelezési cím, tartózkodási cím, e-mail cím, telefonszám);
- *biztosításával kapcsolatos adatok* (pl. ügyfél azonosítási szám, szerződésszám, kedvezményezett neve, díjfizetési adatok, garanciák, tartam, díj, díjcsökkenés, bankszámla adatok, a szerződésre vonatkozó adatok, a kölcsönszerződésre vonatkozó adatok);
- *kockázatbíráláshoz szükséges adatok* (pl. kölcsöntartozással, társadalombiztosítással kapcsolatos adatok);
- *biztosítási kárral és szolgáltatással kapcsolatos adatok* (pl. kártörténet, kárkifizetések, szakvélemények);
- *szokásaival és preferenciáival kapcsolatos adatok* (pl. a biztosításával összefüggésben az életmódjával kapcsolatos adatok)
- *a BNP Paribas Csoporttal való interakcióból származó adatok*: internetes oldalaink, alkalmazásaink, közösségi oldalaink látogatása (kapcsolati és nyomonkövetési adatok, például sütik, kapcsolat online szolgáltatásokkal, IP-címek), valamint találkozók, hívások, csevegések, e-mailek, interjúk, telefonbeszélgetések;
- *készülékére vonatkozó adatok* (IP-cím, műszaki jellemzők, és egyedi azonosító adatok);
- *a BNP Paribas webhelyére és alkalmazásába való belépéshez használt bejelentkezési adatok*,
- *videokamerás megfigyelés* (CCTV) ügyfélszolgálaton történő személyes megjelenés esetén;
- *a biztosítási csalások, a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása elleni küzdelemhez szükséges adatok*.

25.2 Az ügyfelek előzetes, kifejezett hozzájárulásával a Biztosító a következő különleges adatokat is gyűjtheti:

- *biometrikus adatok*: pl. ujjlenyomat, hangminta vagy arckép, amelyek azonosítási vagy biztonsági célokra használhatók;
- *egészségügyi adatok*: pl. egészségügyi kockázat-elbíráláshoz, a biztosítottá válás feltételeinek vizsgálatához, kárigények illetve panaszügyek elbírálásához szükséges egészségügyi adatok, a biztosított kórtörténetére vonatkozó egészségügyi adatok, orvosszakértői vélemények a kárigény elbírálásához. Ilyen adatokat a Biztosító szigorúan csak szükség esetén dolgoz fel.

Amennyiben jogszabály erre nem kötelezi a Biztosítót, úgy soha nem kér az ügyfelek faji vagy etnikai származására, politikai véleményére, szakszervezeti tagságára, genetikai adataira, szexuális életére vagy szexuális irányultságára vonatkozó szenzitív, személyes adatokat.

26. Kik érint ez a nyilatkozat, és kitől gyűjt személyes adatokat a Biztosító?

Közvetlenül az ügyfelektől vagy leendő ügyfelektől, és közvetve más személyektől is gyűjt adatokat a Biztosító (amikor az ügyfél felveszi a kapcsolatot a Biztosítóval, felkeresi az ügyfélszolgálatot, a biztosító webhelyét és alkalmazásait, használja a termékeket és szolgáltatásokat, kárigényt nyújt be, részt vesz egy felmérésben vagy a biztosító rendezvényén). Így a Biztosító adatokat gyűjthet olyan személyekről, akikkel nincs közvetlen kapcsolata, viszont valamilyen kapcsolatban állnak az ügyfelekkel vagy leendő ügyfelekkel, például:

- családtagja;
- örököse vagy jogutódja;
- adóstársa és garanciavállalója;
- jogi képviselője (meghatalmazással rendelkező);
- fizetési tranzakcióinak kedvezményezettje;
- biztosítási kötvény kedvezményezettje;
- kárbejelentő,
- végső tényleges tulajdonosok;
- adósa (pl. csőd esetén);
- társaság részvényese,
- szolgáltató munkavállalója.

