

Terméktájékoztató és biztosítási feltételek a Citibank hitelkártyáihoz kapcsolódó élet-, baleset- és egészségbiztosításról

Terméktájékoztató a Citibank hitelkártyáihoz kapcsolódó hitelfedezeti biztosításról

A Citibank Europe plc Magyarországi Fióktelepe (székhely: Budapest, 1051 Szabadság tér 7. továbbiakban: Citibank) arra törekszik, hogy ügyfeleinek biztosítási védelemben való részesülését elősegítse, ezért a Hitelkártyaszerződést megkötő vagy azzal rendelkező személy Főkéntbiztosítottként megkötött hozzájáruló nyilatkozata alapján hitelfedezeti élet-, baleset- és egészségbiztosítási védelemben részesülhet a Generali-Providencia Zrt-nél (továbbiakban: Biztosító) a Citibank és a Biztosító között fennálló csoportos hitelfedezeti biztosítási szerződés alapján. A biztosítási szerződés teljesítése során a Citibank a Generali-Providencia Zrt. Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete által regisztrált függő biztosításközvetítőjeként jár el. A nyilvántartás elérhető a www.pszaf.hu internetes honlapon.

Kérjük, hogy figyelmesen tanulmányozza át termék-tájékoztatónkat és a biztosítási szerződés részét képező vonatkozó biztosítási feltételeket, hogy Ön előtt is egyértelműen világos legyen, milyen biztosítási eseményekre nyújt a megkötött biztosítási szerződés védelmet.

Külön felhívjuk figyelmét, hogy a feltételekben foglaltak szerint, bizonyos esetekben a Biztosító nem visel kockázatot, illetve kockázatviselését korlátozza, vagy mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól!

Ki a Biztosított és a Kedvezményezett?

A biztosítás Biztosítottja a Főkéntbiztosított által írásban vagy távközlő eszköz útján, távértékesítés keretében rögzített telefonbeszélgetés során szóban megkötött - és a Citibank által írásban visszaigazolt - biztosított nyilatkozat alapján a biztosítási szerződésben megjelölt Főkéntbiztosított természetes személy, aki a szerződés megkötésének időpontjában 18-65 év közötti életkorú. A Biztosító legfeljebb annak az elszámolási időszaknak a végéig vállal kockázatot, amelyben a Főkéntbiztosított a 70. életévét betöltötte.

A biztosítási szolgáltatás Kedvezményezettje a biztosított nyilatkozat alapján a Citibank.

Hogyan jön létre a biztosítási szerződés?

A biztosítási szerződés létrejöttéhez a Főkéntbiztosítottnak a Biztosítottnak a következőket kell tennie:

- A „Biztosított nyilatkozat a Citibank és a Generali-Providencia Zrt. között létrejött élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződéshez” című nyomtatványt kitöltve és aláírva a Citibank részére eljuttatni;
- vagy a távértékesítés keretében kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésekről szóló 2005. évi XXV. törvény szerint távértékesítés keretében, távközlő eszköz útján - a Citibankhoz címzett írásbeli nyilatkozatával, vagy távbeszélőn tett és rögzített szóbeli nyilatkozatával - biztosított nyilatkozatot tenni.

Ki fizeti a biztosítási díjat?

A biztosítási díj megfizetésére vonatkozóan a biztosított felhatalmazást ad a Citibanknak, hogy a Hitelkártya Számláját a havonta esedékes biztosítási díjjal megterhelje. A havonta esedékes biztosítási díj a felhasznált hitelkeret összege alapján kerül megállapításra.

A kockázatviselés kezdete és megszűnése

Az egyes Biztosítottak vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése a biztosítás igénylését követő első hitelkártya fordulónap utáni nap 0. órakor veszi kezdetét. Távértékesítés keretében igényelt biztosítási jogviszony esetén, amennyiben a Biztosított a Biztosító kockázatviselésének fenti időpont szerinti megkezdéséhez nem járul hozzá, abban az esetben a kockázatviselés a Citibank által a biztosított jogviszony létrejöttéről szóló visszaigazolás Biztosított általi kézhezvételétől számított 30. nap utáni első hitelkártya fordulónapot követő nap 0. órakor veszi kezdetét. A Főkéntbiztosított Biztosított a Hitelkártyaszerződés érvényessége alatt a szerződés hatályának rá való kiterjesztéséhez adott hozzájárulását visszavonhatja oly módon, hogy a biztosítást a Citibankhoz intézett nyilatkozatával felmondja. A Főkéntbiztosítottokra vonatkozóan a felmondás annak a Citibankhoz való megérkezését követő első fordulónapon hatályosul. Távértékesítés

keretében kötött, távközlő eszköz útján tett biztosítotti nyilatkozat esetén a Főkérttyabirtokos Biztosított a biztosítási jogviszonyt a Citibank által részére elküldött írásbeli visszaigazolás kézhezvételét követő 30 napon belül a Citibankhoz megküldött nyilatkozatával indokolási és fizetési kötelezettség nélkül, azonnali hatállyal írásban felmondhatja. A felmondási jogot határidőben érvényesítenek kell tekinteni, ha a Főkérttyabirtokos Biztosított az erre vonatkozó nyilatkozatát a fentiekben meghatározott határidő lejártá előtti postára adja, vagy egyéb igazolható módon a Citibanknak elküldi.

A Főkérttyabirtokos Biztosított a biztosítotti jogviszony hatálya alatt, valamint távértékesítés keretében a fenti (30 nap) határidőn túl a biztosítást a Citibankhoz intézett írásbeli nyilatkozatával mondhatja fel; a felmondás a felmondó nyilatkozat Citibankhoz való megérkezését követő fordulónapon válik hatályossá.

A Citibank elérhetőségei:

**Citibank Europe plc Magyarországi Fióktelepe
Dokumentációs Osztály 1367 Budapest, Pf. 123**

vagy 1134 Budapest, Váci út 35.

Telefax: 06-40-200-300

A Citibank és a Biztosító közötti biztosítási szerződés megszűnése / felmondása esetén a Biztosító kockázatviselése csak a biztosítási szerződés hatálya alatt bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki, a biztosítotti jogviszony (a Biztosító kockázatviselése) a biztosítási szerződés megszűnése esetén az adott Biztosítottak vonatkozásában a biztosítási díjjal fedezett elszámolási időszak utolsó napján / a felmondási idő elteltével szűnik meg.

Mire nem terjed ki a biztosítási védelem?

A Biztosító a biztosítási szerződés részét képező „Terméktájékoztató és biztosítási feltételek a Citibank hitelkártyáihoz kapcsolódó élet-, baleset- és egészségbiztosításról” elnevezésű dokumentum alapján részben vagy teljesen mentesülhet a szolgáltatási kötelezettség alól, illetve bizonyos eseményeket kizár a kockázatviselésből (pl. szerződéskötés előtt bekövetkezett baleset vagy betegség következményei, öngyilkosság, alkoholos befolyásoltság közrehatása).

Mi a biztosítási esemény időpontja?

A biztosítási események bekövetkezésének időpontja az alábbiak szerint alakul:

- halál esetén a Biztosított halálának a napja;
- balesetből eredő, legalább 50%-os mértékű maradandó egészségkárosodás esetén a baleset napja;
- I-II.-III. csoportos rokkantság esetén a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez történő igénybejelentés napja;

- 60 napot meghaladó keresőképtelenség esetén a keresőképtelenség 61. napja.

