

Ügyfél-tájékoztató a Csoportos személybiztosításhoz

Tisztelt leendő Partnerünk!

Engedje meg, hogy néhány szóban bemutassuk Csoportos élet-, baleset-, és egészségbiztosításunkat.

Ez az ügyfél-tájékoztató, amit most a kezében tart, nem helyettesíti a biztosítási feltételeket, pusztán az Ön bővebb előzetes informálását szolgálja.

A szerződésnek a halálesetre szóló életbiztosítási, avagy a baleseti eredetű halálra vonatkozó baleset-biztosítási modult minimálisan tartalmaznia kell.

Biztosítási esemény

A szerződő által választott kockázati elemektől függően, biztosítási események, amelyek bekövetkezése esetén társaságunk szolgáltatást nyújt, a következők:

I. Életbiztosítás

- a) A biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkezett halála;
- b) A biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkezett halála, melynek kapcsán a vonatkozó különös szerződési feltételek szerinti temetési költségek merülnek fel.

II. Baleset-biztosítás

- c) A biztosított balesetből eredő, a baleset bekövetkeztétől számított egy éven belüli halála,
- d) A biztosított balesetből eredő, a baleset bekövetkeztétől számított egy éven belüli halála melynek kapcsán a vonatkozó különös szerződési feltételek szerinti temetési költségek merülnek fel;
- e) A biztosított közlekedési balesetből eredő, a közlekedési baleset bekövetkeztétől számított egy éven belüli halála,
- f) A biztosított közlekedési balesetből eredő, közlekedési baleset bekövetkeztétől számított két éven belül kialakult, 10%-ot meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodása,
- g) A biztosított balesetből eredő, a baleset bekövetkeztétől számított két éven belül kialakult, 10%-ot meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodása,
- h) A biztosított balesetből eredő, a baleset bekövetkeztétől számított két éven belül kialakult, 1%-ot meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodása;

- i) A biztosított balesetből eredő, rehabilitációs ellátásra, illetve „D” vagy „E” kategóriás besorolású rokkantsági ellátásra való jogosultságának megszerzése, melyet a 2011. évi CXCI. törvényben, - és e törvény felhatalmazása alapján megalkotott

kormányrendeletekben kijelölt szerv a baleset bekövetkeztétől számított 2 éven belül megállapítja, és amelynek következtében a biztosított orvosilag igazolhatóan véglegesen kerekesszékre használatára szorul, vagy amelynek következtében a biztosított átképzésben részesül;

j) A biztosított balesetből eredő, orvosilag indokolt és szükséges, a szerződő által választott önrésznapot (0, 3 vagy 8 nap) meghaladó, a baleset bekövetkeztétől számított 1 éven belüli fekvőbeteg-gyógyintézetben történő folyamatos gyógykezelése,

k) A biztosított balesetből eredő, orvosilag indokolt és szükséges, a baleset bekövetkeztétől számított 1 éven belüli fekvőbeteg-gyógyintézetben, vagy fekvőbeteg-gyógyintézet intenzív osztályán történő folyamatos gyógykezelése,

l) A biztosított balesetből eredő, orvosilag indokolt és szükséges, a baleset bekövetkeztétől számított 1 éven belüli műtété,

m) A biztosított balesetből eredő, a keresőképtelenség megállapítására jogosult orvos által igazolt, és a szerződő által választott önrésznapot (0, 7, 14 vagy 21 nap) meghaladó, a baleset bekövetkeztétől számított 1 éven belüli folyamatos keresőképtelensége,

n) A biztosított balesetből eredő, csonttörése, csontrepedése vagy a baleset bekövetkeztétől számított 1 éven belüli 28 napot meghaladó keresőképtelensége,

o) A biztosított balesetből eredő, rehabilitációs ellátásra való jogosultság megszerzése, ha ezt a 2011. évi CXCI. törvényben, - és e törvény felhatalmazása alapján megalkotott kormányrendeletekben kijelölt szerv a baleset bekövetkeztétől számított 2 éven belüli megállapítja,

p) A biztosított balesetből eredő égési sérülése,

q) A biztosított balesetből eredő 8 napon túl gyógyuló, orvosi ellátást igénylő sérülése, melynek következtében a biztosítottnak a vonatkozó különös szerződési feltételek szerinti költségei merülnek fel, azzal a kikötéssel, hogy a biztosítási eseményhez vezető balesetnek a kockázatviselési időszakban kell bekövetkeznie.

III. Egészségbiztosítás

r) A biztosított balesetből vagy betegségből eredő, orvosilag indokolt és szükséges, a szerződő által választott önrésznapot (0, 3 vagy 8 nap) meghaladó, a baleset vagy betegség bekövetkeztétől

számított 1 éven belüli fekvőbeteg-gyógyintézetben történő folyamatos gyógykezelése,

s) A biztosított balesetből vagy betegségből eredő, orvosilag indokolt és szükséges, a baleset vagy betegség bekövetkeztétől számított 1 éven belüli fekvőbeteg-gyógyintézetben, vagy fekvőbeteg-gyógyintézet intenzív osztályán történő folyamatos gyógykezelése,

t) A biztosított balesetből vagy betegségből eredő, keresőképtelenség megállapítására jogosult orvos által igazolt, és a szerződő által választott önrésznapokat (14 vagy 28 nap) meghaladó, a baleset vagy betegség bekövetkeztétől számított 1 éven belüli folyamatos keresőképtelensége,

u) A biztosított balesetből vagy betegségből eredő, orvosilag indokolt és szükséges, a baleset vagy betegség bekövetkeztétől számított 1 éven belüli műtete,

v) A biztosított balesetből vagy betegségből eredő, orvosilag indokolt és szükséges 7, 14, illetve 21 napot meghaladó, a baleset vagy betegség bekövetkeztétől számított 1 éven belüli fekvőbeteg-gyógyintézetben történő folyamatos gyógykezelése,

w) A biztosított balesetből vagy betegségből eredő, „D” vagy „E” kategóriás besorolású rokkantsági ellátásra való jogosultság megszerzése, ha ezt a 2011. évi CXCI. törvényben, - és e törvény felhatalmazása alapján megalkotott kormányrendeletekben kijelölt szerv a baleset vagy betegség bekövetkeztétől számított 2 éven belüli megállapítja,

azzal a kikötéssel, hogy a biztosítási eseményhez vezető balesetnek és betegségnek a kockázatviselési időszakban kell bekövetkeznie.