Ha a fenti példákhoz hasonlóan az ügyfelek megadják harmadik felek személyes adatait, az ügyfélnek tájékoztatnia kell az érintetteket arról, hogy a Biztosító kezeli a megadott adatokat, és segítséget kell nyújtania abban, hogy megismerjék az adatkezelési tájékoztatóban foglaltakat. Ha lehetséges, akkor a Biztosító is tájékoztatni fogja őket az adatkezelésről (ha a Biztosító nem rendelkezik kapcsolattartási adatokkal, akkor nem tudja majd felvenni velük a kapcsolatot).

A Biztosító adatbázisának ellenőrzése és bővítése érdekében személyes adatokat szerezhet be a következő forrásokból:

- a BNP Paribas más entitásai;
- ügyfelei (vállalati és lakossági);
- üzleti partnerei;
- harmadik felek, például adatkereskedők, akik biztosítják, hogy a vonatkozó információkat törvényesen gyűjtik;
- hivatalos szervek vagy harmadik felek (pl. a pénzügyi felügyeleti hatóság által működtetett adatbázisok, stb) által közzétett publikációk és adatbázisok;
- jogi személyek vagy szakmai ügyfelek webhelyei és közösségi oldalai, ahol az ügyfelek információt tesznek közzé (pl. a saját webhelyen vagy közösségi oldalon);
- nyilvános információk, például a sajtóban megjelenő információk.

27. Miért és milyen jogi alapon használja fel a Biztosító az ügyfelek személyes adatait?

a. Jogi és hatósági kötelezettségeknek való megfelelés céljából

A Biztosító felhasználja az ügyfelek személyes adatait különböző, kifejezetten pedig a biztosítási illetve pénzügyi intézményekre vonatkozó rendelkezéseknek való megfelelés céljából:

- o figyelemmel követi a tranzakciókat, hogy azonosítsa azokat, melyek eltérnek a megszokott mintáktól/rutintól;
- o kezeli, megelőzi és felderíti a csalást;
- o figyelemmel követi és jelentést tesz azokról a kockázatokról (pénzügyi kockázat, megfelelőségi, hírnévvel kapcsolatos, vagy nemteljesítési kockázat stb.), melyek a Biztosítót és/vagy a BNP Paribas Csoportot érinthetik;
- o amennyiben szükséges, rögzíti a telefonhívásokat, csevegéseket, e-maileket, stb., a lentebb leírt más felhasználás mellett;
- o megelőzi és felderíti a pénzmosást és a terrorizmus finanszírozását, és megfelel a szankciókkal és embargókkal kapcsolatos rendelkezéseknek az „Ismerd meg az ügyfeled” (KYC) elv révén (azonosítja az ügyfeleket, ellenőrzi a személyazonosságukat, megnézi, hogy szerepelnek-e szankciós listákon, és meghatározza az ügyfelek profilját);

- o felderíti és kezeli a gyanús megbízásokat és tranzakciókat;
- o a biztosításértékesítésre vonatkozó szabályoknak megfelelően felméri, hogy a javasolt vagy választott biztosítási termék mennyire felel meg az ügyfelek igényeinek;
- o segíti az adócsalás elleni küzdelmet, és teljesíti az adóellenőrzési és bejelentési kötelezettségeket;
- o számviteli célból rögzíti a tranzakciókat;
- o megelőzi, felderíti és jelenti a vállalati társadalmi felelősséggel és fenntartható fejlődéssel kapcsolatos kockázatokat;
- o műveletekkel, tranzakciókkal vagy megbízásokkal kapcsolatos adatokat cserél és jelent, és válaszol meg a megfelelő hatáskörrel rendelkező helyi vagy külföldi pénzügyi, adóügyi, közigazgatási, bűnügyi vagy igazságügyi hatóság, választottbírói vagy közvetítői testület, bűnüldöző szerv, állami ügynökség vagy közjogi szerv hivatalos kérésére.

b. Az ügyfelekkel kötött szerződés teljesítése vagy az ügyfelek kérése esetén szerződéskötést megelőző lépések megtétele céljából

