

VICTORIA-VOLKSBANKEN Biztosító Zrt.

1074 Budapest
Dohány utca 14.
Telefon: (06-1) 327-0860
Fax: (06-1) 327-0870

Lakossági Bankszámlához kapcsolódó Csoportos Balesetbiztosítás Különös Feltételei

A jelen különös feltételben foglaltak alapján a VICTORIA-VOLKSBANKEN Biztosító Zrt. (a továbbiakban : Biztosító) biztosítási díj megfizetése ellenében vállalja jelen feltételben és a biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatások teljesítését.

I. A biztosítási szerződés alanyai

1. A Szerződő lehet minden olyan hitelintézet, amely lakossági bankszámla vezetésére irányuló szerződéses jogviszonyban álló természetes személy ügyfelei javára, csoportos balesetbiztosítási szerződés megkötésére tesz ajánlatot a Biztosítónak és kötelezettséget vállal a biztosítási díj megfizetésére.
2. A Biztosított lehet a Szerződőnél, azaz a lakossági bankszámlát vezető hitelintézetnél, lakossági bankszámlával rendelkező természetes személy. E szerződés alapján az tekinthető Biztosítottnak, akire ajánlatot tett a Szerződő, a szerződés megkötéskor biztosítható volt és a Biztosítottak névsorába a Biztosító felvette. Új Biztosítottat a tartam alatt bármikor be lehet jelenteni.
3. Amennyiben az adott ügyfélszámlának több jogosultja van, Biztosított a rangsorban első helyen megjelölt természetes személy lehet.
4. A Biztosított Szerződővel szemben bármilyen jogcímen fennálló tartozása erejéig minden esetben a Kedvezményezett a Szerződő. A Biztosított tartozásának kiegyenlítése után fennmaradó szolgáltatási összeg tekintetében a Kedvezményezett a Biztosított örököse, míg a Biztosított életében esedékes szolgáltatás esetén a Biztosított. A Biztosított a szerződés tartama alatt jogosult írásbeli nyilatkozatával Kedvezményezettet jelölni.

II. A szerződés létrejötte, a kockázatviselés

1. A szerződés megkötésére a Szerződő tesz ajánlatot a Biztosító részére. A létrejött szerződést a felek írásbeli megállapodásban rögzítik.
2. A szerződésben minden Biztosítottra nézve azonos szolgáltatás és biztosítási összeg kerül meghatározásra.
3. A Biztosított személy vonatkozásában a kockázatviselés az azt követő nap 0.00 órájkor kezdődik, amikor az írásban nyilatkozik arról, hogy hozzájárul a javára szóló szerződéshez.
4. A Biztosítottra vonatkozó biztosítási védelem a tartam alatt megszűnik a Biztosított saját írásbeli kérésére, amennyiben a Szerződővel fennálló lakossági bankszámlavezetésre irányuló szerződéses jogviszonya megszűnik, illetve amennyiben a tartam alatt a Biztosított nem-biztosíthatóvá válik.
5. A biztosítási szerződés megkötésekor a Biztosító a kockázatot érdemben nem bírálja, az ajánlat elbírálásához orvosi dokumentumok benyújtása nem szükséges.

III. A biztosítás tartama, a biztosítási díj

1. A jelen különös feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződés határozott tartamú, egy évre vonatkozik. A lejárat előtt 60 nappal a felek nyilatkozata alapján a szerződés megszűnik, a nyilatkozat hiányában további egy évvel meghosszabbodik.
2. A jelen feltételek alapján létrejövő szerződés biztosítási díja éves díj. A szerződésbe belépő Biztosítottak létszámának évközbeni változását a Szerződő a szerződésben meghatározott módon, folyamatosan vagy időszakonként köteles a Biztosítónak bejelenteni. A tényleges létszám alapján megállapított díjat a Biztosító a biztosítási évfordulót követő 30 napon belül határozza meg. Az erről készített elszámolás alapján a Szerződő a fennmaradó díjat a benyújtást követő 15 napon belül köteles megfizetni.
3. A biztosítási díj megállapításakor a felek létszámkedvezményben és kármentességi kedvezményben megállapodhatnak.
4. A jelen különös feltételek alapján létrejövő biztosítás nem tehető értékkövetővé.

IV. A biztosítási szolgáltatás

1. A jelen különös feltétel alapján létrejövő csoportos balesetbiztosítási szerződésben biztosítási esemény a Biztosított személy baleseti eredetű:
 - halála,
 - megrokkánása.
2. A Biztosító szolgáltatása akkor esedékes, amikor a baleset által okozott halál bekövetkezik, illetőleg, amikor a baleset által okozott maradandó egészségkárosodás állandósul, feltéve, hogy az esemény a baleset megtörténtétől számított két éven belül következik be és az egészségkárosodás mértéke a 16%-ot eléri.
3. Egy adott baleset megtörténte alapján a szolgáltatást csak egy biztosítási eseményre lehet igényelni.
4. Az egészségkárosodás mértékét a Biztosító állapítja meg, az független az egyéb szervek vagy a társadalombiztosító által megállapított mértéktől.
5. Az egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvosa az alábbiak szerint állapítja meg:

Testrészek és érzékszervek károsodása	a károsodás foka
- egyik felső végtag vállizülettől való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	70%
- egyik felső végtag könyökizület felett való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	65%
- az egyik felső végtag könyökizület alatti, vagy az egyik kéz teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	60%
- egyik hüvelykujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	20%
- egyik alsó végtag csípőizülettől való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	70%
- egyik alsó végtag részleges amputációja, vagy a térdizület teljes működésképtelensége	60%
- egyik alsó lábszár vagy egyik lábfej teljes amputációja	50%
- egyik lábfej boka szintjében való teljes működésképtelensége vagy teljes elvesztése	30%
- mindkét szem látóképességének elvesztése	100%
- egyik szem látóképességének elvesztése	35%
- egy szem látóképességének elvesztése, amennyiben a Biztosított a másik szem látóképességét már a biztosítási eseményt megelőzően elvesztette	65%
- mindkét fül hallóképességének elvesztése	60%
- egyik fül hallóképességének elvesztése, amennyiben a Biztosított a másik fül hallóképességét már a biztosítási eseményt megelőzően elvesztette	45%

6. Az előző pontban felsorolt testrészek és szervek részleges elvesztése esetén az előző pont szerinti százalékos mértékek arányosan kerülnek megállapításra. Az alsó és felső végtagok korlátozott működésképpessége esetén arányosan kell alkalmazni a teljes végtagra vonatkozó százalékos értéket.
7. Amennyiben a rokkantság mértéke a 5. pontban meghatározottak alapján nem állapítható meg, a rokkantság mértékét a Biztosító orvosa állapítja meg a bekövetkező funkciócsökkenés alapján.
8. A Biztosító a rokkantság megállapításakor kizárja a már korábban károsodott szerveket, testrészeket.
9. Amennyiben a Biztosított a baleset bekövetkezésétől számított egy éven belül a baleset következtében meghal, rokkantsági igény már nem terjeszthető elő.
10. Amennyiben a baleset bekövetkezésétől számított egy év eltelt, és a Biztosító a rokkantsági mértéket még nem állapította meg, és a Biztosított a baleset következtében meghal, a Biztosító baleseti halál esetére szóló szolgáltatást teljesíti a Kedvezményezettnek.

V. A biztosítási védelem korlátai és kizárások

1. A Biztosító csak a bekövetkezett baleset következményei, tehát baleseti halál vagy baleseti rokkantság esetén teljesíti a szolgáltatást.
2. Idegrendszeri zavar esetében a Biztosító akkor teljesít, ha a zavar a baleset által okozott szervi károsodásra vezethető vissza. Lelki eredetű zavarok (neurózis, pszichoneurózis) a jelen feltételek szerint nem baleseti következményűek.
3. Porckorongsérv esetében a Biztosító abban az esetben teljesít, ha a porckorongsérv a gerincoszlopot ért közvetlen mechanikai hatásra vezethető vissza, és nem a balesetet megelőzően már fennállt tünetek rosszabbodtak.
4. Bármilyen hasi vagy lágyéksérv esetében a Biztosító akkor teljesít, ha közvetlenül külső mechanikus hatás okozta.
5. A jelen feltételek alapján létrejövő szerződésben nem minősülnek balesetnek (kizárt kockázat):
 - a vízbefúvás,
 - a végtagficam, valamint a végtagon és a gerincoszlopon található izmok, inak, szalagok és hüvelyek rándulása a tervezett mozgásfolyamattól való hirtelen eltérés következtében,
 - az Általános Balesetbiztosítási Feltétel V. 8. pontjában meghatározott gyermekbénulásra, a fertőző kullancscsípés okozta agyburok- és agyvelőgyulladásra (meningoencephalitis), valamint a sebfertőzéses tetanuszra és a veszettségre
 - a fagyás, a hőség, a napszúrás,
 - a Biztosított bányászati tevékenységgel összefüggő tevékenysége,
 - a robbanószerkekkel vagy robbanószerkezetekkel, lőfegyver használatával kapcsolatos tevékenységgel összefüggésben bekövetkezett baleset.
- 6) A kockázatviselés nem terjed ki a szerződés létrejöttékor már meglévő károsodásokra, betegségekre, azok következményeire.

VI. Adatvédelem

A Biztosító csak a Szerződő és a Biztosított beleegyezésével jogosult kezelni a Szerződő és a Biztosított személyes és különleges adatait. A biztosítási ajánlat aláírásával a Szerződő és a Biztosított kifejezett hozzájárulását adja ahhoz, hogy személyes adataikat és különleges adataikat /egészségi állapotukkal kapcsolatos adataikat/, a Biztosító szolgáltatásával és a kifizetés időpontjával kapcsolatos adatokat a Biztosító kezelje. Az Ajánlat aláírásával a Szerződő és a Biztosított kifejezetten hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosító ezeket az adatokat a VICTORIA – VOLKSBANKEN Versicherungsaktiengesellschaft-nak /1010 Bécs, Schottengasse 10., Ausztria/ feldolgozás céljából átadja. A Biztosított kifejezetten hozzájárul ahhoz, hogy az Ajánlat aláírásával, a szerződés megkötésével és a szerződés fenntartásával kapcsolatban tett nyilatkozatait a Biztosító szükség esetén ellenőrizze, amely kiterjed az egészségi állapotra és a Biztosító szolgáltatását kiváltó eseményre.

VII. Biztosítási titok

A Biztosító köteles betartani a Biztosítóintézetekről és a biztosítási tevékenységről szóló – módosított – 1995. évi XCVI. törvénynek a biztosítási titokra vonatkozó (96.§- 101.§-ig) rendelkezéseit. E törvénynek megfelelően biztosítási titoknak minősül minden olyan – államtitoknak nem minősülő – a Biztosító, a biztosítási alkuusz, a többes biztosítási ügynök, a biztosítási szaktanácsadó rendelkezésére álló adat, amely a Biztosító, a biztosítási alkuusz, a biztosítási szaktanácsadó egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a Biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik. Ha a biztosítási szerződés bármely okból nem jön létre, a Biztosítónak az ezzel kapcsolatosan rendelkezésére álló valamennyi adatot törölnie kell.

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

Biztosítási titok csak akkor adható harmadik személynek, ha a Biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad.

A törvény erejénél fogva a titoktartási kötelezettség nem áll fenn a következő esetekben:

- a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- a kétévi vagy ennél súlyosabb szabadságvesztéssel büntetendő szándékos bűncselekmény felderítése érdekében eljáró és az ügyész előzetes jóváhagyásával rendelkező rendészeti nyomozóhatóság vezetőjével, valamint az ügyszéssel,
- a büntetőügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal,
- a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel,
- adóügyben, ha az adóhatóság felhívására a Biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli, és az adóhatósággal szemben e szervek Biztosítóhoz intézett írásbeli megkeresése alapján,
- a főigazgató eseti engedélye alapján a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- a Biztosítókkal, illetve a biztosítási tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,

- a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. Törvény 108.§ (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal

szemben. A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a fentebb felsorolt szervek alkalmazottaira is kiterjed.

A Biztosító a nyomozóhatóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálta részére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet kábítószer-kereskedelemmel, terrorizmussal, illegális fegyverkereskedelemmel, vagy a pénzmosás bűncselekményével van összefüggésben. A Biztosító a nyomozóhatóságot a „halaszthatatlan intézkedés” jelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyészi jóváhagyást nélkülöző megkeresésre is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott üggyel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Biztosító által a külföldi Biztosítóhoz vagy külföldi adatfeldolgozó szervezethez (külföldi adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben, ha a Biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, és a külföldi adatkezelőnél a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a külföldi adatkezelő székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét

- az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- a Biztosítók, valamint az általuk létrehozott és működtetett központi információs rendszer elemei közötti olyan adatszolgáltatás, amely egyedi azonosításra nem alkalmas,
- a Biztosítók egymás közötti olyan adatszolgáltatása, amely a veszélyközösség érdekeinek megóvását szolgálja,
- azoknak az adatoknak a Kártalanítási Számlát kezelő szervezet részére történő átadása, amelyek a megtérítési (regressz) igény érvényesítéséhez szükségesek.

A Biztosító, a biztosítási alkusz és a biztosítási ügynök a feladatai ellátásához az alábbi adatokat jogosult kezelni:

- a Biztosított (Szerződő, Kedvezményezett és károsult) személyi adatait,
- a Biztosított vagyontárgyat és annak értékét,
- a biztosítási összeget,
- élet-, baleset-, betegség- és felelősségbiztosítási szerződés esetén az egészségi állapottal összefüggő adatokat,
- a kifizetett biztosítási összeg mértékét és a kifizetés idejét,
- a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggő összes lényeges tényét és körülményt.

Nem minősül személyes adatok megsértésének, ha a Biztosított (Szerződő, Kedvezményezett) adatai a Felügyelethez benyújtott panasz kivizsgálása keretében jutnak a Felügyelet tudomására.

A Biztosító köteles a Biztosított (Szerződő, Kedvezményezett) kérésére a Biztosító által vezetett nyilvántartásokban tárolt saját adatairól tájékoztatást adni, valamint a Biztosított (Szerződő, Kedvezményezett, károsult) által kezdeményezett adathelyesbítéseket nyilvántartásaiban átvezetni.

VIII. Vegyes rendelkezések

A jelen különös feltételben nem szabályozott kérdésekben a Balesetbiztosítási Általános Feltétel rendelkezései az irányadók.