

Visszafizetési Védelem

A CIB Bank Zrt. lakossági üzletfelei
számára nyújtott
biztosítási szolgáltatás

Annuitásos jelzáloghitel



CIB BANK



GENERALI

Biztosító

A CIB Visszafizetési Védelem

csoportos biztosítási szerződés biztosítási feltételei

A Biztosító a jelen Biztosítási feltételek alapján arra vállal kötelezettséget, hogy biztosítási díj ellenében a jelen Biztosítási feltételek szerint meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén a jelen Feltételekben meghatározott biztosítási szolgáltatásokat nyújt. A Biztosítási feltételekre, illetve a Feltételekben nem rendezett kérdésekben a Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény és az egyéb hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadóak.

1. Értelmező rendelkezések

- (1) **Kölcsön- vagy hitelszerződés** (a továbbiakban: együtt Kölcsönszerződés): az a szerződés, amely a CIB Bank Zrt. mint Hitelező és a Biztosított, mint Adós és/vagy Adóstárs között jön létre és amelynek alapján a Bank ingatlanfedezettel biztosított annuitásos kölcsönt nyújt. Jelen Biztosítási feltételek hatálya nem terjed ki a lakás-előtakarékossági szerződéssel kombinált vagy a türelmi idővel nyújtott kölcsönre.
- (2) **Baleset**: az a hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a Biztosítottat akaratától függetlenül az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés tartama alatt éri, és amely a Biztosított halálát okozza, vagy amellyel kapcsolatban a biztosított egészségkárosodást szenved.
- (3) **Kintlévőség**: a mindenkori aktuális kintlévőség a Biztosított Kölcsönszerződése alapján fennálló tartozása, mely tartalmazza az aktuális tőketartozást, valamint a kimutatás napját megelőző törlesztőrészlet esedékességének napja és a kimutatás napja közötti időszakra eső kamattartozást és a kölcsönrel kapcsolatosan ezen időszakban felmerülő valamennyi egyéb költséget
- (4) **Tőketartozás**: a mindenkori aktuális tőketartozás megegyezik a Biztosított által felvett kölcsönösszegnek a Bankhoz már befolyt törlesztőrészletek tőkerészével csökkentett összegével.
Törlesztőrészlet: a Kölcsönszerződés keretében nyújtott kölcsönösszeg visszafizetésére irányuló rendszeres havi befizetés, amely a szokásos pénzügyi számítások-

nak megfelelően megbontható tőke-törlesztőrészletre, ügyleti kamatra, illetve kezelési költségre.

- (5) **Munkaviszony:** alatt a mindenkor hatályos magyar jogszabályokban meghatározott, a magyar jog alapján létrejött következő jogviszonyokat kell érteni: munkaviszonyt, közszolgálati jogviszonyt, közalkalmazotti jogviszonyt, bírósági és igazságügyi, valamint ügyészségi szolgálati viszonyt, a Biztosított bedolgozói - és az 1994. június 1-jét megelőzően létesített - ezzel egy tekintet alá eső bedolgozói jogviszonyt, a hivatásos nevelőszülői jogviszonyt, a szövetkezeti tag munkaviszony jellegű munkavégzésre irányuló jogviszonyát, fegyveres és rendvédelmi szervek hivatásos és szerződéses állományú tagjának szolgálati viszonyát (a továbbiakban együtt: munkaviszony). A jelen Feltételekben hivatkozott jogszabályi rendelkezések alapján a Biztosító kockázatviselése kizárólag a magyar jog hatálya alá tartozó azon munkaviszonyra terjed ki, amely szerint a munkát a Magyar Köztársaság területén kell végezni, vagy magyar(országi) munkáltató utasítása szerint a munkát külföldön kell végezni.
- (6) **Közsférában dolgozók:** a Magyar Köztársaságnak (a továbbiakban: állam) és szerveinek, valamint az önkormányzatoknak és szerveiknek a feladatköre ellátásában dolgozó személyek (így különösen a köztisztviselők, közalkalmazottak), a fegyveres és rendvédelmi szervek tagjai (így különösen a honvédség, rendőrség, tűzoltóság dolgozói), az állami és/vagy önkormányzati költségvetésből finanszírozott közcélú intézmények dolgozói (így különösen nevelési, oktatási, kulturális és egészségügyi intézmények alkalmazottai) és mindazon egyéb, közérdekű feladatot – a jelen Feltételek szerinti munkaviszonyban – ellátó, legalább heti 30 órás munkavégzésre irányuló jogviszonyban álló személyek, akik
- nem minősülnek önfoglalkoztatóknak, és
 - nem jogosultak társadalombiztosítási nyugdíjra - kivéve az özvegyi nyugdíjat;
- (7) **Magánszférában dolgozók:** a közsférában dolgozókön kívül, bármely, az adózás rendjéről szóló 2003. évi XCII. törvényben meghatározott kifizetőnek minősülő személynél legalább heti 30 órás munkaviszonyban álló személyek, akik
- nem minősülnek önfoglalkoztatóknak, és
 - nem jogosultak társadalombiztosítási nyugdíjra - kivéve az özvegyi nyugdíjat;

- (8) **Önfoglalkoztató:** a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvényben egyéni vállalkozóként meghatározott személyek:
- az egyéni vállalkozóról és az egyéni cégről szóló törvény szerinti egyéni vállalkozói nyilvántartásban szereplő természetes személy,
 - a magán-állatorvosi tevékenység gyakorlására jogosító igazolvánnyal rendelkező magánszemély, a gyógyszerész magán-tevékenység, falugondnoki tevékenység, tanyagondnoki tevékenység vagy szociális szolgáltató tevékenység folytatásához szükséges engedéllyel rendelkező magánszemély,
 - az ügyvédekről szóló törvény hatálya alá tartozó ügyvéd, európai közösségi jogász,
 - az egyéni szabadalmi ügyvivő,
 - a nem közjegyzői iroda tagjaként tevékenykedő közjegyző,
 - a nem végrehajtói iroda tagjaként tevékenykedő önálló bírósági végrehajtó, továbbá
 - a mezőgazdasági őstermelő, a bérbeadó, a választott könyvwizsgáló, az európai parlamenti, az országgyűlési képviselő, valamint a helyi önkormányzati képviselő, amennyiben nem végez legalább heti 30 órás, munkavégzésre irányuló egyéb, a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény rendelkezései szerint nem önálló tevékenységnek minősülő tevékenységet;
- (9) **Várakozási idő:** kizárólag a munkanélküliségi és a keresőképtelenségi biztosítási kockázat tekintetében alkalmazandó -, a Biztosítási szerződés hatályának a Biztosítottra való kiterjesztésétől kezdődő, munkanélküliségi kockázat esetén 90 napos, keresőképtelenségi kockázat esetén 30 napos átmeneti időszak, mely alatt a Biztosító kockázatviselése a Biztosított munkanélküliségével, illetve keresőképtelenségével kapcsolatos biztosítási eseményekre nem terjed ki.
- (10) **Önrész:** a keresőképtelenségi, a munkanélküliségi és a kritikus betegségekre vonatkozó biztosítási kockázat tekintetében alkalmazandó -, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjától kezdődő időszak, amely alatt a Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése ellenére nem teljesít szolgáltatást. Az önrész mértéke a keresőképtelenségi és a munkanélküliségi kockázat esetében 60 nap, a kritikus betegségekre vonatkozó kockázat vonatkozásában 30 nap.
- (11) **Nyugdíjjogosultsággal rendelkezik,** aki a társadalombiztosítási nyugdíjrendszer keretében saját jogú nyugellá-

tásban (öregségi, rokkantsági, baleseti rokkantsági nyugdíjban, vagy rehabilitációs járadékban) részesül.

- (12) **Orvosszakértői intézet:** az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet,
- (13) **Álláskereső:** a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló 1991. évi IV. törvényben így meghatározott fogalom.
- (14) **Vállalatirányítási befolyással rendelkező személy:** a Biztosított, ha az adott munkáltatónál irányítási jogkörrel vagy befolyásoló részesedéssel rendelkezik, így különösen, ha ő a munkáltató tulajdonosa, vezető tisztségviselője, többségi részvényese, stb.
- (15) **Közeli hozzátartozó:** a Munka törvénykönyvében ekként meghatározott személyek: a házastárs, az egyenes ágbeli rokon, a házastárs egyenes ágbeli rokona, az örökbefogadott, mostoha és nevelt gyermek, az örökbefogadó, a mostoha és a nevelőszülő, a testvér, valamint az élettárs.

2. Általános rendelkezések

2.1 A Biztosítási szerződés alanyai

A Csoportos Biztosítás alanyai a Biztosító, a Szerződő, a Biztosított és a Kedvezményezett.

- (1) **Biztosító:** a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (székhely: 1066 Budapest, Teréz krt. 42-44.; cégjegyzékszám: 01-10-041305, PSZÁF törzsszáma: 10308024), amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és a Biztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.
- (2) **Szerződő:** a CIB Bank Zrt. (székhely: 1027 Budapest, Medve utca 4-14.; cégjegyzékszám: 01-10-041004), amely a Csoportos Biztosítást a Biztosított javára megköti. (továbbiakban: Bank)
- (3) **Biztosított:** A Biztosítási szerződés Biztosítottja a Kölcsönszerződésben adósként és/vagy adóstársként megnevezett 18-70 év közötti természetes személy, aki(k) a Biztosított nyilatkozat aláírásával és az aláírt Biztosított nyilatkozatnak a Bankhoz történő átadásával/visszaküldésével avagy távközlő eszköz útján, távértékesítés keretében megtett nyilatkozattal hozzájárul(nak)

ahhoz, hogy a Bank és a Biztosító között létrejött Csoportos Biztosítási Szerződés hatálya reá(juk) is kiterjedjen.

Azon Biztosítottak biztosítási védelme, akik a kockázatviselés tartama alatt töltik be a 62. életévüket és Teljes csomaggal rendelkeznek, külön nyilatkozattétel nélkül megváltozik oly módon, hogy a 62. életév betöltését követő naptári év első napjának 0. órájától a Teljes csomag helyett az Alap csomag biztosítási kockázatai vonatkoznak rájuk.

A Biztosítási szerződés alapján nem válhat Biztosítottá az a személy, aki a biztosítási védelem igénylésekor 18. életévet nem töltötte be, vagy a 61. életévét már betöltötte.

Ha a Biztosítási szerződés szerint a kockázatviselés feltételeként Egészségi nyilatkozat megtétele és/vagy a Biztosított orvosi vizsgálata szükséges, akkor a biztosított jogviszony csak abban az esetben jön létre, ha az Egészségi nyilatkozat és/vagy az orvosi vizsgálat alapján a Biztosító az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási kockázatot vállalja.

Amennyiben a Kölcsönszerződés a Bank és az adós valamint az adóstárs között jön létre, úgy a biztosítási védelem a biztosítandó személyek választása szerint vagy csak az adósra vonatkozik vagy az adósra és az adóstársra is kiterjed. Az adóstárs csak abban az esetben válhat Biztosítottá és csak addig az időpontig áll biztosítási védelem alatt, amennyiben mind az adós mind az adóstárs a Biztosított nyilatkozatot tesz és a rájuk vonatkozó biztosítási kockázatot a Biztosító elfogadta, és ameddig mind az adós, mind az adóstárs megfelel a jelen Feltételekben a biztosítotttság feltételéül meghatározott előírásoknak, és csak azon időszakra, amelyre a biztosítási díjat megfizették. Adóstárs csak abban az esetben válhat Biztosítottá, ha adós a Biztosított nyilatkozat aláírásával ehhez hozzájárul.