A Biztosító az ügyfelek személyes adatait szerződéskötésre vagy jogviszony létesítésére, a megkötött szerződés teljesítésére valamint arra használja fel, hogy kapcsolatot tartson az ügyfelekkel, beleértve az alábbiakat:

- meghatározza a biztosítási kockázatot és az alkalmazandó díjazást;
- felméri, hogy milyen feltételekkel (többek között áron) ajánlhatja az ügyfeleknek a termékeket és szolgáltatásokat;
- rendezi a biztosítási kárigényeket és teljesíti a szerződéses kötelezettségeit;
- segítséget nyújt az ügyfeleknek, például a kérések megválaszolásával;
- termékeket és szolgáltatásokat kínál az ügyfeleknek;
- kezeli a fennálló tartozásokat (azonosítja és kizárja a tartozással rendelkező ügyfeleket).

c. A Biztosító jogos érdekének érvényesítése céljából

A Biztosító az ügyfelek személyes adatait, beleértve a tranzakciós adatokat is, a következő célokból használja fel:

- Kockázatkezelési célok:
 - o a biztosítási és áthárított biztosítási díjak megfizetésének igazolása, beleértve elektronikus nyugta;
 - o csalás kezelése, megelőzése és felderítése;
 - o a Biztosító figyelemmel követi a tranzakciókat, hogy azonosítsa azokat, amelyek eltérnek a megszokott rutintól;
 - o követelések behajtása;
 - o jogi igények alátámasztása és védelem jogviták esetében;
 - o egyéni statisztikai modellek kidolgozása a kockázatok kezelésének javítása valamint meglévő illetve új termékek fejlesztése érdekében;
- A Biztosító és a BNP Paribas entitásai személyre szabják az ügyfeleknek nyújtott kínálatukat, hogy:
 - o fejlesszék a termékek és szolgáltatások minőségét;
 - o az ügyfelek helyzetéhez és profiljához illő termékeket és szolgáltatásokat nyújtsanak;
 - o felméri az ügyfelek preferenciáit és igényeit, hogy személyre szabott biztosítási ajánlatokat tegyenek.

A személyre szabás a következő módokon történhet:

- az ügyfelek és leendő ügyfelek szegmentálása;

- különböző kommunikációs csatornákon mutatott szokásainak és preferenciáinak elemzése (e-mailek vagy üzenetek, webhelyeink felkeresése stb.);
- az ügyfelek adatainak a BNP Paribas más entitásával való megosztása, különösen akkor, ha az adott személy már ügyfele vagy leendő ügyfele az adott entitásnak, és a Biztosító fel szeretné gyorsítani a szerződéses kapcsolatlétesítést;
- összevetése azoknak a termékeknek vagy szolgáltatásoknak, amelyekkel az ügyfelek vagy leendő ügyfelek már rendelkeznek, olyan egyéb adatokkal, amelyeket a Biztosító őriz az ügyfelekre vonatkozóan (pl. amelyekből megállapíthatók, hogy az adott ügyfélnek vannak gyermekei, de még nem rendelkezik családi biztosítással);
- a meglévő ügyfelek közös tulajdonságainak és magatartásának figyelembe vétele, és hasonló tulajdonságokkal rendelkező személyek keresése, hogy megfelelő biztosítási szolgáltatást kínáljon a Biztosító.
- Kutatás és fejlesztés (R+D), beleértve statisztikák és modellek létrehozása, hogy a Biztosító:
 - optimalizálja és automatizálja a folyamatait (pl. GYIK csevegőrobot létrehozása);
 - az ügyfelek igényeit legjobban kielégítő termékeket és szolgáltatásokat nyújtson;
 - a termékek és szolgáltatások forgalmazását, tartalmát és árát összehangolja az ügyfelek profiljával;
 - új ajánlatokat hozzon létre;
 - megakadályozza a lehetséges biztonsági hibákat, javítsa az ügyfelek hitelesítésének és a hozzáférési jogosultságoknak a kezelését;
 - javítsa a biztonságirányítást;
 - javítsa a kockázatok és a megfelelőség kezelését;
 - javítsa a csalás kezelését, megelőzését és felderítését;
 - elősegítse a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása elleni küzdelmet.
- Biztonsági okok és az informatikai rendszerek teljesítménye, beleértve:
 - o IT menedzsment, beleértve az infrastruktúra kezelését (pl. megosztott platformok), üzletmenet folytonossága és biztonság (pl. internetes felhasználók hitelesítése);
 - o személyi sérülés, és a személyeket és árukat érintő károk megelőzése (például videokamerás védelem).
- A Biztosító:
 - o tájékoztatást nyújt az ügyfeleknek a termékeiről és szolgáltatásairól;
 - o pénzügyi műveleteket végez, például hitelportfólió eladása, értékpapírosítás, a BNP Paribas Csoport finanszírozása vagy refinanszírozása;
 - o versenyeket és nyereményjátékokat, ár versenyeket, sorsolást és más promóciós tevékenységeket szervez;
 - o ügyfélelégedettségi és közvéleménykutatási felméréseket végez;
 - o javítja a folyamatainak hatékonyságát (képzést nyújt a munkatársaknak a telefonos ügyfélszolgálati hívások rögzítésével és elemzésével, és javítja a hívási módokat);
 - o automatizálja a folyamatait, pl. alkalmazás tesztelése, panaszok automatikus kezelése stb.