x) A kritikus betegségekre vonatkozó kockázati elem esetén a biztosítási esemény akkor következik be, amikor

- a biztosítottnál rosszindulatú daganatot diagnosztizálnak, a diagnózis felállításának időpontjában;
- a biztosítottnál szívinfarktust diagnosztizálnak, a szívinfarktus bekövetkeztének a kezelőorvos által megállapított időpontjában;
- a biztosítottnál agyi érkatasztrófát diagnosztizálnak, és a szakorvosi vélemény szerint az idegrendszeri károsodás a diagnózis felállításától számított 60 napon túl is fennáll;
- a biztosítottnál krónikus veseelégtelenség áll fenn, és a beteg a diagnózis megállapításától számított legalább 60 napig tartós dialízisre szorul;
- a biztosítotton szervátültetést hajtanak végre, a műtét időpontjában;

- a biztosított szívkoszorúér-műtétet (bypass) hajtanak végre, a műtét időpontjában;
- a biztosított AIDS (HIV) betegségben megbetegszik, a HIV betegség megállapításának időpontjában;

azzal a kikötéssel, hogy a biztosítási esemény – és a biztosítási eseményhez vezető baleset is – a kockázatviselési időszakban előzmény nélkül következik be, és a bekövetkezés időpontját követően a biztosított legalább 30 napig életben van.

A biztosítási szolgáltatások

A biztosító a csoportos személybiztosítás kockázati elemeinek megléte esetén a szerződésben meghatározott összegű biztosítási szolgáltatásokat nyújtja a következők szerint:

- a) A biztosított halála esetén a biztosítási összeget fizeti ki a kedvezményezettnek.
- b) A biztosított halála esetén a felmerült, számlával igazolt temetési költségeket megtéríti a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeg erejéig.
- c) A biztosított baleseti eredetű halála esetén a biztosítási összeget fizeti ki a kedvezményezettnek.
- d) A biztosított baleseti eredetű halála esetén a felmerült, számlával igazolt temetési költségeket megtéríti a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeg erejéig.
- e) A biztosított közlekedési baleseti eredetű halála esetén a biztosítási összeget fizeti ki a kedvezményezettnek.
- f) A biztosító a biztosított közlekedési baleseti eredetű, maradandó
 - teljes, 100%-os egészségkárosodása esetén a biztosítási összeg 200%-át,
 - 67-99% közötti egészségkárosodása esetén a biztosítási összeg kétszeresének a károsodás mértékével arányos részét,
 - 11-66% közötti egészségkárosodása esetén a biztosítási összeg károsodás mértékével arányos részét,fizeti ki a biztosítottnak.
- g) A biztosító a biztosított baleseti eredetű, maradandó
 - teljes, 100%-os egészségkárosodása esetén a biztosítási összeg 200%-át,
 - 67-99% közötti egészségkárosodása esetén a biztosítási összeg kétszeresének a károsodás mértékével arányos részét,
 - 11-66% közötti egészségkárosodása esetén a biztosítási összeg károsodás mértékével arányos részét,

fizeti ki a biztosítottnak.

- h) A biztosító a biztosított baleseti eredetű, maradandó
- teljes, 100%-os egészségkárosodása esetén a biztosítási összeget,
 - 1–99% közötti egészségkárosodása esetén a biztosítási szerződésben meghatározott összegű szolgáltatásnak (biztosítási összegnek) a károsodás mértékével arányos részét

fizeti ki a biztosítottnak.

- i) A biztosító a biztosított baleseti eredetű, maradandó
- teljes, 100%-os egészségkárosodása esetén a biztosítási összeg 200%-át,
 - 67–99% közötti egészségkárosodása esetén a biztosítási szerződésben meghatározott összegű szolgáltatás (biztosítási összeg) kétszeresének a károsodás mértékével arányos részét,
 - 1–66% közötti egészségkárosodása esetén a biztosítási szerződésben meghatározott összegű szolgáltatásnak (biztosítási összegnek) a károsodás mértékével arányos részét

fizeti ki a biztosítottnak.

- j) Amennyiben a biztosított balesetből eredő, rehabilitációs ellátásra, illetve „D” vagy „E” kategóriás besorolású rokkantsági ellátásra való jogosultságot szerez, melyet a 2011. évi CXCI. törvényben, - és e törvény felhatalmazása alapján megalkotott kormányrendeletekben kijelölt szerv a baleset bekövetkeztétől számított 2 éven belül megállapít, s és amelynek következtében a biztosított orvosilag igazolhatóan véglegesen kerekesszék használatára szorul, vagy amelynek következtében a biztosított átképzésben részesül, úgy a biztosító megtéríti
- a kerekesszék költségét legfeljebb a biztosítási szerződésben meghatározott mértékig,
 - a biztosított átképzése során felmerülő költségeket legfeljebb a biztosítási szerződésben meghatározott mértékig.

- k) A biztosított balesetből eredő, orvosilag indokolt és szükséges, a szerződő által választott önrésznapot (0, 3 vagy 8 nap) meghaladó, a baleset bekövetkeztétől számított 1 éven belüli fekvőbeteg-gyógyintézetben történő folyamatos gyógykezelése esetén napi térítést

nyújt a biztosítottnak a biztosítási eseménynek minősülő gyógykezelés időtartamára, annak kezdetétől a befejezéséig, legfeljebb azonban a gyógyintézeti tartózkodás kezdetétől számított 365. napig.

- l) A biztosított balesetből eredő, orvosilag indokolt és szükséges, a baleset bekövetkeztétől számított 1 éven belüli fekvőbeteg-gyógyintézetben, vagy fekvőbeteg-gyógyintézet intenzív osztályán történő folyamatos gyógykezelése esetén napi térítést nyújt a biztosítottnak a biztosítási eseménynek minősülő gyógykezelés időtartamára, annak kezdetétől a befejezéséig, legfeljebb azonban a gyógyintézeti tartózkodás kezdetétől számított 365. napig. Ha a biztosított gyógyintézeti gyógykezelése intenzív kórházi osztályon történő ellátás keretében történik, a biztosító az intenzív osztályon eltöltött napokra a biztosítási összeg 150%-át fizeti ki.