Milyen szolgáltatást nyújt a Biztosító?

A biztosítás keretében a Biztosító az alábbi események bekövetkezése esetén a következő szolgáltatásokat nyújtja a Kedvezményezett (Citibank) részére az alábbiak szerint:

- halál és a balesetből eredő maradandó egészségkárosodás biztosítási események bekövetkezésekor a biztosítási eseményt elszenvedett Biztosítottnak a biztosítási esemény időpontjában fennálló, a biztosítással fedezett, felhasznált hitelkeret összegével megegyező mértékű biztosítási szolgáltatást teljesít a Kedvezményezett részére, függetlenül attól, hogy a Biztosított, illetve örököse az igénybejelentéstől a szolgáltatás teljesítéséig tartozását törlesztette-e. A Citibank ilyen esetben a Biztosítottal, illetve örökösével a Biztosító szolgáltatása teljesítését követően elszámol;
- I., II. vagy III. csoportos rokkantság biztosítási esemény vonatkozásában a kérelem benyújtásának napján a biztosítással fedezett, felhasznált hitelkeretnek megfelelő összeget fizet a Biztosító a Kedvezményezett részére, függetlenül attól, hogy a Biztosított az igénybejelentéstől a szolgáltatás teljesítéséig tartozását törlesztette-e. A Szerződő ilyen esetben a Biztosítottal a Biztosító szolgáltatása teljesítését követően elszámol;
- A Biztosított saját egészségi állapotának romlása miatti, 60 napot meghaladó folyamatos keresőképtelensége esetén a keresőképtelenség 61. napjával áll be a szolgáltatási kötelezettség. Ennek alapján a Biztosító a 61. napon fennálló, biztosítással fedezett, felhasznált hitelkeret összegének alapul vételével megállapított biztosítási összeg 25%-ának egy összegben történő megfizetését vállalja. A Biztosító ezt a térítést egy biztosítási éven belül csak egyszer fizeti meg Kedvezményezett részére.

Mit kell tenni a szolgáltatási igény felmerülése esetén?

A szolgáltatási igényt annak érvényesítője (a Biztosított, illetve örököse) a biztosítási eseményt követő 15 napon belül (keresőképtelenség esetén a 60. keresőképtelen napot követően) írásban jelentheti be a Biztosítóknak. A szolgáltatási igény bejelentéséhez a szolgáltatási igénybejelentő nyomtatvány és az ott meghatározott dokumentumok csatolása szükséges. Keresőképtelenség esetén a 60 napot meghaladó keresőképtelenséget igazoló összes „Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről” c. nyomtatvány

másolatát, továbbá a keresőképtelenség okát igazoló egyéb orvosi dokumentumokat kell az igény érvényesítéséhez a Biztosító részére megküldeni.

A Biztosító a hozzá bejelentett szolgáltatási igényt az annak elbírálásához szükséges valamennyi (tehát az igénybejelentéskor leadott és a Biztosító által utóbb kért) okmány beérkezését követő 15 napon belül teljesíti a Citibank részére.

A Generali-Providencia Zrt. székhelye: 1066 Budapest, Teréz krt. 42-44. A biztosítási szerződéssel kapcsolatban felmerült panaszokat írásban, a Biztosítónál lehet bejelenteni: Generali-Providencia Zrt. Ügyviteli és Ügyfélkapcsolati Osztály 1066 Budapest, Teréz krt. 42-44. A Biztosító köteles a panaszokat, bejelentéseket kivizsgálni és a vizsgálata eredményéről a panaszosnak 15 napon belül írásban tájékoztatást adni.

A Biztosító és a Citibank felügyeleti szerve:
Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete

1013 Budapest, Krisztina krt.39.

1535 Budapest, 114. Pf. 777.

Telefon: (06-1) 489-9100,

Fax: (06-1) 489-9102

A fogyasztóvédelem szerve:

Nemzeti Fogyasztóvédelmi Hatóság,

Székhelye: 1088 Budapest, József krt. 6.

Telefon: 459-4800

Fax: 210-4677

Ha a biztosítás értékesítésével kapcsolatban bármilyen kérdése, vagy észrevétele van, kérjük, vegye fel a kapcsolatot a Citibank munkatársaival a CitiPhone Banking **06 40 24 84 24**-es telefonszámán. A biztosítással kapcsolat további kérdések, észrevételek, illetve kárbejelentés esetén a Generali-Providencia Biztosító TeleCenter szolgálatához fordulhat a **06 40 200 250**-es, illetve külföldi hívás esetén a **+36 1 452 333**-es számon.

A CITIBANK hitelkártyáihoz kapcsolódó élet-, baleset- és egészségbiztosítási feltételek

Jelen élet-, baleset- és egészségbiztosítási feltételek (továbbiakban: feltételek) - ellenkező megállapodás hiányában a Citibank (a továbbiakban: Szerződő) hitelkártyáihoz kapcsolódó biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés) hatályosak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezései, valamint a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

A biztosítás szabadon választható, és semmilyen módon nem befolyásolja a Hitelkártyaszerződést, vagy igénylést.

A biztosítás nem minősül befektetési szolgáltatásnak, vele összefüggésben adókedvezmény nem igényelhető.

1. ÉRTELMEZŐ RENDELKEZÉSEK:

- (1) Jelen feltételek alkalmazásában **Elszámolási Időszak** alatt a számlakivonat kiállításának napjától (a továbbiakban: fordulónap) a következő számlakivonat kiállításának napjáig tartó időszakot kell érteni.
- (2) Jelen feltételek alkalmazásában a **biztosítással fedezett, felhasznált hitelkeret** jelenti azt az összeget, amelyet a Hitelkártya Számlán rendelkezésre álló Hitelkeretből egy adott időpontban a Biztosított már felhasznált, ide értve a költségeket, a Kétszempzfelvételi díjat és a Kamatot, valamint a Könnyített Törlesztés, Tele-Kölcsön és Tele-Kölcsön Plusz Szolgáltatások havonta esedékes törlesztőrészletét is. Az elszámolási időszak végén felhasznált hitelkeret összegét a Szerződő a számlakivonaton feltünteti. A biztosítással fedezett fel-

használt hitelkeret (a továbbiakban: biztosítással fedezett, felhasznált hitelkeret) összege legfeljebb a hitelkeret 120%-a.