A Biztosító jogos érdekei minden esetben arányosak maradnak, és érdekmérlegelési teszt keretében vizsgálja az ügyfelek érdekeinek, illetve alapvető jogainak és szabadságainak a védelmét.

d. Az ügyfelek döntési szabadságának tiszteletben tartása érdekében a Biztosító az Ügyfelek hozzájárulását kéri az alábbi esetekben:

Bizonyos személyes adatok kezelése esetén konkrét tájékoztatást ad a Biztosító az ügyfeleknek és kéri a hozzájárulásukat. Az ügyfelek azonban bármikor visszavonhatják az adatkezeléshez adott hozzájárulásukat.

Személyes adatok kezelése, amely nagyobb hatással lehet az ügyfelekre:

- Ha a fenti célok automatikus döntéshozatalhoz vezetnek, amelyek joghatásokat váltanak ki vagy jelentősen érintik az ügyfeleket. Amennyiben ilyen jellegű adatkezelésre kerül sor, a Biztosító külön értesíteni fogja az ügyfeleket az alkalmazott logikáról, valamint az ilyen feldolgozás jelentőségéről és várható következményeiről;
- Amennyiben további adatkezelés válik szükségessé a 27. pontban felsoroltaktól eltérő adatkezelési célból, amelyről a Biztosító értesíteni fogja az ügyfeleket és szükség esetén kérni fogja a hozzájárulásukat;
- A közösségi hálózatokon való egyes interakciók, versenyesemények vagy más hasonló marketing célú műveletek végrehajtása érdekében;
- Ha a személyes adatok speciális kategóriáinak kezelése válik szükségessé, például biometrikus adatok, egészségügyi adatok vagy vallási és filozófiai adatok kezelése.

28. Kivel osztja meg a Biztosító az ügyfelek személyes adatait?

a. Az adatok megosztása a BNP Paribas Csoporton belül

A Biztosító a BNP Paribas Csoport tagja, amely világszerte szorosan együttműködő különböző vállalatokat foglal magába, hogy létrehozzon és forgalmazzon különböző banki, pénzügyi és biztosítási szolgáltatásokat és termékeket.