- m) A biztosított balesetből eredő, orvosilag indokolt és a balesettel okozati összefüggésben szükséges, a baleset bekövetkeztétől számított 1 éven belüli

- kiemelt műtete esetén a biztosítási összeg 200%-át,
- nagyműtete esetén a biztosítási összeget,
- közepes műtete esetén a biztosítási összeg 50%-át,
- kisműtete esetén a biztosítási összeg 12,5%-át

fizeti ki a biztosítottnak.

A műtéti lista szerint "nem térítendő műtétnek" minősülő beavatkozás esetén a biztosító nem nyújt szolgáltatást.

- n) A biztosított balesetből eredő, orvosilag indokolt és a balesettel okozati összefüggésben szükséges, a baleset bekövetkeztétől számított 1 éven belüli

- kiemelt műtete esetén a biztosítási összeg 200%-át,
- nagyműtete esetén a biztosítási összeget,
- közepes műtete esetén a biztosítási összeg 50%-át,
- kisműtete esetén a biztosítási összeg 25%-át

fizeti ki a biztosítottnak,

A műtéti lista szerint "nem térítendő műtétnek" minősülő beavatkozás esetén a biztosító nem nyújt szolgáltatást.

- o) A biztosított balesetből eredő, orvos által igazolt, és a szerződő által választott önrésznapot (0, 7, 14 vagy 21 nap) meghaladó, a baleset bekövetkeztétől számított 1 éven belüli folyamatos keresőképtelensége esetén a biztosító napi térítést fizet az 1., 8., 15., vagy 22. naptól kezdődően, a szerződő által önrészként választott 0., 7., 14., vagy 21. napot követő folyamatos táppénzes napokra, legfeljebb azonban 180 napig.

- p) A biztosított balesetből eredő csonttörése, csontrepedése vagy a baleset bekövetkeztétől számított 1 éven belüli 28 napot meghaladó keresőképtelensége esetén a biztosítási összeget fizeti ki.
- q) A biztosított baleseti eredetű rehabilitációs ellátásra való jogosultság megszerzése esetén, ha ezt a 2011. évi CXCI. törvényben, - és e törvény felhatalmazása alapján megalkotott kormányrendeletekben kijelölt szerv a baleset bekövetkeztétől számított 2 éven belül megállapítja, a biztosító egyösszegű szolgáltatást nyújt.
- r) A biztosított balesetből eredő égési sérülése esetén a a biztosítási esemény időpontjában hatályos biztosítási szerződésben rögzített biztosítási összegnek az égési sérülés súlyosságától függő mértékét fizeti ki a biztosítottnak.
- s) A biztosító a biztosított balesete esetén megtéríti a baleset közvetlen következményeként, az annak bekövetkeztétől számított három hónapon belül Magyarországon felmerülő, számlával igazolt költségeket, az alábbiak szerint:
- a ruházati költségeket, személyes vagyontárgyak költségét, személyi okmányok újra beszerzési költségét, felmerült fogászati költségeket, gyógyászati segédeszközök beszerzésének költségét, szemsérülés, szemüveg és kontaktlencse költségét szerződésben meghatározott biztosítási összegig.
 - a biztosított mentési és szállítási költségeit a szerződésben meghatározott biztosítási összeg 500%-áig.
- t) Kritikus betegségekre szóló kockázati elemre vonatkozóan a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződésben meghatározott összegű biztosítási összeget fizeti ki.
- u) A biztosított balesetből vagy betegségből eredő, orvosilag indokolt és szükséges, a szerződő által választott önrésznapot (0, 3 vagy 8 nap) meghaladó, a baleset vagy betegség bekövetkeztétől számított 1 éven belüli fekvőbeteg-gyógyintézetben történő folyamatos gyógykezelése esetén napi térítést nyújt a biztosítottnak a biztosítási eseménynek minősülő gyógykezelés időtartamára, annak kezdetétől a befejezéséig, legfeljebb azonban a gyógyintézeti tartózkodás kezdetétől számított 365. napig.
- v) A biztosított balesetből vagy betegségből eredő, orvosilag indokolt és szükséges, a baleset vagy betegség bekövetkeztétől számított 1 éven belüli fekvőbeteg-gyógyintézetben, vagy fekvőbeteg-gyógyintézet intenzív osztályán történő folyamatos gyógykezelése esetén napi térítést nyújt a biztosítottnak a biztosítási eseménynek minősülő gyógykezelés időtartamára, annak kezdetétől a befejezéséig, legfeljebb azonban a gyógyintézeti gyógykezelése intenzív kórházi osztályon történő ellátás keretében történik, a biztosító az intenzív osztályon eltöltött napokra a biztosítási összeg 150%-át fizeti ki.
- w) A biztosított balesetből vagy betegségből eredő, orvos által igazolt, és a szerződő által választott önrésznapot (14 vagy 28 nap) meghaladó, a baleset vagy betegség bekövetkeztétől számított 1 éven belüli folyamatos keresőképtelensége esetén napi térítést fizet a 15., vagy 29. naptól kezdődően, a szerződő által önrészként választott 14., vagy 28. napot követő folyamatos táppénzes napokra, legfeljebb azonban 180 napig.
- x) A biztosított balesetből vagy betegségből eredő, orvosilag indokolt és a balesettel vagy betegséggel okozati összefüggésben szükséges, a baleset vagy betegség bekövetkeztétől számított 1 éven belüli
- kiemelt műtete esetén a biztosítási összeg 200%-át,
 - nagyműtete esetén a biztosítási összeget,
 - közepes műtete esetén biztosítási összeg 50%-át,
 - kisműtete esetén a biztosítási összeg 20%-át
- fizeti ki a biztosítottnak,
A műtéti lista szerint "nem térítendő műtétnek" minősülő beavatkozás esetén a biztosító nem nyújt szolgáltatást.
- y) A biztosított balesetből vagy betegségből eredő, orvosilag indokolt és a balesettel vagy betegséggel okozati összefüggésben szükséges, a baleset vagy betegség bekövetkeztétől számított 1 éven belüli
- kiemelt műtete esetén a biztosítási összeg 200%-át,
 - nagyműtete esetén a biztosítási összeget,
 - közepes műtete esetén biztosítási összeg 50%-át,
 - kisműtete esetén a biztosítási összeg 25%-át
- fizeti ki a biztosítottnak,
A műtéti lista szerint "nem térítendő műtétnek" minősülő beavatkozás esetén a biztosító nem nyújt szolgáltatást.
- z) A biztosított balesetből vagy betegségből eredő, orvosilag indokolt és szükséges 7 napot meghaladó fekvőbeteg-gyógyintézetben történő folyamatos gyógykezelése esetén a

biztosítási összeget, vagy 14 napot meghaladó gyógykezelése esetén a biztosítási összeg 200%-át, vagy 21 napot meghaladó gyógykezelése esetén a biztosítási összeg 300%-át fizeti ki,