Az adós biztosított jogviszonyának megszűnésekor az adóstárs biztosított jogviszonya is megszűnik. A Biztosító kockázatviselése az adós vonatkozásában a díj megfizetése mellett akkor is megmarad, ha az adóstárs biztosítása megszűnik.

A Biztosító kockázatviselése azon Biztosított vonatkozásában, aki a biztosítás igénylésének időpontjában nyugdíjjogosultsággal rendelkezik, csak a haláleseti védelem vonatkozásában kezdődik meg, és a Biztosító ilyen Biztosított esetén kizárólag haláleseti szolgáltatás teljesítésére lehet köteles.

- (4) **Kedvezményezett:** A Biztosítási szerződés Kedvezményezettje a **Biztosítottnak a Biztosított nyilatkozattal megadott beleegyezése alapján** – a Szerződés hitelfedezeti jellege miatt – a CIB Bank Zrt., **amely a biztosítási szolgáltatásra jogosult.**

Ha a Biztosítotti nyilatkozaton a CIB Bank Zrt. -n kívül más személyt (is) Kedvezményezettnek jelölnék meg, akkor az ilyen Biztosítotti nyilatkozat nem tekinthető érvényesnek és annak alapján a Biztosítási szerződés hatálya az ilyen nyilatkozatot tevő személyre nem terjed ki.

2.2 A Biztosítási szerződés létrejötte

- (1) A Csoportos Biztosítási Szerződés a Bank és a Biztosító CIB Visszafizetési Védelemre vonatkozó megállapodásával jön létre.
- (2) A Biztosítotti nyilatkozat az a dokumentum, amely tartalmazza a Biztosított arra vonatkozó hozzájáruló nyilatkozatát, hogy a Bank és a Biztosító között létrejött Biztosítási szerződés hatálya rá is kiterjedjen, s amely tartalmazza továbbá a Biztosított jogaira és kötelezettségeire vonatkozó tájékoztatást, így különösen a hatóságokra, intézményekre vonatkozó titoktartási kötelezettség alóli felmentést, valamint a Biztosítottnak a Kedvezményezett megjelölésére vonatkozó hozzájárulását. A Biztosítotti nyilatkozat a Biztosítási szerződés részét képezi.
- (3) Biztosítotti nyilatkozatnak minősül a jelen Feltételek 2.1. (3) pontjában meghatározott életkorú adósnak, illetve adóstársnak a távértékesítés keretében kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésekről szóló 2005. évi XXV. törvény szerint távértékesítés keretében, távközlő eszköz útján tett, bizonyítható és azonosítható módon rögzített szóbeli nyilatkozata – amely szerint a biztosítandó személy a szerződésre vonatkozó tájékoztatás alapján egyértelműen kijelenti, hogy a Kölcsönszerződéshez kapcsolódó Visszafizetési Védelemre igényt tart és a Kedvezményezett megjelöléséhez hozzájárul (továbbiakban: szóbeli Biztosítotti nyilatkozat). A Bank a biztosítási védelem létrejöttének igazolásaként írásbeli visszaigazolást küld a Biztosított részére. Szóbeli Biztosítotti nyilatkozatot kizárólag az Adós tehet, ha nincs szükség a (4) (5) pontban meghatározott kockázatelbírálásra.
- (4) A Biztosított a Biztosítotti nyilatkozat részeként Egészségi nyilatkozat megtételére is köteles az alábbi esetekben:
 - a kölcsön igénylése esetén az igényelt kölcsön - devizában történt kölcsönigénylés esetén az igényelt kölcsönösszegnek a Szerződő által, az igénylés napján alkalmazott eladási devizaárfolyamon számolt forintösszege a 15 000 000 Ft-ot meghaladja;
 - meglévő Kölcsönszerződés esetén a Biztosítotti nyilatkozat Szerződő általi átvételének napján a fennálló tő-

ketartozás - a kölcsön devizában történő nyilvántartása esetén a Szerződő által a Biztosítotti nyilatkozat megtételének napján alkalmazott eladási devizaárfolyamon számolt forint - összege a 15 000 000 Ft-ot meghaladja,

de egyik esetben sem több, mint 50 000 000 Ft.

- (5) A Biztosítási szerződésnek a biztosítandó személyre történő hatályossá válásához orvosi vizsgálat elvégzése szükséges az alábbi esetekben:
- a kölcsön igénylése esetén az igényelt kölcsön - devizában történt kölcsönigénylés esetén az igényelt kölcsönösszegnek a Szerződő által, az igénylés napján alkalmazott eladási devizaárfolyamon számolt forint - összege az 50 000 000 Ft-ot meghaladja;
 - meglévő kölcsönszerződés esetén a Biztosítotti nyilatkozat Szerződő általi átvételének napján a fennálló tőketartozás - a kölcsön devizában történő nyilvántartása esetén a Szerződő által, a Biztosítotti nyilatkozat megtételének napján alkalmazott eladási devizaárfolyamon számolt forint - összege az 50 000 000 Ft-ot meghaladja.

Ebben az esetben a Biztosítotti nyilatkozat részét képezik az orvosi vizsgálatról készült jegyzőkönyv és annak mellékletei is.

- (6) A Biztosító a (4)-(5) bekezdésben foglalt esetben kockázatelbírálást végez. A Biztosító az orvosi vizsgálatról történő kockázatelbírálás eredményéről – az orvosi vizsgálatról készült jegyzőkönyv és annak mellékleteinek a Biztosítóhoz történt hiánytalan beérkezését követően – 5 munkanapon belül értesíti a Szerződőt és a Biztosítottat. Az Egészségi nyilatkozat alapján történő kockázatelbírálás eredményéről a biztosítandó személyt a Bank tájékoztatja. A biztosítotti jogviszony csak abban az esetben jön létre, ha az Egészségi nyilatkozat vagy az orvosi vizsgálat alapján a Biztosító az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási kockázatot vállalja. Ha a Biztosító a kockázatot nem vállalja, az elutasítást tartalmazó döntéséről a Szerződőt és az érintett – Biztosítotti nyilatkozatot tevő – személyt is értesíti. Az elutasítást a Biztosító nem köteles megindokolni.
- (7) A biztosítandó személy köteles a Biztosítotti nyilatkozatot a valóságnak megfelelően és hiánytalanul megtenni, és köteles a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a Biztosítóval közölni, amelyeket ismert vagy ismernie kellett (közlési kötelezettség).

2.3 A biztosítási szerződés hatálybalépése

Az egyes Biztosítottak vonatkozásában a Biztosítási szerződés

- a kölcsön folyósításának napját követő nap 0. órájkor, szakaszos folyósítás esetén az 1. (első) részfolyósítás napját követő nap 0. órájkor, de legkorábban a Biztosított nyilatkozat Szerződő általi átvételét követő nap 0. órájkor,
- távértékesítés keretében, szóbeli Biztosított nyilatkozat megtételével csatlakozott Biztosított vonatkozásában – a Biztosított erre vonatkozó hozzájárulása esetén – a szóbeli Biztosított nyilatkozat megtétele napját követő nap 0. órájkor,
- távértékesítés keretében, írásbeli Biztosított nyilatkozat megtételével csatlakozott Biztosított vonatkozásában a Biztosított nyilatkozatnak a Szerződő általi átvételét követő nap 0. órájkor,

lép hatályba, feltéve, hogy a Biztosító az adott személlyel kapcsolatos kockázatot vállalja.

2.4 A kockázatviselés kezdete és megszűnése

- (1) A Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított vonatkozásában a Biztosítási szerződésnek az adott Biztosítottra vonatkozó hatálybalépése időpontjában, a munkanélküliségi és keresőképzetlenségi kockázat tekintetében pedig a várakozási idő eltelte után kezdődik meg.
- (2) A Biztosító kockázatviselése valamennyi Biztosított vonatkozásában megszűnik a Biztosítási szerződés megszűnése esetén, az alábbi időpontok valamelyikében:
 - a) a Csoportos Biztosítási Szerződés megszűnése esetén a biztosítási díjjal fedezett időszak utolsó napján;
 - b) ha a Bank az esedékes biztosítási díjat nem fizeti meg, az elmaradt biztosítási díj esedékességétől számított 60. nap 24. órájkor.
- (3) A Biztosító kockázatviselése megszűnik az adott Biztosított vonatkozásában a Bank és a biztosított között létrejött Kölcsönszerződés megszűnését követő nap 0. órájkor.
- (4) A Biztosító kockázatviselése megszűnik továbbá az egyes Biztosítottak vonatkozásában az alábbi esetekben és időpontban:
 - a) Távértékesítés keretében történő értékesítés esetén a Biztosítottnak - indokolási és fizetési kötelezettség nélküli - azonnali hatályú felmondásával. A Biztosított felmondási jogát a Csoportos Biztosítási Szerződés hatályának rá való kiterjesztéséről szóló írásbeli vissza-

igazolás kézhezvételétől számított 30 napon belül gyakorolhatja.

- b) A Biztosítottnak a Biztosítási szerződés hatályának reá való kiterjesztéséhez adott hozzájáruló nyilatkozata visszavonása esetén (a továbbiakban: Visszavonásról szóló nyilatkozat), a Visszavonásról szóló nyilatkozatnak a Bankhoz történő megérkezését követő törlesztőrészlet esedékessége napján 24. órakor. A Biztosított Visszavonásról szóló nyilatkozata kizárólag írásban érvényes.
- c) Amennyiben a Biztosító kockázatviselése az adós vonatkozásában bármely okból megszűnik, akkor ebben az időpontban a kockázatviselés az adóstárs vonatkozásában is megszűnik.
- d) Ha az adott Biztosítottra vonatkozó esedékes biztosítási díjat nem fizették meg, az első elmaradt biztosítási díj esedékességétől számított 60. nap 24. órakor.
- e) A Biztosított halála, I. vagy II. csoportos rokkantsága esetén, ha a Biztosító szolgáltatást nyújtott - a biztosítási esemény bekövetkezésekor.
- f) A Biztosított halálára és rokkantságára vonatkozó biztosítási kockázatok vonatkozásában annak a naptári évnek az utolsó napján 24. órakor, amelyben a Biztosított 70. életévét betöltötte; keresőképtelenségi, munkanélküliségi és kritikus betegségekre vonatkozó biztosítási kockázat vonatkozásában annak a naptári évnek az utolsó napján 24. órakor, amelyben a biztosított 62. életévét betöltötte.

2.5 A biztosítás területi hatálya

A Biztosító kockázatviselése az egész világra kiterjed, a nap 24 órájában.

3. A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

3.1 A Biztosítotti nyilatkozat

A Biztosítási szerződés adott Biztosítottra történő kiterjesztéséhez a Biztosított hozzájárulása szükséges, melyet a Biztosított a Biztosítotti nyilatkozat megtételével (és annak a Bank részére való továbbításával) tesz meg. A Bank köteles a Biztosítotti nyilatkozatokat beszerezni és archiválni.

3.2 A biztosított közlési kötelezettsége

- (1) A Biztosított köteles közlési kötelezettségének eleget tenni.

- (2) A közlési kötelezettség abban áll, hogy a Biztosított köteles a Biztosítotti nyilatkozat megtételekor a Biztosító által feltett kérdésekre közölni minden olyan körülményt, amely a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges, és amelyeket ismert vagy ismernie kellett. A Biztosító feltett kérdéseire adott hiánytalan és a valóságnak megfelelő választással továbbá – szükség esetén – az orvosi vizsgálaton való részvétellel a Biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz.
- (3) Az orvosi vizsgálat elvégzése a Biztosítottat közlési kötelezettsége alól nem mentesíti.