Üzleti okokból és a hatékonyság érdekében a Biztosító megosztja a személyes adatokat a BNP Paribas Csoporton belül, például:

- a jogi és szabályozási kötelezettségei miatt;
 - o a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása ellen, embargók miatt és a KYC során összegyűjtött adatok megosztása érdekében;
 - o kockázatkezelés, beleértve a hitel- és működési kockázatok (hitelminősítés, hitelbíráló stb.);
- jogos érdekeinek védelme céljából;
 - o a csalás megelőzése, észlelése, és az ellene való küzdelem céljából;
 - o K+F tevékenységek különösen a megfelelőség, kockázatkezelés, kommunikáció és marketing céljaiból;
 - o az ügyfelek globális és következetes áttekintése;
 - o a Csoport termékei és szolgáltatásai teljes körének felkínálása, hogy az ügyfelek kihasználhassák azokat;
 - o a termékek és szolgáltatások tartalmának és árának személyre szabása az ügyfél részére.

b. Az adatok közzététele a BNP Paribas Csoporton kívül

Az adatkezelési tájékoztatóban foglalt egyes célok teljesítése érdekében a Biztosító időről időre megoszthatja a személyes adatait a következőkkel:

- a Biztosító nevében szolgáltatást (pl. informatikai szolgáltatás, logisztika, nyomtatási szolgáltatás, telekommunikáció, követelésbehajtás, tanácsadás és konzultáció, értékesítés és marketing) nyújtó szolgáltatókkal;

- banki és kereskedelmi partnerek, független ügynökök, közvetítők és brókerek, viszontbiztosítók, pénzügyi intézmények, szerződő felek, akikkel kapcsolata van a Biztosítónak, ha az adatok továbbítása szükséges a szolgáltatások és termékek megfelelő nyújtásához, vagy ahhoz, hogy a Biztosító eleget tegyen a szerződéses kötelezettségeinek (pl. bankok, pénzügyintézetek, letéteményesek, letétkezelők, értékpapírok kibocsátói, kifizetőhelyek, biztosító társaságok, fizetési rendszerek működtetői, fizetési kártyák kibocsátói vagy közvetítői);
- hitelinformációs ügynökségek;
- helyi vagy külföldi pénzügyi, adóügyi, közigazgatási, bünyügyi vagy igazságügyi hatóságok, választottbírói vagy közvetítői testületek, bűnüldöző szervek, állami intézmények vagy közjogi szervezetek, ha a Biztosító vagy a BNP Paribas csoport bármely tagja köteles adatot szolgáltatni a következők miatt:
 - o a kérésük alapján;
 - o védekezés céljából egy ügyben, perben vagy eljárásban, vagy erre válaszul;
 - o megfelelés egy rendelkezésnek, vagy egy hatóság útmutatásának, ami vonatkozik a Biztosítóra vagy a BNP Csoport egy tagjára;
- bizonyos szabályozott szakmai tevékenységet végzők, mint például ügyvédek, közjegyzők, adminisztrátorok/vagyonkezelők, hitelminősítő intézetek, egészségügyi szakértők vagy könyvvizsgálók, ha ez bizonyos körülmények (peres eljárás, ellenőrzés stb.) miatt szükséges, továbbá a BNP Paribas Csoport vagy biztosító cégeinek és vállalatainak tényleges vagy tervezett vevői.
- társadalombiztosítási szervek, ha a biztosítási szolgáltatási igények elbírálása miatt szükséges a megkeresésük, vagy amikor a Biztosító kiegészítő ellátásokat kínál a szociális juttatásokhoz;
- a szerződésben érdekelt felek, például:
 - o a szerződő, a díjfizető, a biztosított, a kedvezményezett és a kárbejelentő vagy képviselőik;
 - o a szerződést értékesítő és a szerződéses jogutód;
 - o a balesetért felelős személyek, a sértett illetve károsult felek, képviselőik és a tanúk.

c. Aggregált vagy anonimizált adatok megosztása

Aggregált vagy anonimizált információkat oszt meg a Biztosító a BNP Paribas Csoporton belül és kívül a partnerekkel, például kutatási csoportokkal, egyetemekkel vagy hirdetőkkal. Az Ügyfelek személyazonosságát nem lehet megállapítani ezen információk alapján.

Az ügyfelek adatai anonimizált statisztikákba is összegyűjthetők, amelyeket a Biztosító szakmai ügyfeleinek ajánlhat fel a vállalkozásuk fejlesztése érdekében. Ilyen esetben az ügyfelek személyes adatai soha nem kerülnek megosztásra, és azok, akik ezeket az anonimizált statisztikákat kapják, nem lesznek képesek azonosítani az ügyfeleket.