- aa) A biztosított balesetből vagy betegségből eredő, „D” vagy „E” kategóriás minősítésű rokkantsági ellátásra való jogosultság megszerzése esetén, ha ezt a 2011. évi CXCI. törvényben, - és e törvény felhatalmazása alapján megalkotott kormányrendeletekben kijelölt szerv a baleset vagy a betegség bekövetkeztétől számított 2 éven belül megállapítja, a biztosító egyösszegű szolgáltatást nyújt.

Kérjük, hogy tájékozódjon a szerződőtől az Önre érvényes szerződésben foglalt konkrét biztosítási összeg(ek)ről, biztosítási esemény(ek)ről és szolgáltatás(ok)ról.

A biztosítási szolgáltatások teljesítésének módja, ideje

A biztosítási eseményt a bekövetkezésétől számított 8 munkanapon belül írásban be kell jelenteni társaságunkhoz. A szolgáltatáshoz szükséges utolsó irat beérkezését követő 30 napon belül a biztosító kifizeti a biztosítottnak, illetve a kedvezményezettnek az őt megillető összeget.

A biztosítási szerződés létrejötte

A biztosítási szerződés a szerződő felek írásbeli megállapodásával jön létre. Az írásbeli megállapodást, illetőleg a biztosító elfogadó nyilatkozatát a biztosítási kötvény kiállítására pótolja. Ha a kötvény tartalma a szerződő ajánlatától eltér, és az eltérést a szerződő a kötvény kézhezvételétől számított 15 napon belül nem kifogásolja, a szerződés a kötvény tartalma szerint jön létre. Ezt a rendelkezést a lényeges eltérésekre csak akkor lehet alkalmazni, ha a biztosító az eltérésre a szerződő fél figyelmét a kötvény kiszolgáltatásakor írásban felhívja. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.

Ha a kötvény kibocsátása az ajánlat átadásától számított 15 napon belül megtörténik, a szerződés a biztosítási kötvény kiállításának napján jön létre.

A biztosítási szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlat beérkezésétől számított 15 napon belül – amennyiben az ajánlat elbíráláshoz egyedi kockázatelbírálásra van szükség, úgy 60 napon belül – nem nyilatkozik, feltéve, ha a szerződő annak megtétele előtt a megfelelő tájékoztatást megkapta és az ajánlatot a biztosító által rendszeresített nyomtatványon, a díjszabásnak megfelelően tette. Ilyen esetben a szerződés az ajánlatnak a biztosító vagy képviselője részére történő átadásának napjára visszamenőleges hatállyal a kockázatelbírálási idő elteltét követő napon jön létre.

A biztosítás tartama

A biztosítás tartama egy év, kivéve, ha a felek rövidebb időtartamban állapodtak meg. A biztosítási

tartam az ajánlat aláírását és a biztosító vagy képviselője részére történő átadását – az ajánlattételt – követő hó első napján 0 órakor kezdődik, ha a felek másként nem állapodtak meg. Az egyéves időtartamra kötött szerződés tartama további egy évvel automatikusan meghosszabbodik, ha a szerződő felek a szerződés meghosszabbítására vonatkozó igényüket a tartam lejártá előtt legalább 60 nappal írásban nem közlik egymással.

A kockázatviselés kezdete

A biztosító kockázatviselése a szerződés hatálybalépésével kezdődik meg, feltéve, hogy a szerződés már létrejött, vagy utóbb létrejön.

A **biztosító kockázatviselése** a biztosítási tartam utolsó napján 24 órakor, vagy a szerződés korábbi megszűnése esetén a megszűnés napján 24 órakor ér véget. Az egyes biztosítottak esetében a biztosító kockázatviselése megszűnik a szerződésnek a biztosított 66. életéve betöltését követő évfordulóján.

A biztosítási szerződés hatálybalépése

Ha a felek ellenkezően nem állapodnak meg a biztosítás a biztosítási (díjfizetési) tartam kezdetén 0 órakor lép hatályba, feltéve, hogy a szerződő az első biztosítási díjat a számlán feltüntetett fizetési határidőig (a díjesedékesesség időpontja), illetőleg az attól számított 30 napon belül a biztosító részére megfizette. Ugyanakkor, ha a felek a díj megfizetésére vonatkozóan díjhalasztásban állapodtak meg, vagy a biztosító a díj iránti igényét bírósági úton érvényesíti, a szerződés a megállapodást, illetve a díj érvényesítését követő napon lép hatályba.

Ha a szerződő a díjat a biztosító képviselőjének (ügynökének) fizette, a biztosítás a díjnak a biztosító számlájára való beérkezését követő napon 0 órakor lép hatályba. Ez esetben a díjat legkésőbb a biztosító képviselője részére teljesített fizetés napjától számított negyedik napon kell a biztosító számlájára beérkezettnek tekinteni, a szerződő azonban bizonyíthatja, hogy a díj korábban érkezett be.

A biztosítási évforduló

Az eredetileg egyéves tartamra kötött és a továbbiakban évente automatikusan meghosszabbodott tartamú szerződés biztosítási évfordulója a biztosítási tartamon belül minden évben annak a hónapnak az első napja, amely hónapban a biztosítási tartam megkezdődött.

A biztosítási díj

A biztosítási díjat a felek a szerződésben rögzítik. Az egyes kockázati elemek biztosítási díja függ a díjszabás alapján, a biztosítottak létszámától, belépési korától, egészségi állapotától, foglalkozásától, tevékenységétől (szabadidős is), a biztosítási összegtől, a biztosítási tartamtól és a díjfizetés gyakoriságától. A biztosítási díj konkrét mértékéről tanácsadóink részletes felvilágosítással szolgálnak.