3.3 A Biztosító mentesülése a szolgáltatási kötelezettség alól közlési kötelezettség megsértése esetén

- (1) A közlési kötelezettség megsértése esetében a Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, kivéve, ha bizonyítják, hogy
 - a) a Biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a szerződéskötéskor ismerte, vagy
 - b) az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.
- (2) Azt, hogy a felsorolt esetek valamelyike fennáll, annak kell bizonyítania, aki azokra hivatkozik.

4. A biztosítási díj

- (1) A Biztosítottakra vonatkozó biztosítási díjat a Szerződő fizeti meg a Biztosító részére forintban (HUF). A Szerződő az adott Biztosítottakra vonatkozó esedékes biztosítási díjat havonta áthárítja az érintett Biztosítottakra. Az áthárított biztosítási díj Biztosított általi megfizetése oly módon történik, hogy a Szerződő havonta a törlesztőrészlet esedékességének napján megterheli a Biztosított adósnak a Banknál vezetett bankszámláját. Amennyiben a Kölcsönszerződés Adósa és Adóstársa is Biztosított, az áthárított biztosítási díj megfizetésére ebben az esetben is – mind az adósra, mind az adóstársra vonatkozóan – a Biztosított adós köteles. Az áthárított biztosítási díj devizaneme megegyezik a kölcsöntörlesztés devizanemével. A első biztosítási díj áthárításának napja (bankszámla megterhelésének napja): a Kölcsönszerződés 1. (első) törlesztőrészlete esedékességének napja, meglévő és folyósított kölcsönszerződés esetén a Biztosítotti nyilatkozat (ideértve a szóbeli Biztosítotti nyilatkozatot is) megtételét követő 1. (első) törlesztőrészlet esedékességének napja.

- (2) Az egy Biztosítottra eső biztosítási díj számításának alapja a folyósítás napján 24 órakor fennálló tőketartozás.

Szakaszos folyósítás esetén a díj számításának alapját úgy kell meghatározni, mint önálló kölcsönszerződések alapján fennálló tőketartozások összegét.

A devizában nyilvántartott kölcsönösszegek esetében a biztosítási díj forintösszegét a törlesztőrészlet esedékességének napján érvényes CIB Bank Zrt. eladási devizaárfolyamát alapul véve kell meghatározni és megfizetni.

- (3) Az adott Biztosítottra vonatkozó havi biztosítási díj az előbbiekben meghatározott biztosítási díj alap és a biztosítási díjszorító szorzata – figyelemmel a (2) bekezdésben írtakra.

Csomag	Szolgáltatás	Az egy főre vonatkozó biztosítási díj/hó
Alap	Halál és I., II. csoportos rokkantság	Biztosítási díj alapja \times 0,036%
Teljes	Halál és I., II. csoportos rokkantság + változó kockázat (Keresőképtelenség / munkanélküliség / kritikus betegségek)	Biztosítási díj alapja \times 0,057%

- (4) A maximális biztosítható kölcsönösszeg 65.000.000,-Ft, azaz hatvanötmillió forint. A devizában igényelt/nyilvántartott kölcsön esetében a Szerződő által a kölcsön igénylése napján alkalmazott deviza eladási árfolyam figyelembe vételével kell kiszámítani a maximálisan biztosítható kölcsönösszeget.
- (5) A biztosítás folyamatos díjú, a díjfizetés havonta történik.
- (6) A biztosítási időszak a naptári évvel egyezik meg.
- (7) A Biztosító fenntartja magának a jogot arra, hogy a biztosítási díjak mértékét a Biztosítási szerződés megkötésétől számítva 5 évenként felülvizsgálja, amennyiben a kockázatközösség egészét illetően a halálozások, a rokkantsági, a keresőképtelenségi, munkanélküliségi, vagy a kritikus betegségekre vonatkozó adatok lényegesen eltérnek a díjkalkulációkor alapul vett statisztikáktól.
- (8) A Biztosító a jelen Feltételek alapján a felülvizsgálat alapján jogosult a biztosítási díjak mértékét a következő naptári év első napjától kezdődően módosítani valamennyi Biztosított vonatkozásában.

5. Választható biztosítási csomagok

Alapcsomag	Halál és I., II. csoportos rokkantság
Teljes csomag	Halál és I., II. csoportos rokkantság + Változó kockázat (Keresőképtelenség / kritikus betegségek / munkanélküliség)

A Teljes csomag részét képező változó kockázat a Biztosítottnak a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában fennálló foglalkoztatottsági jellemzőitől függően (a Biztosított munkahelyi státuszától függően) az alábbi biztosítási kockázatot tartalmazza;

- **keresőképtelenségi** biztosítási kockázat vonatkozik azokra a Biztosítottakra, akik a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában a **köz- vagy a magánszférában dolgoznak, vagy önfoglalkoztatók**;
- **kritikus betegségekre vonatkozó** biztosítási kockázat vonatkozik azokra a Biztosítottakra, akik a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában a jelen Feltételek szerint **álláskeresőnek minősülnek**;
- **munkanélküliségi** biztosítási kockázat vonatkozik azokra a Biztosítottakra, akik a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában a jelen Feltételek szerinti, legalább heti 30 órás folyamatos munkavégzésre irányuló munkaviszonyban állnak **a magánszférában**.

A Biztosító a szolgáltatási igényt a Biztosítottnak a biztosítási esemény bekövetkezése időpontjában fennálló munkahelyi státusza figyelembe vételével bírálja el.

6. A Biztosító teljesítésének feltételei

6.1 A biztosítási esemény

Jelen Feltételek alapján létrejött Biztosítási szerződés alkalmazásában, a választott szolgáltatás szerinti biztosítási események az alábbi, előzmény nélküli események lehetnek:

- a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező halála;
- a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező olyan balesete vagy kialakuló olyan betegsége, amely az orvosszakértői intézet megállapítása szerint a Biztosított 79 százalékot meghaladó egészségkárosodását (I. vagy II. rokkantság csoport) eredményezi;
- a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatti, 60 napot meghaladó folyamatos betegállománya (továbbiakban: keresőképtelenség), saját egészségi állapotának romlása miatt, és ezzel összefüggésben táppénzre való jogosultságszerzése;

- d) a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt diagnosztizált, jelen Feltételek szerinti kritikus betegsége;
- e) a Biztosított munkaviszonyának a kockázatviselés tartama alatti, e)1) pont szerinti megszüntetése, és ezzel összefüggésben álláskeresési járadékra való jogosultságszerzése.
 - e)1) a Biztosító szolgáltatásának feltételét képező, a munkaviszony megszűnését eredményező tények az alábbiak:
 - munkáltató rendes felmondása,
 - munkavállaló rendkívüli felmondása.

A jelen Feltételek szerint a biztosítási esemény előzmény nélkülinek minősül, ha a biztosítási esemény összes, a jelen pontban leírt fogalmi eleme – tekintettel a jelen Feltételek 7.2. (5) bekezdésében írtakra is – a Biztosító adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselésének tartama alatt következett be.

6.1.1 A biztosítási esemény időpontja

- (1) Jelen Feltétel alapján a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a következő:
 - a) Halál esetén a Biztosított halálának napja.
 - b) I-II. csoportos rokkantság esetén az orvosszakértői intézet által kiállított, a 79 százalékot meghaladó egészségkárosodást megállapító szakvélemény keltének napja.
 - c) Keresőképtelenség esetén a keresőképtelenség 1. napja.
 - d) Kritikus betegségekre vonatkozó kockázat esetén a következő:
 - szívinfarktus esetén a betegség bekövetkezésének a kezelőorvos által megállapított időpontja,
 - rosszindulatú daganat esetén a betegség diagnosztizálásának időpontja,
 - agyi érkatasztrófa esetén a betegség bekövetkezésének időpontja, feltéve, hogy a maradandó szervi idegrendszeri károsodást jelző fizikális tünetek a betegség fellépését követő 60 nap után is egyértelműen kimutathatók,
 - veseelégtelenség fellépésekor a dialíziskezelés első napja, feltéve, hogy a Biztosított a dialízis kezdetétől számított legalább 60 napig dialíziskezelésre szorul,
 - szívkoszorúér-műtét esetén a műtét időpontja.
 - e) A Biztosított munkanélkülivé válása esetén az álláskeresési járadékra való jogosultság megszerzésének napja.

6.1.2 A 79 százalékot meghaladó egészségkárosodás (I. vagy II. rokkantsági csoport) meghatározása

- (1) (Biztosítási esemény az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan betegség, baleset, egészségi állapotromlás, testi vagy szellemi fogyatkozás, melynek következtében az illetékes magyarországi társadalombiztosítási orvosszakértői intézet szakvéleményében a Biztosítottnál 79 százalékot meghaladó mértékű egészségkárosodást (a társadalombiztosítási nyugellátásról szóló 1997. évi LXXXI. törvény (Rtv.) 36/A. § (1) a) aa) bekezdés szerinti rokkantság, I. vagy II. rokkantsági csoport) állapított meg, az alábbi feltételek együttes fennállása esetén:
- a) a Biztosított a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervnél a rokkantsággal összefüggő igénybejelentését a kockázatviselés tartama alatt kezdeményezi, továbbá
 - b) a Biztosítottnak a Biztosított nyilatkozat aláírása előtt rokkantsági nyugdíjat, baleseti rokkantsági nyugdíjat, rehabilitációs járadékot, baleseti járadékot, átmeneti járadékot, rendszeres szociális segélyt, bányász dolgozó egészségkárosodási járadékát vagy rokkantsági járadékot nem állapítottak meg, illetve a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervnél nem volt folyamatban erre irányuló kérelme.
 - c) Az Rtv. hivatkozott rendelkezése szerint rokkantsági nyugdíjra jogosult az, akinek esetében a rehabilitációs járadékról szóló törvényben meghatározott egészségkárosodása 79 százalékot meghaladó mértékű.
- (2) (Mindkét szem látásának visszafordíthatatlan és végleges elvesztése, illetve legalább két végtag (legalább csuklóizülettől vagy bokaizülettől való) elvesztése esetén a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához az orvosszakértői intézet szakvéleménye nem szükséges.

6.1.3 A keresőképtelenség meghatározása

Biztosítási esemény az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan betegség vagy baleset, melynek következtében a Biztosított a magyarországi társadalombiztosítási ellátórendszerben a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által igazoltan, saját jogon keresőképtelen állományba kerül és ezzel összefüggésben táppénzre jogosultságot szerez.

Keresőképtelenség alatt az 1997. évi LXXXIII. törvény – a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól – 44.§ a), f) és g) pontjában meghatározott fogalmat kell érteni.

Keresőképtelen:

- a) aki betegsége miatt munkáját nem tudja ellátni;
- f) aki fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásban betegségének megállapítása vagy gyógykezelése miatt részesül;
- g) akit közegészségügyi okból foglalkozásától eltiltanak és más beosztást nem kap, vagy akit közegészségügyi okból hatóságilag elkülönítenek, továbbá, aki járványügyi, illetőleg állat-egészségügyi zárlat miatt munkahelyén megjelenni nem tud, és más munkahelyen (munkakörben) átmenetileg sem foglalkoztatható.

6.1.4 Kritikus betegségek meghatározása

A **szívizomelhalás** (szívinfarktus) a szívizomzat bizonyos részének elhalása, melynek oka az elhalt terület vérellátásának hirtelen kialakuló elégtelensége. Jelen Feltételek szempontjából csak azok a kóros állapotok tekinthetők szívizomelhalásnak, ahol a sérült terület kiterjedése olyan mértékű, amely a szokásos EKG regisztrációs technikákkal is észlelhető kóros Q-hullám kialakulását okozza.