29. Személyes adatok nemzetközi továbbítása

Adatok továbbítása az EGT-n kívülre

Az ügyfelek adatai is továbbításra kerülhetnek, ha a Biztosító az Európai Gazdasági Térségből (EGT) az EGT-n kívülre továbbít adatokat. Ha az Európai Bizottság úgy ítéli meg, hogy az EGT-n kívüli ország megfelelő adatkezelési szintet biztosít, akkor az Ügyfelek személyes adatai ezen az alapon kerülnek továbbításra.

Az olyan nem EGT-országokba való továbbítás esetén, amelyek tekintetében az Európai Bizottság nem ismeri el az adatvédelmet megfelelő szintűnek, a Biztosító a különleges helyzetben alkalmazható derogációra támaszkodik (pl. ha az adattovábbítás szükséges a szerződések teljesítéséhez, amikor nemzetközi kifizetést teljesít a Biztosító) vagy az alábbi biztosítékok egyikét alkalmazza, annak érdekében, hogy biztosítsa az ügyfelek személyes adatainak védelmét:

- az Európai Bizottság által jóváhagyott szabványos szerződési feltételek;
- kötelező erejű vállalati szabályok.

Az ügyfelek a 33. pontban meghatározottak szerint írásban kérhetik a Biztosítótól, hogy küldje meg a fent meghatározott adatbiztonsági kikötések másolatát vagy annak elérhetőségi helyét.

30. Mennyi ideig tárolja a Biztosító az ügyfelek illetve leendő ügyfelek személyes adatait?

Az ügyfelek személyes adatait a Biztosító a vonatkozó jogszabályok által előírt, illetve a belső működési követelményeknek (pl. a megfelelő számlakezelés, az ügyfelekkel való kapcsolattartás megkönnyítése), valamint a jogi igények és szabályozói elvárásoknak való megfelelés érdekében megfelelő ideig tárolja.

Az ügyfelek esetében:

A Biztosító az ügyfelekre vonatkozó biztosítási titoknak minősülő adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezeli, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosítási szerződés megkötésével, nyilvántartásával, valamint a biztosítási szolgáltatással összefüggésben keletkezett, számviteli bizonylatnak minősülő dokumentumokat a Biztosító a Számvitelről szóló 2000. évi C. törvény 169. § alapján 8 évig őrzi meg. A biztosítási szolgáltatással összefüggésben keletkezett, adózással kapcsolatos, bizonylatnak minősülő dokumentumokat az Adózás rendjéről szóló CL. törvény 78. § (3) bekezdésében meghatározottak szerint 5 évig őrzi meg.

A jelen bekezdésben meghatározott adatmegőrzési szabályok érvényesek abban az esetben is, ha az ügyfelek biztosítási eseményt jelentenek be vagy személyesen, telefonon, postai levél vagy e-mail útján felkeresik a Biztosító ügyfélszolgálatát.

A Biztosító termékei iránt érdeklődők valamint leendő ügyfelek esetében:

A Biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (Bit.) 153. § (1) bekezdése szerint az életbiztosítási szerződés megkötése előtt – az olyan megtakarítási elemet nem tartalmazó, tisztán kockázati életbiztosítások kivételével, amelyeket pénzügyi intézmény az általa nyújtott, pénzügyi szolgáltatással összefüggésben javasolt, vagy amelyeknek a biztosítási összege nem haladja meg az egymillió forintot – a biztosítók, illetve a biztosításközvetítők kötelesek felmérni, illetve legalább az ügyfél által megadott információk alapján pontosítani az ügyfél igényeit. A nem életbiztosítási termékek esetén a biztosítók a Bit. 158/B (1) bekezdése alapján kötelesek előzetesen felmérni az adott ügyfél konkrét igényeit és szükségleteit. A Biztosító az igényfelmérőben megadott adatokat biztosítási titokként kezeli. A Biztosító az igényfelmérő kitöltését követően 60 napig jogosult az igényfelmérés során megadott információkat felhasználni. Amennyiben az igényfelmérés alapján 60 napon belül nem tesz az ügyfél biztosított (csatlakozási) nyilatkozatot, a Biztosító a papíralapú igényfelmérőt megsemmisíti, az elektronikusan rögzített igényfelmérőt pedig törli.