A biztosítási díjat a szerződő fizeti. A biztosító az esedékes biztosítási díjról számlát állít ki, a szerződő

pedig e számla alapján fizeti a díjat. Az egyösszegű biztosítási díjat, valamint részletfizetés esetén az első díjrészletet a számlán megjelölt fizetési határidőig (a díjcsedékesség időpontja) kell megfizetni, ha a felek másként nem állapodnak meg. Minden későbbi díj annak a felek megállapodása szerinti – évi, félévi, negyedévi vagy havi – időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.

A szerződő havi, negyedéves, féléves vagy éves díjfizetési gyakoriságot választhat. A szerződő által fizetendő biztosítási díj az egyes kockázati elemek biztosítási díjának összege.

Ha a biztosított(ak) az átlagosnál veszélyesebb tevékenységet folytat(nak) (ide értve a munkavégzésre irányuló és a szabadidőben folytatott tevékenységet is), a biztosító a díjszabásban meghatározott esetekben és mértékben – tekintettel a nagyobb kockázatra – a baleset-, illetve egészségbiztosítások tekintetében magasabb díjat állapít meg.

Ha a szerződés hatálya alatt a biztosított foglalkozása megváltozik, és ezáltal a díjszabás alapján más kockázati csoportba kerül, akkor a díj a változás bejelentését követő díjcsedékesség időpontjától ennek megfelelően módosul.

A csoportra vonatkozó kockázati viszonyok alakulásától függően a biztosítás díja a biztosítási tartam meghosszabbításakor is módosulhat, mely díjmódosításról a biztosító a biztosítási évforduló előtt 45 nappal írásban értesíti a szerződőt.

Az értékkövetés módja és mértéke

A biztosítás értékének megőrzése érdekében a felek a szerződésben megállapodnak a biztosítás díjának és a biztosítási összegnek az árszínvonal változásához való hozzáigazításában (értékkövetés), ami évente, a biztosítási évfordulón történik, amennyiben a felek a szerződést meghosszabbították. Az értékkövetés során a biztosítási összeg és a biztosítási díj azonos arányban növekszik.

Az értékkövetés mértéke a Központi Statisztikai Hivatal által a tárgyévben hivatalosan közzétett, a megelőző évre vonatkozó éves fogyasztói árindex, azzal a kikötéssel, hogy a biztosító ettől +/-10 százalékkal eltérhet. Amennyiben a közzétett éves fogyasztói árindex 5%-nál alacsonyabb, a biztosító az értékkövetés mértékét szabadon, maximum 5%-os értékben határozza meg.

A szerződő a biztosító értékkövetéséről szóló értesítésének a kézhezvétele után, a biztosítási évforduló előtti 30. napig írásban értesítheti a biztosítót, hogy a díjemelést elutasítja.

Ha a szerződő az értékkövetés elutasítására vonatkozóan a biztosítási évforduló előtti 30. napig nem nyilatkozik, a biztosítási szerződés az évfordulótól kezdődően a megemelt biztosítási összeggel és díjjal lesz érvényben.

Tekintettel arra, hogy a biztosítási termék kockázati, és nem befektetési jellegű életbiztosítási kockázatot tartalmaz, a biztosító nem vállal tőke-, illetve hozamgaranciát.

Mentesülések

Társaságunk mentesül az életbiztosítási szolgáltatási kötelezettség alól, ha a biztosított halála

- a kedvezményezett szándékos magatartásának következménye,
- a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, azzal összefüggésben, vagy
- a szerződés létrejöttét követő, illetőleg a biztosított(ak) személyének tartamon belüli változása esetén az új biztosított belépésétől számított 2 éven belül elkövetett öngyilkosság miatt következett be.

A biztosító a baleset-biztosítási szolgáltatási kötelezettség alól akkor mentesül,

- ha a biztosított halála a kedvezményezett szándékos magatartásának következménye,
- ha a biztosítási esemény a biztosított olyan balesetével függ össze, amelyet jogellenesen a biztosított, a szerződő vagy a szerződővel, illetve a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozó szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott.

A biztosító mentesül az egészségbiztosítási szolgáltatási kötelezettség alól, ha a biztosítási

esemény a biztosított olyan sérülésével, betegségével, illetőleg balesetével függ össze, amelyet jogellenesen a biztosított, a szerződő vagy a szerződővel, illetve a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozó szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott.

Az alkalmazott kizárások

Nem biztosítási esemény, ha a biztosított halála, balesete vagy betegsége

- a) háborús, polgárháborús vagy harci eseményben, megszállás során, külső ellenség cselekménye során, ellenségeskedés vagy – hadüzenettel vagy anélkül – végrehajtott hadműveletben, terrorcselekményben, felkelésben, lázadásban, forrongásban, zavargásban vagy népfelkeléshez, népi megmozduláshoz vezető zavargásban, katonai felkelésben, forradalomban, való részvétellel összefüggésben,
- b) katonai vagy egyéb hatalomátvitelben, katonai közigazgatás, szükségállapot során vagy bármely olyan eseményben, amely a katonai közigazgatás vagy szükségállapot kihirdetéséhez vagy fenntartásához vezet (kivéve azt az esetet, ha erre hivatali vagy közszolgálati kötelezettség teljesítése miatt került sor),
- c) terrorizmusra visszavezethető okból,
- d) atommag szerkezeti módosulása, illetőleg radioaktív sugárzás vagy egyéb ionizáló sugárforrás hatása miatt (ha azt nem terápiás célból vette igénybe)
- e) atom, biológiai vagy vegyi fegyverek, vagy radioaktív, biológiai vagy vegyi anyagok használatára közvetlenül vagy közvetetten visszavezethető okból, - vállalati telephelyek és más ingatlanok (pl. atomerőmű, újrafeldolgozó üzem, állandó vagy ideiglenes hulladéklerakók, kutató reaktorok, raktárak vagy gyárak), vagy ezek részei, telkek, mozgatható eszközök (pl. szállító vagy tároló konténerek) elleni támadás vagy az ezekbe történő szándékos behatolás miatt, mely radioaktivitás, illetve atom, biológiai vagy vegyi eredetű hadianyagok vagy alkotórészek kibocsátásához vezet-,

következett be, vagy a fentiekkel közvetett vagy közvetlen összefüggésben következett be. Az a) és b) pont alapján a biztosító kockázatvállalása nem terjed ki a közvetlenül vagy közvetve bármely felsorolt esemény által okozott, illetve eseményből eredő, vagy azzal kapcsolatosan bekövetkező bármely természetű káreseményre tekintet nélkül az ahhoz hozzájáruló, egyidejűleg vagy egymást követően bekövetkező okra, vagy eseményre.