Rosszindulatú daganatos betegség esetén a szövettani atípia jeleit mutató sejtek (rosszindulatú sejtek) kontrollálatlan szaporodása áll fenn, melynek során a rosszindulatú sejtek a szövethatárokat áttörve terjeszkednek (invázió), és fennáll a rosszindulatú sejtek távoli szervekben való megtelepedésének, szaporodásának és a szerv inváziójának lehetősége (metasztázis).

Jelen Feltételek szerint a rosszindulatú betegségek csoportjába a vérképző szövetek rosszindulatú daganatai (leukémiák), a retikuloendoteliális és nyirokrendszerből kiinduló daganatok (limfómák), a rosszindulatú plazmasejt-rendellenességek (plazmasejtes mieloma) is beletartoznak.

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a rosszindulatú daganatok alábbi csoportjaira:

- rákelőző (precarcinóma) állapotok,
- a környezetet el nem árasztó (in situ) daganatok,
- a bőrrák, kivéve a festékes anyajegyek rosszindulatú daganatait (melanoma malignum),
- a HIV pozitív diagnózis mellett fellépő bármely daganat.

Agyi érkatasztrófa az a koponyán belüli érben kialakuló kóros állapot (érfalszakadás, teljes- vagy részleges érelzáródás trombózis vagy embólia következtében), melynek folytán a központi idegrendszerek az ér által ellátott területei elhalása,

infarktusa és maradandó szervi, idegrendszeri károsodása (úgynevezett góctünet) alakul ki, azaz a károsodást jelző fizikális tünetek az érkatasztrófa fellépését követő 60 nap után is egyértelműen kimutathatók.

Balesettel okozati összefüggésben lévő érkatasztrófákra a kritikus betegségekre vonatkozó biztosítási kockázat nem terjed ki. Az érkatasztrófa tényét, a maradandó neurológiai deficit tényét és a kettő közötti okozati összefüggés tényét a Biztosító orvosa vagy az általa kijelölt konziliárius állapítja meg.

Krónikus veseelégtelenség áll fenn, ha mindkét vese működése visszafordíthatatlanul csökkent és ez a csökkenés olyan mértékű, hogy az állapot művesekezelés vagy veseátültetés nélkül az élettel nem összeegyeztethető, és a Biztosított a dialízis kezdetétől számított legalább 60 napig dialíziskezelésre szorul.

Szívkoszorúér-műtétnek számít az a nyitott mellkasi beavatkozás, melynek célja két vagy több ér koszorúérfestéssel igazolt szűkületének vagy elzáródásának megszüntetése a beteg érszakasz eltávolítása és annak a szervezet más részéből származó érrel való pótlása vagy a beteg érszakasz ép artériával történő áthidalása által.

6.1.5 A munkanélküliség meghatározása

A jelen Feltétel alkalmazásában munkanélküliség a magánszférában legalább heti 30 órás folyamatos munkaviszonyban álló Biztosítottnak a várakozási idő elteltét követően, a kockázatviselés tartamán belül bekövetkező munkanélkülivé válása (a munkáltató rendes felmondásával, vagy a munkavállaló rendkívüli felmondásával), és a Biztosítottnak ezzel összefüggésben álláskeresési járadékra való jogosultságszerzése, abban az esetben, ha őt az illetékes magyarországi munkaügyi központ munkanélküliként tartja nyilván, és munkát akar vállalni, de számára az illetékes magyarországi munkaügyi központ nem tud megfelelő munkahelyet felajánlani.

6.2 A Biztosító szolgáltatása

(1) A jelen Feltételek szerint megköthető Biztosítási szerződésben az alábbi szolgáltatásokat tartalmazó biztosítási kockázatok választhatók:

- a Biztosított halálára szóló szolgáltatást,
- a Biztosított 79 százalékot meghaladó egészségkárosodására (I. vagy II. rokkantsági csoport) szóló szolgáltatást,
- a Biztosított keresőképtelenségére szóló szolgáltatást,
- a Biztosított kritikus betegségére szóló szolgáltatást,

– a Biztosított munkanélküliségére szóló szolgáltatást

tartalmazó biztosítási kockázat.

- (2) A biztosítási kockázatok közötti választás a Biztosított nyilatkozat megtételével egyidejűleg történik, a választott biztosítási kockázatnak a Biztosított nyilatkozatban való megjelölésével.
- (3) A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége adott Biztosított vonatkozásában csak az adott Biztosítottra érvényes biztosítási kockázatok szolgáltatási körére terjedhet ki, a jelen Feltételekben leírt szabályok szerint.
- (4) Devizában nyújtott/nyilvántartott kölcsönösszegek esetén a Biztosító szolgáltatása mind a törlesztőrészlet, mind a tőketartozás vonatkozásában tartalmazza a Biztosító szolgáltatásáig elszámolt árfolyam-korrekciót is. A devizában nyújtott/nyilvántartott kölcsönösszegek esetében a biztosítási szolgáltatás forintösszegét a szolgáltatás teljesítésekor érvényes CIB Bank Zrt. eladási devizaárfolyamát alapul véve kell meghatározni és megfizetni.
- (5) A Biztosító saját késedelmes teljesítése esetén vállalja a Biztosítottat terhelő, a késedelem tartamára eső késedelmi kamat megtérítését. A szolgáltatási igény bejelentőjének késedelme kizárja a Biztosító késedelmét.
- (6) A Biztosító szolgáltatási kötelezettségét az alábbiak szerint teljesíti:

6.2.1 Halál és 79 százalékot meghaladó egészségkárosodás (I. vagy II. rokkantsági csoport) biztosítási esemény esetén

- (1) A Biztosító a halál és 79 százalékot meghaladó egészségkárosodás (I. vagy II. rokkantsági csoport) biztosítási események bekövetkezésekor a biztosítási esemény időpontjában a Kölcsönszerződés alapján fennálló teljes kintlévőséggel megegyező mértékű biztosítási szolgáltatást fizeti meg a Kedvezményezett részére.
- (2) A Biztosító a jogosnak minősülő szolgáltatási igények esetében akkor is vállalja a biztosítási esemény és a szolgáltatási igény Biztosító általi elbírálása között eltelt időtartamra – maximum 2 hónapra – járó, a Kölcsönszerződés szerinti ügyleti és késedelmi kamatok, kezelési költség összegének megfizetését, ha ez a szolgáltatást megelőző

köztes időtartam nem a Biztosító késedelmes döntéshozatalának eredménye.

6.2.2 Keresőképtelenségi biztosítási esemény esetén

- (1) A Biztosított folyamatos keresőképtelensége esetén a Biztosító a kockázatviselés tartama alatt, jelen Feltételek szerint a folyamatos keresőképtelenség időtartamára vállalja a törlesztő részletek teljesítését.
- (2) A Biztosító kockázatviselése a Biztosított keresőképtelenné válása tekintetében 30 nap várakozási idő eltelte után kezdődik.
- (3) A Biztosító a keresőképtelenségi biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjától számított első 60 napra nem teljesít szolgáltatást (önrész). A Biztosító első szolgáltatása a keresőképtelenségi biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjától számított 60. napot követő, először esedékessé váló törlesztő részlettel egyezik meg. Az önrészről szóló rendelkezéseket valamennyi biztosítási eseménynél alkalmazni kell.
- (4) A Biztosított folyamatos keresőképtelensége esetén a Biztosító harminc naponként – a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjától számított 90., 120., stb. napja után – a következő esedékessé váló tárgyhavi törlesztőrészletet teljesíti a kockázatviselés tartama alatt mindaddig, amíg a Biztosított folyamatos keresőképtelensége fennáll, tekintettel a jelen Feltételek 6.3. pontjában foglaltakra.
- (5) A Biztosító keresőképtelenségi szolgáltatása az alábbi esetekben megszűnik:
 - a) amennyiben a keresőképtelenség indokoltsága orvosiilag már nem igazolt;
 - b) a biztosított halála, I-II. csoportos rokkantsága esetén;
 - c) amennyiben a Biztosított a társadalombiztosítási nyugdíjrendszer keretében saját jogú nyugellátásban (öregségi, rokkantsági, baleseti rokkantsági nyugdíjban, vagy rehabilitációs járadékban) részesül;
 - d) amennyiben a Kölcsönszerződés megszűnik, tekintettel a jelen Feltételek 2.4. (3) bekezdésében írtakra;
 - e) amennyiben a Biztosított a jelen Feltételek 6.3. pontjában írt szolgáltatási határt elérte.

6.2.3 Kritikus betegségekre vonatkozó biztosítási esemény esetén

- (1) A Biztosított kritikus betegsége esetén a Biztosító a kockázatviselés tartama alatt, jelen Feltételek szerint vállalja a törlesztőrészletek teljesítését.
- (2) A Biztosító a kritikus betegségekre vonatkozó biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjától számított első 30 naphoz nem teljesít szolgáltatást (önrész). A Biztosító első szolgáltatása a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjától számított 30. napot követő, először esedékessé váló törlesztőrészlettel egyezik meg. Az önrészről szóló rendelkezéseket valamennyi biztosítási eseménynél alkalmazni kell.
- (3) A Biztosított kritikus betegsége esetén a Biztosító harminc naponként – a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjától számított 60., 90. stb. napja után – a következő esedékessé váló tárgyhavi törlesztőrészletet teljesíti a kockázatviselés tartama alatt, mindaddig, amíg az ennek alapjául szolgáló körülmények orvosilag igazoltan fennállnak, tekintettel a jelen Feltételek 6.3. pontjában foglaltakra.
- (4) A Biztosító kritikus betegségekre vonatkozó szolgáltatása az alábbi esetekben megszűnik:
 - a) amennyiben a kritikus betegség további fennállása orvosilag már nem igazolt;
 - b) a Biztosított halála, I-II. csoportos rokkantsága esetén;
 - c) amennyiben a Kölcsönszerződés megszűnik, tekintettel a jelen Feltételek 2.4. (3) bekezdésében írtakra;
 - d) amennyiben a Biztosított a jelen Feltételek 6.3. pontjában írt szolgáltatási határt elérte.

6.2.4 Munkanélküliségi biztosítási esemény esetén

- (1) A munkanélküliségi biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a kockázatviselés tartama alatt, jelen szerződési Feltételek szerint, az álláskeresési járadék folyósítás időtartamára vállalja szolgáltatás teljesítését.
- (2) A Biztosító kockázatviselése a Biztosított munkanélkülivé válása tekintetében 90 nap várakozási idő eltelte után kezdődik.
- (3) A munkanélküliségi biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjától számított első 60 naphoz a Biztosító nem teljesít szolgáltatást (önrész). A Biztosító első szolgáltatá-

sa a Biztosított álláskeresési járadékban töltött 60. napját követő, először esedékessé váló törlesztőrészlettel egyezik meg. Az önrészről szóló rendelkezéseket valamennyi biztosítási eseménynél alkalmazni kell.

- (4) A Biztosított folyamatos munkanélkülisége esetén a Biztosító harminc naponként – a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjától számított, álláskeresési járadékban töltött 90., 120., stb. napja után – a következő esedékessé váló tárgyhavi törlesztőrészletet teljesíti a kockázatviselés tartama alatt mindaddig, amíg a Biztosított folyamatos munkanélkülisége fennáll, tekintettel a jelen feltételek 6.3. pontjában foglaltakra.
- (5) A Biztosító munkanélküliségi szolgáltatása az alábbi esetekben megszűnik:
 - a) a Biztosított halála, vagy I-II. csoportos rokkantsága esetén;
 - b) amennyiben a Biztosított a társadalombiztosítási nyugdíjrendszer keretében saját jogú nyugellátásban (öregségi, rokkantsági, baleseti rokkantsági nyugdíjban, vagy rehabilitációs járadékban) részesül;
 - c) amennyiben a Kölcsönszerződés megszűnik;
 - d) amennyiben a Biztosított álláskeresési járadékra vonatkozó jogosultsági idejét kimerítette, vagy álláskeresési járadékra való jogosultsága egyéb okból megszűnt;
 - e) amennyiben a Biztosított a jelen Feltételek 6.3. pontjában írt szolgáltatási határt elérte.