Amennyiben az igényfelmérő eredménye alapján a leendő ügyfél biztosított (csatlakozási) nyilatkozat útján a csoportos biztosítási szerződéshez csatlakozik, és a biztosított jogviszony létrejön, akkor az igényfelmérő megőrzésre kerül a szerződéses dokumentáció részeként.

Amennyiben az ügyfelek az egészségügyi kockázatelemzés és elbírálás, biztosítottá válás és/vagy kárrendezés céljából egészségügyi állapotukkal kapcsolatban adatot szolgáltatnak:

A létrejött biztosítási jogviszonyok esetén a Biztosító az egészségügyi adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezeli, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. Amennyiben az ügyfél visszavonja hozzájáruló nyilatkozatát, a Biztosító a hozzájáruló nyilatkozat visszavonásáig kezelheti az érintett egészségügyi adatait. A létre nem jött biztosítási jogviszonyhoz kapcsolódó egészségügyi adatokat a Biztosító az Általános Adatvédelmi Rendelet 9. cikk (2) f) szerinti jogérvényesítés céljából annyi ideig kezeli, amíg az adattal kapcsolatban jogi igény érvényesíthető.

Amennyiben a Biztosító az ügyfeleket ügyfél-azonosítás végett a Pmt. alapján átvilágítja:

Az azonosítás során kezelt személyes adatokat, valamint ezen személyes adatokat tartalmazó okiratok másolatait a Biztosító a Pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény (Pmt.) 56. § (2) bekezdése alapján a biztosítási szerződés megszűnésétől, vagy az ügyleti megbízás teljesítésétől számított 8 évig őrzi meg.

Amennyiben az ügyfelek panaszt jelentenek be:

A rögzített hangfelvételeket a Biztosító 5 évig megőrzi. A Biztosító a hozzá beérkezett panaszt és az arra adott választ 5 évig megőrzi.

Az ügyfelek kiemelt közszereplői adatbázisban és szankciós listákon való, szűrőrendszeren keresztül történő ellenőrzése során keletkezett adatokat a jogszabályi előírásokkal összhangban a Biztosító a szűrés végrehajtásától számított 8 évig őrzi meg.

A szolgáltatások minőségének javítása és a munkatársak oktatása céljából rögzített telefonos hangfelvételeket a Biztosító 6 hónapig őrzi meg. A hangfelvételek elemzésének eredményeként létrejött dokumentumok 1 évig kerülnek megőrzésre.

Az ügyfelek azonosítási adatait, amelyeket a 31. pontban foglalt jogok gyakorlása során közölnek a Biztosítóval, a joggyakorlástól számított 10 évig kerülnek megőrzésre.

31. Mik az ügyfelek jogai és hogyan gyakorolhatják őket?

A vonatkozó jogszabályokkal összhangban, és amely esetekben ez alkalmazandó, az ügyfeleket a következő jogok illetik meg:

- **Hozzáféréshez való jog:** információt kérhetnek személyes adataik kezeléséről, és másolatot is kérhetnek ezekről az adatokról.
- **Helyesbítéshez való jog:** ha úgy gondolják, hogy a személyes adataik pontatlanok vagy hiányosak, kérhetik a személyes adataik helyesbítését.
- **Törléshez való jog:** a törvény által megengedett mértékben kérhetik a személyes adataik törlését.
- **Korlátozáshoz való jog:** az ügyfelek kérhetik a személyes adataik kezelésének a korlátozását.
- **Tiltakozáshoz való jog:** tiltakozhatnak a személyes adataik kezelése ellen. Joguk van tiltakozni a szemé-

lyes adataiknak közvetlen üzletszerzési célokra történő felhasználása ellen, beleértve a közvetlen üzletszerzési célokhoz kapcsolódó profilalkotást is.