A biztosító nem nyújt szolgáltatást az a) és b) pontban felsorolt események megfékezése, megelőzése, elfojtása, csökkentése érdekében kifejtett, vagy azokkal bármilyen kapcsolatban álló tevékenység által közvetlenül vagy közvetve okozott, vagy abból eredő, illetve ahhoz kapcsolódó bármilyen természetű káreseményre.

A biztosító nem vállal kockázatot olyan káreseményekre sem, amelyeket kizárólag és közvetlenül erőszakos, véletlen, külső és látható eszközök okoztak.

A c) pontban szereplő terrorizmus alapján a biztosító kockázatvállalása nem terjed ki a közvetlenül vagy közvetve bármilyen terrorcselekmény által okozott, illetve terrorcselekményből eredő, vagy azzal kapcsolatosan bekövetkező bármely természetű káreseményre tekintet nélkül az ahhoz hozzájáruló, egyidejűleg vagy egymást követően bekövetkező okra, vagy eseményre.

A biztosító nem vállal kockázatot semmilyen káreseményre, amelyet közvetlenül vagy közvetve a terrorcselekmény megfékezése, megelőzése, elfojtása, csökkentése érdekében kifejtett, vagy a terrorcselekménnyel bármilyen kapcsolatban álló tevékenység okozott, vagy abból ered, illetve ahhoz kapcsolódóan következett be.

A biztosító abban az esetben sem nyújt szolgáltatást, ha az e) pontban szereplő támadás vagy behatolás az információs technológia eszközeinek használatával következett be.

- .

A biztosító **nem teljesít baleset-, illetve egészségbiztosítási szolgáltatást** akkor sem, ha a biztosítási esemény a biztosított

- orvosi javaslat nélküli vagy nem az előírt adagolásban való gyógyszereszedése miatt,
- ittas vagy kábító-, illetve bódítószerek hatása alatti állapota miatt,
- elme- vagy tudatzavarával, bármilyen okú eszméletvesztésével, illetve öngyilkosságával vagy annak kísérletével okozati összefüggésben,
- saját maga vagy hozzájárulásával mások által végzett gyógyító célú kezelés és beavatkozás folytán előidézett testi károsodása következtében (kivéve, ha erre valamely biztosítási esemény miatt került sor), valamint
- jogosítvány nélküli gépjárművezetése miatt következett be, illetve
- hivatásosan gyakorolt sporttevékenység során elszenvedett balesetének, valamint szervezett tömegsport-tevékenység közben történt balesetének (sportbalesetnek) a következménye.

A baleset-biztosítási kockázati elemek tekintetében a baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek és testrészek a biztosító kockázatviseléséből ki vannak zárva.

Nem minősül balesetnek a megemelés, rándulás, fagyás, napszúrás, hőséguta, porckorongsérülés, sérv, agyvérzés, továbbá a nem baleseti eredetű vérzés.

A baleseti eredetű fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelésre szóló kockázati elem esetén a biztosító szolgáltatására vonatkozóan **további kizáró okok:**

A biztosított

- krónikus, rehabilitációs vagy rekreációs fekvőbeteg-gyógyintézeti osztályon (részlegesen, ágyon) való ellátása,
- terápiás célból nem indokolt esztétikai beavatkozás miatti fekvőbeteg-gyógyintézeti tartózkodása, illetve
- fizioterápiás, fürdőgyógyászati, pszichoterápiás, akupunktúrás, természetgyógyászati és egyéb paramedikális kezelése.

A baleseti vagy betegségi eredetű fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelésre, illetve gyógyulási támogatásra vonatkozó kockázati elemek esetén a biztosító nem nyújt szolgáltatást a biztosított

- nem orvosi indikáció alapján végzett terhesség-megszakítása,
- krónikus, rehabilitációs vagy rekreációs fekvőbeteg-gyógyintézeti osztályon (részlegesen, ágyon) való ellátása,
- pszichiátriai intézetben (illetve igazoltan pszichiátriai ágyon) való ellátása,
- alkohol- és kábítószer-elvonó intézményben történő tartózkodása,
- terápiás célból nem indokolt esztétikai beavatkozás, fogyókúrás kezelés miatti fekvőbeteg-gyógyintézeti tartózkodása,
- fizioterápiás, fürdőgyógyászati, pszichoterápiás, akupunktúrás, természetgyógyászati és egyéb paramedikális kezelése

esetén sem.

A baleseti vagy betegségi eredetű keresőképzetlenségére szóló kockázati elem esetén a biztosító nem nyújt szolgáltatást továbbá a biztosított

- nem orvosi indikáció alapján végzett terhesség-megszakítása,
- törvényes foglalkoztatási tilalom alatti munkavállalásból eredő keresőképzetlenség esetén, valamint
- gyermek nevelése vagy szülő ápolása okán igénybe vett társadalombiztosítási szolgáltatás esetén.

A baleseti vagy betegségi eredetű műtéti térítésre vonatkozó kockázati elem esetén a biztosító nem teljesít biztosítási szolgáltatást a biztosítotton

- nem betegség vagy baleset miatt végzett plasztikai műtét,
- betegség miatt végzett, bármilyen a műtéti listában nem szereplő kis- és közepes műtétnek minősülő fogászati, szájszészeti beavatkozás,
- diagnosztikus célból végzett bármilyen beavatkozás, beleértve a kimetszéseket, az endoscopos vagy punkciós mintavételeket, a katheteres vizsgálatokat is,
- nem orvosi indikáció alapján végzett terhesség-megszakítás esetén sem.

A biztosító kötelezettsége nem áll be a közlési kötelezettség megsértése esetén, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt társaságunk a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

A közlési kötelezettség megsértése ellenére is beáll a haláleseti kockázatot tartalmazó életbiztosítási elem tekintetében a biztosító teljesítési kötelezettsége, ha a szerződés létrejöttétől, illetve a biztosított(ak) személyének tartamon belüli változása esetén az új biztosított belépésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.

A szerződés megszűnésének esetei

A szerződés a következők miatt szűnhet meg:

- a tartam lejártával, ha azt a felek nem hosszabbították meg,
- díjnémfizetés miatt,
- felmondással.

A szerződés felmondása

- A biztosítási tartam meghosszabbításakor a biztosító a kockázati viszonyok alakulásától függően új díjat állapíthat meg, amiről a biztosítási évforduló előtt 45 nappal írásban értesíti a szerződőt. Ha a szerződő az értesítésben foglalt díjat nem fogadja el, a szerződést a biztosítási évfordulóra – 30 napos felmondási idővel – írásban felmondhatja.

- Ha a biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződéskötéskor már fennállott érintő lényeges körülményekről, vagy a lényeges körülményekben, kérdésekben bekövetkezett változásról és ezek a biztosító kockázatának jelentős növekedését eredményezik, úgy a biztosító jogosult a szerződést a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül módosítani, vagy azt 30 napra írásban felmondani.

Ha a szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított tizenöt napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított harmincadik napon megszűnik.

A biztosítási szerződésnek **nincsenek maradékjogai**, azaz a szerződés nem vásárolható vissza, és díjnémfizetés miatti díjmentesítésre sincs mód.

A szerződésre vonatkozó adó – és egyéb jogszabályok

A szerződésre vonatkozó adózási és egyéb jogszabályokról szóló - mindenkor hatályos – tájékoztatást külön ügyfél-tájékoztató tartalmazza.

A létrejött biztosítási szerződésre a szerződési feltételekben nem szabályozott kérdésekben a magyar Polgári törvénykönyv rendelkezései az irányadók. Erre tekintettel, a szerződés joga, valamint az alkalmazandó jog a magyar jog.

A biztosítási titokról és a biztosítási titoknak minősülő adatok továbbíthatóságáról

A biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (Bit.) értelmében a biztosítót és ügynökét titoktartási kötelezettség terheli minden olyan rendelkezésre álló adat tekintetében, amely ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy társaságunkkal kötött szerződéseire vonatkozik.

Biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosító csak akkor adhat ki harmadik személynek, ha

- a biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad, vagy
- a törvény alapján nem áll fenn titoktartási kötelezettség.

A titoktartási kötelezettség a Bit. 157. §-a értelmében bizonyos szervezetek esetében nem áll fenn. E szervezeteknek a biztosító az ügyfelek adatait adott esetekben továbbíthatja az ügyfelek erre vonatkozó írásos hozzájárulása nélkül is. E szervezetek a következők:

- a feladatkörében eljáró Felügyelet;
- a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozóhatóság és ügyészség, továbbá az általuk kirendelt szakértő;
- büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bíróság, a bíróság által kirendelt szakértő, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtó;
- a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző, továbbá az általa kijelölt szakértő;
- adóügyben az adóhatóság, ha annak felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozáttételi kötelezettség, illetve, ha a biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről szóló törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli;
- a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálat;
- a versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatal;
- a feladatkörében eljáró gyámhatóság;
- az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben foglalt egészségügyi hatóság;
- a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésre felhatalmazott szerv;
- a viszontbiztosító, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítók;
- az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosító;
- a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végző,
- a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosa,
- a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság,

ha az a)-j)), pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az

ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a k), l), n) és o) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is. A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretein kívül a fent felsorolt szervek alkalmazottaira is kiterjed.

A biztosító a nyomozó hatóság, a nemzetbiztonsági szolgálat, valamint az ügyészség írásbeli megkeresése esetén akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet

- a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerint kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbanószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel való visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel

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

A biztosító a nyomozó hatóságot a „halaszthatatlan intézkedés” jelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyészi jóváhagyást nélkülöző megkeresésére is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott ügygel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról.

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

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

- a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.
- a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.

Társaságunk a működésével kapcsolatban tudomására jutott, biztosítási titoknak is minősülő üzleti titkot köteles megtartani, azt harmadik személynek nem adhatja ki. Az üzleti titok megtartásának kötelezettsége – a Bit. 157. §-ában felsorolt szerveken túl – nem áll fenn:

I. a feladatkörében eljáró

- Állami Számvevőszékkel,
- a központi költségvetési pénzeszközök felhasználásának szabályszerűségét és célszerűségét ellenőrző Kormány által kijelölt belső ellenőrzési szervvel
- vagyonellenőrrel
- Információs Központtal szemben.

II. az eljárás alapját képező ügyre vonatkozóan a feladatkörében eljáró

- nyomozó hatósággal, ügyészséggel szemben a feljelentés kiegészítése keretében,
- bírósággal szemben az önkormányzati adósságrendezési eljárás keretében.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a 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. A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg, továbbá a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a **miniszter** részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása. Az ilyen adatok átadását a biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg..

Társaságunk biztosítási szolgáltatásai során igénybe vesz külső közreműködőket olyan esetekben, amikor a szolgáltatás nyújtásához szerződéses partnerünk speciális szakértelmére van szükség, vagy ha külső cég igénybevételével szolgáltatásunkat azonos minőségben, ám kisebb költségekkel és alacsonyabb árakon nyújthatjuk.

Ügyfeleink tájékoztatása céljából ezért az ügyfélforgalom számára nyitva álló helyiségeinkben kifüggesztjük szerződéses partnereink listáját, akik közreműködnek a biztosítási tevékenység végzésében, s ezáltal személyes és biztosítási adatokat is megismernek. A társaságunk megbízása alapján eljáró ezen cégekről és vállalkozásokról információt kérhet telefonos ügyfélszolgálatunknál is a 06-40-421-421-es telefonszámon.

Ezek a szolgáltatók a biztosítási tevékenységre vonatkozó törvény, valamint az adott szakmára vonatkozó speciális titokvédelmi jogszabályok szerint, továbbá a biztosítótársaságunkkal kötött megbízási szerződések alapján kötelesek a tudomásukra jutott biztosítási titkot időbeli korlátozás nélkül megőrizni, azt harmadik személyeknek nem adhatják át.

Ügyfél-tájékoztató a panaszügyintézésről

Társaságunk célja, hogy Ügyfeleink minden szempontból elégedettek legyenek szolgáltatásainkkal és ügyintézésünkkel. Szolgáltatási színvonalunk folyamatos fejlesztéséhez és ezáltal Ügyfeleink elégedettségének növeléséhez fontos számunkra minden visszajelzés, legyen az pozitív vagy akár negatív, amely termékeinkkel, szolgáltatásainkkal, eljárásainkkal, munkatársainkkal, illetve a cégünk egészével kapcsolatban megfogalmazódik Önökben.

Észrevételeiket, panaszukat az alábbi módon juttathatják el hozzánk:

Szóban, személyesen: A véleményeket és észrevételeket hálózatunk bármelyik Ügyfélkapcsolati pontján vagy szerződött partnerénél (www.allianz.hu), kollégáink, partnereink meghallgatják, és a panaszt írásban rögzítik. A panasz adatlapról Ön másolati példányt kap. Társaságunk székhelyén Központi Ügyfélszolgálati irodát működtetünk, ahol személyesen is leadhatják panaszukat (1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52. – a telefonos ügyfélszolgálaton időpontot is foglalhat). A Központi Ügyfélszolgálat nyitvatartási ideje: hétfő: 8-18, kedd-csütörtök: 8-16, péntek: 8-14 óra.

Telefonon: Telefonos ügyfélszolgálatunk a 06-40-421-421-es számon érhető el. Nyitvatartási idő: hétfő-szerda és péntek: 8-18, csütörtök: 8-20 óra között.

Faxon: 06-1-269-2080-as számon.

Elektronikus úton: A www.allianz.hu – oldalon keresztül a Fogyasztóvédelem, panaszkezelés menüpontban, vagy a biztositopanasz@allianz.hu címen. Kérjük, vegyék figyelembe, hogy email-en csak biztosítási titkot nem tartalmazó választ küldhetünk ügyfeleink részére, minden egyéb, más esetben postai úton kell válaszolnunk. (Kivételet képeznek a kifejezetten elektronikus szolgáltatásra szerződött ügyfeleink.)

Írásban: Leveleiket ügyfeleink a 1368 Budapest, Pf. 191 címre küldhetik, az Allianz Hungária Zrt. Fogyasztóvédelmi osztály nevére (a Fogyasztóvédelmi osztályon belül működik a centralizált panaszkezelés). A gördülékenyebb ügymenet érdekében minden esetben szükségünk van az ügyfél személyazonosító alapadataira, illetve a meglévő biztosítás(ok)kal kapcsolatos adatokra (pl. kötvényszám, szerződésszám, ügyfélszám, kárszám).

Amennyiben nem az ügyfél, hanem meghatalmazott jár el a panaszügyben, a fentiekén túl, érvényes meghatalmazás benyújtása is szükséges. A meghatalmazásnak - a jogszabályi rendelkezésekre figyelemmel - a polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvényben foglalt követelményeknek kell eleget tennie. (Meghatalmazás minta: www.allianz.hu – Fogyasztóvédelem, panaszkezelés menüpont.)

Ügyfeleink részére biztosítunk panasz bejelentő lapokat, melyen egyszerűen megadhatják panaszukat, ezt a dokumentumot akár kézzel, akár elektronikusan is kitölthetik, majd leadhatják személyesen a fent megjelölt helyeken, vagy postázhatják, faxolhatják, e-mailezhetik részünkre, ahogy az Önöknek kényelmes. (www.allianz.hu – Fogyasztóvédelem, panaszkezelés menüpont)

A panasz bejelentő lap tartalmazza az ügyfél nevét, címét, a panasz előterjesztésének helyét, a panasz részletes leírását, a szerződéses adatokat, a csatolt dokumentumokat, aláírást, átvétel igazolását (szükség szerint). Ezen kívül természetesen bármilyen formátumban – kézzel, géppel írott levél, feljegyzés – továbbíthatja részünkre panaszát.

Tájékoztatjuk, hogy a panaszügyintézés jogszabályban rögzített határideje 30 nap.

Amennyiben társaságunk a panaszát elutasítja, vagy nem kap választ, az alábbi szervekhez fordulhat:¹

Társaságunk felügyeleti szervénél a Magyar Nemzeti Banknál (a továbbiakban Felügyelet) fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet, a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén bírósághoz fordulhat, vagy a Pénzügyi Békéltető Testület eljárását kezdeményezhet. Részletes tájékoztatást olvashat erről a Felügyelet honlapján: felugyelet.mnb.hu és www.mnb.hu

A Magyar Nemzeti Bank levelezési címe: 1534 Budapest BKKP Pf. 777., telefonszáma: 06-1-4899-100, e-mail címe: ugyfelszolgalat@mnb.hu

A Pénzügyi Békéltető Testület levelezési címe: Magyar Nemzeti Bank 1525 Budapest BKKP Pf. 172., telefonszáma: 06-1-4899-100, e-mail címe: pbt@mnb.hu

A bíróságokról a www.birosag.hu honlapon tájékozódhat.

A panaszügyintézés további részleteit tartalmazó szabályzatunk, valamint minden szükséges dokumentum, információ elérhető a Központi Ügyfélszolgálati irodánkban vagy a www.allianz.hu – oldal Fogyasztóvédelem, panaszkezelés menüpontjában.

Néhány szó az Allianz Hungária Zrt.-ről

Társaságunk az Allianz SE-nek, Európa vezető és a világ egyik legnagyobb biztosítócsoportjának a tagja. Az Allianz Hungária Zrt. Magyarország piacvezető biztosítójaként sokéves hazai és nemzetközi tapasztalattal áll ügyfelei rendelkezésére. Társaságunk 1990-től részvénytársasági formában működik.

¹ Fogyasztó (természetes személy) esetén.

Székhelyünk: 1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52.

Levelezési címünk: 1368 Budapest, Pf. 191

Cégjegyzékszám: Fővárosi Törvényszék mint

Cégbíróság, Cg. 01-10-041356

A székhely állama: Magyarország

Felügyeleti szervünk a Magyar Nemzeti Bank (székhelye: 1054 Budapest, Szabadság tér 8–9.).

A székhelyünkön működő ügyfélszolgálati iroda címe:
1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52.

További információk

További információk telefonos ügyfélszolgálatunktól a 06-40-421-421-es számon kaphatók, valamint honlapunkon a www.allianz.hu címen érhetők el. Bízunk benne, hogy tájékoztatónk felkeltette érdeklődését termékeink iránt, és így hamarosan Önt is ügyfeleink között üdvözölhetjük.

Allianz Hungária Zrt.