6.3 A szolgáltatás korlátozása

- (1) A Biztosító a halál és 79 százalékot meghaladó egészségkárosodás (I. vagy II. rokkantsági csoport) biztosítási események bekövetkezésekor maximum 65.000.000 Ft-ot teljesít szolgáltatásként.
- (2) A Biztosító havi szolgáltatási maximuma a keresőképtelenségi, munkanélküliségi, és a kritikus betegségekre vonatkozó biztosítási események tekintetében 400.000,-Ft, azaz négyszázezer forint. A törlesztőrészlet ezt meghaladó részét a kölcsönszerződés adósa, adósai kötelesek megfizetni a Bank részére.
- (3) A várakozási idő alatt bekövetkezett keresőképtelenségi és munkanélküliségi biztosítási eseményekkel kapcsolatban a Biztosító nem teljesít szolgáltatást sem a várakozási idő alatt, sem azt követően.

- (4) A Biztosítottat ért keresőképtelenségi és munkanélküliségi biztosítási eseményekkel kapcsolatban a Biztosító biztosítási eseményenként legfeljebb 12 havi törlesztőrészt fizet meg a Kedvezményezett részére.
- (5) A rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt ugyanazon Biztosítottat illetően bekövetkező több keresőképtelenségi, munkanélküliségi, és kritikus betegségekre vonatkozó biztosítási eseménnyel kapcsolatban a Biztosító biztosítási esemény típusonként összesen maximum 36 havi törlesztőrészt fizet meg a Kedvezményezett részére.

Az ismételt munkanélküliségi szolgáltatási igény teljesítésének további feltétele, hogy a két biztosítási esemény között a Biztosítottnak 12 hónapig folyamatosan, igazoltan, legalább heti 30 órás munkavégzésre irányuló munkaviszonya álljon fenn.

- (6) A Biztosító szolgáltatásának felső határa a Kölcsönszerződés alapján fennálló teljes kintlevőség, adott hónapra vonatkozóan pedig az adott hónapban esedékessé vált törlesztőrészlet összege.
A Biztosító szolgáltatása abban az esetben sem haladja meg az érintett hónapban esedékessé vált törlesztőrészlet, illetve a Kölcsönszerződés alapján fennálló teljes kintlevőség összegét, ha ugyanazon időszak alatt a Biztosított adóssal és/vagy a Biztosított adóstárssal kapcsolatban több biztosítási esemény következik be.
- (7) A Biztosító a munkanélküliségi biztosítási esemény bekövetkezése ellenére, a Biztosított munkanélküliségének azon időtartamára nem teljesít szolgáltatást, amely időszak alatt az álláskereső járadék folyósítását az illetékes szerv az alábbi okokból szünetelteti:
- az álláskereső terhességi gyermekágyi segélyre, gyermekgondozási díjra, illetőleg gyermekgondozási segélyre való jogosultságának időtartama alatt,
 - az álláskereső előzetes letartóztatásban van, vagy szabadságvesztés, illetve elzárás büntetését tölti, kivéve, ha a szabadságvesztés büntetést pénzbüntetés átváltoztatása miatt állapították meg.

6.4 A biztosítási esemény és a szolgáltatási igény bejelentésének határideje

- (1) A biztosítási eseményt és a szolgáltatási igényt 15 napon belül írásban kell bejelenteni a Biztosítónál, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.

- (2) Amennyiben a jelen Feltételek 6.4 (1) bekezdésében foglaltakat a Biztosított, illetve a szolgáltatási igény érvényesítője nem tartja be, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenül válnak, úgy a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be.

6.5 A Biztosító teljesítése

- (1) A Biztosító a hozzá bejelentett szolgáltatási igényt az annak elbírálásához szükséges valamennyi okmány beérkezését követő 15 napon belül teljesíti.
- (2) Abban az esetben, ha a Biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére nem, vagy újból hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetőleg azt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.

6.6 A teljesítéshez szükséges dokumentumok

- (1) A szolgáltatási igény előterjesztésekor be kell nyújtani a Biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt, illetve azon okiratokat, amelyek a szolgáltatási igény jogalapjának fennállását bizonyítják és összecszerúságának megállapításához szükségesek.
- (2) Halál esetén minden esetben be kell nyújtani: (a) a halottvizsgálati bizonyítvány másolatát; (b) a Biztosított halotti anyakönyvi kivonatának másolatát; (c) a halotti epikrízis másolatát; (d) boncjegyzőkönyv másolatát, ha ilyen készült; (e) külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar fordítását; (f) a Biztosított halálát okozó betegség kezdeti időpontjának és lefolyásának, valamint a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok másolatát (kezelőorvosi igazolás, zárójelentés, kórbonctani lelet).
- (3) Balesettel kapcsolatos biztosítási eseménnyel összefüggésben minden esetben be kell nyújtani: (a) a baleseti jegyzőkönyv másolatát, amennyiben ilyen készült; (b) közlekedési baleset esetén minden esetben be kell nyújtani a rendőrségi jegyzőkönyv másolatát, (c) a véralkohol-vizsgálati eredmény másolatát, amennyiben ilyen készült; (d) amennyiben a Biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a vezetői engedély és a jármű forgalmi engedélyének másolatát; (e) a balesettel / annak következményeivel kapcsolatos szakértői vélemények másolatát; (f) az első orvosi ellátás dokumentumai-

nak másolatát; (g) külföldön bekövetkezett baleset esetén a baleset körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar fordítását.

- (4) Baleset miatti egészségkárosodás esetén az (3) bekezdésben írtakon kívül minden esetben be kell nyújtani továbbá a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum hiteles másolatát is. A Biztosító kérheti a Biztosított állapotleírását tartalmazó friss kezelőorvosi nyilatkozat benyújtását is. A Biztosító a szolgáltatás teljesítésének feltételéül orvosi vizsgálatot írhat elő – ennek előírása esetén a Biztosító szolgáltatása mindaddig nem válik esedékessé, amíg a Biztosított az orvosi vizsgálat elvégzését nem teszi lehetővé.
- (5) Keresőképtelenség esetén minden esetben be kell nyújtani:
 - a) a keresőképtelenség megállapítására jogosult orvos által kiállított, a hatályos jogszabályok szerint a keresőképtelenség igazolására rendszeresített nyomtatvány másolatát (Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről);
 - b) folyamatos keresőképtelenség esetén a Biztosítottnak 30 naponként be kell nyújtania a Biztosítónak az egészségi állapotot leíró új kezelőorvosi dokumentumokat;
 - c) ha kórházi ápolás is történt: a kórházi zárójelentés másolatát, a kórházi gyógykezelés befejezését követő 15 napon belül (a kórházi ápolás időszakára keresőképtelenségi igazolás benyújtása nem szükséges);
 - d) orvosi nyilatkozatot (a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata a káresemény háttérében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismertének pontos időpontjával);
 - e) szakrendelőben történt ellátás esetén: ambuláns lapok másolatát.
- (6) A jelen Feltételben a keresőképtelenséget illetően meghatározott önrészt 30 nappal meghaladó keresőképtelen állomány esetén a Biztosító – orvosának szakvéleménye, illetve szükség szerint a Biztosított orvosi vizsgálata alapján – a keresőképtelen állomány fenntartásának indokosságát jogosult felülbírálni.
- (7) Kiemelt kockázatú betegség esetén minden esetben be kell nyújtani:
 - a) a kórházi zárójelentés másolatát,
 - b) ha műtét is történt, a műtéti leírás másolatát,

- c) a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozatát a biztosítási esemény háttérében álló alapbetegség(ek) első kóris-mézésének pontos időpontjával,
 - d) továbbá az alábbiakban meghatározott dokumentumokat:
 - I. Ha a szolgáltatási igény alapja szívizomelhalás, akkor az alábbi egészségi állapotot igazoló egészségügyi dokumentumok benyújtása szükséges:
 - a) friss szívizomelhalásra utaló EKG elváltozás (a jelen Feltételek szempontjából csak azok a szívizomelhalások tekinthetők a kockázatviselési körbe tartozónak, melyeknél a koszorúér-elzáródással okozati összefüggésben a hagyományos – 12 elvezetéses – EKG felvétel bármelyik elvezetésében kóros, korábban nem észlelt Q hullám – szélessége meghaladja a 40 ms-ot, amplitúdója az R hullám amplitúdójának 25%-át) és
 - b) az úgynevezett szívizomspecifikus enzimszintek kórjelző mértékű emelkedése – bármelyik intracelluláris enzim (CPK, CKMB, SGOT, LDH, alfa-HBDH) szintjének szignifikáns, jól dokumentált emelkedése ezen feltétel megvalósulásaként értékelendő.
 - II. Ha a szolgáltatási igény alapja rosszindulatú daganat, akkor be kell nyújtani a pozitív (a sejtek rosszindulatú elfajulására és a folyamat invazív terjedésére utaló) szövettani vizsgálati lelet másolatát.
 - III. Ha a szolgáltatási igény alapja agyi érkatasztrófa, akkor be kell nyújtani a hiteles dokumentummal igazolható érkatasztrófa után 30 nappal is fennálló, az érkatasztrófával okozati összefüggésben álló szervi központi idegrendszeri károsodást jelző tüneteket igazoló egészségügyi dokumentumok másolatát.
 - IV. Ha a szolgáltatási igény alapja krónikus veseelégtelenség, akkor be kell nyújtani a legalább 60 nap óta tartó rendszeres művesekezést igazoló – a dialízist végző egészségügyi intézmény által kiállított – egészségügyi dokumentumok másolatát.
 - V. Ha a szolgáltatási igény alapja szívkoszorúér-műtét, akkor be kell nyújtani az előzetes koszorúérfestés eltéréseire alapozott, helyesen felállított orvosi javaslat alapján az áthidaló műtét megtörténtét igazoló zárójelentés másolatát.
- (8) I-II csoportos rokkantság esetén minden esetben be kell nyújtani:
- a) a nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv határozatának és a határozat mellékleteinek - így különösen az Orvosszakértői Intézet szakvéleményének a másolatát;

- b) a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozatát a biztosítási esemény háttérében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismézésének pontos időpontjával.
- (9) Munkanélküliséggel kapcsolatos szolgáltatási igény esetén minden esetben be kell nyújtani
- a) a területileg illetékes munkaügyi központ határozatának másolatát az álláskeresési járadékra való jogosultság megszerzéséről;
 - b) a területileg illetékes munkaügyi központ által havonta kiállított hatósági bizonyítványt a munkanélküliség folyamatosságáról;
 - c) a munkáltató által kitöltött „Igazolólap az álláskeresési járadék megállapításához” elnevezésű nyomtatvány másolatát;
 - d) a munkáltató által kitöltött igazolás másolatát a munkaviszony megszűnéséről;
 - e) a munkaviszonyt megszüntető írásbeli jognyilatkozat (felmondás) másolatát;
 - f) a területileg illetékes munkaügyi központ igazolását az álláskeresési járadék folyósításáról, esetleges felfüggesztésének okáról és tartamáról.

Ismételt munkanélküliségi biztosítási esemény bejelentése esetén a Biztosítóhoz be kell nyújtani a korábbi és az újabb esemény közötti, a Biztosított munkavégzésre irányuló jogviszonya fennállását igazoló munkáltatói igazolást is.