- **Hozzájárulás visszavonása:** joguk van bármikor visszavonni a személyes adataik kezeléséhez adott hozzájárulást.
- **Adathordozhatósághoz való jog:** ha jogilag alkalmazható, az ügyfeleknek joguk van ahhoz, hogy a Biztosító visszajuttassa az ügyfeleknek a kapott és/vagy kezelt személyes adatokat, vagy ha ez technikailag megoldható, akkor továbbítsa azokat harmadik félnek.

Ha az ügyfelek élni szeretnének a fent felsorolt jogaikkal, kérésüket levélben vagy e-mailben juttathatják el az alábbi elérhetőségek egyikére:

BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt.

1062 Budapest, Teréz krt. 55-57., vagy
adatvedelem@cardif.hu

Azonosítás céljából a kérelemhez csatolni kell az ügyfelek személyazonosító igazolványának az arckép kitarásával készített szkennelt vagy fénymásolt másolatát. Amennyiben olyan szkennelt változatot / fénymásolatot küld az ügyfél a személyazonosító igazolványáról, amelyen az arckép nincs letakarva, akkor a Biztosító a kapott dokumentumról olyan másolatot készít és tárol, amelyen az arckép le van takarva, majd a kapott, arcképet tartalmazó példányt megsemmisíti vagy törli rendszereiből.

Az Általános Adatvédelmi Rendelet alapján az ügyfelek panaszt nyújthatnak be az illetékes felügyeleti hatósághoz (Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság, 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9-11., postacím: 1363 Budapest, Pf. 9., e-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu) a Biztosító adatkezelésével kapcsolatban. Az ügyfelek jogosultak a hatékony bírósági jogorvoslatra a felügyeleti hatóság rájuk vonatkozó, jogilag kötelező erejű döntésével szemben, vagy ha az illetékes felügyeleti hatóság

nem foglalkozik a panasszal, vagy három hónapon belül nem tájékoztatja a benyújtott panasszal kapcsolatos eljárási fejleményekről vagy annak eredményéről.

Az ügyfelek hatékony bírósági jogorvoslatra jogosultak, ha megítélésük szerint a személyes adataiknak a GDPR-nak nem megfelelő kezelése következtében az adatkezelő vagy az adatfeldolgozó megsértette a GDPR szerinti jogait. Az adatkezelővel vagy az adatfeldolgozóval szembeni eljárást az adatkezelő vagy az adatfeldolgozó tevékenységi helye szerinti tagállam bírósága előtt kell megindítani. Az ilyen eljárás megindítható az érintett szokásos tartózkodási helye szerinti tagállam bírósága előtt is.

32. Hogyan értesülhetnek az ügyfelek az adatkezelési tájékoztató változásairól?

A Biztosító rendszeresen frissíti az adatkezelési tájékoztatóját. A mindenkor legfrissebb verzió a biztosító honlapján, a www.bnpparibas.hu. érhető el elektronikus formában. Bármilyen jelentős változás esetén a Biztosító a weboldalán keresztül vagy a szokásos kommunikációs csatornák valamelyikén tájékoztatja ügyfeleit.

33. Kapcsolatfelvétel

A személyes adatok felhasználásával kapcsolatban az ügyfelek az adatvédelmi kapcsolattartóhoz vagy az adatvédelmi tisztviselőhöz fordulhatnak az alábbiak szerint:

- elsősorban a Biztosító helyi adatvédelmi kapcsolattartójához az **adatvedelem@cardif.hu címre küldött e-mail útján vagy a Biztosító székhelyére (1062 Budapest, Teréz krt. 55-57.) küldött levél útján, vagy**
- a BNP BARIBAS CARDIF csoport adatvédelmi tisztviselőjéhez a **data.protection@cardif.com címre küldött e-mail útján vagy az alábbi címre küldött levél útján:**
BNP Paribas CARDIF – DPO
8 rue du Port, 92728 Nanterre -France