- (3) **Főkérttyabirtokos:** olyan cselekvőképés, természetes személy, aki a Hitelkártyaszerződés szerint a nevére kibocsátott Hitelkártya kizárólagos birtoklására, használatára és a Hitelkártyával együtt járó szolgáltatások igénybevételére jogosult.
- (4) Jelen biztosítási szerződés alkalmazásában **Hitelkártya** alatt forint alapú, a Kártyabirtokos Biztosított részére a Szerződő által a Kártyatársaság licenccijája alapján kibocsátott hitelkártyát kell érteni.
- (5) Jelen feltételek alkalmazásában a **Hitelkártya Fordulónap** a hitelkártya elszámolási időszakának utolsó napját, egyben a számlakivonat kiállításának napját jelenti.
- (6) Jelen feltételek alkalmazásában a **Hitelkártya Számla** jelenti a Szerződő által forintban vezetett és nyilvántartott, korlátozott rendeltetésű lakossági bankszámlát, melyen a Szerződő minden költést a Hitelkártyaszerződés szerint nyilvántart.
- (7) Jelen biztosítási szerződés alkalmazásában **Hitelkártyaszerződés** az a szerződés, amely a Kártyabirtokos és a Szerződő között létrejön, és amely alapján a Szerződő hitelkártyát és hitelkeretet bocsát a Kártyabirtokos rendelkezésére (a továbbiakban: Hitelkártyaszerződés).
- (8) **Hitelkeret** - jelenti a Hitelkártya Számla Szerződő által megengedett maximum „tartozik” egyenlegét együttesen a Főkérttyára és a Társkérttya(k)ra vonat-

kozóan (ha van ilyen), amelyről a Főkétyabirtokost a Szerződő időről időre értesíti. A Hitelkeretet a Szerződő saját hatáskörében határozza meg a Kártyabirtokosnak a Szerződő által megállapított hitelképessége alapján. Amennyiben a Főkétyabirtokos Tele-Kölcsön Pluszt vesz igénybe, a Hitelkeret ideiglenesen elemlére kerül, a Hitelkeret Tele-Kölcsön Pluszal kiegészített része a Hitelkártya Általános Szerződési Feltételekben meghatározott eltérő jellemzőkkel bír.

- (9) **Kártyabirtokos:** magában foglalja a Főkétyabirtokost és a Társkétyabirtokost.
- (10) Jelen feltételek alkalmazásában a **Készpénzfelvételi díj** jelenti a minden egyes Készpénzfelvétel összege után felszámítandó egyszeri díjat és a Készpénzfelvétel összege és a Készpénzfelvételi díj együttes összege után felszámított kamatot. Mértékét a Hitelkártyaszerződés részét képező Kamat- és díjfeltételek tartalmazza.
- (11) Jelen feltételek alkalmazásában a **Költség** fogalma jelenti mindazon díjakat, jutalékokat, költségeket, kamatokat, melyeket a Szerződő a Hitelkártya Számla fenntartásával, kezelésével kapcsolatosan, valamint a Hitelkártyabirtokos tranzakcióinak teljesítéséhez kapcsolódóan jogosult felszámítani, kivéve a Készpénzfelvételi díjat és Kamatot.
- (12) **Társkétyabirtokos:** az a legalább 14 éves természetes személy, aki a saját és a Főkétyabirtokos kérésére és felelősségére, a Főkétyabirtokos meghatalmazottjaként a Szerződőtől Hitelkártyát kap.

A Hitelkártyaszerződésre vonatkozó fogalmak megegyeznek a Hitelkártya Általános Szerződési Feltételekben használt fogalmakkal.

- (13) Jelen feltételek szempontjából a baleset az a hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a Biztosítottat akaratától függetlenül a kockázatviselés tartama alatt éri.
- (14) Jelen feltételek szempontjából balesetnek minősül továbbá:
- (a) a gyermekbénulás és a kullancscsípés következtében kialakuló agyburok-, vagy/és agyvelőgyulladás, ha a betegséget szerológiai módszerrel megállapították és az legkorábban 15 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 15 nappal annak befejeződése után jelentkezik. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor a gyermekbénulásként vagy agyburok- vagy/és agyvelőgyulladásként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz.
- (b) a veszélyesség, ha a betegséget megállapították és az legkorábban 60 nappal a kockázatviselés kezdete

után, legkésőbb pedig 60 nappal annak befejeződése után jelentkezik. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor a veszélyességként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz.

- (c) a tetanuszfertőzés, ha a betegséget megállapították és az legkorábban 20 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 20 nappal annak befejeződése után jelentkezik. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor a tetanuszfertőzésként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz.
- (d) Jelen feltételek szerint - figyelemmel a fenti (13), (14) (a) és (b) bekezdésre - nem minősül balesetnek az ember vagy állat által terjesztett bakteriális, vagy vírusfertőzés még abban az esetben sem, ha balesetszerű fizikális ok váltja ki. Nem minősül balesetnek továbbá a foglalkozási betegség (ártalom), valamint a Biztosított öngyilkossága, öngyilkossági kísérlete, még abban az esetben sem, ha az a Biztosított zavart tudatállapotában következett be.
- (15) Jelen feltételek alkalmazásában a **biztosítási összeg** (a továbbiakban: **biztosítási összeg**) mértéke a biztosítási esemény időpontjában fennálló, a biztosítással fedezett, felhasznált hitelkeret összegével megegyező mértékű.
- (16) Jelen feltételek alkalmazásában az **orvosszakértői intézet** jelenti a rokkantság megállapítására jogosult szakértői szervet, így különösen az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézetet.
- (17) Jelen feltételek alkalmazásában az egyes biztosítottakra vonatkozóan a **biztosítási év** minden évben a biztosítási évforduló napján kezdődik, és ettől számítva egy évig tart. A biztosítási évforduló napja az egyes biztosítottakra vonatkozóan megegyezik az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés kezdetének napjával.

2. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

2.1. A biztosítási szerződés alanyai (a Biztosító, a Szerződő, a Biztosított és a Kedvezményezett)

- (1) Biztosító a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (továbbiakban: Biztosító), aki a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és a feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.
- (2) A biztosítási szerződés Szerződője a Citibank (továbbiakban: Szerződő).
- (3) A biztosítási szerződés Biztosítottja a Szerződőnél Hitelkártyaszerződéssel rendelkező 18-70 év közötti Kártyabirtokos. A biztosítottti nyilatkozat aláír-

sával, illetve telefonon megtett szóbeli biztosítotti nyilatkozattal a Főkétyabirtokos hozzájárul ahhoz (a továbbiakban: Biztosított nyilatkozat), hogy a Szerződő és a Biztosító között létrejött biztosítási szerződés hatálya rá is kiterjedjen, és a biztosítási díj megfizetésére kötelezettséget vállal. A biztosítás igénylésére a Főkétyabirtokos Biztosított 65 éves koráig kerülhet sor és a Biztosító annak a biztosítási időszaknak a végéig visel kockázatot, amelyben a Főkétyabirtokos Biztosított a 70. életévét betöltötte.

- (4) A biztosítási szerződés Kedvezményezettje a Biztosítottnak a biztosított nyilatkozattal adott beleegyezése alapján a Szerződő, aki a biztosítási szolgáltatásra jogosult.

2.2. A biztosítási szerződés létrejötte

- (1) A biztosítási szerződés a Szerződő és a Biztosító megállapodása alapján jön létre.
- (2) A Főkétyabirtokos Biztosított(ak) írásban vagy távközlő eszköz útján, távértékesítés keretében tett nyilatkozatukkal hozzájárul(nak) ahhoz, hogy a Szerződő és a Biztosító között létrejött biztosítási szerződés hatálya rá is kiterjedjen.