- (10) Minden esetben be kell nyújtani a Biztosítóhoz az igény tárgyában meghozandó döntéshez szükséges összes idegen nyelvű dokumentumnak a szolgáltatási igény előterjesztője költségén elkészített magyar nyelvű hiteles fordítását.
- (11) A Biztosító szükség esetén kérheti a következő dokumentumokat is:
- a) a Biztosító által rendelkezésre bocsátott és a Biztosított kezelőorvosa, illetve az őt ellátó egészségügyi szolgáltató által kitöltött formanyomtatványt a biztosítási eseménnyel kapcsolatos egészségügyi adatokról, a Biztosított egészségi állapotáról, illetve a Biztosított kórelőzményi adatairól;
 - b) a Biztosítottnak a biztosítási eseménnyel és a kórelőzményi adatokkal összefüggő egészségügyi dokumentumait: házi-, vagy üzemorvosi, illetve állományilletékes orvosi karton másolata, a járó- és fekvőbeteg-ellá-

tás során keletkezett iratok, valamint a gyógyszerfelhasználást igazoló iratok;

- c) a társadalombiztosítási szerv, vagy más személy, szervezet által kezelt, a biztosítási eseménnyel, vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatos biztosított adatokat tartalmazó iratokat (a jogosult titoktartás alóli felmentéshez és adatbekéréshez szükséges meghatalmazása alapján);
- d) a benyújtott dokumentumok eredeti példányát és bármely adathordozón rögzített másolatát.

(12) Amennyiben a biztosítási eseménnyel, vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, a Biztosítóhoz be kell nyújtani az eljárás során keletkezett, illetve az eljárás anyagának részét képező iratokat, továbbá az eljárást befejező határozatot (így különösen az eljárást megszüntető határozatot, vagy jogerős bírósági határozatot) – a büntetőeljárásban, és a szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozatot csak abban az esetben, ha az a szolgáltatási igény bejelentésekor már rendelkezésre áll.

(13) A Biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához egyéb iratokat is beszerezhet.

(14) A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén bekéri a Banktól az írásbeli Biztosított nyilatkozat másolatát, illetve a szóbeli Biztosított nyilatkozatot tartalmazó hangfelvételt. Ezen dokumentumokat a Bank a Biztosított felhatalmazása alapján átadja a Biztosító részére.

7. A Biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól, a kockázatviselésből kizárt események

7.1 A Biztosító mentesülése

(1) A Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezése esetén úgy köteles eljárni, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható, ennek megfelelően haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe vennie, és az eljáró orvos előírásainak a gyógyító eljárás befejezéséig folyamatosan eleget kell tennie. Mentesül a Biztosító szolgáltatási kötelezettségének teljesítése alól annyiban, amennyiben a Biztosított e kötelezettségének nem tett eleget. Ez a rendelkezés nem befolyásolja a Biztosított szabad orvosválasztási jogát és az egészségügyi ellátásra vonatkozó jogszabályokban szabályozott rendelkezési jogát.

- (2) A Biztosító mentesül a halál esetén fizetendő térítés teljesítése alól, ha a biztosítási esemény okozati összefüggésben áll a Biztosított két éven belül bekövetkező öngyilkosságával, még akkor is, ha az a Biztosított zavart tudatállapotában következett be. A két évet a Biztosítási szerződés hatályának az adott Biztosítottra való kiterjesztése napjától kell számítani.
- (3) A Biztosító mentesül a haláleseti szolgáltatás teljesítése alól, ha a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal okozati összefüggésben vesztette életét.
- (4) Azt, hogy a fenti körülmények valamelyike fennáll, annak kell bizonyítania, aki azokra hivatkozik.

7.2 A kockázatviselésből kizárt események

- (1) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka egészben vagy részben:
 - a) ionizáló sugárzás,
 - b) nukleáris energia,
 - c) háború, harci cselekmények, idegen hatalom ellenséges cselekedetei, zavargások, kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, zendülés, polgárháború, forradalom, lázadás, tüntetés, felvonulás, sztrájk, terrorcselekmény, munkahelyi rendbontás, határviellongások, felkelés.

Jelen Feltétel alkalmazása szempontjából terrorcselekménynek minősül különösen az olyan erőszakos, erőszakkal fenyegető, az emberi életre, a materiális, immateriális javakra vagy az infrastruktúrára veszélyes cselekmény, amely vagy politikai, vallási, ideológiai, etnikai célok mellett foglal állást vagy valamely kormány befolyásolására vagy a társadalomban, illetve annak egy részében való félelemkeltésre irányul, illetve arra alkalmas.

- (2) A Biztosító kockázatviselése a jelen Feltételek 7.2.(1) bekezdés c) pontjában foglaltakkal ellentétben kiterjed a Biztosított egészségi állapotában bekövetkező olyan károsodásokra, amelyek a Biztosítottnak a tüntetés, sztrájk, illetve felvonulás hatályos magyar jogszabályok rendelkezéseinek megfelelően előre bejelentett és lebonyolított eseményein való aktív részvétele kapcsán keletkeznek abban az esetben, ha a Biztosított a kár megelőzésére és enyhítésére vonatkozó kötelezettségének eleget tett.

- (3) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek összefüggésben állnak a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 5 évben szerzett HIV-fertőzéssel, és/vagy HIV fertőzéshez kapcsolódó betegséggel, ideértve különösen az AIDS-et.
- (4) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a Biztosító kockázatviselésének tartama alatt bekövetkezett halálra, ha
- a) az kábítószer-fogyasztás, kábító hatású anyag, vagy gyógyszer szedésével okozati összefüggésben következett be kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták,
 - b) a Biztosított a biztosítási esemény időpontjában alkoholos állapotban vezetett gépjárművet, és egyúttal egyéb közlekedési szabályt is megszegett, és a biztosítási esemény ezzel okozati összefüggésben következett be.
- (5) Ha a biztosított jogviszony létrejöttéhez a Biztosító sem Egészségi nyilatkozatot, sem orvosi vizsgálatot nem ír elő, akkor a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki:
- a) a Biztosított veleszületett rendellenességére, illetve szerzett fogyatékoságára, továbbá olyan betegségére, amely a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének kezdete előtti három évben bizonyíthatóan fennállott, vagy amelyet a kockázatviselést megelőző három éven belül kórisméztek, vagy amely ez idő alatt gyógykezelést igényelt. Jelen bekezdés vonatkozásában veleszületett rendellenességnek, illetve szerzett fogyatékoságnak minősül a testi és/vagy a szellemi épség bármely fokú hiánya.
 - b) a Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselése kezdetét megelőzően megállapított egészségkárosodására.
- (6) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amelyek okozati összefüggésben vannak a Biztosított alábbi bekezdésben meghatározott sporttevékenységével.

Sporttevékenységek:

Autó-motor sportok: versenyzés gépkocsival, motorke-rékpár sport, rally, motocross, ügyességi versenyek gépkocsival, go-kart sport, quad, auto-crash (roncsautó) sport, motorcsónak sport.

Repülősportok: sportrepülés, ejtőernyős ugrás, paplanrepülés, léghajózás, siklóernyő repülés, motoros vitorlázó repülés, siklórepülés, sárkány és ultrakönnyű repülés, hőlégballoonozás, vitorlázó repülés, műrepülés.

Egyéb: bűvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá, félkezes és nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hydrospeed, canyoning, surf, hegymászás és sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlang expedíció, bázisugrás., bungee jumping (mélybe ugrás).

- (7) A keresőképtelenség vonatkozásában a kockázatviselés nem terjed ki továbbá:
- a) a terhességgel és a szüléssel kapcsolatos keresőképtelenségre, ha a fogamzás a Biztosító adott Biztosított-ra vonatkozó kockázatviselési kezdetét megelőzi. A fogamzás az adott Biztosított-ra vonatkozó kockázatviselés kezdetét megelőzően történt, ha a szerződés hatálybalépése és a terhességet dokumentáló hivatalos iratban (pl. Terhességi kiskönyvben) a szülés várható időpontjaként rögzített időpont között kevesebb, mint 285 nap van;
 - b) olyan keresőképtelenség, amelyeknek célja nem a Biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozása és egészségének helyreállítása, így különösen a szűrővizsgálat miatti keresőképtelenség, a szülőnek, nevelőszülőnek, helyettes szülőnek a beteg gyermeke ápolásával összefüggő keresőképtelensége, szülő ápolása miatti keresőképtelenség;
 - c) a GYES-en lévő Biztosított keresőképtelenségére;
 - d) az olyan keresőképtelenségre, amely alatt a Biztosított jövedelemszerző tevékenységet végez;
 - e) a művi terhesség-megszakítás eseteivel kapcsolatos keresőképtelenségre;
 - f) a mesterséges megtermékenyítés bármely formájával, a terhesség létrejöttét elősegítő beavatkozásokkal, illetve a sterilítás kezelésével kapcsolatos keresőképtelenségre;
 - g) sterilizáló műtétre és következményeire;
 - h) a krónikus betegségek rehabilitációjával, gondozással (különösen geriátriai, gyógypedagógiai, logopédiai ellátás, gyógytorna, fizioterápia, fürdőkúra, fogyókúra), kivéve a krónikus betegségek kórismézésével, a gyógykezelés első beállításával, jelentős akut állapotrosszabbodás elhárításával kapcsolatos kezelésekkkel összefüggő keresőképtelenségre;

- i) hátfájás vagy ahhoz kapcsolódó panasz miatti keresőképtelenségre, ha patológiai elváltozásra nincs radiológiai bizonyíték;
 - j) az olyan keresőképtelenségre, melynek oka a Biztosított lelki működési zavara, betegsége;
 - k) a Biztosított által magának szándékosan okozott testi sérülések, akkor is, ha azt a Biztosított zavart tudatállapotában követte el;
 - l) esztétikai céllal végzett kezelés és sebészeti beavatkozás miatti keresőképtelenségre.
- (8) A munkanélküliség vonatkozásában a kockázatviselés nem terjed ki továbbá:
- a) az olyan munkanélküliségre, amely a Biztosított határozott idejű munkaszerződésének lejártából ered;
 - b) az önkéntes munkanélküliségre (lemondás, nyugdíjba vonulás, elő-nyugdíjba vonulás) – ide nem értve a Biztosított rendkívüli felmondását;
 - c) a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetét megelőzően bejelentett elbocsátásra;
 - d) próbaidőszak és/vagy betanítási időszak alatti munkaviszony megszűnésére;
 - e) ideiglenesen vagy szezonális jelleggel foglalkoztatott Biztosítottak munkaviszonyának megszűnésére;
 - f) a második, vagy további munkavégzésre irányuló jogviszony megszűnésére, abban az esetben, ha a Biztosított továbbra is munkaviszonyban áll;
 - g) a munkáltató rendkívüli felmondására;
 - h) a munkaviszony közös megegyezéssel való megszüntetésének esetére;
 - i) a Biztosított munkaviszonyának megszűnésére, ha munkáltatói jogkörének gyakorlója saját maga, vagy az ő közeli hozzátartozója,
 - j) a Biztosított munkaviszonyának megszűnésére, ha vállalatirányítási befolyással rendelkező személynek minősül.

8. A panaszok bejelentése – panasz fórum

- (1) A Biztosítási szerződéssel kapcsolatban felmerült panaszokat írásban, a Biztosítónál lehet bejelenteni: Generali-Providencia Biztosító Zrt., Ügyfélkapcsolati Divízió, 1066 Budapest, Teréz krt. 42-44.
- (2) A Biztosító köteles a panaszokat, bejelentéseket kivizsgálni, és a vizsgálata eredményéről a panaszosnak 15 napon belül írásban tájékoztatást adni.

9. Egyéb rendelkezések

9.1 A jognyilatkozatok (bejelentések, értesítések) hatályosságának feltételei

- (1) A Biztosító a hozzá eljuttatott ajánlatokat, jognyilatkozatokat, bejelentéseket csak akkor köteles hatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. A Biztosító nyilatkozatait szintén írásban juttatja el a Banknak, a Biztosítottnak, illetve a szolgáltatási igény érvényesítőjének.
- (2) Ha a Biztosító a jognyilatkozatot a Kedvezményezettnek, a Biztosítottnak vagy a szolgáltatási igény érvényesítőjének az általa ismert utolsó címére ajánlott levélben küldi, az abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor azt a címzés helyén átvették.

9.2 Kézbesítési megbízott

A Biztosított, illetve a szolgáltatási igény érvényesítője 30 napot meghaladó külföldi tartózkodása esetén köteles magyarországi lakcímmel rendelkező személyt megnevezni, aki a megbízás alapján jogosult a Biztosítótól érkező jognyilatkozatok átvételére, illetve megválaszolására. Ennek hiányában a Biztosító a jognyilatkozatot a Biztosítottnak vagy a szolgáltatási igény érvényesítőjének az általa ismert utolsó címére eljuttatott küldeményrel joghatalyosan tájékoztatja.

10. Elévülés

A Biztosítási szerződés alapján érvényesíthető igények elévülési ideje két év.

11. A kapcsolattartás és az ügyféltájékoztatás nyelve

A Biztosító és a Biztosított kapcsolattartása, valamint a Biztosítottak tájékoztatása magyar nyelven történik.

12. Alkalmazandó jog

A Szerződés alanyai a Csoportos Biztosításból valamint a Biztosított jogviszonyokból eredő jogviták eldöntésére az általános hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulhatnak. Az eljárások nyelve magyar. Jogvita esetén a magyar jog rendelkezései, elsősorban a Polgári Törvénykönyv, a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló

2003. évi LX. törvény (Bit.) és az egyéb vonatkozó hatályos magyar jogszabályok irányadóak.

13. Biztosítási titok

A Biztosító jogosult a Szerződő, Biztosított jogszerűen tudomására jutott adatait, ideértve a különleges adatokat is a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi. LXIII. törvény rendelkezései szerint, továbbá a Bit.-ben foglaltakkal összhangban kezelni. A Biztosító a Biztosított hozzájárulása alapján jogosult a Biztosított Kölcsönszerződéssel kapcsolatos, a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges – banktitoknak minősülő - adatait kezelni. Az adatok továbbítására a Bit. rendelkezéseiben meghatározott módon, illetve az ügyfél, számlatulajdonos hozzájárulása alapján kerülhet sor.

A Generali-Providencia Biztosító Zrt. ügyféltájékoztatója

Köszönjük bizalmát, hogy biztosítási szerződés megkötésére irányuló ajánlatával a Generali-Providencia Biztosító Zrt. társasághoz fordult.

Kérjük, szíveskedjék figyelmesen elolvasni alábbi tájékoztatónkat, amelyben bemutatjuk társaságunk főbb adatait, tájékoztatjuk a fogyasztói bejelentésekkel és panaszokkal foglalkozó szervezeti egységeinkről, felügyeleti szervünk megnevezéséről és székhelyéről, az ügyfélpanaszoknak – azok jellege szerint – a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéhez, a békéltető testületekhez való előterjesztésének a lehetőségéről, a bírói út igénybevételeéről valamint megismertetjük az adatvédelem és adatkezelés legfontosabb szabályaival.

Felsoroljuk továbbá azokat a szervezeteket, amelyek részére társaságunk az ügyfelek – biztosítási titkot képező – adatait a biztosítóról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény alapján kiadhatja.

Külön kitérünk a biztosítási ajánlat aláírása előtt szükséges leglényegesebb tudnivalókra, köztük a személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati ismeretekre, amelyek birtokában a szerződéskötési szándékát kifejező jognyilatkozatát megfontoltan teheti meg. Megjelöljük a biztosítási szerződésre vonatkozó adózással kapcsolatos szabályokat.

1. A Generali-Providencia Biztosító Zrt. – korábbi cégnevéen: Generali-Providencia Biztosító Rt. majd Generali-Providencia Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság – a Providencia Osztrák-Magyar Biztosító Rt. és a Generali Budapest Biztosító Rt. egyesülésével jött létre 1999. évi április hó 30. napján.
A társaság az ISVAP által vezetett olasz Biztosítói Csoportok Nyilvántartásában 26-os számon szereplő Generali Csoporthoz tartozik.

A társaság alaptőkéje (jegyzett tőkéje): 4 500 000 000 Ft
A társaság székhelye: 1066 Budapest,
Teréz krt. 42-44.

Telefon: (36-1) 301-7100

A társaság egyedüli
részvényese: Generali PPF Holding B.V.

Cégjegyzékszám:
Amszterdami Kereskedelmi Kamara
nyilvántartásában 34275688

Székhelye: NL-1077 XX Amsterdam,
Strawinskylaan 933.

2. A biztosítási szerződésével kapcsolatos kérdésével, problémájával forduljon bizalommal biztosításközvetítőjéhez, ügyfélszolgálati irodáinkhoz, Személybiztosítási Kompetencia Központjainkhoz, illetőleg a TeleCenter munkatársaihoz, akik a 06-40-200-250 kék számon készséggel állnak az Ön rendelkezésére.

Információt, és támogató útmutatást – Online ügyfélszolgálat; Kapcsolatfelvétel – talál a www.general.hu címen is.

Amennyiben munkatársaink segítő közreműködése ellenére sem sikerült felmerült problémáját megnyugtatóan rendezni, a Generali-Providencia Biztosító Zrt. Ügyfélkapcsolati Divíziójánál – 1066 Budapest, Teréz krt. 42-44. – szóban (személyesen) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján postai úton, a 06-1-452-3927 telefax számon, vagy a general@general.hu elektronikus levelezési címen) élhet bejelentéssel, illetőleg a társaságunk magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát a fenti módokon és elérhetőségi címeneken közölheti.

3. A biztosító felügyeleti szerve Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete

Székhely: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
Központi levélcím: 1535 Budapest, 114. Pf. 777
Központi telefon: (36-1) 4899-100
Központi Fax: (36-1) 4899-102
Ügyfélszolgálat: 06-40-203-776
E-mail: ugyfelszolgalat@pszaf.hu

4. A fogyasztói jogokkal, azok érvényesítésével, valamint a fogyasztóvédelem intézményrendszerével kapcsolatos legalapvetőbb szabályokat a fogyasztóvédelemről szóló 1997. évi CLV. törvény tartalmazza.

A Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete által felügyelt tevékenység folytatására jogosult szervezeteknek, sze-

mélyeknek a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete által felügyelt tevékenysége vonatkozásában fogyasztóvédelmi hatóságként a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete ellenőrzi.

- a fogyasztóval szemben tanúsítandó magatartásra vonatkozó kötelezettséget megállapító, a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéről szóló 2007. évi CXXXV. örvényben meghatározott jogszabályokban előírt rendelkezéseknek (fogyasztóvédelmi rendelkezéseknek),
- a fogyasztókkal szembeni tisztességtelen kereskedelmi gyakorlat tilalmáról szóló 2008. évi XLVII. törvény rendelkezéseinek,
- a gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről és egyes korlátairól szóló 2008. évi XLVIII. törvény rendelkezéseinek,
- és az elektronikus kereskedelmi szolgáltatások, valamint az információs társadalommal összefüggő szolgáltatások egyes kérdéseiről szóló 2001. évi CVIII. törvény rendelkezéseinek

betartását, és eljár e rendelkezések pénzügyi szervezet általi megsértése esetén.

A biztosítási szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződés-szegéssel és joghatásaival kapcsolatos jogvitákban a Felügyeletnek nincs hatásköre eljárni.

A biztosítási szerződés megkötésével és teljesítésével kapcsolatos esetleges fogyasztói jogviták bírósági eljárás-kívüli rendezése érdekében kérelmet terjeszthet elő a lakóhelye, ennek hiányában a tartózkodási helye szerint illetékes békéltető testületnél. A testület eljárása megindításának feltétele, hogy a fogyasztó a biztosító társasággal közvetlenül megkísérelje a panaszügy rendezését.

A permegelőző, konfliktuskezelő, vitarendezési eljárások közül – a békéltető testületi eljárás-kívüli – a közvetítői eljárást is kezdeményezhet a közvetítői tevékenységről szóló 2002. évi LV. törvény alapján.

A fogyasztó a biztosítási szerződésből eredő igényeit a fentiekben megjelölt alternatív vitarendezési módok mellőzésével bírói úton is érvényesítheti. A bíróság eljárására a Polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény rendelkezései irányadóak.

5. Tájékoztatjuk, hogy a biztosító a feladatai ellátásához az ügyfelei azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a

biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges vagy a biztosítási törvényben meghatározott egyéb cél lehet.

A biztosító ügyfelének minősül a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett, a károsult, a biztosító szolgáltatására jogosult más személy; az adatvédelemre vonatkozó rendelkezések alkalmazásában ügyfél az is, aki a szerződésre ajánlatot tesz.

Biztosítási titoknak minősül minden olyan – államtitoknak nem minősülő – a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

Biztosítási titkot képeznek az alábbi adatok:

- a biztosító ügyfelének személyi adatai;
- a biztosított vagyontárgy és annak értéke;
- a biztosítási összeg;
- élet-, baleset-, betegség- és felelősségbiztosítási szerződés esetén az egészségi állapottal összefüggő adatok;
- a kifizetett biztosítási összeg mértéke és a kifizetés ideje;
- a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggő összes lényeges tény és körülmény.

6. A biztosító a személyes adatokat, továbbá az egészségügyi állapottal közvetlenül összefüggő, általa kezelt adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat addig kezelheti, ameddig a szerződés létrejöttének meghíúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos, az egészségügyi állapottal közvetlenül összefüggő adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt vagy amelynek kezeléséhez

az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

7. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha a törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a Biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

- a biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható adatok körét pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
- a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

8. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn

- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b) a folyamatban lévő büntető eljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel,
- c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró bírósági végrehajtóval,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel,
- e) az adóhatósággal abban az esetben, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha a biztosítási szerződésből eredő kötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli,
- f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g) a biztosítóval, biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselőjével, ezek érdekképviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- i) az egészségügyi hatósággal,
- j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szerivel,

- k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) a biztosítási törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervevel,
- m) az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, továbbá ezek egymásközi átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát, illetve a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, illetve a károkozóval, amennyiben az önrendelkezési jogával élve a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adataihoz kíván hozzáférni,
- o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
- p) fióktelep esetén – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel, szaktanácsadóval,
- q) a feladatkörében eljáró országgyűlési biztossal,
- r) a kártörténetre vonatkozó adatra és bonus-malus besorolásra nézve a biztosítási törvény (2003. évi LX. törvény) 109/A. § (2) bekezdésében szabályozott esetekben a biztosítóval
- s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval

szemben, ha az a)–j), n), r) és s) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a k), l), m), p) és q) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és

jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a magyar bűnüldöző szerv, illetőleg a pénzügyi információs egységként működő hatóság – a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva, vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv, illetőleg külföldi Pénzügyi Információs Egység írásbeli megkeresése teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól, amennyiben a megkeresés tartalmazza a külföldi adatkérő által aláírt titoktartási záradékot.

9. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét
 - az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyekből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
 - fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
 - a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a Pénzügyminisztérium részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
 - az összevont alapú felügyeletre és a kiegészítő felügyeletre vonatkozó törvényi rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.
10. Tagállami biztosítóhoz vagy tagállami adatfeldolgozó szervezethez (tagállami adatkezelő) történő adattovábbítást úgy kell tekinteni, mintha a Magyar Köztársaság területén belüli adattovábbításra került volna sor.
11. Társaságunk köteles az érintett ügyfél kérésére tájékoztatást adni a Biztosító által vezetett nyilvántartásokban tárolt saját adatairól, az adatkezelés céljáról, jogalapjáról, időtartamáról, az adatfeldolgozó nevééről, címéről, székhelyéről és az adatkezeléssel összefüggő tevékenységéről, továbbá arról, hogy kik és milyen célból kapják vagy kapták meg az adatokat. Törvény az adattovábbításról való tájékoztatást kizárhatja. Társaságunk az érintett ügyfél által kezdeményezett adathelyesbítéseket a nyilvántartásaiban átvezetni köteles.

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

12. Felhívjuk szíves figyelmét, hogy a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény a biztosítási szerződésekre vonatkozó adózással kapcsolatos fontos szabályokat tartalmaz. E törvény és a hozzá kapcsolódó egyéb jogszabályok tartalmazzák a biztosításért fizetendő díjra, a biztosító szolgáltatására, illetőleg a biztosítással kapcsolatos adókedvezményekre vonatkozó rendelkezéseket.
13. Felhívjuk szíves figyelmét, hogy a biztosító a biztosítási szerződésből eredő kötelezettségével összefüggésben, a károsító eseményt megelőző állapot visszaállításához vagy a bekövetkezett kár következményeinek megszüntetéséhez szükséges, általános forgalmiadó-köteles szolgáltatás ellenértéke (anyag-, javítási, illetve helyreállítási költség) után az általános forgalmi adó összegének megfelelő összeg megtérítésére csak olyan számla alapján vállalhat kötelezettséget, illetve térítheti meg azt az arra jogosultnak, amelyen feltüntetik az általános forgalmi adó összegét, vagy amelyből annak összege kiszámítható.
14. A biztosítási ajánlat aláírása előtt kérjük, szíveskedjék figyelembe venni a következőket:
 - A megkötendő biztosítási szerződésre, a szerződő felek jogaira és kötelezettségeire a biztosítási szerződési feltételek és záradékok előírásai az irányadók,
 - Kérjük, szíveskedjék ezeket gondosan áttanulmányozni, és ajánlatát csak ezt követően aláírni,
 - A jognyilatkozatok csak írásban érvényesek. A szerződő (biztosított) nyilatkozata csak akkor hatályos, ha az a biztosító valamely szervezeti egységének a tudomására jut.
15. A biztosítási szerződésre, amennyiben a felek másként nem állapodnak meg, vagy jogszabály eltérően nem rendelkezik, a magyar jog szabályai az irányadók.

A sikeres együttműködés reményében:



Dr. Pálvölgyi Mátyás
elnök-vezérigazgató



Hegedűs Anna
ügyvezető igazgató

Terméktájékoztató

a CIB Visszafizetési Védelem csoportos biztosítási szerződésről

A CIB Bank Zrt. (Bank) arra törekszik, hogy ügyfeleit biztosítási védelemben részesítse, ezért az ingatlanfedezetes annuitásos kölcsönrel (kivéve a lakás-előtakarékossági szerződéssel kombinált vagy a türelmi idővel nyújtott kölcsönszerződést) (a továbbiakban: Kölcsönszerződés) rendelkező természetes személy ügyfelei Biztosítotti nyilatkozatuk alapján személybiztosítási védelemben részesülhetnek a Generali-Providencia Biztosító Zrt-nél (Biztosító). A biztosításra vonatkozó részletes szabályokat a „CIB Visszafizetési Védelem Csoportos Biztosítási Szerződés Biztosítási feltételei”-ben találhatók.

A biztosítás lényeges jellemzőiről a következő tájékoztatást adjuk:

A biztosítás Biztosítottja

A Biztosítási szerződés Biztosítottja (a továbbiakban: Biztosított) a Bankkal Kölcsönszerződést létesítő, a Kölcsönszerződésben adósként / adóstársként megnevezett 18-70 év közötti természetes személy, aki(k) a Biztosítotti nyilatkozat aláírásával és az aláírt Biztosítotti nyilatkozatnak a Bankhoz történő átadásával/visszaküldésével avagy távközlő eszköz útján, távértékesítés keretében megtett Nyilatkozattal (a továbbiakban együtt: Biztosítotti nyilatkozat) hozzájárul(nak) ahhoz, hogy a Bank és a Biztosító között létrejött Csoportos Biztosítási Szerződés hatálya reá(juk) is kiterjedjen.

A Kölcsönszerződésben lévő adós önállóan, míg adóstárs csak akkor lehet Biztosított, ha az adós is Biztosított.

Azon Biztosítottak biztosítási védelme, akik a kockázatviselés tartama alatt töltik be a 62. életévüket és Teljes csomaggal rendelkeznek, külön nyilatkozattétel nélkül megváltozik oly módon, hogy a 62. életév betöltését követő naptári év első napjának 0 órájától a Teljes csomag helyett az Alap csomag biztosítási kockázatai vonatkoznak rájuk.

A biztosítási szolgáltatás Kedvezményezettje

A biztosítási szolgáltatás Kedvezményezettje a Biztosítás hitel-fedezeti jellegéből adódóan – a Biztosítotti nyilatkozat alapján a CIB Bank Zrt.

A Biztosítási szerződés alapján **nem válhat Biztosítottá** az a személy, aki

- a biztosítási védelem igénylésekor 18. életévét még nem töltötte be,

- a biztosítási védelem igénylésekor 61. életévét már betöltötte.

A Biztosító kockázatviselése azon Biztosított vonatkozásában, **aki** a biztosítás igénylésének időpontjában **nyugdíjjogosultsággal rendelkezik**, csak a haláleseti védelem vonatkozásában kezdődhet meg.

A Biztosító a keresőképtelenségi és a munkanélküliségi biztosítási kockázat vonatkozásában **várakozási időt** köt ki, 30, illetve 90 napos időtartamban.

A Biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés kezdete:

- a kölcsön folyósításának napját követő nap 0. órájakor, szakaszos folyósítás esetén az 1. (első) részfolyósítás napját követő nap 0. órájakor, de legkorábban a Biztosított nyilatkozat Szerződő általi átvételét követő nap 0. órájakor,
- távértékesítés keretében, szóbeli Biztosított nyilatkozat megtételével csatlakozott Biztosított vonatkozásában – a Biztosított erre vonatkozó hozzájárulása esetén – a szóbeli Biztosított nyilatkozat megtétele napját követő nap 0. órájkor,
- távértékesítés keretében, írásbeli Biztosított nyilatkozat megtételével csatlakozott Biztosított vonatkozásában a Biztosított nyilatkozatnak a Szerződő általi átvételét követő nap 0. órájakor,

feltéve, hogy a Biztosító az adott személlyel kapcsolatos kockázatot vállalja.

A Biztosító kockázatelbírálást végez Egészségi nyilatkozat alapján a 15 000 000 Ft feletti kölcsönösszeg esetében, orvosi vizsgálat alapján 50 000 000 Ft feletti kölcsönösszeg esetében. A Biztosított által választható biztosítási csomagok, melyek szolgáltatása és díja az alábbi:

Csomag	Szolgáltatás	Az egy főre vonatkozó biztosítási díj/hó
Alap	Halál és I.,II. csoportos rokkantság	Biztosítási díj alapja \times 0,036%
Teljes	Halál és I.,II. csoportos rokkantság + változó kockázat (Keresőképtelenség / munkanélküliség / kritikus betegségek)	Biztosítási díj alapja \times 0,057%

A Biztosítási szerződés a szokásos szerződési gyakorlatól eltérően a Teljes csomag keretében ú.n. változó csomagot, változó fedezetet tartalmaz a következők szerint:

A Teljes csomag részeként a változó fedezet a Biztosított munkahelyi státuszának megfelelő védelmet nyújt:

- **keresőképtelenségi** védelem vonatkozik azokra a Biztosítottakra, akik a biztosítási esemény bekövetkezésekor a **köz- vagy a magánszférában dolgoznak, vagy önfoglalkoztatók;**
- **kritikus betegségek** védelem vonatkozik azokra a Biztosítottakra, akik a biztosítási esemény bekövetkezésekor **álláskeresőnek minősülnek;**
- **munkanélküliségi** védelem vonatkozik azokra a Biztosítottakra, akik a biztosítási esemény bekövetkezésekor legalább heti 30 órás folyamatos munkavégzésre irányuló jogviszonyban állnak **a magánszférában.**

A Biztosító a káresemény bekövetkezésekor munkahelyi státuszt vizsgálja, és a szolgáltatási igényt ez alapján bírálja el.

A Biztosító kockázatviselése megszűnik a Biztosítási feltételekben meghatározott esetekben és időpontban, így különösen a Bank és a Biztosított között létrejött Kölcsönszerződés megszűnését követő nap 0. órákor.

A Kölcsönszerződéshez kapcsolódó Visszafizetési Védelmi biztosítás keretében, a választott szolgáltatások függvényében a Biztosító az alábbi szolgáltatásokat nyújtja a Kedvezményezett (Bank) részére:

- a Biztosított halála és a társadalombiztosítási rendszerben meghatározott I. vagy II. csoportos rokkantsága (79%-os mértéket meghaladó egészségkárosodása) esetén a biztosítási esemény időpontjában fennálló kintlévőséget,
- a Biztosított saját egészségi állapotromlása miatti keresőképtelensége, vagy munkanélkülisége, vagy a Biztosítási feltételekben meghatározott ú.n. kritikus betegsége (pl.: szív-koszorúér műtét) esetén az esedékessé váló törlesztőrészeket a Feltételekben meghatározott ideig. A keresőképtelenségi és a munkanélküliségi biztosítási események első 60 napjára, kritikus betegség biztosítási esemény esetén az esemény időpontjától számított első 30 napra a Biztosító nem teljesít szolgáltatást (önrész).

A Biztosító a Biztosítási szerződés részét képező Biztosítási feltételek alapján mentesülhet a szolgáltatási kötelezettség alól, illetve bizonyos eseményeket kizár a kockázatviselésből (pl. öngyilkosság, bűncselekményben való aktív részvétel). A Biztosító mentesülésének eseteit, a kockázatviselésből kizárt eseményeket és a Biztosító szolgáltatása korlátozásának eseteire vonatkozó részletes tájékoztatást megtalálja a Biztosítási feltételekben.

A Biztosított vagy képviselője a szolgáltatási igényt a biztosítási eseményt követő 15 napon belül köteles bejelenteni a **Bizto-**

sító TeleCenter Információs Szolgálatánál hétköznapokon 8 és 20 óra között a **06-40 200-250** telefonszámon.

A Biztosító a hozzá bejelentett szolgáltatási igényt az annak elbírálásához szükséges valamennyi (tehát az igénybejelentéskor leadott és a Biztosító által utóbb kért) irat beérkezését követő 15 napon belül bírálja el, és a jogosnak minősülő igényeket teljesíti a kedvezményezett részére.

A Biztosító neve, címe:

Generali-Providencia Biztosító Zrt.

Budapesti Személybiztosítási Kompetencia Központ

Kollektív Csoport

1132 Budapest, Váci út 36-38.

A Biztosítási szerződéssel kapcsolatban felmerült panaszokat írásban a Biztosítónál lehet bejelenteni:

Generali-Providencia Biztosító Zrt.

Ügyfélkapcsolati Divízió

1066 Budapest, Teréz krt. 42-44.

Tel.: 301-7100

A Biztosító felügyeleti szerve:

Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete

1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