2.3 A Biztosított nyilatkozat

- (1) A Biztosított nyilatkozat az a Főkétyabirtokos Biztosított által aláírt, a Bank részére visszaküldött, illetve a hitelkártya jelentkezési lapon tett jognyilatkozat, amely tartalmazza a biztosítási szerződés hatályának a Biztosítottakra való kiterjesztéséhez, a Kedvezményezett megjelöléséhez és a szerződés fenntartásához, továbbá a szolgáltatási igény elbírálásához kapcsolódó adatkezeléshez szükséges nyilatkozatokat és a Biztosító által feltett kérdéseket, valamint az azokra adott válaszokat, amely nyilatkozatok megtételével, és amely kérdések hiánytalan és a valóságnak megfelelő megválaszolásával a Biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz.
- (2) Biztosított nyilatkozatnak minősül a jelen feltételek 2.1. (3) pontjában meghatározott életkorú Főkétyabirtokosnak a távértékesítés keretében kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésekről szóló 2005. évi XXV. törvény szerint távértékesítés keretében, távközlő eszköz útján tett és rögzített szóbeli nyilatkozata – amely szerint a biztosítandó személy a szerződés részét képező feltételek ismeretében, az abban foglaltakat elfogadva, egyértelműen kijelenti, hogy a jelen feltételek szerinti biztosítási védelemre igényt tart és a Kedvezményezett megjelöléséhez hozzájárul

(továbbiakban: szóbeli biztosított nyilatkozat). A Szerződő a biztosítási védelem létrejöttéről és fennállásáról írásbeli visszaigazolást küld a Főkétyabirtokos Biztosított részére.

- (3) A Biztosítottnak a nyilatkozatokat a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell megtennie.
- (4) A Biztosító jogosult a Biztosított közlési kötelezettségének teljesítése során közölt adatok ellenőrzésére.

2.4. A biztosítási szerződés hatálybalépése, a biztosítási időszak

- (1) A biztosítási szerződés az egyes Biztosítottak vonatkozásában a biztosítás igénylését követő első fordulónap utáni nap 0. órájkor lép hatályba. A Szerződő az igénylést követő első Hitelkártya Fordulónapon a Főkétyabirtokos Biztosított hozzájárulása alapján az első biztosítási díjjal a Főkétyabirtokos Biztosított Hitelkártya Számláját megterheli. Amennyiben a Szerződő a Főkétyabirtokos Biztosított számára távközlő eszköz útján távértékesítés keretében tesz ajánlattételi felhívást, ennek során köteles a Biztosítottal közölni, hogy a Biztosító kockázatviselése a szerződésből való kilépésre (azonnali hatályú felmondásra, elállásra) nyitva álló határidő lejártá előtt csak a Biztosított kifejezett hozzájárulását követően kezdődik meg.
- (2) Jelen feltételek alkalmazásában biztosítási időszak alatt az 1. (5) bekezdésben definiált fordulónapok közötti időszakot kell érteni.
- (3) Jelen feltételek alkalmazásában a biztosítási időszak az elszámolási időszakkal esik egybe.

2.5. A kockázatviselés kezdete és megszűnése

- (1) A Biztosító adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselése a biztosítási szerződés adott Biztosítottra vonatkozó hatálybalépésének időpontjában kezdődik meg, várakozási idő nincs.
- (2) A Biztosított a biztosítási szerződés alapján nem jogosult keresőképtelenségiszolgáltatásra, amennyiben a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény alapján saját jogon nem jogosult táppénzre.
- (3) A Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított vonatkozásában megszűnik:
 - a) ha az adott Biztosítottra vonatkozó esedékes biztosítási díj nem kerül megfizetésre,
 - b) az elszámolási időszaknak az utolsó napján, az alábbi esetekben:
 - a Biztosított halála, balesetből eredő legalább 50%-os mértékű maradandó egészségkárosodása, illetve

- I., II., vagy III. csoportos rokkantsága esetén (5.2. (1), (2) pont), ha a Biztosító szolgáltatást nyújtott;
- c) a Hitelkártyaszerződés bármelyik fél által történő felmondását követő Hitelkártya Fordulónapon,
 - d) a Hitelkártya érvényességi idejének lejáratakor, amennyiben a Hitelkártya nem kerül megújításra,
 - e) a Hitelkártya Szerződő által történő - nem ideiglenes jellegű - zárolásakor,
 - f) az I., II., III. csoportos rokkantság, illetve a keresőképtelenségi kockázat vonatkozásában a Biztosított öregségi vagy azzal egy tekintet alá eső nyugdíjjogosultsága megszerzésének időpontjában, annak a biztosítási időszaknak a végén, amelyben a Főkértáybirtokos Biztosított a 70. életévét betöltötte,
 - g) a Főkértáybirtokos Biztosított felmondási jogának gyakorlása esetén a felmondás hatályosulásakor.
- (4) A Biztosító kockázatviselése valamennyi Biztosított vonatkozásában megszűnik a Biztosító és a Szerződő közötti biztosítási szerződés megszűnése (felmondása) esetén. Ebben az esetben a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosítottak vonatkozásában a biztosítási díjjal fedezetett elszámolási időszak utolsó napján szűnik meg.

2.6. Felmondási jog

- (1) A biztosítási szerződésből való kilépés - a biztosítotti jogviszony felmondása az egyes Főkértáybirtokos Biztosítottak részéről - csak a Főkértáybirtokos Biztosított írásbeli nyilatkozatával történhet. A Főkértáybirtokos Biztosított felmondása alapján a felmondás hatályosulásával a Biztosító kockázatviselése megszűnik.
- (2) Távértékesítés keretében kötött, távközlő eszköz útján tett biztosítotti nyilatkozat esetén a Főkértáybirtokos Biztosított a biztosítási jogviszonyt a Szerződő által részére elküldött írásbeli visszaigazolás kézhezvételét követő 30 napon belül a Szerződőhöz megküldött nyilatkozatával indokolás és fizetési kötelezettség nélkül írásban, azonnali hatállyal felmondhatja. A felmondási jogot határidőben érvényesítettnek kell tekinteni, ha a Főkértáybirtokos Biztosított az erre vonatkozó nyilatkozatát a jelen bekezdésben meghatározott határidő lejárta előtt postára adja, vagy egyéb igazolható módon a Szerződőnek elküldi.
- (3) A Főkértáybirtokos Biztosított a biztosítotti jogviszony hatálya alatt, valamint távértékesítés keretében a (2) bekezdésben rögzített határidőn túl a biztosítást a Szerződőhöz intézett írásbeli nyilatkozatával mondhatja fel; a felmondás a felmondó nyilatkozat Szerződőhöz való megérkezését követő fordulónapon válik hatályossá.

- (4) Felmondás esetén a Biztosított által a biztosítási szerződéssel kapcsolatban addig teljesített befizetésekkel a Szerződő köteles a felmondó nyilatkozat kézhezvételét követő 30 napon belül elszámolni. A (2) bekezdésben rögzített felmondás esetén a felmondó nyilatkozat Szerződő általi kézhezvételéig, míg a (3) bekezdésben rögzített felmondás esetén a felmondási idő leteltéig a Biztosító a Biztosított vonatkozásában a kockázatot vállalja.
- (5) A biztosítotti jogviszony felmondása a Szerződővel megkötött Hitelkártya-szerződést nem érinti.

2.7. A biztosítás területi hatálya

A Biztosító kockázatviselése az egész világra kiterjed.

3. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAINAK JOGAI ÉS KÖTELEZETTSÉGEI

3.1. A Szerződő és a Biztosított közlési kötelezettsége

- (1) A Biztosított köteles közlési kötelezettségének eleget tenni.
- (2) A közlési kötelezettség abban áll, hogy a Biztosított köteles a biztosítási védelem igénylésekor a Biztosító által feltett kérdésekre közölni minden olyan körülményt, amely a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges, és amelyeket ismert vagy ismernie kellett. A Biztosított írásban feltett kérdéseire adott hiánytalan és a valóságnak megfelelő válaszokkal a felek a közlési kötelezettségüknek eleget tesznek.
- (3) A Biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére és e célból a Biztosított egészségi állapotára, tevékenységére, életkörülményeire vonatkozó további kérdéseket tehet fel, orvosi vizsgálatot írhat elő.

3.2. A Biztosító mentesülése a szolgáltatási kötelezettség alól közlési kötelezettség megsértése esetén

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 bekövetkezésében.

Azt, hogy a felsorolt esetek valamelyike fennáll, annak kell bizonyítania, aki azokra hivatkozik.

4. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ

- (1) A biztosítási díj a Biztosító kockázatvállalásának ellenértéke.

- (2) A biztosítás díjának megfizetésére a Főkétyabirtokos Biztosított köteles.
- (3) A fizetendő biztosítási díj mértéke elszámolási időszakonként eltérő. Az adott Biztosítottra biztosítási díj számítása mindig az egyes Biztosítottra vonatkozó adott elszámolási időszak utolsó napján fennálló, biztosítással fedezett, felhasznált hitelkeret figyelembevételével történik.
- (4) A biztosítási folyamatos díjú, a díjfizetés havonta történik.
- (5) A biztosított nyilatkozat alapján a Hitelkártya Számla a havonta esedékes biztosítási díj összegével megterhelésre kerül az adott Hitelkártya Fordulónapon.

5. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

5.1. A biztosítási esemény

- (1) Jelen feltétel alapján létrejött biztosítási szerződés alkalmazásában biztosítási események az alábbiak:
 - a) a Biztosítottnak a biztosítási szerződés tartama alatt bekövetkezett halála;
 - b) a Biztosítottnak a biztosítási szerződés tartama alatt bekövetkezett balesetből eredő, legalább 50%-os mértékű maradandó egészségkárosodása;
 - c) a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező olyan balesete vagy kialakuló olyan betegsége, amely orvosszakértői intézet által megállapított 79%-ot meghaladó egészségkárosodást (I. vagy II. rokkantsági csoport) eredményez;
 - d) a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező olyan balesete vagy kialakuló olyan betegsége, amely orvosszakértői intézet által megállapított 50-79%-os mértékű egészségkárosodást eredményez és a Biztosított rehabilitációja az orvosszakértői intézet szakvéleménye szerint nem javasolt (III. rokkantsági csoport);
 - e) a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesete vagy a kockázatviselés tartama alatt kialakuló betegsége miatti, 60 napot meghaladó folyamatos betegállománya (továbbiakban: keresőképtelenség) saját egészségi állapotának romlása miatt.

5.1.1. A biztosítási esemény időpontja

- (1) Jelen feltétel alapján az 5.1. pontban felsorolt biztosítási események bekövetkezésének időpontjai a következők:
 - halál esetén a Biztosított halálának napja;
 - balesetből eredő, legalább 50%-os mértékű maradandó egészségkárosodás esetén a baleset napja;
 - I-II.-III. csoportos rokkantság esetén a nyugdíjbizto-

sítási igazgatási szervhez történő igénybejelentés napja;

- 60 napot meghaladó keresőképtelenség esetén a keresőképtelenség 61. napja.

5.1.2. A balesetből eredő maradandó egészségkárosodás meghatározása

- (1) Egészségkárosodásnak tekintendő az olyan testi és/vagy szellemi működképesség-csökkenés, mely a szokásos életvitelt korlátozza. Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha a Biztosított egészségi állapota orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető. A maradandó egészségkárosodás megállapítása során a munkaképesség megváltozása, és/vagy a sporttevékenység abbahagyásának kényszere nem irányadó. A baleset következtében kialakuló hátrányos esztétikai következmények és egyéb (szociális, anyagi, stb.) hátrányok önmagukban nem képezhetik maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény alapját.
- (2) Amennyiben az elbírálás alapján az egészségkárosodás foka nem éri el az 50%-os mértéket, akkor a Biztosítottnak joga van biztosítási eseményenként a biztosítási szerződés tartama alatt bejelentett baleset napjától számított 2 évig évenként egy alkalommal a maradandó egészségkárosodás újbóli orvosi megállapítását kérni, feltéve, hogy a Biztosított baleset miatti egészségkárosodása folyamatosan romlik. A Biztosított ismételt szolgáltatási igény bejelentéssel és megfelelő kezelés ellenére kialakuló állapotrosszabbodást igazoló orvosi irattainak benyújtásával kezdeményezheti a maradandó egészségkárosodás felülvizsgálatát.
- (3) Az 5.2. vonatkozásában az egészségkárosodás foka a Biztosító orvosa az alábbiak szerint határozza meg: lásd a „Testrészek, érzékszervek egészségkárosodása - Egészségkárosodás foka %” táblázatot.
- (4) Ha az egészségkárosodás foka a (3) bekezdés alapján nem állapítható meg, akkor azt aszerint kell megállapítani, hogy a testi és/vagy szellemi működképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A maradandó egészségkárosodás mértékét a fenti táblázat figyelembe vételével a Biztosító orvosa állapítja meg. A Biztosított más orvosszakértői testületek határozata nem köti, így például a társadalombiztosítási szervek határozata nem szolgál alapul a maradandó egészségkárosodásra fizetendő szolgáltatás mértékének megállapításánál. A baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.

Testrészek, érzékszervek egészségkárosodása	Egészségkárosodás foka %
Egy kar vállizülettől való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	70%
Egy kar könyökizület fölöttig való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	65%
Egyik kar könyökizület alattig való, vagy egyik kéz teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	60%
Egyik hüvelykujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	20%
Egyik mutatóujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	10%
Bármely más kézujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	5%
Egyik comb csípőizületben történő elvesztése, vagy a csípőizület teljes működésképtelensége	70%
Egyik comb részleges csonkolása, vagy a térdizület teljes működésképtelensége	60%
Egyik lábszár részleges csonkolása	50%
Egyik bokaizület elvesztése vagy teljes működésképtelensége	30%
Egyik nagylábujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	5%
Bármely más lábujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	2%
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése, amennyiben a Biztosított a másik szem látóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezése előtt elvesztette	65%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	15%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése, amennyiben a Biztosított a másik fül hallóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezése előtt elvesztette	45%
A szaglóérzék teljes elvesztése	10%
Az ízelelőképesség teljes elvesztése	5%

5.1.3. Az I., II., III. csoportos rokkantság meghatározása

- (1) Biztosítási esemény az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan betegség, baleset, melynek következtében az orvosszakértői intézet szakvéleménye a Biztosítottnál
- a) 79 százalékot meghaladó mértékű egészségkárosodást állapított meg (az 1997. évi LXXXI. törvény 36/A. § (1) a) aa) bekezdés szerinti rokkantság, I-II. rokkantsági csoportok), vagy
- b) 50-79 százalékos mértékű egészségkárosodást állapított meg és rehabilitációja az orvosszakértői intézet szakvéleménye szerint nem javasolt (az 1997. évi LXXXI. törvény 36/A. § (1) a) ab) bekezdés szerinti rokkantság, III. rokkantsági csoport), feltéve, hogy a Biztosított a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervnél a rokkantsággal összefüggő igénybejelentését a reá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt kezdemé-

nyezi és 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.

5.1.4. A keresőképtelenség meghatározása

- (1) Biztosítási esemény a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan betegség vagy baleset, melynek következtében a Biztosított a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által igazoltan, saját jogon 61 napot meghaladóan keresőképtelen állományban van. Keresőképtelenség alatt az 1997. évi LXXXIII. törvény - a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól - 44.§. a), f) és g) bekezdése által definiált fogalmat kell érteni.

5.2. A Biztosító szolgáltatása

- (1) A Biztosító a halál és a balesetből eredő maradandó egészségkárosodás biztosítási események bekövetkezésekor a biztosítási eseményt elszenvedett Biztosítottnak a biztosítási esemény időpontjában fennálló, biztosítással fedezett, felhasznált hitelkeret összegével megegyező mértékű biztosítási szolgáltatást fizeti meg a Kedvezményezett részére, függetlenül attól, hogy a Biztosított, illetve örököse az igénybejelentéstől a szolgáltatás teljesítéséig tartozását törlesztette-e. A Szerződő ilyen esetben a Biztosítottal, illetve örököseivel a Biztosító szolgáltatása teljesítését követően elszámol.
- (2) A Biztosító szolgáltatása az I., II., vagy III. csoportos rokkantság biztosítási esemény vonatkozásában a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges utolsó okmányok a Biztosítóhoz való beérkezését követő 15. napon válik esedékessé, és a Biztosító a biztosítási esemény időpontjában fennálló, a biztosítással fedezett, felhasznált hitelkeretnek megfelelő összeget fizet a Kedvezményezett részére, függetlenül attól, hogy a Biztosított az igénybejelentéstől a szolgáltatás teljesítéséig tartozását törlesztette-e. A Szerződő ilyen esetben a Főkértve birtokos Biztosítottal a Biztosító szolgáltatása teljesítését követően elszámol.
- (3) Saját egészségi állapotromlás miatti, 60 napot meghaladó folyamatos keresőképtelenség esetén a keresőképtelenség 61. napjával áll be a szolgáltatási kötelezettség. Ennek alapján a Biztosító a 61. napon fennálló, a biztosítással fedezett, felhasznált hitelkeret összegének alapul vételével megállapított biztosítási összeg 25%-ának egy összegben történő megfizetését vállalja. A Biztosító a térítést egy biztosítási éven belül csak egyszer fizeti meg a Kedvezményezett részére.
- (4) A Biztosított a Hitelkártyaszerződésben rögzített fizetési kötelezettségének a szolgáltatási igény bejelentésétől függetlenül, a szolgáltatási igény rendezéséig köteles eleget tenni a Hitelkártyaszerződésben meghatározott esedékességi időpontban és feltételek szerint. A Biztosító szolgáltatásának teljesítése kapcsán esetlegesen keletkező többletfizetéssel a Szerződő a Biztosított felé elszámol.
- (5) A Biztosító jogosult az adott betegség vagy baleseti következmény általános gyógytartamára vonatkozó adatok alapján a Biztosított keresőképtelensége indokoltságának felülvizsgálatára.

5.3. A biztosítási esemény és a szolgáltatási igény bejelentésének határideje

A biztosítási eseményt és a szolgáltatási igényt 15 napon belül írásban kell bejelenteni a Biztosítóknál.

5.4. A Biztosító teljesítése

- (1) A Biztosító a hozzá bejelentett szolgáltatási igényt az annak elbírálásához szükséges utolsó okmány, nyilatkozat 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 a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.

5.5. A teljesítéshez szükséges dokumentumok

- (1) A szolgáltatási igény előterjesztésekor be kell nyújtani a Biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt.
- (2) Halál esetén be kell nyújtani továbbá:
 - (a) a halottvizsgálati bizonyítvány másolatát;
 - (b) a halotti epikrizis másolatát;
 - (c) boncjegyzőkönyv másolatát, ha ilyen készült;
 - (d) a Biztosított halotti anyakönyvi kivonatának másolatát;
 - (e) külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar fordítását;
 - (f) a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozatát a biztosítási esemény hátterében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismezésének pontos időpontjával;
 - (g) a Biztosító bekéri a Szerződőtől a Biztosított nyilatkozatot.
- (3) Amennyiben a biztosítási eseménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, a Biztosító bekérheti az eljárást befejező határozatot, feltéve, hogy e nélkül a Biztosító a jogalap és/vagy az összegszerűség megállapítása kérdésében nem tud megalapozottan állást foglalni (így különösen az eljárást megtagadó vagy megszüntető határozatot, illetve a jogerős bírósági határozatot).
- (4) Baleset esetén be kell nyújtani továbbá:
 - (a) a baleseti jegyzőkönyv másolatát, amennyiben ilyen készült;
 - (b) közlekedési baleset esetén be kell nyújtani a rendőrségi jegyzőkönyvet
 - (c) véralkohol vizsgálati eredményt (ha ilyen készült);
 - (d) gépjármű vezetése során bekövetkezett biztosítási esemény esetén a jogosítvány és forgalmi engedély másolatát;

- (e) az első orvosi ellátás dokumentumainak másolatát.
- (5) Baleset miatti egészségkárosodás esetén be kell nyújtani továbbá a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum hiteles másolatát.
- (6) I., II. vagy III. csoportos rokkantság esetén be kell nyújtani továbbá
 - (a) az orvosszakértői intézet szakvéleményének másolatát, amely a nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv határozatának mellékletét képezi;
 - (b) a kezelőorvos, háziorvos orvosi nyilatkozatát a biztosítási esemény hátterében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismézésének pontos időpontjával.
- (7) Keresőképtelenség esetén be kell nyújtani továbbá:
 - (a) a legalább 61 napról szóló keresőképtelenségi igazolásokat és táppénzre jogosító kezelőorvosi igazolásokat, azaz az „Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről” c. nyomtatvány hiteles másolatait, illetve az „Orvosi igazolás folyamatos keresőképtelenségről” c. nyomtatvány hiteles másolatait;
 - (b) ha kórházi ápolás is történt: a kórházi zárójelentést, a kórházi gyógykezelés befejezését követő 15 napon belül (a kórházi ápolás időtartamára keresőképtelenségi igazolás benyújtása nem szükséges).
- (8) A Biztosító bekérhet, és beszerezhet a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges további igazolásokat, nyilatkozatokat is.
- (c) a biztosítási esemény bekövetkezésének idején alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer, vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt és ez a tény a baleset bekövetkeztében közrehatott. Ha történt véralkohol vizsgálat, alkoholos állapotnak tekintendő az 1,5‰-et meghaladó, gépjárművezetés közben a 0,8‰-et meghaladó mértékű véralkoholkoncentráció.
- (d) olyan gépjárművet vezetett, amelynek nem volt érvényes forgalmi engedélye, vagy amelynek vezetéséhez szükséges érvényes vezetői engedéllyel nem rendelkezett és ez a tény a baleset bekövetkeztében közrehatott,

(3) A Biztosított a biztosítási esemény bekövetkeztekor úgy köteles eljárni, ahogy az az adott helyzetben elvárható, ennek megfelelően haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe vennie és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatnia kell. Mentésül a Biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól annyiban, amennyiben a Biztosított e kötelezettségének nem tett eleget.

(4) 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.

(5) Azt, hogy a fenti körülmények valamelyike fennáll, annak kell bizonyítania, aki azokra hivatkozik.

6. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE ALÓL, A KOCKÁZATVISELÉSBŐL KIZÁRT ESEMÉNYEK

6.1. A Biztosító mentesülése

- (1) A Biztosító - kivéve a halál esetén fizetendő térítést - mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, amennyiben bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.
- (2) A Biztosított súlyosan gondatlanul jár el különösen, ha
 - (a) a biztosítási esemény rendszeres alkoholfogyasztás következtében történt;
 - (b) a biztosítási esemény kábítószer fogyasztás, kábító hatású anyag, vagy gyógyszer szedése következtében történt, kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták;
- (1) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka egészben vagy részben:
 - (a) kóros elmeállapot,
 - (b) ionizáló sugárzás,
 - (c) nukleáris energia,
 - (d) HIV-fertőzés,
 - (e) háborús esemény, vagy állam elleni bűncselekmény. Jelen feltételek szempontjából háborús eseménynek minősül a háború (hadüzenettel vagy anélkül), határviellongás, felkelés, forradalom, zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskísérelt, polgárháború, idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. légi csapás vagy tengeri akció).
- (2) Amennyiben a biztosítási szerződés egészségi nyilatkozat kitöltése vagy orvosi vizsgálat nélkül jött létre, akkor a biztosító kockázatviselése nem terjed ki a kockázatviselés kezdete előtti 1 évben meglévő betegséggel vagy kóros állapottal - ide értve a veleszületett rendellenességeket és azok

következményeit - okozati összefüggésben álló eseményekre, a kockázatviselés kezdetétől számított 5 évig.

- (3) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amelyek okozati összefüggésben vannak a Biztosított (4) bekezdésben meghatározott sporttevékenységével.
- (4) Sporttevékenységek:
- Autó-motor sportok: versenyzés gépkocsival, motorkerékpár sport, rally, motocross, ügyességi versenyek gépkocsival, go-kart sport, auto-crash (roncsautó) sport, motorcsónak sport.
 - Repülősportok: sportrepülés, ejtőernyős ugrás, vitorlázó és motoros repülés, sárkány és ultrakönnyű repülés, paplanrepülés, hőlégballonozás, léghajózás, siklóernyős repülés, bázisugrás, műrepülés.
 - Egyéb: búvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá; félkezes, illetve nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés; hegymászás, illetve sziklamászás az V. foktól; magashegyi expedíció; barlangászat; barlang expedíció, hydrospeed, canyoning, mélybe ugrás (bungee jumping).
- (5) A keresőképtelenség vonatkozásában a kockázatviselés nem terjed ki továbbá:
- (a) a terhesség és szülés miatti keresőképtelenségre, ha a fogamzás a Biztosító adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselése kezdetét megelőzően történt, kivéve a baleset miatti keresőképtelenséget, A fogamzás a biztosítási szerződés hatálybalépését megelőzően történt, ha a Biztosító adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselésének kezdete és a terhességet dokumentáló hivatalos iratban (pl. Terhességi kiskönyvben) a szülés várható időpontjaként rögzített időpont között kevesebb, mint 285 nap van.
- (b) az olyan keresőképtelenségre, amely nem a Biztosított egészségi állapota miatt következett be;
- (c) a gyermekápolási táppénz időszakára;
- (d) a GYES-en lévő Biztosított keresőképtelenségére;
- (e) az olyan keresőképtelenségre, amely alatt a Biztosított jövedelemszerző tevékenységet végez;
- (f) a művi terhesség-megszakítás, illetve a spontán vetélés eseteivel kapcsolatos keresőképtelenségre;
- (g) a mesterséges megtermékenyítés bármely formájával, a terhesség létrejöttét elősegítő beavatkozásokkal, illetve a sterilítás kezelésével kapcsolatos keresőképtelenségre;
- (h) geriátriai kezeléssel, rehabilitációval, utógondozással, gyógypedagógiával, logopédiával, gyógytornával, fizio- és fizioterápiával, masszázsszal, fürdőkúrával vagy fogyókúrával kapcsolatos keresőképtelenségre.

7. ELJÁRÁS VÉLEMÉNYKÜLÖNBBSÉG ESETÉN

Amennyiben a szolgáltatási igény előterjesztője a Biztosító által megállapított szolgáltatás mértékét nem fogadja el, kérheti a szolgáltatási igény újbóli elbírálását. A Biztosító a bejelentett szolgáltatási igényt ismételtlen a Biztosított erre vonatkozó kérelme alapján, az annak elbírálásához szükséges valamennyi okmány benyújtásától számított 30 napon belül bírálja el.

8. A PANASZOK BEJELENTÉSE

8.1. Panaszfórum

- (1) A biztosítási szerződéssel kapcsolatban felmerült panaszokat írásban, a Biztosítónál lehet bejelenteni: Generali-Providencia Biztosító Zrt. Ügyfélkapcsolati Osztály, 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.
- (3) A fogyasztói jogokkal, azok érvényesítésével, valamint a fogyasztóvédelem intézményrendszerével kapcsolatos legalapvetőbb szabályokat a fogyasztóvédelemről szóló 1997. évi CLV. törvény tartalmazza. A fogyasztóvédelem országos hatáskörrel rendelkező, a fővárosi és megyei fogyasztóvédelmi felügyelőségek szakmai irányítását is ellátó központi szerve: Nemzeti Fogyasztóvédelmi Hatóság Székhelye: 1088 Budapest, József krt. 6. Telefon: 459-4800 Fax: 210-4677
- (4) A biztosítási szerződés megkötésével és teljesítésével összefüggő esetleges fogyasztói jogviták bírósági eljáráson kívüli rendezése érdekében kérelmet terjeszthet elő a lakóhelye, ennek hiányában a tartózkodási helye szerint illetékes békéltető testületnél. A Békéltető Testület a területi gazdasági kamarák mellett működő független testület, a testület eljárása megindításának feltétele, hogy a fogyasztó a Biztosító társasággal közvetlenül megkísérelje a panaszügy rendezését. A Békéltető Testület határozata nem érinti a Biztosított jogát arra, hogy igényét bírósági eljárás keretében érvényesítse.
- (5) A fogyasztó a biztosítási szerződésből eredő igényét közvetlenül bírói úton is érvényesítheti. A bírósági eljárásra a Polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény rendelkezései irányadók.
- (6) A Biztosítók felügyeleti szerve: Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.). Nemzeti Fogyasztóvédelmi Hatóság (1088 Bp., József Krt. 6.)

- (7) Irányadó jog és jogvita esetén alkalmazandó eljárás: A Biztosító és a Biztosítottak jogviszonyára a magyar jog rendelkezései, a jelen Feltételek, az abban nem szabályozott kérdésekben pedig a Magyar Köztársaság Polgári Törvénykönyvéről szóló 1959. évi IV. törvény, a fogyasztóvédelemről szóló 1997. évi CLV. törvény, valamint a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény rendelkezései irányadóak. Bármely vitában, amely a Biztosítási Szerződésből vagy azzal összefüggésben, annak megszegésével, megszűnésével, érvényességével vagy értelmezésével kapcsolatban keletkezik, a vita tárgyát képező összeg nagyságától függően, kizárólagosan vagy a Pesti Központi Kerületi Bíróság, vagy a Fővárosi Bíróság jogosult eljárni.
- (8) A kapcsolattartás és az ügyfél-tájékoztatás nyelve: A Biztosító és a Biztosított kapcsolattartása valamint a Biztosítottak tájékoztatása magyar nyelven történik.

8. 2. Tájékoztatás személyes adatok kezeléséről

Személyes adat az olyan adat, adatból levonható következtetés, amely egy meghatározott természetes személlyel kapcsolatba hozható. A személyes adat biztosítási titoknak minősül.

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.

A Biztosító a személyes 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 meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. A Biztosító a tevékenysége során a tudomására jutott, biztosítási titoknak minősülő adatokat csak akkor hozhatja harmadik személy tudomására, ha a titoktartási kötelezettsége alól az ügyféltől vagy annak törvényes

képviselőjétől a kiszolgáltatható titokkört pontosan megjelölve írásban felmentést kapott.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Biztosító által harmadik országbeli biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben, ha a Biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, és a harmadik országbeli adatkezelőnél a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli adatkezelő székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal. Tagállami biztosítóhoz vagy tagállami adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítást úgy kell tekinteni, mintha a Magyar Köztársaság területén belüli adattovábbításra került volna sor.

9. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

9.1. A jognyilatkozatok (bejelentések, értesítések) hatályosságának feltételei

(1) A Biztosító a hozzá intézett ajánlatokat, jognyilatkozatokat, bejelentéseket - amennyiben jelen biztosítási feltétel másként nem rendelkezik - csak akkor köteles hatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. A Biztosító nyilatkozatait szintén írásban juttatja el a biztosítási szerződésben érdekelt személyeknek.

(2) Amennyiben a Biztosító a jognyilatkozatot a Kedvezményezettnek, a Biztosítottnak vagy egyéb jogosultnak az általa ismert utolsó címére ajánlott levélben küldi, az abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor azt a címzés helyén átvették.

9.2. Kézbizítási megbízott

Devizakülföldi Biztosított köteles magyarországi lakcímmel rendelkező személyt kézbizítási megbízottként megnevezni, aki a megbízás alapján jogosult a Biztosítótól érkező jognyilatkozatok átvételére, illetve megválaszolására.

10. ELÉVÜLÉS

A biztosítási szerződés alapján érvényesíthető igények elévülési ideje két év.

BIZTOSÍTOTTI NYILATKOZAT

a Citibank és a Generali-Providencia Zrt. között létrejött élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződéshez

1. A jelen nyilatkozat a Citibank Europe plc Magyarországi Fióktelepe (a továbbiakban: Citibank) és a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) által kötött hitelkártyához kapcsolódó biztosítási szerződés (a továbbiakban: biztosítási szerződés) szerves részét képezi. A biztosítással kapcsolatos részletes információk a terméktájékoztatóban és a vonatkozó biztosítási feltételekben találhatóak. A biztosítás választható szolgáltatás és nem feltétele a hitelkártyaigénylés jóváhagyásának.

2. A Főkértve birtokos Biztosított adatai:

Név:

Születési név:

Születési idő:

A hitelkártya száma:

3. Alulírott, ezúton hozzájárulok a Citibank és a Biztosító által kötött biztosítási szerződés személyi hatályának reám való kiterjesztéséhez. Tudomásul veszem, hogy a biztosítási szerződés hatálya rám, mint Biztosítottra csak abban az esetben terjed ki a biztosítási feltételek szerint, ha a biztosítási feltételek szerint írásban, vagy távközlő eszköz útján, távértékesítés keretében a vonatkozó jogszabályoknak megfelelő Biztosított nyilatkozatot teszek.

Citibank címe: Citibank Europe plc Magyarországi Fióktelepe Dokumentációs osztály
1367 Budapest, Pf. 123. vagy 1134 Budapest, Váci út 35.
Telefax: 06-40-200-300.

CitiPhone telefonszáma: 06-40-24-84-24

A biztosítási szerződés Kedvezményezettje a Citibank.

A Citibank a Generali-Providencia Zrt. Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete által regisztrált függő biztosításközvetítőjeként jár el. A nyilvántartás elérhető a www.pszaf.hu internetes oldalon.

4. Felhatalmazom a Citibankot, mint a szolgáltatás közvetítőjét arra, hogy a biztosítási szerződés hatályának rám való kiterjesztésével, a szerződés fenntartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő adataimat a Generali-Providencia Zrt., mint a szolgáltatást nyújtó Biztosító részére átadja. Felhatalmazom a Biztosítót, hogy a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a Biztosító beszerezze és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 157. § (1) és (6)-(7) bekezdésében, valamint a 159. § (1) bekezdésében meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa, továbbá az általam bejelentett szolgáltatási igényről és annak elbírálása eredményéről a Citibankot tájékoztassa. Egyúttal a Biztosító felé továbbítandó adatok vonatkozásában felmentem a szerződés hatályának rám való kiterjesztésével, a szerződés fenntartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. háziorvos) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv) a titoktartási kötelezettségük alól. A Biztosító a rám vonatkozó fenti adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A Biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap. A Biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni, és e titkot időbeli korlátozás nélkül megtartani.

5. Alulírott ezúton elismerem, hogy a jelen biztosítás hatályának reám való kiterjesztése előtt a biztosítóról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény, illetve a távértékesítés keretében kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésekről szóló 2005. évi XXV. törvény szerinti tájékoztatást a biztosító főbb adatairól és a szerződés jellemzőiről a Citibanktól megkaptam, a biztosításra vonatkozó szerződési feltételeket és a terméktájékoztatót megismertem és elfogadtam.

6. Alulírott, tudomásul veszem, hogy abban az esetben, ha a Citibank, mint szerződő vagy a Biztosító a biztosítási szerződést felmondja vagy a fenti számú hitelkártyaszerződés bármely okból megszűnik, a biztosítási szerződés reám vonatkozóan ezzel egyidejűleg megszűnik.

7. Tudomásul veszem, hogy a Biztosító rám vonatkozó kockázatviselése nem terjed ki a kockázatviselés kezdete előtti egy évben meglévő betegséggel vagy kóros állapottal - ide értve a veleszületett rendellenességeket és azok következményeit - okozati összefüggésben álló eseményekre, a kockázatviselés kezdetétől számított 5 évig.

8. Tudomással bírok arról, hogy a hitelkártya-szerződés hatálya alatt a biztosítási védelmet a Citibankhoz intézett írásbeli nyilatkozattal felmondhatom, a felmondás a Citibankhoz való megérkezést követő első fordulónapon válik hatályossá. A biztosítási szerződés létrejöttéről szóló írásbeli visszaigazolás kézhezvételétől számított 30 napon belül azonnali hatályú felmondási jog illet meg, mely alapján a biztosítási védelmet a Citibanknak megküldött nyilatkozatommal indokolás és fizetési kötelezettség nélkül írásban felmondhatom.

9. Tudomásul veszem, hogy a biztosítási szerződésbe nem léphetek be szerződőként a Citibank helyett, és a biztosítási szerződés megszűnését követően a biztosított jogultság is megszűnik.

Kelt:
Főkértnyabirtokos Biztosított

Tanúk:

1./Név: Cím:

2./Név: Cím: