

Tartalomjegyzék

- Biztosítási termékismertető (2 oldal.)
- Vadászfelelősség és balesetbiztosítási feltételek
 - magyar nyelven (4. oldal)
 - angol nyelven (12. oldal)
 - német nyelven (20. oldal)
 - spanyol nyelven (28. oldal)
- Távértékesítési tájékoztató és Elektronikus úton történő szerződéskötési tájékoztató (36. oldal)
- Tájékoztató az Országos Magyar Vadászkamara, mint kiegészítő biztosításközvetítő tevékenységéről (39. oldal)
- A személyes adatok, a biztosítási titoknak minősülő adatok kezelésére, valamint a biztosítási szerződéssel kapcsolatos panaszok ügyintézésre vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók (a továbbiakban: Tudnivalók) (40. oldal)

GB929 JELŰ VADÁSZFELELŐSSÉG- ÉS BALESETBIZTOSÍTÁS

Biztosítási termékismertető

Biztosító: Groupama Biztosító Zrt.

Székhely: Magyarország, 1146 Budapest, Erzsébet királyné útja 1/C

Levelezési cím: 1380 Budapest, Pf. 1049

Alapítva: 1987 · Tevékenységi engedély száma: H-EN-II-130/2016.



Biztosító

A termékre vonatkozó teljes körű tájékoztatás a következő dokumentumban található: Groupama Biztosító Zrt. GB929 jelű Vadászfelelősség- és Balesetbiztosítás feltételei és ügyféltájékoztatója.

Milyen típusú biztosításról van szó?

Felelősség- és balesetbiztosítás, amelyben biztosított az a vadászjeggyel (külföldi állampolgárságú személy esetén Magyarország területére érvényes vadász engedéllyel) rendelkező vadász személy, aki a biztosítási díj megfizetése ellenében a biztosító által az adott biztosítási évre kibocsátott igazoló bélyeget megvásárolta, és azt érvényesítette.



Mire terjed ki a biztosítás?

- ✓ A felelősségbiztosítási fedezet esetén biztosítási esemény a Biztosított, vadász minőségében, fegyveres vadászat során, a szerződés hatálya alatt, Magyarország területén másnak okozott dologi és személyisérsüléses kár, amelyek megtérítéséért a biztosított a magyar jog szabályai szerint felelősséggel tartozik és amelyek nem szerepelnek a kizárások, nem fedezett események között.
- ✓ Biztosítási eseménynek minősül továbbá a hatóság által védetté nyilvánított állatok véletlen (gondatlan) elejtése miatt Biztosítottat terhelő bírság és/vagy kártérítési kötelezettségek. Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító megtéríti a biztosítási eseménnyel kapcsolatban bekövetkező, az élet, testi épség és az egészség személyisérségi jog megsértése alapján felmerülő sérelemdíjat
- ✓ A balesetbiztosítási fedezet körébe tartozóan a biztosító az alábbi szolgáltatásokat teljesíti:
 - ✓ baleseti halál esetén 600 000 Ft egy összegben történő kifizetését; emelt díj esetén 1 200 000 Ft egy összegben történő kifizetését;
 - ✓ baleseti rokkantság esetére 500 000 Ft szolgáltatást 100%-os rokkantság esetén, illetve a biztosítási összegnek a rokkantság fokával arányos hányadát 10-99%-os rokkantság esetén; emelt díjas esetben 1 000 000 Ft szolgáltatás 100% rokkantság esetén, illetve a biztosítási összegnek a rokkantság fokával arányos hányada 10-99%-os rokkantság esetén;
 - ✓ csonttörés, csontrepedés vagy 10% alatti rokkantság esetére egyszeri 30 000 Ft gyógyulási támogatás szolgáltatást; emelt díjas esetén 60 000 Ft gyógyulási támogatás szolgáltatást; kórházi ápolás esetén: térítés 2000 Ft/nap, önrész nincs, a térítés felső határa legfeljebb 15 nap; emelt díjas esetén a térítés 4000 Ft/nap, önrész nincs, a térítés felső határa legfeljebb 15 nap.



Mire nem terjed ki a biztosítás?

- A biztosító semmilyen esetben sem teljesít szolgáltatást a következő biztosítási események vonatkozásában:
- ✗ a külföldön (nem Magyarország határain belül) okozott és bekövetkezett káreseményekre
 - ✗ a más felelősségbiztosítás által fedezett károokra
 - ✗ a vadászat során bekövetkező és a biztosított vadászkutya tartói minőségére visszavezethető károokra
 - ✗ felelősségi körön belül hozzátartozónak okozott károokra
 - ✗ ha a halálos baleset szívinfarktus, epilepszia vagy agyvérzés miatt következett be
 - ✗ ha a baleset összefügg a biztosított súlyosan ittas állapotával, illetve kábítószer vagy bódító hatású anyag használatával, nem orvos által előírt gyógyszer fogyasztása miatti tudatzavarral, belátási képesség csökkenésével
 - ✗ mentális és viselkedészavarokkal összefüggésben bekövetkező biztosítási eseményekre
 - ✗ baleset előtt bármely okból sérült, csonka, nem ép vagy funkciójában korlátozott testrészekre, szervekre



Milyen korlátozások vannak a biztosítási fedezetben?

A biztosító bizonyos feltételek fennállása esetén nem teljesít szolgáltatást:

- A biztosító mentesül szolgáltatási kötelezettsége alól, ha bizonyítja, hogy a kárt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással
- a szerződő vagy a biztosított,
 - a szerződővel vagy a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozójuk, üzletvezetésre jogosult tagjuk, alkalmazottjuk vagy megbízottjuk; vagy a biztosított jogi személynek vezető beosztású tisztségviselője;
 - vagy a biztosított vagyontárgy kezelésére jogosított tagja, munkavállalója vagy megbízottja okozta.

A fenti rendelkezést a kármegeelőzési és a kárenyhítési kötelezettség megszegésére is alkalmazni kell.

A biztosító bizonyos feltételek fennállása esetén csak korlátozott szolgáltatást teljesít a következő biztosítási események vonatkozásában:

- ! Amennyiben a biztosítási védelem szintjét kártérítési limit határozza meg, akkor a biztosító legfeljebb ennek a kártérítési limitnek az összegéig szolgáltat.



Hol érvényes a biztosításom?

- ✓ A biztosítás területi hatálya Magyarország.



Milyen kötelezettségeim vannak a biztosítással kapcsolatban?

A szerződéskötéskor jelentkező kötelezettségek:

Tájékoztatási kötelezettség: A szerződő (biztosított) a szerződéskötéskor köteles a biztosítás szempontjából lényeges minden körülményt a biztosítóval közölni, amelyeket ismert vagy ismernie kellett.

A szerződés időtartama alatt fennálló kötelezettségek:

- Kármegelőzési kötelezettség: Gondosan és körültekintően kell eljárni, hogy ne következzen be káresemény, például: a vadászathoz használt fegyverek karbantartásáról folyamatosan gondoskodni kell.
 - Kárenyhítési kötelezettség: Amennyiben a biztosítási esemény bekövetkezik, akkor az adott helyzetben elvárható módon kell cselekedni, hogy minél kisebb kár keletkezzen, például a baleset után haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe venni, az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatni kell, és gondoskodni kell a megfelelő ápolásról. Általában törekedni kell a baleset következményeinek lehetőség szerinti enyhítésére.
- Kár bekövetkezése, bejelentése esetén felmerülő kötelezettségek:
- A felelősségbiztosítási káreseményt a tudomásszerzéstől számítva 2 napon belül, a balesetbiztosítási káreseményt annak bekövetkezésétől számított 8 napon belül

személyesen vagy írásban a biztosítónál be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését. A biztosítási szerződésből eredő igények elévülési ideje 5 év.

- A károsodott vagyontárgy helyreállításával várni kell a kárfelvételi eljárás megindulásáig, de legfeljebb 5 napig.

A kárt az alábbi elérhetőségeken lehet bejelenteni:

Groupama Biztosító, Szolgáltatási Szakterület, Speciális Kárrendezési Csoport, telefon: +36 1 462 - 3541, technikai postaláda: vadaszkar@groupama.hu.

A kárbejelentéskor meg kell adni a biztosított adatait (név, cím, elérhetőség), a káreset helyszínének címét, a kár bekövetkezésének vagy észlelésének időpontját, a kár rövid leírását, a biztosított által becsült kárösszeget, a bélyeg megvásárlásának időpontját, az adószámot; a károsult nevét, címét, születési helyét és idejét, anyja nevét, állampolgárságát, elérhetőségét.

Díjfizetési kötelezettség.



Mikor és hogyan kell fizetnem?

A biztosítási díja egyszeri díj, amelyet a biztosított jogviszony létrejöttkor előre egyösszegben kell megfizetni a teljes biztosítási időszakra.

A biztosítási díj mértéke:

- Alapesetben: 1 000 Ft/biztosított/biztosítási időszak
- Emelt díj esetben: 2 000 Ft/biztosított/biztosítási időszak.

A biztosítási díjfizetés az Országos Magyar Vadász Kamaránál kezdeményezhető.



Mikortól meddig tart a kockázatviselés?

A biztosító kockázatviselése a bélyeg megvásárlását, illetve a biztosítási díj megfizetését követő nap 0 órájától, de nem előbb, mint az adott biztosítási év március 01.

napjának 0 órájától kezdődik, és a biztosítási év végén a tárgyévét követő február utolsó napjának 24. órájáig tart.



Hogyan szüntethetem meg a szerződést?

A biztosítási szerződés határozott idejű, a tárgyévét közvető február utolsó napjának 24. órájáig tart.



GB929 JELŰ VADÁSZFELELŐSSÉG ÉS BALESETBIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓJA

Tartalomjegyzék

1. A biztosítási szerződés alanyai	2
1.1. Biztosító	2
1.2. Szerződő	2
1.2.1. Fogyasztó	2
1.2.2. Vállalkozás	2
1.3. Biztosított	2
1.4. Károsult	2
1.5. Kedvezményezett	2
2. Biztosítási esemény	2
2.1. Felelősségbiztosítás	2
2.2. Balesetbiztosítás	2
3. A biztosítási szerződés megkötése és létrejötte	2
3.1. A szerződés létrejötte	2
4. A biztosítási szerződés tartama, területi hatálya, a biztosítási évforduló és a biztosítási időszak	2
4.1. A biztosítási szerződés tartama	2
4.2. A biztosítási évforduló	2
4.3. A biztosítási időszak	3
5. A kockázatviselés kezdete, tartama és területi hatálya	3
5.1. A kockázatviselés kezdete és vége	3
5.2. Kockázatviselés tartama	3
5.3. Kockázatviselés területi hatálya	3
6. A biztosítási szerződés módosítása	3
7. A biztosítási kockázat jelentős növekedése	3
8. A biztosítási szerződés megszűnésének esetei	3
9. A biztosítási díj, díjfizetés szabályai	3
9.1. Biztosítási díj	3
10. A biztosítási összeg (kártérítési limit)	3
10.1. Biztosítási összeg (kártérítési limit), fedezetfeltöltés szabályai	3
10.2. A biztosítási összegek	3
11. Önrészesedés	3
12. A biztosító szolgáltatása	3
12.1. Felelősségbiztosítás esetén	3
12.2. Balesetbiztosítás esetén	4
13. A szerződő felek speciális kötelezettségei	5
13.1. A Biztosított, szerződő kötelezettségei	5
13.1.1. Tájékoztatási kötelezettség	5
13.1.2. Közlési és változásbejelentési kötelezettség	5
13.1.3. Kármegelőzési, kárenyhítési kötelezettség	5
13.1.4. Kárbejelentési kötelezettség	6
13.1.5. Kárbejelentéshez szükséges dokumentumok	6
13.1.6. Díjfizetési kötelezettség	6
13.2. Biztosító kötelezettségei	6
13.2.1. Tájékoztatási kötelezettség	6
13.2.2. Szolgáltatási kötelezettség	6
13.3. A biztosított általi elismerés, teljesítés és egyezség hatálya a biztosítóval szemben felelősségbiztosítás esetén	7
14. Mentésülés	7
15. Kizárások, nem fedezett események	7
16. Egyéb rendelkezések	7
17. Záró rendelkezések	8
18. Eltérés a korábban alkalmazott feltételektől és a szokásos szerződési gyakorlatról	8

Jelen vadászfelelősség és balesetbiztosítás (továbbiakban: biztosítás) biztosítási feltételei és Ügyféltájékoztatója (a továbbiakban: a biztosítási feltételek) az Országos Magyar Vadászkamara és a Groupama Biztosító Zrt. között létrejött megállapodás (továbbiakban csoportos biztosítási szerződés) alapján azokat a rendelkezéseket tartalmazzák, amelyeket – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – a Groupama Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) vadászfelelősség- és balesetbiztosítási szerződéseire (továbbiakban a biztosítási szerződés) alkalmazni kell, feltéve, hogy a biztosítási szerződést ezen feltételekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási feltételek alapján a biztosító köteles a biztosítási feltételekben meghatározott kockázatra fedezetet nyújtani, és a kockázatviseelés kezdetét követően bekövetkező biztosítási esemény esetén a biztosítási feltételekben meghatározott szolgáltatást teljesíteni. A biztosítóval szerződő fél díj fizetésére köteles.

A biztosítási feltételek felelősségbiztosításra vonatkozó rendelkezései alapján a biztosított követelheti, hogy a biztosító a szerződésben megállapított mértékben és módon mentesítse őt olyan kár megtérítése alól, amelyért jogszabály szerint felelős.

A biztosítási feltételek balesetbiztosításra vonatkozó rendelkezései alapján a biztosító különösen a biztosított baleset miatt bekövetkező halála, egészségkárosodása vagy rokkantsága esetére a szerződésben meghatározott biztosítási összeg vagy járadék fizetésére, vagy a szerződésben meghatározott egyéb szolgáltatásra vállal kötelezettséget.

A biztosítási szerződés, a biztosítotti nyilatkozata, a szerződéshez kapcsolódó nyilatkozatok, a biztosítási feltételek és Ügyféltájékoztató a felek közötti megállapodás minden feltételét tartalmazzák, így a korábbi megállapodások, nyilatkozatok hatályukat veszítik, és nem képezik jelen szerződés részét.

1. A biztosítási szerződés alanyai

A csoportos biztosítási szerződés alanyai a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett és a biztosító.

1.1. Biztosító

A Groupama Biztosító Zrt., amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli, és a jelen biztosítási feltételekben meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén a biztosítási szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.

A biztosító legfontosabb adatai

Név: Groupama Biztosító Zrt.
Székhely: Magyarország, 1146 Budapest, Erzsébet királyné útja 1/C
Levél cím: 1380 Budapest, Pf. 1049
Jogi formája: zártkörűen működő részvénytársaság (alapítva 1987)
Cégjegyzékszám: Cg. 01-10-041071
Társaságunk a Fővárosi Törvényszék Cégbíróságánál került bejegyzésre.

1.2. Szerződő

Az a személy, aki valamely vagyoni vagy személyhez fűződő jogviszonya alapján a biztosítási esemény elkerülésében érdekelt, vagy a biztosítást ilyen személy (biztosított) javára köti meg. Az e rendelkezés ellenére kötött biztosítási szerződés semmis. A szerződőt terheli a díjfizetési kötelezettség, a biztosító a jognyilatkozatokat hozzá intézi, és a szerződő köteles a nyilatkozatok megtételére is.

1.2.1. Fogyasztó

Fogyasztó a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy.

1.2.2. Vállalkozás

Vállalkozás a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körében eljáró személy.

1.3. Biztosított

Jelen biztosítási feltételek szerint biztosított kizárólag a vadászengedéllyel rendelkező természetes személy, vagy jogi személy (vadásztársaság) lehet vadász minőségében.

Amennyiben a szerződést nem a biztosított kötötte, a biztosított a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal a szerződésbe beléphet. A belépéshez

a biztosító hozzájárulása nem szükséges. A belépéssel a szerződőt megillető jogok és őt terhelő kötelezettségek összessége a biztosítottra száll át. **Ha a biztosított belép a szerződésbe a folyó biztosítási időszakban esedékes biztosítási díjak megfizetéséért a belépő biztosított a szerződővel egyetemlegesen felelős. A szerződésbe belépő biztosított köteles a szerződőnek a szerződésre fordított költségeit – ideértve a biztosítási díjat is – megtéríteni.**

1.4. Károsult

Felelősségbiztosítás esetén az a személy, akinek a biztosított a jogellenes és felróható károkozó magatartásával kárt okoz.

1.5. Kedvezményezett

Balesetbiztosítás esetén a kedvezményezett az a személy, aki a biztosító szolgáltatására jogosult. Jelen biztosításban kedvezményezett a biztosított baleseti halála esetén a biztosított örököse(i), minden más biztosítási esemény esetén a biztosított.

2. Biztosítási esemény

2.1. Felelősségbiztosítás

Jelen feltétel alapján biztosítási esemény a biztosított, vadász minőségében, fegyveres vadászat során, a szerződés hatálya alatt, Magyarország területén másnak okozott dologi és személyesérülés kár, amelyek megtérítéséért a biztosított a magyar jog szabályai szerint felelősséggel tartozik és amelyek nem szerepelnek a kizárások, nem fedezett események között. Biztosítási eseménynek minősül továbbá a hatóság által védetté nyilvánított állatok véletlen (gondatlan) elejtése miatt biztosítottat terhelő bírság es/vagy kártérítési kötelezettségek.

Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító megtéríti a biztosítási eseménnyel kapcsolatban bekövetkező, az élet, testi épség és az egészség személyiségi jog megsértése alapján felmerülő sérelemdíjat is.

2.2. Balesetbiztosítás

Baleset a biztosított akaratán kívül, hirtelen fellepő külső behatás, amelyből eredően a biztosított a bekövetkezésétől számított egy éven belül meghal, vagy 2 éven belül végleges munkaképtelenséget, maradandó egészségkárosodást (rokkantságot), es/vagy azonnali műleány serülést szenved. Biztosítási feltételek szerint a balesetbiztosítási fedezet kizárólag a vadásztársaság, vagy más vadászszervező által rendezett fegyveres vadászat, illetve a biztosított egyéni vadászatán a vadászattal és a vadásztársaság vadgazdálkodásával összefüggő tevékenység során bekövetkező, jegyzőkönyvvel dokumentált, Magyarország területén bekövetkezett balesetre terjed ki.

3. A biztosítási szerződés megkötése és létrejötte

3.1. A szerződés létrejötte

A biztosított a rá vonatkozó biztosított jogviszony (továbbiakban a biztosítási szerződés) megkötését a területileg illetékes vadászkamaránál kapható vadász bélyeg megvásárlásával kezdeményezheti. A biztosítási szerződés létrejöttéről a biztosító vadászbélyeget állít ki. A biztosítási szerződés a vadász bélyeg megvásárlásának időpontjában jön létre.

4. A biztosítási szerződés tartama, területi hatálya, a biztosítási évforduló és a biztosítási időszak

4.1. A biztosítási szerződés tartama

A biztosítási szerződés határozott tartamra jön létre. A biztosítási szerződés tartama a vadász bélyeg megvásárlásának időpontját követő nap 0 órájától indul, de legkorábban 2021. március 1-ével és 2022. február 28-ával ér véget.

4.2. A biztosítási évforduló

A biztosítási szerződés határozott idejű, így évforduló nem kerül alkalmazásra.

4.3. A biztosítási időszak

A biztosítási időszak az az időtartam, amelyre a biztosító a biztosítási díjat kalkulálja, és amely időszakra a szerződő a biztosítási díj megfizetésére köteles.

A biztosítási időszak megegyezik a biztosítási szerződés tartamával.

5. A kockázatviselés kezdete, tartama és területi hatálya

5.1. A kockázatviselés kezdete és vége

A biztosító kockázatviselése a vadász bélyeg megvásárlását követő nap 0 órájától indul, de legkorábban 2021. március 1-jén kezdődik és 2022. február 28-án ér véget.

5.2. Kockázatviselés tartama

A kockázatviselés tartama egy év, amely a kockázatviselés kezdete és kockázatviselés vége közötti időtartam, és amely alatt a biztosító kockázatviselése fennáll. A biztosító kockázatviselése felelősségbiztosítás esetén a kockázatviselési tartam alatt okozott, bekövetkezett, legkésőbb a biztosítás szerződés megszűnését követő 30 napon belül a biztosítónak bejelentett károokra, balesetbiztosításnál a balesetből bekövetkező halál esetén a balesettől számított 1 éven belül, rokkantság esetén 2 éven belül bekövetkezett biztosítási eseményre terjed ki.

5.3. Kockázatviselés terület hatálya

A biztosító kockázatviselése kizárólag Magyarország területén belül okozott és bekövetkezett károokra, balesetekre terjed ki.

6. A biztosítási szerződés módosítása

A biztosítás szerződés a szerződés tartama alatt nem módosítható.

7. A biztosítási kockázat jelentős növekedése

Amennyiben a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést 30 napra írásban felmondhatja.

Amennyiben a szerződő fél a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított harmincadik napon megszűnik, ha a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő fél figyelmét felhívta.

8. A biztosítási szerződés megszűnésének esetei

A biztosítási szerződés a biztosított vonatkozásában az alábbi esetekben szűnik meg:

- a biztosítási szerződés tartamának lejáratával;
- amennyiben a biztosított csoporthoz való tartozása megszűnik;
- a biztosított halála (ezen belül baleseti halála) esetén, a biztosított halálának időpontjával;
- amennyiben a csoportos szerződés megszűnik, annak megszűnése időpontjában.

9. A biztosítási díj, díjfizetés szabályai

9.1. Biztosítási díj

A biztosítási díja egyszeri díj, amelyet a biztosított jogviszony létrejöttékor előre egyösszegben kell megfizetni a teljes biztosítási időszakra.

A biztosítási díj mértéke:

- Alapesetben: 1000 Ft/biztosított/biztosítási időszak.
- Emelt díj esetben: 2000 Ft/biztosított/biztosítási időszak.

A biztosítási díjfizetés az Országos Magyar Vadászkomáromnál kezdeményezhető.

A biztosítási díj a biztosítási időszak alatt nem módosítható.

10. A biztosítási összeg (kártérítési limit)

10.1. Biztosítási összeg (kártérítési limit), fedezetfeltöltés szabályai

A biztosítási esemény bekövetkezésekor érvényes biztosítási összeg (kártérítési limit) a biztosító szolgáltatási kötelezettségének a felső határa.

Káreseményenkénti kártérítési limit az a legmagasabb összeg, amit a biztosító egy biztosítási eseménnyel összefüggésben megtérít.

A biztosítási időszakra meghatározott kártérítési limit az a legmagasabb összeg, amelyet a biztosító egy biztosítási időszak alatt összesen megtéríthet.

10.2. A biztosítási összegek

Felelősségbiztosítás esetén (kártérítési limit)

Alapesetben: 12 000 000 Ft káreseményenként és biztosítási időszakonként és biztosítottanként.

Emelt díj esetén: 18 000 000 Ft káreseményenként és biztosítási időszakonként és biztosítottanként.

Balesetbiztosítás esetén

A balesetbiztosításra vonatkozó biztosítási összegeket a 13.2. pont tartalmazza.

Az adott biztosítási időszakra vonatkozó biztosítási összeg (kártérítési limit) az ugyanazon biztosítási időszakban bekövetkezett biztosítási esemény miatt kifizetett összeggel csökken, kivéve, ha a szerződő fél a díjat megfelelően kiegészíti.

A biztosítási összeget a biztosító abban az esetben csökkentheti, ha arra legkésőbb a szolgáltatás teljesítésével egyidejűleg írásban felhívta a szerződő fél figyelmét, és a fedezetfeltöltés díját közölte. Amennyiben a szerződő fél a fedezetfeltöltés jogával nem él, a szerződés a kifizetett összeggel csökkentett kártérítési limit mellett marad hatályban a folyó biztosítási időszakokra.

11. Önrészesedés

A biztosító önrészesedést nem alkalmaz.

12. A biztosító szolgáltatása

12.1. Felelősségbiztosítás esetén

A biztosító az alábbi fogalmakat egyéb megállapodások hiányában mindig az alábbi meghatározások szerinti jelentéstartalommal használja:

Személyi sérüléses kár: ha a károsult meghal, egészségkárosodást vagy testi sérülést szenved.

Dologi kár: valamilyen vagyontárgy megsemmisülése, elpusztulása, elvesztése, megrongálódása, értékcsökkenése. Dolognak számít minden birtokba vehető testi tárgy, így a pénz és az értékpapír is.

A biztosító a biztosítási eseménnyel kapcsolatban felmerült kárként a kártérítési limit erejéig megtéríti a károsultat ért azon károkat, melyekért a biztosított kártérítési felelősséggel tartozik a magyar jog szabályai szerint, így:

- dologi és személyi sérüléses károknál a károkozó körülmény folytán a károsult vagyonában beállt értékcsökkenést, valamint a károsultat ért vagyoni hátrányok kiküszöböléséhez szükséges költségeket, illetve a személyi sérüléses károk esetén a károsult magánszemély jövedelemkiesését;
- személyi sérüléses károk esetén a biztosítottat terhelő sérelemdíjat;
- a kártérítési követelés, illetve sérelemdíj után felszámítható késedelmi kamatot, kivéve, ha a késedelmi kamat a kárbejelentési kötelezettség késedelmes teljesítése miatt áll fenn;
- a biztosítási eseménnyel összefüggésben keletkezett jogi eljárás költségeit, a biztosított jogi képviseletét ellátó ügyvéd megbízási díját, illetve a jogalap vagy összegszerűség megállapítása érdekében felkért szakértő költségeit, amennyiben ezek a biztosító előzetes írásbeli jóváhagyása, vagy útmutatása alapján merültek fel;
- a biztosítottat terhelő társadalombiztosítási megtérítési igényeket;
- kárenyhítés, kárelhárítás körébe eső indokolt és igazolt költségeket. A kárenyhítés és kárelhárítás körébe eső költségeket a biztosító akkor is megtéríti, ha azok nem vezettek eredményre;
- személyi sérüléses károk esetén a fentiekben túl a biztosító megtéríti to-

vább a károsult személyi sérülése kapcsán felmerülő vagyoni károkat, a sérült állapotával összefüggő és az orvosilag indokolt vagyoni kiadásokat. A sérült állapotával összefüggő vagyoni kiadások indokoltságát a biztosító orvosszakértője állapítja meg.

Jelen biztosítási feltétel alkalmazása szempontjából:

- a kár okozásának időpontja az a nap, amikor a kárt előidéző cselekmény megtörtént. Amennyiben a károkozás mulasztással valósul meg, a károkozás időpontja az a nap, amikor a mulasztást meg a kár bekövetkezése nélkül pótolni lehetett volna;
- sorozatkár esetén a károkozás időpontja a sorozatkárhoz vezető első cselekmény időpontja;
- a kár bekövetkezésének időpontja az a nap, amiktől a biztosított kártérítési fizetési kötelezettsége esedékessé válik;
- személyi sérülések károk tekintetében a kár bekövetkezésének időpontja:
 - halál esetén a halál beállta;
 - testi sérülés esetén a sérülés időpontja, abban az esetben is, ha a károsult a testi sérülés miatt, annak bekövetkezésétől számított egy éven belül meghal;
 - egészségkárosodás esetén a károsodás időpontja;
 - egészségromlás (lassú lefolyású személyi sérüléses kár) esetén – vitás esetben – amikor az orvos első alkalommal megállapította az egészségkárosodást.
- dologi károk tekintetében a kár bekövetkezésének időpontja a károsodás időpontja;
- a biztosítási eseményhez kapcsolódóan az élet, testi épség és az egészség személyiségi jog megsértése esetén a sérelem bekövetkezésének az időpontja, a kár bekövetkezésének időpontjával egyezik meg;
- sorozatkár bekövetkezésének időpontja a sorozatkár káreseményei közül első káreseményének időpontja;
- a kár bejelentésének időpontja az a nap, amikor a biztosított a kár bekövetkezését a biztosítónak a kárbejelentési kötelezettség pontban foglaltak szerint bejelentette.

Amennyiben a kár bekövetkezésében a biztosítási eseményen kívül más egyéb károsító esemény is közrehatott, a biztosító a kárt csak abban a részében és annak mértékében téríti meg, amely a biztosítási esemény következménye.

A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító a károkat a károkozás időpontjában érvényes kártérítési limit(ek) erejéig téríti meg a jelen biztosítási feltételekben meghatározottak figyelembevételével.

A biztosítónak a biztosítási eseményre vonatkozó teljesítési kötelezettsége a károkozásokról érvényes kártérítési limitig, legfeljebb azonban az adott biztosítási időszakra érvényes kártérítési limitig terjed.

12.2. Balesetbiztosítás esetén

A biztosító a biztosítás keretében vállalja, hogy a 2.2 pontban meghatározott balesetek esetén az alábbi szolgáltatásokat teljesíti:

- **baleseti halál** esetén 600 000 Ft (azaz: hatszázezer Ft) egy összegben történő kifizetését; Emelt díj esetén 1 200 000 Ft összegben történő kifizetését;
- **baleseti rokkantság** esetére 500 000 Ft (azaz: ötszázezer Ft) szolgáltatást 100%-os rokkantság esetén, illetve a biztosítási összegnek a rokkantság fokával arányos hányadát 10-99%-os rokkantság esetén; Emelt díjas esetben 1 000 000 Ft szolgáltatás 100% rokkantság esetén, illetve a biztosítási összegnek a rokkantság fokával arányos hányada 10-99%-os rokkantság esetén;
- **csonttörés, csontrepedés**, vagy 10% alatti rokkantság esetére egyszeri 30 000 Ft (azaz: harmincezer Ft) gyógyulási támogatás szolgáltatást; Emelt díjas esetben 60 000 Ft gyógyulási támogatás szolgáltatást.
- **baleseti kórházi napi térítés esetén:** térítés 2000 Ft/nap. Önrész nincs, a térítés felső határa: legfeljebb 15 nap. Emelt díjas esetben 4000 Ft/nap. Önrész nincs, a térítés felső határa: legfeljebb 15 nap.

Baleseti halál

Biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítás tartamán belül baleset miatt bekövetkező halála, ha a halálestet a baleset napjától számított egy éven belül történt.

Baleseti rokkantság

Biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítás tartamán belül és a baleset napjától legfeljebb két éven belül bekövetkező baleseti eredetű rokkantsága.

Csonttörés, csontrepedés

Biztosítási esemény a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleseti eredetű csonttörés, csontrepedés. Csonttörés, csontrepedés: olyan külső mechanikai behatás, amelynek következtében a csont folytonossága egészben vagy részben megszakad. Fogtörés esetében az élő fog törése számít csonttörésnek.

Baleseti kórházi napi térítés

Biztosítási esemény a biztosított baleset miatt orvosilag indokolt kórházi ápolása (fekvőbeteg-ellátása) a kockázatviselési tartamon belül, amennyiben a kórházi ápolása ok-okozati összefüggésben van a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesettel és a kórházban való benttartózkodás meghaladja a 24 órát.

Kórház: Az egészségügyi hatóság által engedélyezett, illetleg ilyenként nyilvántartott:

- kórházak, klinikák, amelyek állandó szakorvosi irányítás és felügyelet alatt állnak;
 - az üzemi kórházak;
 - a fegyveres testületek kórházai;
 - minden olyan, az erre jogosult egészségügyi hatóság által elismert egyéb gyógyintézmény, ahová az orvos a biztosítottat beutalja.
- Jelen feltételek alapján létrejövő szerződések szempontjából nem minősülnek kórháznak különösen:
- a tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetek és szanatóriumok;
 - az idült, gyógyíthatatlan betegségekben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei;
 - gyógyüdülők és utógondozó szanatóriumok;
 - az idősek szociális otthonai és azok betegosztályai;
 - a fürdő- és egyéb gyógyintézetek;
 - az ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei.

Balesetből eredő, a baleset napjától számított egy éven belül bekövetkező halál esetén a biztosító a baleseti halál esetére szóló biztosítási összeget kifizeti.

A baleseti halál esetére szóló biztosítási összegből a biztosító levonja az ugyanebból a balesetből eredő rokkantság miatt már kifizetett összeget. Amennyiben a baleseti rokkantságra kifizetett szolgáltatások összege meghaladja a baleseti halálra szóló szolgáltatás összegét, az esetleges többletkifizetést a biztosító nem követelheti vissza.

A baleset után két éven belül, a baleset következményeként megállapított maradandó, 10%-os vagy e feletti mértékű rokkantság esetén, a biztosító a szerződésben meghatározott összegből, a rokkantság fokával megegyező mértékű, így legfeljebb a szerződés szerinti biztosítási összeg 100%-a kerül kifizetésre.

A szerződés tartama alatt bekövetkező balesetekből eredő maradandó baleseti sérülések mértékai (rokkantsági fokok) összegződnek.

A biztosító az adott biztosítási év során bekövetkező különböző balesetekből eredő, de következményeiket tekintve egymásra ható rokkantságot előidéző sérülések esetén, a legsúlyosabb következményekkel járó sérülésre teljesít szolgáltatást úgy, hogy a kifizetendő összeget a könnyebb sérülésekre már teljesített szolgáltatással csökkenti.

A kórházi ápolás lehet egyszeri vagy megszakított is.

Amennyiben a baleseti eredetű kórházi ápolás időszaka alatt a biztosítás megszűnik, a biztosító legfeljebb a megszűnés napjáig tartó időszakra nyújt szolgáltatást, abban az esetben is, ha a kórházi ápolás a biztosítási szerződés megszűnését követően ér véget.

A biztosító várakozási időt nem alkalmaz.

A rokkantság fokát az alábbi táblázat szerint kell megállapítani.

Testrészek károsodása	Rokkantság foka
egyik felső végtag vállizülettel való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
egyik felső végtag könyökizület fölött való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
egyik felső végtag könyökizület alatt való teljes elvesztése vagy működésképtelensége, továbbá az egyik kéz teljes elvesztése vagy működésképtelensége	60%
egyik hüvelykujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	20%
egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	10%
bármely más ujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	5%
egyik alsó végtag combközépig fölött való teljes elvesztése vagy működésképtelensége	70%
egyik alsó végtag combközépig való teljes elvesztése vagy működésképtelensége	60%
egyik alsó végtag lábszár közepéig való vagy egyik lábfej teljes elvesztése vagy működésképtelensége	50%
egyik lábfej boka szintjében való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	30%
egyik nagylábujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	5%
bármely más lábujj teljes elvesztése vagy 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 eseményt megelőzően 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 eseményt megelőzően elvesztette	45%
a beszélőképesség teljes elvesztése	60%
a szaglórészék teljes elvesztése	10%
az ízlőképesség teljes elvesztése	5%

A tartós rokkantságot és annak mértékét a biztosító orvosa állapítja meg. Az elbírálás során, a biztosító orvosának döntése, valamint a biztosító szolgáltatása a társadalombiztosítási eljárástól és annak eredményétől független.

A táblázatban felsorolt érzékszervek, vagy testrészek részleges elvesztése, vagy károsodása esetén a rokkantság fokát a biztosító orvosa ennek megfelelő mértékben állapítja meg.

Az érzékszervek működőképességének részleges elvesztése esetén, a szolgáltatást legfeljebb a megfelelő rokkantsági fok 75%-ban lehet meghatározni.

Ha a rokkantság foka a táblázat alapján nem állapítható meg, akkor azt a biztosító orvosa állapítja meg.

Egy balesetből fakadó több sérülés esetén, a szolgáltatás teljesítése során a rokkantsági táblázat, valamint az (5), a (6) és (7) bekezdések alapján adódó százalékok összegzésére kerülnek. A biztosítási szolgáltatás felső határa a baleseti rokkantsági szolgáltatás esetében a szerződés szerinti biztosítási összeg. Amennyiben a végleges rokkantság foka nem állapítható meg, mind a biztosítottnak, mind a biztosítónak joga van évente a rokkantság fokának újbóli megállapítását, valamint a megváltozás időpontjának meghatározását kérni.

Ha az újbóli megállapítás magasabb rokkantsági szolgáltatást eredményez, mint amennyit a biztosító már teljesített:

- a biztosítottat megilleti a többletszolgáltatás, valamint
- a többletszolgáltatás után, a többletszolgáltatásra okot adó változás időpontjától számított törvényben meghatározott kamat.

A biztosított halála esetén:

- amennyiben az a balesetet követő egy éven belül, ugyanezen balesetből eredően következik be, rokkantsági szolgáltatás nem teljesíthető;

- amennyiben az a balesetet követően, az elévülési időn belül, a balesettel össze nem függő okból következik be, és a végleges rokkantsági fok nem került megállapításra, de a biztosító a rokkantsági szolgáltatási kötelezettségét elismeri, a tartós rokkantság legutolsó orvosi vizsgálat szerinti foka után jár a rokkantsági szolgáltatás a biztosított örököseinek.

A végleges rokkantsági fok megállapítása után, a végelszámolás során a kifizetendő baleseti rokkantsági biztosítási összegből a baleseti rokkantsági előleg, valamint a 10% alatti rokkantság miatti műlekony sérülés címén kifizetett gyógyulási támogatási összeg levonásra kerülnek.

A biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összeget (egy eseményből egy biztosítotttal bekövetkező több műlekony sérülés esetén is csak egyszer) a kárigény elbírálását követően azonnal kifizeti, amennyiben a biztosított a feltételekben rögzített ismérveknek megfelelő baleset következtében 10%-osnál kisebb mértékű rokkantságot, vagy csonttörést, vagy csonttrepedést szenved.

13. A szerződő felek speciális kötelezettségei

13.1. A biztosított, szerződő kötelezettségei

13.1.1. Tájékoztatási kötelezettség

Amennyiben a szerződést nem a biztosított köti, a biztosított belépéséig a szerződő fél a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a biztosítottat köteles tájékoztatni.

13.1.2. Közlési és változásbejelentési kötelezettség

A szerződő fél köteles a szerződéskötéskor a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval közölni, amelyeket ismert vagy ismernie kellett. A biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a szerződő fél közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

A szerződő (biztosított) a biztosító kérésére – a titok- és adatvédelmi szabályok betartásával – köteles a biztosító kockázata és a szerződés szempontjából jelentős okiratokat, szerződéseket, hatósági határozatokat a biztosító részére átadni.

A szerződő fél köteles a lényeges körülmények változását a biztosítónak a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül írásban bejelenteni.

A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a szerződő fél bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

A közlésre és változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet és a biztosítottat; egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.

13.1.3. Kármegelőzési, kárenyhítési kötelezettség

A szerződő fél és a biztosított a kár megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást köteles tanúsítani. Ezt az elvárhatósági követelményt kell támasztani abban az esetben is, ha a szerződés szabályozza a szerződő fél és a biztosított kármegelőzési teendőit, előírja a kár megelőzését vagy enyhítését célzó eszközöket, eljárásokat.

A szerződő fél és a biztosított a biztosító előírásai és a káresemény bekövetkezésékor adott utasításai szerint, ezek hiányában az adott helyzetben általában elvárható magatartás követelménye szerint köteles a kárt enyhíteni.

A kárenyhítés szükséges költségei a biztosítási összeg keretei között akkor is a biztosítottot terheli, ha a kárenyhítés nem vezetett eredményre.

A káresemény észlelését követően a szerződő (biztosított) személyi sérülés esetén haladéktalanul köteles értesíteni a mentőket, amennyiben bűncselekmény gyanúja áll fenn köteles haladéktalanul a rendőrhatalóságnak feljelentést tenni, és a bejelentés vagy feljelentés másolati példányát a kárbejelentéshez mellékelni.

A biztosított köteles a fegyverét rendeltetésszerű állapotban tartani, azok karbantartásáról gondoskodni, a hibákat, hiányosságokat vagy a károsodásokat haladéktalanul elhárítani.

A jelen pontban felsoroltakon túl a szerződő fél és a biztosított az adott helyzetben általában elvárható magatartás követelménye szerint köteles a kárt enyhíteni.

13.1.4. Kárbejelentési kötelezettség

A biztosítottnak a biztosítási esemény bekövetkezését, vagy ha olyan körülményről szerez tudomást, amely ilyen kárigényre adhat alapot, illetőleg az azzal kapcsolatos igény érvényesítését a bekövetkezéstől, illetve a tudomásra jutásától számított 30 napon belül a biztosítónak írásban be kell jelentenie, a szükséges felvilágosításokat meg kell adnia, és lehetővé kell tennie a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.

A biztosító kötelezettsége nem áll be, amennyiben a szerződő fél, illetve a biztosított az előző bekezdésben előírt kötelezettségeket nem teljesíti, és emiatt a biztosító szolgáltatási kötelezettségének elbírálása szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

A kárbejelentést a szerződő/biztosított alábbi elérhetőségei valamelyikén teheti meg:

Groupama Biztosító, Szolgáltatási Szakterület, Speciális Kárrendezési Csoport, telefon: +36 1 462-3541, technikai postaláda: vadaszkar@groupama.hu

13.1.5. Kárbejelentéshez szükséges dokumentumok

A biztosító a fizetési kötelezettségének teljesítéséhez az eset körülményeire, a bizonyítási teherre és a rendelkezésszerű joggyakorlás követelményére is figyelemmel az alábbi iratok bemutatását kérheti:

Felelősségbiztosítás esetén:

- a biztosító által rendszeresített vagy azzal megegyező tartalmú, kitöltött és aláírt kárbejelentő nyomtatvány (az esemény bejelentéséről, részletesen leírva a körülményeket, hol, mikor, milyen esemény történt, károsodott dologszemély, összegszerűen meghatározott, adatokkal alátámasztott írásbeli szolgáltatási igénye);
- a biztosítási szerződés által előírt feltételek teljesülését bizonyító dokumentumok (pl. vadászjegy vagy vadászengedély másolatát), illetve a biztosítási esemény bekövetkezési körülményeinek és következményeinek tisztázásához szükséges iratok (például a biztosított és a biztosítási eseményről tudomással bíró más személy nyilatkozata a biztosítási esemény körülményeiről, az ezt tartalmazó jegyzőkönyvek másolata);
- amennyiben a biztosítási eseménnyel vagy az annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban rendőrségi, közigazgatási vagy más hatósági eljárás indult, akkor az eljárás során keletkezett, illetőleg az eljárás anyagának részét képező iratok (büntető eljárásban és szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozat csak abban az esetben, ha az a kárigény benyújtásakor, illetve a kárrendezés során rendelkezésre áll);
- a biztosítottnak, illetve a károsultnak a biztosítási eseménnyel és a körülményi adatokkal összefüggő egészségügyi dokumentumai: házi vagy üzemi orvosi, a járó- és fekvőbetegellátás során keletkezett iratok, gyógyszerfelhasználást igazoló iratok;
- a társadalombiztosítási szerv vagy más személy, szervezet által kezelt, a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatos biztosított, illetve károsult adatokat tartalmazó iratok (a jogosult titoktartás alóli felmentéséhez és adatbekéréshez szükséges meghatalmazása alapján);
- a kárterítési (szolgáltatási) igény tárgyában meghozandó döntéshez szükséges, az igényt alátámasztó dokumentumok, számlák, számviteli bizonylatok, szakvélemények, jegyzőkönyvek, fényképek, szerződések, idegen nyelvű dokumentáció esetén ezek magyar nyelvű fordítása, melynek költsége a kárigény előterjesztőjét terheli;
- a biztosítási eseménnyel kapcsolatban a mentéshez, kármegelőzéshez, kárenyhítéshez igénybe vett eszközök, erőforrások használata során keletkezett költségek igazolására alkalmas iratok.

A fentiekben megnevezettek közül csak azon iratok, dokumentumok benyújtását kérheti a biztosító, amelyek a jogalap elbírálásához és a biztosítási feltételekben vállalt biztosítási szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek.

A biztosító a kárterítési (szolgáltatási) igény elbírálásához a becsatolt iratokat ellenőrizheti, illetőleg a bejelentett igény elbírálásával összefüggő egyéb iratokat szerezhet és kérhet be.

A felsorolt okiratokon kívül a biztosított, illetve a károsult jogosult a károk és költségek egyéb okmányokkal, dokumentumokkal történő igazolására a

bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

A biztosított köteles a káresemény rendezéséhez a szükséges információkat rendelkezésre bocsátani, a biztosított segíteni az okozott kár összegének a megállapításában, a kár rendezésében, illetve a jogalap nélküli kárigények elhárításában.

A biztosított köteles lehetővé tenni, hogy a kár okát, bekövetkezésének körülményeit, mértékét, a biztosítottat terhelő kárterítés terjedelmét a biztosító szakértője megvizsgálja.

Balesetbiztosítás esetén:

- írásbeli kárbejelentést a kár okának, mértékének, időpontjának feltüntetésével;
 - a bekövetkezett károsodás okát, mértékét igazoló dokumentumokat;
 - összegszerűen meghatározott, adatokkal alátámasztott írásbeli szolgáltatási igényt;
 - a bekövetkezett vagyoni hátrány mértékét – a költségeket beleértve igazoló okiratokat, illetve okiratnak nem minősülő dokumentumokat;
 - a biztosított arra vonatkozó nyilatkozatát, hogy az adott biztosítási esemény kapcsán mással (biztosítóval vagy károkozóval) szemben, illetve másik biztosítási szerződése alapján érvényesített-e igényt;
 - hatóság részére történő bejelentéseket;
 - vadászbélyeg;
 - halotti anyakönyvi kivonat;
 - a halál okát igazoló halottvizsgálati bizonyítvány, boncolási jegyzőkönyv, hatósági és igazságügyi orvosszakértői vizsgálat eredményei;
 - a biztosítási esemény bekövetkeztével és annak következményeivel kapcsolatos kezelőorvosi orvosi dokumentációk, orvosi vizsgálat eredményei, keresőképtelenséget igazoló dokumentációk, orvosszakértői véleményezések;
 - 14. és 15. pontjában meghatározott biztosító mentesülési és kizárt kockázatok ellenőrzéséhez szükséges hatósági eljárás során keletkezett iratok és orvosszakértői dokumentációk;
 - a kedvezményezett azonosítását hitelt érdemlően igazoló okirat, jogerős hagyatéki végzés, örökési bizonyítvány, jogerős gyámhatósági határozat;
- A felsorolt okiratokon kívül a biztosított, illetve a károsult jogosult a károk és költségek egyéb okmányokkal, dokumentumokkal történő igazolására a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

A biztosított köteles a biztosítási esemény rendezéséhez a szükséges információkat rendelkezésre bocsátani.

13.1.6. Díjfizetési kötelezettség

A biztosítási díjra, díjfizetésre vonatkozó szabályokat jelen biztosítási feltétel 9. pontja tartalmazza.

13.2. Biztosító kötelezettségei

13.2.1. Tájékoztatási kötelezettség

A biztosító köteles a szerződőt, illetve a biztosítottat tájékoztatni

- a szerződés adatairól;
- a biztosított kérésére a bejelentett károk rendezéséről, a szolgáltatások összegének kifizetéséről, a kárkifizetéséről, illetve ezek akadályáról.

13.2.2. Szolgáltatási kötelezettség

A biztosító a jelen biztosítási feltételekben részletesen meghatározott szolgáltatás teljesítésére vállal kötelezettséget. A biztosító a szerződésben vállalt szolgáltatási kötelezettségét a teljesítés időpontjában Magyarországon hivatalos magyar fizetbeszékben, **banki átutalással** teljesíti, amely a kárbejelentés biztosítóhoz történő beérkezésének és/vagy a jogalap megvizsgálásához szükséges összes dokumentum beérkezésének időpontjától (év, hó, nap) számított 15 napon belül esedékes.

Ha a biztosított igazoló okiratot tartozik bemutatni, vagy nyilatkozattételi kötelezettség terheli (pl. felelősség elismerő nyilatkozat), a határidőt attól a naptól kell számítani, amikor az utolsó irat, nyilatkozat a biztosítóhoz beérkezett. A biztosító biztosítási szerződésből eredő kötelezettségével összefüggésben, a károsító eseményt megelőző állapot visszaállításához vagy a bekövetkezett kár következményeinek megszüntetéséhez szükséges, általános forgalmi adó-köteles szolgáltatás ellenértéke (anyag-, javítási, illetve helyreállítási költség) után az általános forgalmi adó összegének megfelelő összeg megtérítésére csak olyan számla alapján vállalhat köte-

lezettséget, illetve térítheti meg azt az arra jogosultnak, amelyen feltüntetik az általános forgalmi adó összegét, vagy amelyből annak összege kiszámítható.

Amennyiben ugyanazt a felelősségbiztosítási biztosítási eseményt több biztosító egymástól függetlenül biztosítja, a biztosított jogosult igényét ezek közül egyhez vagy többhöz benyújtani. A biztosító, amelyhez a kárigényt benyújtották, az általa kiállított fedezetet igazoló dokumentumban írt feltételek szerint és az abban megállapított biztosítási összeg erejéig köteles fizetést teljesíteni, fenntartva azt a jogát, hogy a többi biztosítóval szemben arányos megtérítési igényt érvényesíthet. A biztosítók a megtérítési igény alapján a kifizetett kárt egymás között azokkal a feltételekkel és kártérítési limitekkel arányosan viselik, amelyeknek megfelelően az egyes biztosítók a biztosított irányában külön-külön felelősek.

13.3. A biztosított általi elismerés, teljesítés és egyezség hatálya a biztosítóval szemben felelősségbiztosítás esetén.

A károsult kártérítési igényének a biztosított által történt elismerése, teljesítése és az azzal kapcsolatos egyezsége a biztosítóval szemben akkor hatályos, ha ahhoz a biztosító előzetesen hozzájárult vagy azt utólag tudomásul vette.

Nem hivatkozhat a biztosító arra, hogy a károsult követelésének a biztosított által történt elismerése, teljesítése vagy az azzal kapcsolatos egyezsége vele szemben hatálytalan, ha a követelés nyilvánvalóan megalapozott.

A biztosított bírósági marasztalása a biztosítóval szemben akkor hatályos, ha a biztosító a perben részt vett, a biztosított képviseletéről gondoskodott vagy ezekről lemondott.

14. Mentésülés

A biztosító mentesül a biztosítási feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítése alól, amennyiben bizonyítja, hogy ezen biztosítási feltételekben meghatározott mentésülésre vonatkozó rendelkezések valamelyike szerinti tényállás a kárigény keletkezésével okozati összefüggésben van.

A biztosító mentesül szolgáltatási kötelezettsége alól, ha bizonyítja, hogy a kárt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással

- a szerződő vagy a biztosított;
- a szerződővel vagy a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozójuk, üzletvezetésre jogosult tagjuk, alkalmazottjuk vagy megbízottjuk vagy
- a biztosított jogi személynek vezető beosztású tisztviselője vagy a biztosított vagyontárgy kezelésére jogosított tagja, munkavállalója vagy megbízottja okozta.

A fenti rendelkezést a kármegelőzési és a kárenyhítési kötelezettség megszegésére is alkalmazni kell.

A mentésülés szempontjából különösen az alábbi károkozások minősülhetnek súlyosan gondatlannak:

- ha e tény bíróság vagy más hatóság határozatával megállapította;
- ha a károsult kára a biztosítottra irányadó hatósági vagy szerződési kármegelőzési előírások súlyos és/vagy folyamatos megsértésének következménye;
- a biztosított a jogszabályokban, egyéb kötelező rendelkezésekben megkívánt személyi és tárgyi feltételek hiányában folytatja tevékenységét, és ez a tény a károkozásban közrehatott;
- a biztosított engedély és/vagy bejelentés nélkül vagy hatáskörének, feladatkörének túllépésével végzett tevékenysége során okozta a kárt;
- a kár a biztosítottnak (illetve a 15. a., b., c. pontokban meghatározott személyeknek) 0,8 ezrelék véralkohol- vagy 0,5 mg/l légalkoholszintet meghaladó ittas vagy bármilyen kábító hatású szer miatti állapotával közvetlen okozati összefüggésben keletkezett;
- a károkozás engedélyhez és/vagy bejelentéshez kötött tevékenység engedély és/vagy bejelentés nélküli végzése

során vagy hatáskörének, feladatkörének túllépésével okozati összefüggésben történt;

- a kár korábbi károsodással azonos körülmények között, továbbá azért következett be, mert a biztosított nem tette meg a szükséges intézkedéseket a kármegelőzés érdekében annak ellenére sem, hogy a hatóság vagy a biztosító írásban figyelmeztette a kár ismétlődésének veszélyére.

15. Kizárások, nem fedezett események

15.1. A felelősségbiztosítás nem nyújt fedezetet:

- a külföldön (nem Magyarország határain belül) okozott és bekövetkezett káreseményekre;
- a más felelősség biztosítás által fedezett károokra;
- a vadászat során bekövetkező és a biztosított vadászkutya tartói minőségére visszavezethető károokra;
- felelősségi körön belül hozzátartozónak okozott károokra.

15.2. A balesetbiztosítás nem nyújt fedezetet:

- biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék vagy ennél magasabb véralkoholszint) okozati összefüggésben bekövetkező eseményekre;
- kábítószert vagy bódító hatású anyag, továbbá nem orvos által előírt gyógyszer fogyasztása miatti tudatzavar vagy a belátási képesség csökkenése miatt bekövetkező biztosítási eseményekre;
- az öngyilkossággal, öncsonkítással vagy annak kísérletével összefüggő eseményekre;
- baleseti kórházi napi térítés és baleseti műtéti térítés biztosítási eseményeknél a betegség miatt szükségessé váló kórházi ápolásra;
- csonttörés, csontrepedés esetében arra az esetre, amennyiben bármely csontbetegség (pl. csont- és porcdegeneratív bármely formája) következtében létrejött patológiás csonttörés, csontvelőgyulladás (osteomyelitis), súlyos csonttraktus (osteoporosis), csontlágyulás (osteomalacia), illetve azok szövődménye közvetve vagy közvetlenül részben vagy egészben közrehatottak a biztosítási esemény bekövetkezésében;
- ha a biztosított későn fordult orvoshoz, és ezért az elvárt kezelést már gyógyszeres kezeléssel nem, csak műtéttel lehetett befolyásolni, vagy kórházi ápolásra szorult, és a biztosítási esemény nem halál;
- mentális- és viselkedészavarokkal összefüggésben bekövetkező biztosítási eseményekre;
- a biztosító a 16.2. pontban felsoroltakon túl nem teljesít szolgáltatást baleseti okú biztosítási esemény címén szívinfarktus, epilepszia és agyvérzés miatti halálos balesetekre;
- a biztosítási eseményt előidéző baleset előtt bármely okból sérült, csonka, nem ép vagy funkciójában korlátozott testrészek, szervek a biztosításból ki vannak zárva.

16. Egyéb rendelkezések

Megtérítési igény

A biztosító balesetbiztosítási biztosítási eseménynél nem élhet, felelősségbiztosítási eseménynél pedig nem él megtérítési igénnyel a károkozó biztosítottal szemben.

Szankciós záradék

A biztosító nem köteles fedezetet vállalni, vagy bármilyen szolgáltatást nyújtani, illetve a biztosító köteles a jelen biztosítási szerződés alapján a kártérítést elutasítani, ha az ilyen szolgáltatás nyújtására vagy kártérítés kifizetésére az Egyesült Nemzetek Szervezete határozata alapján szankció, tiltó rendelkezés vagy szigorítás és/vagy az Európai Unió, Franciaország, az Amerikai Egyesült Államok vagy bármely nemzeti

jogszabályozás által bevezetett gazdasági vagy kereskedelmi szankció vonatkozik.

Elévülési idő

A biztosítási szerződésből származó igények az esedékességtől számított öt év elteltével évülnek el.

17. Záró rendelkezések

17.1. A jelen feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződés vonatkozásában az alkalmazandó jog a magyar jog. A jelen feltételekben és a biztosítási szerződésben nem érintett kérdésekben a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

17.2. A személyes adatkezelésre vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók, a biztosító elérhetőségeire (levelezési cím, telefonszám, honlap cím), felügyeleti szervére és a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos fogyasztóvédelmi eljárásokra vonatkozó tájékoztatás a jelen feltételek részét képező, Tudnivalók elnevezésű külön dokumentumban találhatóak.

18. Eltérés a korábban alkalmazott feltételektől és a szokásos szerződési gyakorlattól

A biztosító mentesülésének, a biztosító szolgáltatása korlá-

tozásának feltételeit és a biztosítási szerződésben alkalmazott kizárásokat jelen általános szerződési feltétel figyelemfelhívó módon, felkővér betűtípussal tartalmazza.

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a Groupama Biztosító Zrt. által korábban alkalmazott feltételtől a jelen feltétel eltér, mivel azt a biztosító az alábbiakban módosította:

- a szerződés alanyai pontosításra kerültek;
- felelősségbiztosítás biztosítási eseménye esetén rögzítésre került a sérelemdíj fedezete;
- a biztosítási szerződés tartama, területi hatálya, a biztosítási esemény bekövetkezésétől kezdődően rögzítésre került;
- kockázatviselésre vonatkozó szabályok rögzítésre kerültek;
- biztosítási összegek rögzítésre kerültek;
- díj és díjfizetés szabályai rögzítésre kerültek;
- biztosító szolgáltatása pontosításra került;
- szerződő felek speciális kötelezettségei rögzítésre kerültek;
- a biztosító a kockázat jelentős növekedése esetén, a biztosítási díjat módosíthatja;
- kizárások mentesülések köre kiegészítésre került;
- elévülési idő rögzítésre került.



**TERMS AND CONDITIONS AND CUSTOMER INFORMATION
FOR HUNTING LIABILITY AND ACCIDENT INSURANCE GB929**

Table of Contents

1. Subjects of the insurance contract	2
1.1. Insurer	2
1.2. Contracting Party	2
1.2.1. Consumer	2
1.2.2. Business	2
1.3. Policyholder	2
1.4. Injured Party	2
1.5. Beneficiary	2
2. Insured event	2
2.1. Liability insurance	2
2.2. Accident insurance	2
3. Conclusion and establishment of the insurance contract	2
3.1. Establishment of the insurance contract	2
4. Term and territorial scope of the insurance contract, insurance anniversary and insurance period	2
4.1. Term of the Insurance Contract	2
4.2. Insurance anniversary	3
4.3. Insurance period	3
5. Start, duration and territorial scope of the cover	3
5.1. Start and end of the cover	3
5.2. Duration of the cover	3
5.3. Territorial scope of the cover	3
6. Modification of the insurance contract	3
7. Significant increase in the level of insurance risk	3
8. Cases of insurance contract termination	3
9. Insurance premium, premium payment rules	3
9.1. Insurance premium	3
10. Sum insured (indemnity limit)	3
10.1. Sum insured (indemnity limit), rules for cover replenishment	3
10.2. Sums insured	3
11. Deductible	3
12. The insurer's benefit	3
12.1. For liability insurance	3
12.2. For accident insurance	4
13. Specific obligations of the contracting parties	5
13.1. Obligations of the Policyholder and contracting party	5
13.1.1. Notification obligation	5
13.1.2. Disclosure and change notification obligation	5
13.1.3. Loss prevention and mitigation obligations	5
13.1.4. Damage reporting obligation	6
13.1.5. Documents required for the submission of a claim	6
13.1.6. Premium payment obligation	6
13.2. Obligations of the Insurer	6
13.2.1. Notification obligation	6
13.2.2. Service obligation	6
13.3. Acknowledgement by the policyholder, effect of performance and composition in respect of the insurer in the case of liability insurance	7
14. Exemption	7
15. Exclusions and events not covered by the insurance	7
16. Other provisions	7
17. Closing provisions	8
18. Deviation from previously applied terms and conditions and usual contractual practice	8

These insurance terms and conditions for hunting liability and accident insurance (hereinafter: 'insurance') and its customer information (hereinafter: 'insurance terms and conditions') contain the provisions pursuant to the agreement established between the Hungarian Hunters' National Chamber and Groupama Biztosító Zrt. (hereinafter: 'group insurance contract') which, unless otherwise agreed, are to be applied to the hunting liability and accident insurance contracts (hereinafter: 'insurance contract') of Groupama Biztosító Zrt. (hereinafter: 'insurer'), provided that the insurance contract was concluded with reference to these terms and conditions.

Under the insurance terms and conditions the insurer undertakes to provide coverage for the risk specified in the insurance terms and conditions, and to perform the service specified in the insurance terms and conditions should an insured event occur after the inception date. The party who contracts with the insurer shall pay a premium.

Under the provisions of the insurance terms and conditions relating to liability insurance, the policyholder may request the insurer to indemnify them to the extent and in the manner laid down in the contract for damage for which they are legally liable.

Under the provisions of the insurance terms and conditions relating to accident insurance, the insurer undertakes, in particular, in the event of the death, invalidity or disability of the policyholder as a result of an accident, to pay the sum insured or an annuity specified in the contract or to provide other services specified in the contract.

The insurance contract, the policyholder's declaration, the declarations relating to the contract, the insurance terms and conditions and the customer information contain all the terms and conditions of the agreement between the parties, and therefore any former agreement or declaration shall be repealed and shall not constitute part of this contract.

1. Subjects of the insurance contract

The parties to the group insurance contract are the contracting party, the policyholder, the beneficiary and the insurer.

1.1. Insurer

Groupama Biztosító Zrt., which covers the risk in exchange for the insurance premium, and undertakes to provide an insurance benefit in case the insured events defined in these insurance terms and conditions occur.

The insurer's key data:

Name: Groupama Biztosító Zrt.

Registered office: Hungary, 1146 Budapest, Erzsébet királyné útja 1/C

Postal address: 1380 Budapest, P.O. Box 1049

Legal form: private limited company (established in 1987)

Company registration number: Cg. 01-10-041071

Our company was registered at the Court of Registration of the Budapest-Capital Regional Court

1.2. Contracting Party

The contracting party is the person who has a vested interest in avoiding the occurrence of an insured event under some form of property or personal relationship; or who concludes the insurance contract on behalf of such an interested person (policyholder). Any insurance contract concluded in contradiction to this provision shall be null and void. The contracting party is obliged to pay the premium, the insurer addresses the legal declarations to the contracting party and the contracting party shall also make the declarations.

1.2.1. Consumer

Any natural person who proceeds outside the scope of their profession, occupation or business activity.

1.2.2. Business

Any person acting for purposes of their trade, business or profession.

1.3. Policyholder

Under these insurance terms and conditions, the Policyholder may only be a natural person or a legal person (hunting company) holding a hunting permit in their capacity as a hunter.

If the contract was not concluded by the policyholder, the policyholder shall

be entitled to enter into the contract with a written statement addressed to the insurer. The insurer's consent is not required for entering into the contract. Upon entering into the contract the rights and obligations conferred upon the contracting party shall pass to the policyholder. **If the policyholder enters the contract, the entering policyholder shall be jointly and severally liable with the contracting party for the payment of the premiums due for the current insurance period. The policyholder entering into the contract shall reimburse the expenses of the contracting party, including premium payments and the costs of contracting.**

1.4. Injured Party

In the case of liability insurance, the person to whom the policyholder causes damage by their unlawful and tortious conduct.

1.5. Beneficiary

In the case of accident insurance, the beneficiary is the person who is entitled to the insurer's service. The beneficiary under this insurance contract is the heir(s) of the policyholder in the case of the accidental death of the policyholder and the policyholder in the case of all other insured events.

2. Insured event

2.1. Liability insurance

An insured event under these terms and conditions is damage to property and personal injury caused to another person in the territory of Hungary in the capacity of a hunter, during armed hunting, during the term of the contract, for which the policyholder is legally liable under Hungarian law and which are not included in the exclusions, not covered events.

In addition, fines and/or compensation obligations of the Policyholder for the accidental (negligent) killing of animals declared protected by the authorities are also considered insured events.

If an insured event occurs, the insurer shall also reimburse restitution paid due to any damage caused to life, physical safety and health and the infringement of personal rights in relation to the insured event.

2.2. Accident insurance

An accident is a sudden external event occurring outside the will of the Policyholder as a result of which the Policyholder dies within one year or develops final incapacity to work or a permanent health damage (disability) within 2 years and/or sustains an immediate short-term injury.

Under these terms and conditions, the accident insurance covers only accidents documented in a report occurring in the territory of Hungary during an armed hunt organised by a hunting company or other hunting organiser, or during the policyholder's individual hunt, in the course of hunting and game management related activities.

3. Conclusion and establishment of the insurance contract

3.1. Establishment of the insurance contract

The policyholder may initiate the conclusion of the insurance contract (hereinafter: 'insurance contract') by purchasing a hunting stamp from the competent local hunting chamber. The insurer issues a hunting stamp of the conclusion of the insurance contract. The insurance contract is concluded at the time of purchase of the hunting stamp.

4. Term and territorial scope of the insurance contract, insurance anniversary and insurance period

4.1. Term of the Insurance Contract

The insurance contract is concluded for a fixed term. The term of the insurance contract starts at 0:00 on the day following the date of purchase of the hunting stamp, but not earlier than 1 March 2021, and shall end on 28 February 2022.

4.2. Insurance anniversary

The insurance contract has a fixed term, therefore no anniversary is applied.

4.3. Insurance period

The insurance period is the period for which the insurer calculates the insurance premium and during which the contracting party shall pay the insurance premium.

The insurance period corresponds to the term of the insurance contract.

5. Start, duration and territorial scope of the cover

5.1. Start and end of the cover

The insurer's cover shall start at 0:00 on the day following the date of purchase of the hunting stamp, but not earlier than 1 March 2021, and shall end on 28 February 2022.

5.2. Duration of the cover

The period of cover is one year, which is the period between the inception date and expiry date and during which the insurer's cover exists. In the case of liability insurance, the insurer's cover extends to loss or damage caused during the period of cover and notified to the insurer no later than 30 days after the termination of the insurance contract, and in the case of accident insurance, to insured events occurring within 1 year of the accident in the case of death resulting from an accident, or within 2 years in the case of disability.

5.3. Territorial scope of the cover

The insurer's cover is limited to damage caused and accidents occurring within the territory of Hungary.

6. Modification of the insurance contract

The insurance contract may not be amended during the term of the contract.

7. Significant increase in the level of insurance risk

If the insurer becomes aware of any material circumstance regarding a contract, or any changes thereof, only after the contract has been concluded, and these circumstances bring about a considerable increase in the insurance risk, they shall be entitled to make a written proposal within 15 days after gaining knowledge thereof to amend the contract or may terminate the contract in writing with a 30-day notice.

If the contracting party does not accept the proposal for amendment or fails to respond to it within 15 days from the time of receipt thereof, the contract shall be terminated on the 30th day following the day of communicating the proposal for the amendment provided that the insurer warned the contracting party of this consequence when the proposal for amendment was made.

8. Cases of insurance contract termination

The insurance contract shall be terminated in relation to the policyholder in the following cases:

- upon expiry of the term of the insurance contract;
- if their membership to the insured group ceases;
- if the policyholder dies (including death in an accident), at the time of the death of the policyholder;
- if the group contract is terminated, at the time of its termination.

9. Insurance premium, premium payment rules

9.1. Insurance premium

The insurance premium is a single premium payable in advance in one lump sum at the time the insurance contract is concluded for the entire period of insurance.

The insurance premium amount:

- Standard: HUF 1,000/policyholder/insurance period;

- Premium: HUF 2,000/policyholder/insurance period.

The payment of the insurance premium can be initiated at the Hungarian Hunters' National Chamber.

The insurance premium cannot be amended during the insurance period.

10. Sum insured (indemnity limit)

10.1. Sum insured (indemnity limit), rules for cover replenishment

The sum insured (indemnity limit) at the time of the insured event is the upper limit of the insurer's service obligation.

The indemnity limit for each claim event is the highest amount that the insurer pays out in relation to an insured event.

The indemnity limit established for the insurance period is the highest amount that the insurer can pay out during one insurance period.

10.2. Sums insured

For liability insurance (indemnity limit)

Standard: HUF 12,000,000 per claim event, per insurance period and per policyholder

Premium: HUF 18,000,000 per claim event, per insurance period and per policyholder

For accident insurance

The sums insured for accident insurance are specified in Section 13.2.

The amount of sum insured for a given insurance period (indemnity limit) shall be reduced by the amount paid for claims for insured events occurred during that same period, unless the contracting party supplements the premium accordingly.

The insurer may reduce the sum insured if it has drawn the contracting party's attention to this in writing at the latest at the time of performance of the service and has notified the cover replenishment premium. If the contracting party did not exercise the right of maintaining the amount of cover replenishment, the contract shall remain in effect with the amount of the indemnity limit reduced by the amount paid for claims for the ongoing insurance period.

11. Deductible

The insurer does not apply a deductible.

12. The insurer's benefit

12.1. For liability insurance

In the absence of other agreements, the insurer shall always use the following terms with the meaning defined in the below definitions:

Personal injury claim: when the injured party dies, or sustains health damage or bodily injury.

Asset-based claim: the destruction, elimination, loss, damage to or depreciation of a property item. Any asset which may be possessed qualifies as an asset, which also includes money and securities.

The insurer indemnifies the injured party, up to the indemnity limit for losses and damages for which the policyholder is liable under the provisions of the Hungarian law and occur as a loss/damage in relation to the insured event, including:

- in the case of damage to property and personal injury, the devaluation in the assets of the injured party, or the expenses required for the elimination of the detrimental property effects at the injured party and the loss of income of the injured private individual in the case of claims related to personal injuries;
- the restitution payable by the policyholder for personal injuries;
- the default interest charged on the compensation claim or restitution claim, unless the default interest applies due to the late fulfilment of claim reporting obligation;
- the expenses of legal proceedings relating to the insured event, the fee of the attorney-at-law providing legal representation services to the policyholder and the cost of the expert employed for establishing the legal basis or as specific amount providing that those costs incur on the basis of a prior written approval or guidance of the insurer;

- the social security compensation claims charged to the policyholder;
- the justified and verified costs of loss mitigation and damage repair. The insurer shall reimburse the costs of loss mitigation and damage repair even if they did not yield results;
- In the case of personal injury-based claims the insurer shall also reimburse property damage that relates to the personal injury of the injured party and medically justified expenses related to the condition of the injured party. The eligibility for compensation of property expenses related to the condition of the injured party is established by the insurer's medical expert.

For the purpose of the application of these insurance terms and conditions:

- the date of the damage is the day on which the act causing the damage takes place. In case the loss occurs through default, the date of the loss is the day when the omitted measure or action could have been carried out without the occurrence of the loss;
- in the case of a series of losses, the date of the loss is the date of the first act giving rise to the series of losses;
- the date of the damage is the day from which the policyholder's indemnification payment obligation falls due;
- with regard to personal injury-based claims the date of occurrence of the damage is:
 - in case of death, the date of death;
 - in the case of bodily injury, the date of the injury, even if the injured party dies as a result of the bodily injury within one year of its occurrence;
 - in case of health impairment, the date of such impairment;
 - in the case of disputed health deterioration (personal injury with a slow progress), when the physician established the health deterioration for the first time.
- with regard to asset-based claims, the date of the damage is the day when it occurs;
- the date of the occurrence of the injury in the event of damage caused to life, physical safety and health and the infringement of personal rights in relation to the insured event corresponds to the date of the occurrence of the damage;
- the date of the occurrence of a series of losses is the date of the first claim event of the series of losses;
- the date of reporting the damage is the date on which the policyholder reports the occurrence of the damage to the insurer pursuant to the damage reporting obligation clause.

If the damage occurs not only as a result of the insured event but also of other events, the insurer shall provide indemnification only for part and to the extent of the claim, which is the consequence of the insured event.

When the insured event occurs, the insurer provides indemnification up to the indemnity limit(s) applicable at the time of occurrence of the damage, taking into account the provisions of these insurance terms and conditions.

The insurer provides indemnification in relation to an insured event up to the indemnity limit effective at the time of the damage but no more than up to the indemnity limit effective during the particular insurance period.

12.2. For accident insurance

Under the insurance, the Insurer undertakes to provide the following benefits for the accidents specified in Section 2.2:

- **for accidental death**, payment of a lump sum of HUF 600,000 (i.e.: six hundred thousand forints); for a Premium rate, payment of a lump sum of HUF 1,200,000
- **for accidental disability**, a benefit of HUF 500,000 (i.e.: five hundred thousand forints) in the event of 100% disability, or a proportion of the sum insured in proportion to the degree of disability in the event of 10-99% disability; for a Premium rate, a benefit of HUF 1,000,000 in the event of 100% disability, or a proportion of the sum insured in proportion to the degree of disability in the event of 10-99% disability.
- **for a broken or fractured bone** or disability of less than 10%, a one-off HUF 30,000 (i.e.: thirty thousand forints) recovery benefit; for a Premium rate, a HUF 60,000 recovery benefit.

- **for daily hospital allowance**, reimbursement of HUF 2,000 per day. No deductible, maximum reimbursement limit: 15 days. For a Premium rate, HUF 4,000 per day. No deductible, maximum reimbursement limit: 15 days.

Accidental death

The death of the policyholder due to an accident within the period of insurance is an insured event if the death occurred within one year of the date of the accident.

Accidental disability

The accidental disability of the policyholder occurring within the period of insurance and within a maximum of two years from the date of the accident is an insured event.

Broken or fractured bone

The accidental breaking or fracturing of a bone occurring during the period of cover is an insured event. Bone break or fracture: an external mechanical impact which results in total or partial loss of continuity of the bone. For the breaking of a tooth, the breaking of a living tooth is considered a bone break.

Daily hospital allowance

The medically justified hospitalisation (in-patient care) of the policyholder due to an accident within the period of cover is considered an insured event if the hospitalisation is causally related to the accident occurring during the period of cover and the hospital stay exceeds 24 hours.

Hospital: The following establishments licensed or registered as such by the health authority:

- hospitals, clinics under the permanent management and supervision of a specialist doctor;
- hospitals in the workplace;
- military hospitals;
- any other medical institution recognised by the competent health authority to which the policyholder is referred by a doctor.

The following, in particular, are not considered hospitals for the purposes of contracts concluded under these terms and conditions:

- medical institutions and sanatoria for patients with lung disease;
- medical and nursing institutions for people suffering from chronic incurable diseases;
- therapeutic holiday facilities and after-care sanatoria;
- social homes for the elderly and their in-patient wards;
- baths and other therapeutic establishments;
- institutions for the treatment and care of patients with neuro and mental illnesses.

In the case of accidental death occurring within one year of the date of the accident, the Insurer will pay the sum insured for accidental death.

From the sum insured for accidental death, the Insurer shall deduct the amount already paid for disability resulting from the same accident. If the amount of benefits paid for accidental disability exceeds the amount of benefits paid for accidental death, the Insurer may not recover any excess payment.

Within two years of the accident, in the case of permanent disability of 10% or more as a result of the accident, the Insurer will pay, from the amount specified in the contract, an amount equal to the degree of disability, up to a maximum of 100% of the sum insured under the contract.

The rates (degrees of disability) of permanent accidental injuries resulting from accidents occurring during the term of the contract are cumulative.

In the case of injuries resulting from different accidents occurring during the insurance year, but which cause interdependent disabling injuries in terms of their consequences, the Insurer will pay for the most serious injury, reducing the amount payable by the amount already paid for the less serious injuries.

Hospitalisation can be either one-off or interrupted care.

If the insurance is terminated during a period of hospitalisation due to an accident, the insurer will provide benefits up to the date of termination, even if the hospitalisation ends after the termination of the insurance contract.

The insurer does not apply a waiting period.

The degree of disability shall be determined in accordance with the following table.

Damage to body parts	Degree of disability
total loss of one upper limb from the shoulder joint or total incapacity to function	70%
total loss of one upper limb from above the elbow joint or total incapacity to function	65%
total loss of one upper limb from below the elbow joint or total incapacity to function, or the total loss of one hand or total incapacity to function	60%
total loss of a thumb or total incapacity to function	20%
total loss of an index finger or total incapacity to function	10%
total loss of any other finger or total incapacity to function	5%
total loss of one lower limb above mid-thigh or total incapacity to function	70%
total loss of one lower limb up to mid-thigh or total incapacity to function	60%
total loss of one lower limb up to mid-shin, or one foot, or total incapacity to function	50%
loss of one foot at ankle level or total incapacity to function	30%
total loss of one big toe or incapacity to function	5%
total loss of any other toe or incapacity to function	2%
total loss of vision in both eyes	100%
total loss of vision in one eye	35%
if the Policyholder already lost their vision in the other eye prior to the insured event	65%
total loss of hearing in both ears	60%
total loss of hearing in one ear	15%
if the Policyholder already lost their hearing in the other ear prior to the insured event	45%
total loss of the ability to speak	60%
total loss of sense of smell	10%
total loss of sense of taste	5%

The permanent disability and the extent thereof is determined by the Insurer's doctor. In the assessment, the decision of the Insurer's doctor and the benefits paid by the Insurer are independent of the social security procedure and its outcome.

In the case of partial loss of or damage to the sensory organs or parts of the body listed in the table, the degree of disability shall be determined by the Insurer's doctor to the corresponding extent.

In the case of partial loss of function of the sensory organs, the benefit may be determined at a maximum of 75% of the corresponding degree of disability.

If the degree of disability cannot be determined from the table, it shall be determined by the Insurer's doctor.

In the case of multiple injuries resulting from one accident, the percentages resulting from the disability table and from paragraphs (5), (6) and (7) shall be added together during the performance of the service. The upper limit of the insurance service in the case of accidental disability benefit shall be the sum insured under the contract.

If the degree of permanent disability cannot be determined, both the Policyholder and the Insurer shall have the right to request a reassessment of the degree of disability and the date of the change on an annual basis. If the redetermination results in a higher disability benefit than the one already paid by the Insurer:

- the Policyholder is entitled to the additional benefit, and
- the interest on the additional benefit from the date of the change giving rise to the additional benefit, as determined by law.

Should the Policyholder die:

- if their death occurs within one year of the accident and is the result of the same accident, no disability benefit may be paid;

- if their death occurs after the accident, within the limitation period, for reasons unconnected with the accident, and the degree of permanent disability has not been determined, but the Insurer recognises the obligation to pay disability benefits, the heirs of the Policyholder shall be entitled to disability benefits according to the degree of permanent disability as determined by the last medical examination.

After the final degree of disability has been determined, the accidental disability advance and the amount of the recovery benefit paid for a permanent disability of less than 10% shall be deducted from the amount of the accidental disability benefit payable at the time of the final settlement.

The Insurer pays the sum insured specified in the contract (only once in the case of a single Policyholder suffering more than one short-term injury from a single event) immediately after the claim event has been assessed if the Policyholder suffers a disability of less than 10% or a broken or fractured bone as a result of an accident that meets the criteria laid down in the terms and conditions.

13. Specific obligations of the contracting parties

13.1. Obligations of the Policyholder and contracting party

13.1.1. Notification obligation

If the contract is not concluded by the policyholder, the contracting party shall be required to notify the policyholder of the statements received and of any changes in the policy until the entry of the policyholder.

13.1.2. Disclosure and change notification obligation

The contracting party shall, at the time of conclusion of the contract, disclose to the insurer all circumstances relevant to the taking up of the insurance which are known or ought to have been known to them. The contracting party shall satisfy the disclosure obligation by responding with truthful answers to the questions asked by the insurer in writing. Leaving the questions unanswered shall not in itself constitute a violation of the disclosure obligation.

At the request of the insurer, the contracting party (policyholder) is obliged to provide the insurer with documents, contracts and official decisions relevant to the insurer's risk and the contract, in compliance with the rules on confidentiality and data protection.

The contracting party shall be liable to notify the insurer in writing of any changes in the material conditions within 15 days from learning about it.

In the event of any breach of the obligation of disclosure and notification of changes, the obligation of the insurer shall not take effect, unless the contracting party is able to prove that the insurer was aware of the concealed or undisclosed circumstance when the contract was concluded or that such circumstance had no influence on the occurrence of the insured event.

The policyholder and the contracting party are equally bound by the obligation to report changes and disclose information; neither of them may refer to circumstances that they failed to disclose to the insurer although they should have been known to them, and they were obliged to report such circumstances.

13.1.3. Loss prevention and mitigation obligations

The contracting party and the policyholder shall take reasonable precautions in order to prevent any loss or damage. The requirement of taking reasonable precautions shall apply also if the obligation of the contracting party and the policyholder to prevent or mitigate damage is provided for in the contract, including the means and processes.

The contracting party and the policyholder shall mitigate the damage based on the insurer's specifications and according to its instructions given at the time when the damage or loss occurred, or failing this, they shall proceed under the principle of reasonable conduct.

The justified cost of mitigating damages shall be borne by the insurer within the limits of the sum insured even if mitigation of damages has been unsuccessful.

Following the detection of the damage, the contracting party (policyholder) must immediately notify the ambulance service in the event of personal injury, must immediately

report the damage to the police if there is suspicion of a criminal offence, and must enclose a copy of the notification or report with the claim.

The policyholder must keep their weapons in good condition, maintain them and repair any defects, deficiencies or damage without delay.

In addition to the obligations set out in this Section, the contracting party and the policyholder shall mitigate the damage in accordance with the requirements of conduct normally expected in the circumstances.

13.1.4. Damage reporting obligation

The policyholder shall report to the insurer the insured event or any circumstance that may constitute the basis of such a claim and the enforcement of the related claim within 30 days from its actual occurrence or obtaining information about it, providing all required information and allowing the insurer to verify the contents of the report and information.

The insurer shall not be obliged to provide a benefit if the contracting party or the policyholder fail to fulfil the obligations listed in the previous paragraph and therefore circumstances important in terms of the assessment of the insurer's obligation to provide a benefit cannot be identified.

The contracting party/policyholder may submit a claim by using any of the following contact details:

Groupama Biztosító, Services Department, Special Claims Group, phone: +36 1 462-3541, technical mailbox: vadaszkar@groupama.hu

13.1.5. Documents required for the submission of a claim

The insurer may request the presentation of the following documents in order to fulfil its payment obligation, taking into account the circumstances of the case, the burden of proof and the requirements of the proper exercise of its rights:

For liability insurance:

- the insurer's claim application form, completed and signed, or a claim report containing the same information (reporting the event, describing the circumstances in detail, indicating the event, its time and place of occurrence, the damaged property/person, requested benefit amount, supported with data, in writing);
- documents proving the fulfilment of the requirements laid down in the insurance contract (e.g. a copy of the hunting licence or hunting permit) and documents required for the identification of the circumstances of occurrence and consequences of the insured event (e.g. declaration of the policyholder and other person aware of the insured event about the circumstances of the insured event and copies of the reports containing that information);
- if a police, administrative or other authority launched proceedings in relation to the insured event or the circumstances constituting the basis of it, then the documents generated during the proceedings and included in the file of the proceedings (effective decision adopted in criminal or offence proceedings only if it is available when the claim is submitted or during the settlement of the claim);
- medical documents of the policyholder and the injured party related to the insured event and the prior medical data: documents prepared by the family practitioner or company doctor, or during outpatient or inpatient care, documents certifying the use of medicine;
- documents containing the data of the policyholder or injured party in relation to the insured event or the underlying circumstances, managed by the social security body or some other person or organisation (based on the authorisation of the data subject granting exemption from confidentiality and required for the collection of data);
- documents (invoices, accounting documents, expert opinion, reports, photos, contracts supporting the claim and required for the decision on the compensation (benefit) claim; if the documentation is in a foreign language, its Hungarian translation, the cost of which shall be covered by the party submitting the claim;
- documents suitable for certifying the expenses incurred during the use of equipment and resources of any rescue, prevention or loss mitigation effort in relation to the insured event.

Among those listed above, the insurer may request the submission of only those files and documents that are required for assessing the legal ground

and the degree of the insurance service undertaken in the insurance terms and conditions.

The insurer may verify the documents submitted for the assessment of the indemnity (benefit claim) and may also obtain or request other documents related to the assessment of the reported claim.

In addition to the documents listed above, the policyholder or the injured party shall have the right to certify the losses and expenses with other instruments and documents in accordance with the general rules of providing evidence in order to enforce their claim.

The policyholder shall make available all information for the settlement of the claim event and assist the insurer in the establishment the amount of the claim, the settlement of the claim and in averting unjustified claims.

The policyholder shall allow the insurer's expert to review the cause of the loss/damage, the circumstances of its occurrence and its degree as well as the extent of the compensation payable by the policyholder.

For accident insurance:

- the written notification of the damage, stating the cause, extent and date of the damage;
- the documents proving the cause and extent of the occurred damage;
- the written claim for benefit, defined as a sum and supported with data;
- the official records and documents not constituting official records, proving the extent of the damage suffered, including costs;
- the policyholder's declaration stating whether or not a claim has already been enforced against any other party (insurer or the party causing the damage) in relation to the given insured event or based on another insurance contract;
- the notifications made to authorities;
- the hunting stamp;
- the death certificate;
- the coroner's inquest report, the post mortem examination protocol and the results of official and forensic medical examinations proving the cause of death;
- the medical documents from the treating physician, the results of medical examinations, the documents proving incapacity to work, the medical expert opinions relating to the occurrence of the insured event and its consequences;
- the documents and medical expert's records necessary for the verification of the insurer's exemptions and exclusions specified in Sections 14 and 15;
- any documentary evidence of the identity of the beneficiary, a final order of probate, a certificate of inheritance, a final decision of the guardianship authorities;

In addition to the documents listed above, the policyholder or the injured party shall have the right to certify the losses and expenses with other instruments and documents in accordance with the general rules of providing evidence in order to enforce their claim.

The policyholder is obliged to provide the information necessary to settle the claim event.

13.1.6. Premium payment obligation

The rules on the premium and the payment of premiums are set out in Section 9 of these Insurance Terms and Conditions.

13.2. Obligations of the Insurer

13.2.1. Notification obligation

The insurer shall inform the contracting party and the policyholder of

- the details of the contract;
- at the policyholder's request, the settlement of reported claims, the payment of the benefit amounts, claim payments and any obstacles to the payment thereof.

13.2.2. Service obligation

The insurer undertakes to provide the services specified in detail in these Insurance Terms and Conditions. At the time of performance, the insurer fulfils its service obligation in the contract in the official Hungarian currency,

by bank transfer, which is due within 15 days of the date (day, month, year) of receipt by the insurer of the claim and/or of all documents necessary for the examination of the claim.

if the policyholder is obliged to present a supporting document or is obliged to make a declaration (e.g. a declaration acknowledging liability), the deadline shall be calculated from the day when the last document or statement was received by the insurer. In connection with the Insurer indemnity obligation arising out of the insurance contract, as regards indemnification in respect of services which are subject to VAT (material costs, repair cost or reconstruction cost) and which are necessary for the reinstatement of conditions to a state which existed prior to the loss or to eliminate the consequences of a loss, the Insurer shall only pay indemnification for the VAT amount on the basis of an invoice indicating the amount of VAT or from which one can determine the amount of the applicable VAT.

If the same liability insurance event is insured by more than one insurer independently, the policyholder shall have the right to submit their claim to one or more of such insurers. The insurer to which a claim is submitted shall be liable to make a settlement payment under the terms and conditions fixed in the document verifying insurance cover and up to the sum insured as specified therein, while reserving the right to lodge a claim for compensation relating to the other insurers. Under the claim for compensation, the insurers shall cover the claims paid jointly subject to the terms and conditions and in proportion to the indemnity limits according to which the individual insurance companies would be liable to the insured person.

13.3. Acknowledgement by the policyholder, effect of performance and composition in respect of the insurer in the case of liability insurance

The policyholder's acknowledgement and settlement of the injured party's claim, and any related composition shall be considered effective with respect to the insurer only if the insurer has granted prior consent or acknowledged it after the fact.

The insurer may not allege that the policyholder's acknowledgement and settlement of the injured party's claim, and any related composition has no legal force in respect of the insurer, if the claim is manifestly well founded. If the court has ruled against the policyholder, it shall apply with respect to the insurer if it has participated in the lawsuit, provided for the policyholder's legal representation, or he has waived the above.

14. Exemption

The insurer shall be exempted from providing the service specified in the insurance terms and conditions if it proves that the facts under one of the exemption provisions laid down in these Insurance Terms and Conditions are causally connected with the claim.

The insurer shall be exempt from liability if it has evidence to prove that the loss was caused by the unlawful, wilful or grossly negligent conduct of

- a. the contracting party or the policyholder;**
- b. a relative living in the same household as the contracting party or the policyholder, or any of their managing partners, employees or agents; or**
- c. any executive officer of the insured legal person, or any member, employee or agent of such insured legal person authorised to manage the insured property.**

This provision shall also apply to any breach of the obligation to prevent and mitigate damages.

In particular, the following damage may be considered as grossly negligent for the purposes of exemption:

- if this facts was established in the resolution of a court or another authority;**
- if the damage caused to the injured party is the consequence of severe and/or continuous violation of the applicable administrative or contractual loss prevention regulations;**
- the policyholder pursues its activity without the personal and physical conditions required by law and in other**

binding regulations and that fact was a factor in the caused damage;

- the policyholder caused the damage while performing an activity without a licence and/or notification or by exceeding their scope of competence or tasks;**
- the damage is the result of any act of the policyholder (or any persons defined in Section 15.a,b,c,) committed under the influence of alcohol over 0.8‰ in blood or 0.5 mg/l in air, or under the influence of a narcotic substance;**
- any damage caused directly during the performance of any activity performed without a licence and/or notification although it requires a regulatory licence and/or notification, or by exceeding the scope of competence or tasks;**
- the damage occurred under the same circumstances as prevailed during a previous damage and because the policyholder did not take the required actions to prevent the damage despite being warned in writing by an authority or the insurer of the risk of repetition of the damage.**

15. Exclusions and events not covered by the insurance

15.1. The liability insurance does not cover:

- a. claim events caused and occurring abroad (not within the borders of Hungary);**
- b. damage covered by other liability insurance;**
- c. damage occurring during hunting and attributable to the capacity of the Policyholder to keep a hunting dog;**
- d. damage caused to a relative within the scope of liability.**

15.2. The accident insurance does not cover:

- a. events causally related to the policyholder's state of heavy intoxication (blood alcohol level of 2.51‰ or higher);**
- b. insured events caused by the consumption of a drug or intoxicating substance, or of a drug not prescribed by a doctor, or by a loss of consciousness or discretion;**
- c. events related to suicide, self-mutilation or an attempt thereof;**
- d. for daily hospital allowance and surgical compensation insured events, the hospital care needed due to the illness;**
- e. for bone breaks and fractures, in the event any pathological bone break, bone marrow inflammation (osteomyelitis), severe bone thinning (osteoporosis), bone softening (osteomalacia) or their complications resulting from any bone disease (e.g. any form of bone and cartilage tumour) may have contributed directly or indirectly, in whole or in part, to the occurrence of the insured event;**
- f. if the policyholder consulted a doctor late and therefore the condition could no longer be controlled by medical treatment but only by surgery, or was hospitalised and the insured event is not death;**
- g. insured events related to mental and behavioural disorders;**
- h. the insurer does not provide cover for accidental death due to heart attacks, epilepsy and strokes in addition to those listed in Section 16.2;**
- i. the parts of the body or organs that are damaged, mutilated, not intact or functionally impaired for any reason prior to the accident giving rise to the insured event are excluded from insurance.**

16. Other provisions

Regress claim

The insurer may not submit a regress claim against the

policyholder who caused the damage in the case of an accident insurance insured event or a liability insurance event.

Sanction clause

The insurer is not obliged to cover or provide any benefit and the insurer shall be obliged to reject any indemnification based on this insurance contract if such a benefit or indemnity payment is subject to any sanction, prohibition or restriction based on a resolution of the United Nations Organisation and/or are subject to any economic or trade sanctions introduced by the European Union, France, the United States of America or any national legislation.

Limitation period

The time limit of the claims arising from an insurance contract is five years from the due date.

17. Closing provisions

17.1. The insurance contract established on the basis of these terms and conditions shall be governed by the Hungarian law. In matters not regulated in these terms and conditions and in the insurance contract, Act V of 2013 on the Civil Code and the effective Hungarian legal regulations shall prevail.

17.2. The theoretical and practical information concerning personal data processing and the contact details of the insurer (postal address, telephone number, website address), information about the supervisory authority and consumer protection procedures relating to insurance contracts are included in a separate document prepared under the title of useful information, constituting part of these terms and conditions.

18. Deviation from previously applied terms and conditions and usual contractual practice

The terms and conditions of the exemption of the insurer and the limitations of the insurer's benefit, as well as the exclusions applied in the insurance contract are contained in these general contracting terms and conditions in bold letters.

Please note that these terms and conditions differ from the terms and conditions previously applied by Groupama Biztosító Zrt. as they have been amended by the insurer as follows:

- The parties to the contract have been clarified;
- Restitution has been established for liability insurance insured events;
- The term of the insurance contract, the territorial scope, the insurance anniversary and the insurance period have been specified;
- The rules relating to the insurer's cover have been specified;
- The sums insured have been specified;
- The premium and the rules on premium payment have been specified;
- The insurer's benefit has been clarified;
- The specific obligations of the contracting parties have been specified
- The insurer may adjust the insurance premium in the event of a significant increase in risk;
- Exclusions and exemptions have been added;
- The limitation period has been specified.



**BEDINGUNGEN UND INFORMATIONEN ZUR JÄGERHAFTPFLICHT-
UND UNFALLVERSICHERUNG GB929**

Inhaltsverzeichnis

1. Zielpersonen des Versicherungsvertrags.....	2
1.1. Versicherer.....	2
1.2. Versicherungsnehmer.....	2
1.2.1. Verbraucher.....	2
1.2.2. Unternehmertum.....	2
1.3. Versicherte.....	2
1.4. Geschädigter.....	2
1.5. Begünstigter:.....	2
2. Versicherungsfall.....	2
2.1. Haftpflichtversicherung.....	2
2.2. Unfallversicherung.....	2
3. Abschluss und Zustandekommen des Versicherungsvertrags.....	2
3.1. Abschluss des Vertrags.....	2
4. Dauer des Versicherungsvertrags, räumlicher Geltungsbereich, Versicherungsjahrestag und Versicherungsperiode.....	3
4.1. Dauer des Versicherungsvertrags.....	3
4.2. Versicherungsjahrestag.....	3
4.3. Versicherungsperiode.....	3
5. Haftungsbeginn, Dauer und räumlicher Geltungsbereich der Haftung.....	3
5.1. Haftungsbeginn und Haftungsende.....	3
5.2. Haftungsdauer.....	3
5.3. Räumlicher Geltungsbereich der Haftung.....	3
6. Änderung des Versicherungsvertrags.....	3
7. Erhebliche Erhöhung des Versicherungsrisikos.....	3
8. Fälle der Beendigung des Versicherungsvertrags.....	3
9. Regeln für die Versicherungsprämie und die Prämienzahlung.....	3
9.1. Versicherungsprämie.....	3
10. Die Versicherungssumme (Entschädigungsgrenze).....	3
10.1. Versicherungssumme (Entschädigungsgrenze), Regeln für die Deckungsaufstockung.....	3
10.2. Die Versicherungssummen.....	3
11. Selbstbeteiligung.....	3
12. Leistung des Versicherers.....	3
12.1. Im Falle einer Haftpflichtversicherung.....	3
12.2. Im Falle einer Unfallversicherung.....	4
13. Besondere Verpflichtungen der Vertragsparteien.....	5
13.1. Pflichten des Versicherten, des Versicherungsnehmers.....	5
13.1.1. Auskunftspflicht.....	5
13.1.2. Mitteilungspflicht und Pflicht zur Anmeldung von Änderungen.....	5
13.1.3. Verpflichtung zur Schadensvorbeugung und zur Schadensminderung.....	6
13.1.4. Pflicht zur Schadensanzeige.....	6
13.1.5. Erforderliche Dokumente für die Schadensanzeige.....	6
13.1.6. Zahlungsverpflichtung.....	7
13.2. Pflichten des Versicherers.....	7
13.2.1. Auskunftspflicht.....	7
13.2.2. Pflicht zur Erbringung von Leistungen.....	7
13.3. Wirkung von Anerkenntnis, Leistung und Regulierung durch den Versicherten gegenüber dem Versicherer bei der Haftpflichtversicherung.....	7
14. Befreiung.....	7
15. Ausschlüsse, nicht gedeckte Ereignisse.....	8
16. Sonstige Bestimmungen.....	8
17. Schlussbestimmungen.....	8
18. Abweichung von den bisherigen Bedingungen und der üblichen Vertragspraxis.....	8

Die Bedingungen dieser Jagdhafpflicht- und Unfallversicherung (nachstehend „Versicherung“ genannt) und das Kundeninformationsblatt (nachstehend „Versicherungsbedingungen“ genannt) enthalten die Bestimmungen, die gemäß der Vereinbarung (nachstehend „Gruppenversicherungsvertrag“ genannt) zwischen Országos Magyar Vadászkamara (Nationale Ungarische Jagdkammer) und Groupama Biztosító Zrt. für die Jagdhafpflicht- und Unfallversicherungsverträge (nachstehend „Versicherungsvertrag“ genannt) von Groupama Biztosító Zrt. (nachstehend „Versicherer“ genannt) gelten, sofern der Vertrag nichts anderes vorsieht, sofern der Versicherungsvertrag unter Bezugnahme auf die vorliegenden Bedingungen abgeschlossen wurde.

Nach den Versicherungsbedingungen muss der Versicherer für das im Vertrag festgelegte Risiko eine Deckung gewähren und bei einem nach dem Beginn der Risikoübernahme eintretenden Versicherungsfall die in den Versicherungsbedingungen festgelegte Leistung erfüllen. Die mit dem Versicherer einen Vertrag abschließende Partei ist zur Zahlung einer Prämie verpflichtet.

Nach den Bestimmungen der Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung kann der Versicherte vom Versicherer in dem Umfang und in der Weise, wie sie im Vertrag festgelegt sind, Entschädigung für Schäden verlangen, für die der Versicherer gesetzlich haftet.

Nach den Bestimmungen der Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung übernimmt der Versicherer insbesondere für den Fall des Todes, einer Gesundheitsschädigung oder Invalidität des Versicherten infolge eines Unfalls eine Verpflichtung zur Zahlung einer vertraglich festgelegten Versicherungssumme oder Rente oder zu den im Vertrag festgelegten sonstigen Leistungen.

Der Versicherungsvertrag, die Erklärung des Versicherten, die mit dem Vertrag zusammenhängenden Erklärungen, die Versicherungsbedingungen und die Kundeninformationen enthalten den gesamten Inhalt der Vereinbarung zwischen den Parteien, so dass frühere Vereinbarungen und Erklärungen nicht mehr gültig sind und keinen Bestandteil dieses Vertrags bilden.

1. Zielpersonen des Versicherungsvertrags

Die Zielpersonen des Gruppenversicherungsvertrags sind der Versicherungsnehmer, der Versicherte, der Begünstigte und der Versicherer.

1.1. Versicherer

Groupama Biztosító Zrt., die das Versicherungsrisiko gegen die Versicherungsprämie trägt und sich verpflichtet, die Versicherungsleistung bei Eintritt der in diesen Versicherungsbedingungen genannten Versicherungsfälle zu erbringen.

Eckdaten des Versicherers:

Name: Groupama Biztosító Zrt.

Firmensitz: Ungarn, 1146 Budapest, Erzsébet királyné útja 1/C

Postanschrift: 1380 Budapest, Pf. 1049

Rechtsform: Geschlossene Aktiengesellschaft (gegründet 1987)

Handelsregisternummer: Cg. 01-10-041071

Unsere Gesellschaft ist beim Handelsgericht des Hauptstädtischen Gerichtshofes eingetragen.

1.2. Versicherungsnehmer

Eine Person, die aufgrund einer vermögensrechtlichen oder persönlichen Beziehung ein Interesse an der Abwendung eines Versicherungsfalles hat oder eine Versicherung zu Gunsten einer solchen Person (des Versicherten) abschließt. Ein im Widerspruch zu dieser Bestimmung abgeschlossener Versicherungsvertrag ist nichtig. Der Versicherungsnehmer ist zur Zahlung der Prämie verpflichtet, der Versicherer richtet die Erklärungen an ihn und der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, sie abzugeben.

1.2.1. Verbraucher

Verbraucher: eine natürliche Person, die außerhalb ihres Berufs, ihrer Selbstständigkeit oder ihres Geschäfts handelt.

1.2.2. Unternehmertum

Unternehmertum: Eine Person, die im Rahmen ihres Berufs, ihrer Selbstständigkeit oder ihres Geschäfts handelt.

1.3. Versicherter

Nach den Bedingungen dieser Versicherung kann der Versicherte nur eine natürliche oder juristische Person (Jagdgesellschaft) sein, die in ihrer Eigenschaft als Jäger einen Jagdschein besitzt.

Wurde der Vertrag nicht vom Versicherten abgeschlossen, kann der Versicherte mit einer an den Versicherer gerichteten schriftlichen Erklärung dem Vertrag beitreten. Zum Beitritt ist die Zustimmung des Versicherers nicht erforderlich. Mit dem Beitritt geht die Gesamtheit der dem Versicherungsnehmer zustehenden Rechte und von ihm getragenen Pflichten auf den Versicherten über. **Tritt der Versicherte dem Vertrag bei, haftet er mit dem Versicherungsnehmer gesamtschuldnerisch für die im laufenden Versicherungszeitraum fälligen Prämien. Der dem Vertrag beitretende Versicherte muss die für den Vertrag aufgewandten Kosten des Versicherungsnehmers – einschließlich der Versicherungsprämien – erstatten.**

1.4. Geschädigter

Bei der Haftpflichtversicherung die Person, der der Versicherte durch sein unrechtmäßiges und unerlaubtes Verhalten einen Schaden zufügt.

1.5. Begünstigter

Im Falle der Unfallversicherung ist der Begünstigte die Person, die Anspruch auf die Leistungen des Versicherers hat. Begünstigte(r) im Rahmen dieser Versicherung ist/sind der/die Erbe(n) des Versicherten im Falle des Unfalldes des Versicherten und der Versicherte im Falle aller anderen Versicherungsfälle.

2. Versicherungsfall

2.1. Haftpflichtversicherung

Der Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingung sind Sach- und Personenschäden, die einer anderen Person auf ungarischem Staatsgebiet in ihrer Eigenschaft als Jäger bei der bewaffneten Jagd während der Laufzeit des Vertrages zugefügt werden, für die der Versicherte nach ungarischem Recht ersatzpflichtig ist und die nicht unter die Ausschlüsse fallen, nicht versicherte Ereignisse.

Darüber hinaus gelten Bußgelder und/oder Schadenersatzpflicht für die versehentliche (fahrlässige) Tötung von Tieren, die von den Behörden für geschützt erklärt wurden, als Versicherungsfälle.

Im Versicherungsfall erstattet der Versicherer auch das Schmerzensgeld, das im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall aufgrund der Verletzung des Rechts auf Leben, Körper und Gesundheit entstanden ist.

2.2. Unfallversicherung

Ein Unfall ist eine plötzliche, von außen kommende Einwirkung, die unfreiwillig und ohne den Willen des Versicherten eintritt und innerhalb eines Jahres nach dem Ereignis zum Tod des Versicherten oder innerhalb von zwei Jahren zu einer dauernden Arbeitsunfähigkeit, einer dauernden Gesundheitsschädigung (Invalidität) und/oder einer unmittelbaren tödlichen Verletzung führt.

Gemäß den vorliegenden Bedingungen deckt die Unfallversicherung nur Unfälle, die sich im Rahmen der Jagd und der Wildbewirtschaftung der Jagdgesellschaft oder eines anderen Jagdveranstalters, die von der Jagdgesellschaft oder einem anderen Jagdveranstalter organisiert werden, oder während der individuellen Jagdtätigkeit des Versicherten auf dem Gebiet Ungarns ereignen und in einem Protokoll dokumentiert werden.

3. Abschluss und Zustandekommen des Versicherungsvertrags

3.1. Abschluss des Vertrags

Der Versicherte kann den Abschluss des Versicherungsvertrags (nachstehend „Versicherungsvertrag“ genannt) durch den Erwerb einer Jagdmarke bei der zuständigen örtlichen Jagdkammer einleiten. Der Versicherungsvertrag wird zum Zeitpunkt des Kaufs der Jagdmarke abgeschlossen.

4. Dauer des Versicherungsvertrags, räumlicher Geltungsbereich, Versicherungsjahrestag und Versicherungsperiode

4.1. Dauer des Versicherungsvertrags

Der Versicherungsvertrag wird für eine feste Laufzeit abgeschlossen. Die Laufzeit des Versicherungsvertrags beginnt um 0.00 Uhr des auf den Kauf der Jagdmarke folgenden Tages, endet jedoch frühestens am 1. März 2021 und am 28. Februar 2022.

4.2. Versicherungsjahrestag

Der Versicherungsvertrag ist zeitlich begrenzt, so dass kein Jahrestag gilt.

4.3. Versicherungsperiode

Die Versicherungsperiode ist der Zeitraum, für den der Versicherer die Prämie berechnet und für den der Versicherungsnehmer zur Zahlung der Prämie verpflichtet ist.

Die Versicherungsperiode entspricht der Dauer des Versicherungsvertrags.

5. Haftungsbeginn, Dauer und räumlicher Geltungsbereich der Haftung

5.1. Haftungsbeginn und Haftungsende

Die Haftung beginnt um 0.00 Uhr des auf den Kauf der Jagdmarke folgenden Tages, endet jedoch frühestens am 1. März 2021 und am 28. Februar 2022.

5.2. Haftungsdauer

Die Haftungsdauer beträgt ein Jahr, d. h. der Zeitraum zwischen Haftungsbeginn und Haftungsende, in dem die Haftung des Versicherers aufrechterhalten wird. Bei der Haftpflichtversicherung erstreckt sich die Haftung des Versicherers auf Schäden, die während der Haftungsdauer verursacht und dem Versicherer spätestens 30 Tage nach Beendigung des Versicherungsvertrags gemeldet werden, und bei der Unfallversicherung auf den Tod infolge eines Unfalls innerhalb eines Jahres nach dem Unfall und auf Invalidität innerhalb von zwei Jahren.

5.3. Räumlicher Geltungsbereich der Haftung

Die Haftung des Versicherers ist auf Schäden und Unfälle beschränkt, die sich auf dem Gebiet Ungarns ereignen.

6. Änderung des Versicherungsvertrags

Der Versicherungsvertrag kann während der Vertragsdauer nicht geändert werden.

7. Erhebliche Erhöhung des Versicherungsrisikos

Erhält der Versicherer nach Vertragsabschluss Kenntnis von wesentlichen, den Vertrag beeinflussenden Umständen oder von Änderungen dieser Umstände und führen diese zu einer erheblichen Erhöhung des Versicherungsrisikos, kann er innerhalb von 15 Tagen nach Kenntnisnahme eine Vertragsänderung vorschlagen oder den Vertrag schriftlich mit einer Frist von 30 Tagen kündigen.

Nimmt der Versicherungsnehmer den Änderungsvorschlag nicht an oder antwortet er nicht innerhalb von 15 Tagen nach dessen Eingang, so endet der Vertrag am 30. Tag nach der Zustellung des Änderungsvorschlags, sofern der Versicherer den Versicherungsnehmer bei der Abgabe des Änderungsvorschlags auf diese Folge hingewiesen hat.

8. Fälle der Beendigung des Versicherungsvertrags

Der Versicherungsvertrag wird in Bezug auf den Versicherten in den folgenden Fällen beendet:

- bei Ablauf der Dauer des Versicherungsvertrags;
- wenn seine/ihre Mitgliedschaft in der Versichertengruppe endet;
- im Falle des Todes des Versicherten (auch bei Unfalltod) zum Zeitpunkt des Todes des Versicherten;
- bei Beendigung des Gruppenvertrags zum Zeitpunkt der Beendigung.

9. Regeln für die Versicherungsprämie und die Prämienzahlung

9.1. Versicherungsprämie

Die Versicherungsprämie ist eine Einmalprämie, die bei Abschluss des Versicherungsvertrags für die gesamte Versicherungsperiode im Voraus in einer Summe zu zahlen ist.

Die Versicherungsprämie beträgt:

- Standardmäßig: 1.000,- HUF/Versicherter/Versicherungsperiode;
- Im Falle einer erhöhten Prämie: 2.000,- HUF/Versicherter/Versicherungsperiode.

Die Zahlung der Versicherungsprämie kann bei der nationalen ungarischen Jagdkammer veranlasst werden.

Die Versicherungsprämie kann während der Versicherungsperiode nicht geändert werden.

10. Die Versicherungssumme (Entschädigungsgrenze)

10.1. Versicherungssumme (Entschädigungsgrenze), Regeln für die Deckungsaufstockung

Die Versicherungssumme (Entschädigungsgrenze) zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles ist die Obergrenze der Leistungspflicht des Versicherers. Die Entschädigungsgrenze pro Schadensfall ist der Höchstbetrag, den der Versicherer für einen Versicherungsfall zahlt.

Die Entschädigungsgrenze pro Versicherungsperiode ist der Höchstbetrag, den der Versicherer während einer Versicherungsperiode insgesamt entschädigen kann.

10.2. Die Versicherungssummen

Im Falle einer Haftpflichtversicherung (Entschädigungsgrenze):

Standardmäßig: 12.000.000 HUF pro Schadensfall, pro Versicherungsperiode und pro Versicherten

Im Falle einer erhöhten Prämie: 18.000.000 HUF pro Schadensfall, pro Versicherungsperiode und pro Versicherten

Im Falle einer Unfallversicherung:

Die Versicherungssummen für die Unfallversicherung sind in Ziffer 13.2 aufgeführt.

Die Versicherungssumme (Entschädigungsgrenze) für eine bestimmte Versicherungsperiode wird um den Betrag gekürzt, der für einen in derselben Versicherungsperiode eingetretenen Versicherungsfall ausgezahlt wird, es sei denn, der Versicherungsnehmer ergänzt die Prämie entsprechend.

Der Versicherer kann die Versicherungssumme in dem Fall reduzieren, wenn es den Versicherungsnehmer darauf spätestens gleichzeitig mit der Erfüllung der Leistung schriftlich hingewiesen und die Prämie der Deckungsaufstockung mitgeteilt hat. Wenn der Versicherungsnehmer vom Recht der Deckungsaufstockung keinen Gebrauch macht, bleibt der Vertrag für die laufende Versicherungsperiode in Kraft, wobei die Entschädigungsgrenze um den gezahlten Betrag reduziert wird.

11. Selbstbeteiligung

Der Versicherer wendet keine Selbstbeteiligung an.

12. Leistung des Versicherers

12.1. Im Falle einer Haftpflichtversicherung

Sofern nicht anders vereinbart, verwendet der Versicherer die folgenden Begriffe stets in der nachstehend definierten Bedeutung:

Personenschaden: wenn der Geschädigte stirbt, einen gesundheitlichen Schaden erleidet oder körperlich verletzt wird.

Sachschaden: Vernichtung, Verlust, Zerstörung, Verlust, Beschädigung oder Wertminderung von Sachen. Alle physischen Gegenstände, die in Besitz genommen werden können, einschließlich Geld und Wertpapiere, werden als Sachen betrachtet.

Der Versicherer entschädigt den Geschädigten für die Schäden, für die der Versicherte nach ungarischem Recht haftet, bis zur Höhe der Entschädigungsgrenze, d. h.:

- bei Sach- und Personenschäden die Wertminderung der Sachen des Geschädigten infolge des Schadensereignisses und die Kosten, die zur Beseitigung der Schäden an den Sachen des Geschädigten erforderlich sind, und bei Personenschäden den Einkommensverlust des Geschädigten;
- bei Personenschäden das vom Versicherten zu zahlende Schmerzensgeld;
- Verzugszinsen auf die Schadensersatzforderung oder das Schmerzensgeld, es sei denn, die Verzugszinsen sind auf eine verspätete Zahlung der Verpflichtung zur Anmeldung der Forderung zurückzuführen;
- die im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall entstandenen Kosten des Gerichtsverfahrens, die Vergütung des mit der Vertretung des Versicherten in einem Gerichtsverfahren beauftragten Rechtsanwalts und die Kosten des zur Feststellung der Rechtsgrundlage oder der Höhe des Anspruchs hinzugezogenen Sachverständigen, wenn sie mit vorheriger schriftlicher Zustimmung oder auf Anweisung des Versicherers entstanden sind;
- Erstattungsansprüche der Sozialversicherung gegenüber dem Versicherten;
- gerechtfertigte und bestätigte Kosten für Schadensminderung oder Schadensvorbeugung. Der Versicherer erstattet die Kosten der Schadensminderung und der Schadensvorbeugung, auch wenn diese nicht erfolgreich sind;
- bei Personenschäden entschädigt der Versicherer darüber hinaus für den Sachschaden, den der Geschädigte im Zusammenhang mit seinem Personenschaden erlitten hat, die mit dem Zustand des Geschädigten zusammenhängenden Sachkosten sowie medizinisch begründete Sachkosten. Der medizinische Sachverständige des Versicherers stellt fest, ob die Sachkosten im Zusammenhang mit dem Zustand des Verletzten gerechtfertigt sind.

Was die Anwendung dieser Versicherungsbedingungen angeht:

- der Zeitpunkt, zu dem der Schaden verursacht wurde, ist das Datum, an dem die schadensbegründende Handlung erfolgt ist. Wird der Schaden durch ein Versäumnis verursacht, so ist der Zeitpunkt des Schadenseintritts das Datum, an dem das Versäumnis hätte behoben werden können, ohne dass der Schaden eingetreten wäre.
- im Falle von Serienschäden ist das Datum der ersten Handlung, die die Serienschäden verursacht hat;
- der Zeitpunkt des Schadenseintritts ist das Datum, ab dem die Ersatzleistungspflicht des Versicherten fällig wird;
- im Falle von Personenschäden das Datum des Schadenseintritts:
 - im Falle des Todes das Datum des Todes;
 - bei Körperverletzung das Datum der Verletzung, auch wenn das Opfer an den Folgen der Körperverletzung innerhalb eines Jahres nach deren Eintritt stirbt;
 - bei Gesundheitsschäden das Datum des Schadenseintritts;
 - bei Verschlechterung der Gesundheit (sich hinziehende Personenschäden) im Streitfall das Datum, an dem der Arzt die Verschlechterung der Gesundheit erstmals festgestellt hat.
- bei Sachschäden ist der Zeitpunkt des Schadenseintritts das Datum der Verletzung;
- bei Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit ist der Zeitpunkt des Eintritts der Verletzung im Verhältnis zum Versicherungsfall das Datum des Schadenseintritts;
- der Zeitpunkt des Eintritts eines Serienschadens ist das Datum des ersten Ereignisses des ersten Serienschadens;
- das Datum der Schadenmeldung ist das Datum, an dem der Versicherte dem Versicherer den Eintritt des Schadenfalls gemäß der Klausel über die Verpflichtung zur Schadenmeldung an den Versicherer meldet.

Ist der Eintritt des Schadens durch ein anderes Ereignis als der Versicherungsfall verursacht worden, so leistet der Versicherer nur in dem Umfang und für den Teil des Schadens Entschädigung, der die Folge des Versicherungsfalles ist.

Tritt der Versicherungsfall ein, leistet der Versicherer vorbehaltlich der Bestimmungen dieser Versicherungsbedingungen Entschädigung bis zur Höhe der zum Zeitpunkt des Ereignisses geltenden Entschädigungsgrenze(n).

Die Leistungspflicht des Versicherers für den Versicherungsfall

ist auf die zum Zeitpunkt des Schadenseintritts geltende Entschädigungsgrenze bis zur für die betreffende Versicherungsperiode geltenden Entschädigungsgrenze begrenzt.

12.2. Im Falle einer Unfallversicherung

Im Rahmen der Versicherung verpflichtet sich der Versicherer, bei Unfällen im Sinne von Ziffer 2.2 folgende Leistungen zu erbringen:

- bei **Unfalltod** Zahlung eines Pauschalbetrags von 600.000 HUF (in Worten: sechshunderttausend Forint); bei einer erhöhten Prämie Zahlung eines Pauschalbetrags von 1.200.000 HUF;
- bei **unfallbedingter Invalidität** eine Leistung von 500.000 HUF (in Worten: fünfhunderttausend Forint) bei 100%iger Invalidität bzw. ein Anteil der Versicherungssumme im Verhältnis zum Invaliditätsgrad bei 10-99%iger Invalidität; bei einer erhöhten Prämie eine Leistung von 1.000.000 HUF bei 100%iger Invalidität bzw. ein Anteil der Versicherungssumme im Verhältnis zum Invaliditätsgrad bei 10-99%iger Invalidität;
- bei einem **Knochenbruch, Knochenriss** oder einer Invalidität von weniger als 10% eine einmalige ärztliche Hilfeleistung von 30.000 HUF (in Worten: dreißigtausend Forint); bei einer erhöhten Prämie eine ärztliche Hilfeleistung von 60.000 HUF;
- bei einem **unfallbedingten Krankenhausaufenthalt**: Erstattung von 2.000 HUF/Tag. Keine Selbstbeteiligung, maximale Erstattungsdauer: 15 Tage. Bei einer erhöhten Prämie 4.000 HUF/Tag. Keine Selbstbeteiligung, maximale Erstattungsdauer: 15 Tage.

Unfalltod

Versicherungsfall ist der Tod des Versicherten infolge eines Unfalls während der Versicherungsperiode, wenn der Tod innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten ist.

Unfallbedingte Invalidität

Als Versicherungsfall gilt die Invalidität des Versicherten infolge eines Unfalls, der sich innerhalb der Versicherungsperiode und innerhalb von höchstens zwei Jahren ab dem Unfalltag ereignet.

Knochenbruch, Knochenriss

Ein Versicherungsfall ist ein unfallbedingter Knochenbruch, Knochenriss, der während der Versicherungsperiode eintritt. Knochenbruch, Knochenriss: eine äußere mechanische Einwirkung, die zu einem vollständigen oder teilweisen Verlust der Knochenkontinuität führt. Bei einem Zahnbruch wird der Bruch eines lebenden Zahns als Knochenbruch betrachtet.

Erstattung bei einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt

Ein Versicherungsfall ist der medizinisch begründete Krankenhausaufenthalt (stationäre Behandlung) des Versicherten aufgrund eines Unfalls innerhalb der Haftungsdauer, wenn der Krankenhausaufenthalt in ursächlichem Zusammenhang mit dem während der Haftungsdauer eingetretenen Unfall steht und der Krankenhausaufenthalt länger als 24 Stunden dauert.

Krankenhaus: Von der Gesundheitsbehörde als solche zugelassen oder registriert:

- Krankenhäuser, Kliniken unter der ständigen Leitung und Aufsicht eines Facharztes;
- Krankenhäuser am Arbeitsplatz;
- Krankenhäuser der Streitkräfte;
- jede andere von der zuständigen Gesundheitsbehörde anerkannte medizinische Einrichtung, an die der Versicherte von einem Arzt überwiesen wird.

Insbesondere gelten sie nicht als Krankenhäuser für die Zwecke von Verträgen, die unter diesen Bedingungen geschlossen werden:

- medizinische Einrichtungen und Sanatorien für Lungenpatienten;
- medizinische und pflegerische Einrichtungen für Menschen, die an chronischen, unheilbaren Krankheiten leiden;
- Erholungsheime und Nachsorgesanatorien;
- Sozialheime für ältere Menschen und deren stationäre Abteilungen;
- Heilbäder und andere therapeutische Einrichtungen;
- medizinische und pflegerische Einrichtungen für geistig und psychisch Behinderte.

Bei Unfalltod innerhalb eines Jahres nach dem Unfalltag zahlt der Versicherer die Versicherungssumme bei Unfalltod.

Von der Versicherungssumme bei Unfalltod zieht der Versicherer den

Betrag ab, der bereits für Invalidität infolge desselben Unfalls gezahlt wurde. Übersteigt der Betrag der für die unfallbedingte Invalidität gezahlten Leistungen den Betrag der für den Unfalltod gezahlten Leistungen, so kann der Versicherer den zu viel gezahlten Betrag nicht zurückfordern.

Innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall zahlt der Versicherer bei einer dauerhaften Invalidität von 10% oder mehr infolge des Unfalls aus der im Vertrag genannten Summe einen Betrag, der dem Grad der Invalidität entspricht, höchstens jedoch 100% der Versicherungssumme des Vertrages. Die Grade (Invaliditätsgrade) für dauerhafte Unfallschäden, die sich aus Unfällen während der Vertragsdauer ergeben, sind kumulativ.

Bei Verletzungen infolge verschiedener Unfälle, die sich während des Versicherungsjahres ereignen, aber voneinander abhängen, zahlt der Versicherer für die schwerste Verletzung, wobei er den zu zahlenden Betrag um den bereits für die weniger schweren Verletzungen gezahlten Betrag reduziert. Die Krankenhauspflege kann entweder einmalig oder unterbrochen sein. Wird die Versicherung während eines unfallbedingten Krankenhausaufenthalts gekündigt, erbringt der Versicherer die Leistungen bis zum Zeitpunkt der Kündigung, auch wenn die Krankenhauspflege erst nach Beendigung des Versicherungsvertrags endet.

Der Versicherer wendet keine Wartezeit an.

Der Grad der Invalidität wird nach der folgenden Tabelle bestimmt.

Schädigung von Körperteilen	Grad der Invalidität
vollständiger Verlust oder völlige Funktionsunfähigkeit einer oberen Gliedmaße ab dem Schultergelenk	70%
vollständiger Verlust oder völlige Funktionsunfähigkeit einer oberen Gliedmaße oberhalb des Ellenbogengelenks	65%
vollständiger Verlust oder völlige Funktionsunfähigkeit einer oberen Gliedmaße unterhalb des Ellenbogengelenks, sowie vollständiger Verlust oder völlige Funktionsunfähigkeit einer Hand	60%
vollständiger Verlust oder völlige Funktionsunfähigkeit eines Daumens	20%
vollständiger Verlust oder völlige Funktionsunfähigkeit eines Zeigefingers	10%
vollständiger Verlust oder völlige Funktionsunfähigkeit eines anderen Fingers	5%
vollständiger Verlust oder völlige Funktionsunfähigkeit einer unteren Gliedmaße oberhalb der Mitte des Oberschenkels	70%
vollständiger Verlust oder völlige Funktionsunfähigkeit einer unteren Gliedmaße bis zur Mitte des Oberschenkels	60%
vollständiger Verlust oder völlige Funktionsunfähigkeit einer unteren Gliedmaße bis zur Mitte des Unterschenkels oder eines Fußes	50%
vollständiger Verlust oder völlige Funktionsunfähigkeit eines Fußes in Höhe des Knöchels	30%
vollständiger Verlust oder völlige Funktionsunfähigkeit einer Großzehe	5%
vollständiger Verlust oder völlige Funktionsunfähigkeit einer anderen Zehe	2%
vollständiger Verlust des Sehvermögens auf beiden Augen	100%
vollständiger Verlust des Sehvermögens auf einem Auge	35%
wenn der Versicherte bereits vor dem Versicherungsfall das Sehvermögen auf dem anderen Auge verloren hat	65%
vollständiger Verlust des Hörvermögens auf beiden Ohren	60%
vollständiger Verlust des Hörvermögens auf einem Ohr	15%
wenn der Versicherte bereits vor dem Versicherungsfall das Hörvermögen auf dem anderen Ohr verloren hat	45%
vollständiger Verlust des Sprechvermögens	60%
vollständiger Verlust des Geruchssinns	10%
vollständiger Verlust des Geschmackssinns	5%

Die dauerhafte Invalidität und der Grad der Invalidität werden von einem Arzt des Versicherers festgestellt. Bei der Beurteilung sind die Entscheidung des Arztes des Versicherers und die vom Versicherer gezahlten Leistungen unabhängig vom Sozialversicherungsverfahren und dessen Ergebnis.

Bei teilweisem Verlust oder Beschädigung der in der Tabelle aufgeführten Sinnesorgane oder Körperteile wird der Grad der Invalidität vom Arzt des Versicherers im entsprechenden Umfang festgestellt.

Bei teilweisem Funktionsverlust der Sinnesorgane kann die Leistung auf höchstens 75% des entsprechenden Invaliditätsgrades festgesetzt werden. Lässt sich der Invaliditätsgrad nicht aus der Tabelle ermitteln, so wird er vom Arzt des Versicherers festgestellt.

Bei mehreren Verletzungen infolge eines Unfalls werden die sich aus der Invaliditätstabelle und aus den Absätzen (5), (6) und (7) ergebenden Prozentsätze für die Leistung addiert. Die Obergrenze für die Leistung bei Unfallinvalidität ist die Versicherungssumme des Vertrages.

Kann der Grad der dauernden Invalidität nicht festgestellt werden, haben sowohl der Versicherte als auch der Versicherer das Recht, jährlich eine Neubewertung des Invaliditätsgrades und des Zeitpunkts der Änderung zu verlangen. Wenn die Neufeststellung zu einer höheren Invaliditätsleistung führt als die bereits vom Versicherer gezahlte:

- der Versicherte hat Anspruch auf die Zusatzleistung, und
- auf die Verzinsung der Zusatzleistung ab dem Zeitpunkt der Änderung, die zu der Zusatzleistung führt, wie gesetzlich festgelegt.

Im Falle des Todes des Versicherten:

- Tritt der Tod innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein und ist er die Folge desselben Unfalls, kann keine Invaliditätsleistung gezahlt werden;
- Tritt der Tod nach dem Unfall innerhalb der Verjährungsfrist aus unfallfremden Gründen ein und steht der Grad der dauernden Invalidität nicht fest, erkennt der Versicherer aber die Leistungspflicht an, so haben die Erben des Versicherten Anspruch auf Invaliditätsleistungen nach dem Grad der dauernden Invalidität, der durch die letzte ärztliche Untersuchung festgestellt wurde.

Sobald der endgültige Invaliditätsgrad feststeht, werden der Unfallinvaliditätsvorschuss und der Betrag der Erholungsbeihilfe, der bei einer dauerhaften Invalidität von weniger als 10% gezahlt wird, von dem zum Zeitpunkt der endgültigen Abrechnung zu zahlenden Betrag der Unfallinvaliditätsversicherung abgezogen.

Der Versicherer zahlt die im Vertrag angegebene Versicherungssumme (nur einmal bei Mehrfachverletzungen desselben Versicherten durch ein einziges Ereignis) unmittelbar nach der Schadenfeststellung, wenn der Versicherte infolge eines Unfalls, der die in den Bedingungen festgelegten Kriterien erfüllt, eine Invalidität von weniger als 10% oder einen Knochenbruch oder einen Knochenriss erleidet.

13. Besondere Verpflichtungen der Vertragsparteien

13.1. Pflichten des Versicherten, des Versicherungsnehmers

13.1.1. Auskunftspflicht

Wird der Vertrag nicht vom Versicherten abgeschlossen, muss der Versicherungsnehmer den Versicherten über alle ihm gegenüber abgegebenen Erklärungen und über alle Änderungen des Vertrages informieren, bis der Versicherte in den Vertrag eintritt.

13.1.2. Mitteilungspflicht und Pflicht zur Anmeldung von Änderungen

Der Versicherungsnehmer muss dem Versicherer bei Vertragsabschluss alle vom Gesichtspunkt der Übernahme der Versicherung wesentlichen Umstände mitteilen, die ihm bekannt sind oder die er kennen musste. Mit den auf die schriftlich gestellten Fragen des Versicherers gegebenen und der Wahrheit entsprechenden Antworten kommt der Versicherungsnehmer seiner Mitteilungspflicht nach. Die Fragen unbeantwortet zu lassen bedeutet an sich noch nicht die Verletzung der Mitteilungspflicht.

Auf Verlangen des Versicherers ist der Versicherungsnehmer (Versicherte) verpflichtet, dem Versicherer Unterlagen, Verträge und behördliche Entscheidungen, die für das Risiko des Versicherers und den Vertrag von Bedeutung sind, unter Beachtung der Vorschriften über Vertraulichkeit und Datenschutz zur Verfügung zu stellen.

Der Versicherungsnehmer muss dem Versicherer jede Änderung der maßgeblichen Umstände innerhalb von 15 Tagen, nachdem sie davon Kenntnis erlangt hat, schriftlich mitteilen.

Bei einer Verletzung der auf die Mitteilung oder die Anmeldung der Änderung gerichteten Pflicht tritt die Pflicht des Versicherers nicht ein, es sei denn, der Versicherungsnehmer weist nach, dass der Versicherer den verschwiegenen oder nicht angemeldeten Umstand bei Vertragsabschluss kannte oder dass dieser keinen Einfluss auf das Eintreten des Versicherungsfalles genommen hat.

Die Pflicht zur Mitteilung und zur Anmeldung von Änderungen obliegt gleichermaßen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherten; keiner von ihnen kann sich auf einen Umstand berufen, den gleich wer von ihnen dem Versicherer mitzuteilen versäumt hat, obwohl sie davon wissen mussten und zur Mitteilung oder Anmeldung verpflichtet gewesen wären.

13.1.3. Verpflichtung zur Schadensvorbeugung und zur Schadensminderung

Der Versicherungsnehmer und der Versicherte müssen, um einem Schaden vorzubeugen, das in der gegebenen Situation im Allgemeinen zu erwartende Verhalten an den Tag legen. Diese Erwartungsanforderung ist auch in dem Fall zu stellen, wenn der Vertrag die Aufgaben des Versicherers und des Versicherten bei der Schadensvorbeugung regelt und die der Vorbeugung und Minderung von Schäden dienenden Mittel, Verfahren vorschreibt.

Der Versicherungsnehmer und der Versicherte müssen den Vorschriften und den beim Eintreten des Schadensfalls erteilten Anweisungen des Versicherers entsprechend und mangels dieser gemäß Forderung des in der gegebenen Situation im Allgemeinen zu erwartenden Verhaltens den Schaden mindern.

Die erforderlichen Kosten der Schadensminderung werden im Rahmen der Versicherungssumme auch dann vom Versicherer getragen, wenn die Schadensminderung zu keinem Ergebnis geführt hat.

Der Versicherungsnehmer (Versicherte) hat nach Feststellung des Schadensfalles bei Personenschäden unverzüglich den Rettungsdienst zu verständigen und bei Verdacht auf eine Straftat unverzüglich Anzeige bei der Polizei zu erstatten und eine Kopie der Anzeige oder des Berichtes dem Schadenfall beizufügen.

Der Versicherte ist verpflichtet, seine Waffen in gutem Zustand zu halten, sie zu warten und etwaige Mängel oder Schäden unverzüglich zu beheben. Zusätzlich zu den in dieser Ziffer genannten Verpflichtungen müssen der Versicherungsnehmer und der Versicherte gemäß Forderung des in der gegebenen Situation im Allgemeinen zu erwartenden Verhaltens den Schaden mindern.

13.1.4. Pflicht zur Schadenanzeige

Der Versicherte hat dem Versicherer den Eintritt eines Versicherungsfalles oder jeden Umstand, der einen solchen Anspruch begründen kann, oder die Geltendmachung eines diesbezüglichen Anspruchs innerhalb von 30 Tagen nach dem Eintritt oder der Kenntnis des Ereignisses schriftlich anzuzeigen, die erforderlichen Auskünfte zu erteilen und dem Versicherer die Prüfung des Inhalts der Anzeige und der Auskünfte zu ermöglichen.

Die Pflicht des Versicherers tritt nicht ein, wenn der Vertragspartner oder der Versicherte die im vorstehenden Absatz vorgesehenen Pflichten nicht erfüllt und dadurch Umstände, die für die Beurteilung der Leistungspflicht des Versicherers von Bedeutung sind, unauffindbar geworden sind.

Der Versicherungsnehmer/Versicherte kann seinen Anspruch über eine der folgenden Kontaktadressen geltend machen:

Groupama Biztosító, Abteilung Dienstleistungen, Gruppe Sonderansprüche, Telefon +36 1 462-3541, technische Mailbox: vadaszkar@groupama.hu

13.1.5. Erforderliche Dokumente für die Schadenanzeige

Der Versicherer kann zur Erfüllung seiner Leistungspflicht unter Berücksichtigung der Umstände des Falles, der Beweislast und der Erfordernisse der ordnungsgemäßen Ausübung seiner Rechte die Vorlage folgender Unterlagen verlangen:

Im Falle einer Haftpflichtversicherung:

- ein ausgefülltes und unterschriebenes Schadensformular mit demselben

oder einem ähnlichen Inhalt wie das vom Versicherer verwendete (ein schriftlicher Antrag auf Entschädigung für den Verlust oder die Beschädigung unter Angabe der Umstände, des Ortes, des Zeitpunkts und der Art des Ereignisses, des geschädigten Eigentums/der geschädigten Person, der Höhe des Anspruchs und der Belegdaten);

- Unterlagen, aus denen hervorgeht, dass die im Versicherungsvertrag festgelegten Bedingungen erfüllt sind (z. B. eine Kopie des Jagdscheins oder der Jagderlaubnis) oder Unterlagen, die zur Klärung der Umstände und Folgen des Versicherungsfalles erforderlich sind (z. B. eine Erklärung des Versicherten und jeder anderen Person, die Kenntnis von dem Versicherungsfalle hat, über die Umstände des Versicherungsfalles, eine Kopie des Sitzungsprotokolls);
- wenn im Zusammenhang mit dem Versicherungsfalle oder den ihn auslösenden Umständen ein polizeiliches, verwaltungsrechtliches oder sonstiges behördliches Verfahren eingeleitet worden ist, die Unterlagen, die im Laufe des Verfahrens vorgelegt worden sind oder zu den Akten gehören (rechtskräftige Entscheidungen in Strafverfahren und in Ordnungswidrigkeitenverfahren nur, wenn sie zum Zeitpunkt der Antragstellung oder der Schadensregulierung vorliegen);
- medizinische Unterlagen, die sich auf den Versicherungsfalle und die Krankheitsgeschichte des Versicherten oder des Geschädigten beziehen: Unterlagen des Haus- oder Betriebsarztes, ambulante und stationäre Behandlungsunterlagen, Nachweise über die Einnahme von Medikamenten;
- Unterlagen, die sich im Besitz des Organs der Sozialversicherung oder einer anderen Person oder Organisation befinden und die Daten des Versicherten oder des Geschädigten über den Versicherungsfalle oder die zugrundeliegenden Umstände enthalten (auf der Grundlage der Ermächtigung des Begünstigten, ihn von der Schweigepflicht zu entbinden und Daten anzufordern);
- die für die Entscheidung über die Forderung erforderlichen Dokumente, Rechnungen, Buchungsbelege, Gutachten, Protokolle, Fotos, Verträge und, im Falle von fremdsprachigen Dokumenten, deren Übersetzung ins Ungarische, deren Kosten der Antragsteller trägt;
- Belege für die Kosten, die im Zusammenhang mit dem Einsatz von Mitteln und Ressourcen zur Rettung, Schadensvorbeugung und -minderung im Zusammenhang mit dem Versicherungsfalle entstanden sind.

Davon kann der Versicherer nur die Vorlage derjenigen Unterlagen verlangen, die für die Beurteilung der Rechtsgrundlage und für die Bestimmung des in den Versicherungsbedingungen vereinbarten Umfangs der Versicherungsleistung erforderlich sind.

Zur Beurteilung des Schadensersatzanspruches (Leistung) kann der Versicherer die eingereichten Unterlagen prüfen oder weitere Unterlagen zur Beurteilung des angemeldeten Anspruchs einholen und anfordern.

Der Versicherte oder der Geschädigte kann zur Geltendmachung seines Anspruchs neben den oben genannten Unterlagen auch andere Unterlagen und Beweismittel nach den allgemeinen Beweisregeln zum Nachweis von Schäden und Kosten verwenden.

Der Versicherte ist verpflichtet, die für die Schadenregulierung erforderlichen Auskünfte zu erteilen, den Versicherer bei der Feststellung der Höhe des verursachten Schadens zu unterstützen, den Schaden zu regulieren oder ungerechtfertigte Forderungen zu verhindern.

Der Versicherte hat die Schadensursache, die Umstände des Schadenseintritts, den Umfang des Schadens und den Umfang der dem Versicherten zustehenden Schadensersatz durch einen Sachverständigen des Versicherers prüfen zu lassen.

Im Falle einer Unfallversicherung:

- schriftliche Meldung des Schadens unter Angabe von Ursache, Umfang und Datum des Schadens;
- Dokumente, die Ursache und Ausmaß des erlittenen Schadens belegen;
- einen schriftlichen Antrag auf Entschädigung mit einem bezifferten Betrag, der durch Daten belegt ist;
- Urkunden oder Dokumente, die keine Urkunden sind, die den Umfang des erlittenen Schadens, einschließlich der Kosten, belegen;
- eine Erklärung des Versicherten darüber, ob er in Bezug auf den

betreffenden Versicherungsfall einen Anspruch gegen eine andere Person (Versicherer oder Schadensverursacher) oder aus einem anderen Versicherungsvertrag geltend gemacht hat;

- Mitteilungen an die Behörden;
- Jagdmarke;
- Sterbeurkunde;
- Todesurkunde, Obduktionsprotokoll, Ergebnisse der amtlichen und gerichtsmedizinischen Untersuchungen zum Nachweis der Todesursache;
- medizinische Unterlagen des behandelnden Arztes, Ergebnisse medizinischer Untersuchungen, Unterlagen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit, medizinische Gutachten über den Eintritt des Versicherungsfalles und seine Folgen;
- die für die Überprüfung der unter den Ziffern 14 und 15 vorgesehenen Befreiungen und Ausschlüsse des Versicherers erforderlichen Unterlagen und Dokumente des medizinischen Sachverständigen;
- jede glaubwürdige Beweisurkunde zur Identität des Begünstigten, eine rechtskräftige Nachlassverfügung, ein Erbschein, eine rechtskräftige Entscheidung der Vormundschaftsbehörde;

Der Versicherte oder der Geschädigte kann zur Geltendmachung seines Anspruchs neben den oben genannten Unterlagen auch andere Unterlagen und Beweismittel nach den allgemeinen Beweisregeln zum Nachweis von Schäden und Kosten verwenden.

Der Versicherte ist verpflichtet, die für die Schadenregulierung erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

13.1.6. Zahlungsverpflichtung

Die Regeln für die Versicherungsprämie und die Prämienzahlung sind unter Ziffer 9 dieser Versicherungsbedingungen festgelegt.

13.2. Pflichten des Versicherers

13.2.1. Auskunftspflicht

Der Versicherer muss den Versicherungsnehmer oder den Versicherten über folgende Informationen informieren:

- die Einzelheiten des Vertrags;
- auf Antrag des Versicherten über die Regulierung der gemeldeten Ansprüche, die Zahlung der Leistungsbeträge, die Auszahlung der Ansprüche und etwaige Hindernisse für die Auszahlung der Ansprüche.

13.2.2. Pflicht zur Erbringung von Leistungen

Der Versicherer verpflichtet sich, die in diesen Versicherungsbedingungen im Einzelnen aufgeführten Leistungen zu erbringen. Der Versicherer erfüllt seine vertragliche Pflicht zur Erbringung der Leistung in der offiziellen ungarischen Währung zum Zeitpunkt der Leistungserbringung durch **Banküberweisung** in Ungarn, zahlbar innerhalb von 15 Tagen ab dem Datum (Jahr, Monat, Tag) des Eingangs des Schadensfalls und/oder aller für die Prüfung des Schadensfalls erforderlichen Unterlagen beim Versicherer.

Hat der Versicherte Belege vorzulegen oder eine Erklärung abzugeben (z. B. ein Haftungsanerkennnis), so beginnt die Frist an dem Tag, an dem die letzte Unterlage oder Erklärung beim Versicherer eingegangen ist. In Zusammenhang mit der aus dem Versicherungsvertrag herrührenden Verpflichtungen kann der Versicherer zur Ersetzung der mit der Umsatzsteuer äquivalenten Summe nur dann sich verpflichten, oder diese Summe dem Berechtigten nur dann ersetzen, wenn in der Rechnung über den Gegenwert der zur Wiederherstellung des Bestandes vor dem Schadenfall oder zur Beseitigung der Schadenauswirkungen notwendigen, allgemeinen umsatzsteuerpflichtigen Dienstleistung (Material-, Reparatur-, bzw. Instandsetzungskosten) die Summe der Umsatzsteuer ausgewiesen ist, oder aus solcher Rechnung deren Summe berechnet werden kann.

Wird derselbe Haftpflichtversicherungsfall unabhängig voneinander von mehreren Versicherern gesichert, darf der Versicherte seinen Anspruch bei einem oder mehreren von ihnen einreichen. Der Versicherer, bei dem Schadensansprüche eingereicht wurden, muss nach den Bedingungen, die in dem von ihm ausgestellten Dokument zum Deckungsnachweis beschrieben sind, und bis zur Höhe der in diesem Dokument festgelegten Versicherungssumme eine Zahlung leisten und sich dabei das Recht vorbehalten, gegenüber den anderen Versicherern anteilmäßige Erstattungsansprüche geltend zu machen. Die Versicherer tragen aufgrund der Erstattungsansprüche den ausgezahlten Schaden untereinander unter den Bedingungen und in Höhe der Entschädigungsgrenzen anteilmäßig, wie

die einzelnen Versicherer gegenüber dem Versicherten gesondert haften würden.

13.3. Wirkung von Anerkenntnis, Leistung und Regulierung durch den Versicherten gegenüber dem Versicherer bei der Haftpflichtversicherung

Die Anerkennung bzw. Erfüllung der Schadenersatzansprüche des Geschädigten durch den Versicherten und ein damit verbundener Vergleich sind dem Versicherer gegenüber wirksam, wenn der Versicherer dem vorher zugestimmt oder es nachträglich zur Kenntnis genommen hat.

Der Versicherer kann sich nicht darauf berufen, dass die Anerkennung bzw. Erfüllung einer Forderung des Geschädigten durch den Versicherten oder ein damit verbundener Vergleich ihm gegenüber unwirksam ist, wenn die Forderung offensichtlich begründet ist.

Eine gerichtliche Verurteilung des Versicherten ist dem Versicherer gegenüber wirksam, wenn der Versicherer am Prozess teilgenommen, für die Vertretung des Versicherten gesorgt oder darauf verzichtet hat.

14. Befreiung

Der Versicherer ist von der Erbringung der in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Leistung befreit, wenn er nachweist, dass der Sachverhalt, der unter eine der in diesen Bedingungen vorgesehenen Befreiungsbestimmungen fällt, in ursächlichem Zusammenhang mit dem Schadenfall steht.

Der Versicherer wird von seiner Leistungspflicht befreit, wenn es nachweist, dass der Schaden rechtswidrig bzw. mit einem vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verhalten

- durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherten verursacht wurde;**
- durch einen mit dem Versicherungsnehmer oder dem Versicherten in einem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen, ihr zur Geschäftsführung berechtigtes Mitglied oder aber einen ihrer Angestellten oder Beauftragten, verursacht wurde; oder**
- durch eine Person mit Führungsaufgaben oder ein bzw. einen zur Verwaltung des versicherten Vermögensgegenstandes berechtigtes Mitglied bzw. berechtigten Arbeitnehmer oder Beauftragten der versicherten juristischen Person verursacht wurde.**

Die vorstehenden Bestimmungen sind auch auf die Verletzung der Pflicht zur Schadensvorbeugung und Schadensminderung anzuwenden.

Als grob fahrlässig im Sinne der Befreiung können insbesondere folgende Schäden angesehen werden:

- **wenn diese Tatsache durch eine Entscheidung eines Gerichts oder einer anderen Behörde festgestellt wurde;**
- **wenn der vom Geschädigten erlittene Schaden die Folge eines schwerwiegenden und/oder anhaltenden Verstoßes gegen die dem Versicherten behördlich oder vertraglich auferlegten Schadensvorbeugungsvorschriften ist;**
- **der Versicherte seine Tätigkeit ausübt, ohne die durch Gesetz oder andere zwingende Vorschriften vorgeschriebenen persönlichen und materiellen Voraussetzungen zu erfüllen, und dieser Umstand zum Schaden beigetragen haben kann;**
- **der Versicherte hat den Schaden in Ausübung seiner Tätigkeit ohne Genehmigung und/oder ohne Benachrichtigung oder in Überschreitung seiner Befugnisse oder Pflichten verursacht;**
- **der Schaden unmittelbar kausal durch den Rauschzustand des Versicherten (oder der in Ziffer 15.a,b,c genannten Personen) oder den Rausch durch ein berauschendes Mittel von mehr als 0,8 Promille Alkohol im Blut oder 0,5 mg/l Atemalkoholgehalt verursacht worden ist;**
- **der Schaden durch die unbefugte und/oder unange-**

meldete Ausübung einer genehmigungs- und/oder anzeigepflichtigen Tätigkeit oder durch eine Überschreitung der eigenen Befugnisse oder Pflichten verursacht wurde;

- der Schaden unter denselben Umständen wie der frühere Schaden eingetreten ist und der Versicherte es unterlassen hat, die erforderlichen Maßnahmen zur Schadensvermeidung zu ergreifen, obwohl er von der Behörde oder dem Versicherer schriftlich auf die Gefahr einer Wiederholung des Schadens hingewiesen wurde.

15. Ausschlüsse, nicht gedeckte Ereignisse

15.1. Die Haftpflichtversicherung bietet keinen Schutz für:

- a. Schadensfälle, die im Ausland (nicht innerhalb der Grenzen Ungarns) verursacht wurden und sich dort ereignet haben;
- b. Schäden, die durch eine andere Haftpflichtversicherung gedeckt sind;
- c. Schäden, die bei der Jagd auftreten und auf die Fähigkeit des Versicherten zurückzuführen sind, Jagdhunde zu halten;
- d. Schäden, die einem Angehörigen im Verantwortungsbereich zugefügt werden.

15.2. Die Unfallversicherung bietet keinen Schutz für:

- a. Ereignisse, die im ursächlichen Zusammenhang mit dem Zustand schwerer Trunkenheit des Versicherten stehen (Blutalkoholspiegel von 2,51 Promille oder mehr);
- b. Versicherungsfälle infolge des Konsums einer Droge oder eines berauschenden Mittels oder eines nicht ärztlich verordneten Arzneimittels oder infolge einer Bewusstseinsstörung oder eines Einsichtsverlustes;
- c. Ereignisse im Zusammenhang mit Selbstmord, Selbstverstümmelung oder versuchtem Selbstmord;
- d. Unfallkrankenhaustagegeld und unfallchirurgisches Krankenhaustagegeld bei krankheitsbedingtem Krankenhausaufenthalt für Versicherungsfälle;
- e. bei einem Knochenbruch, Knochenriss, wenn pathologische Knochenbrüche, Osteomyelitis, Osteoporose, Osteomalazie oder deren Komplikationen direkt oder indirekt zum Eintritt des Versicherungsfalles beigetragen haben können;
- f. wenn der Versicherte zu spät einen Arzt aufgesucht hat und die Verletzung daher nicht durch Medikamente, sondern nur durch einen chirurgischen Eingriff bekämpft werden konnte oder einen Krankenhausaufenthalt erforderte, und der Versicherungsfall nicht der Tod ist;
- g. Versicherungsfälle im Zusammenhang mit psychischen Störungen und Verhaltensstörungen;
- h. der Versicherer keinen Versicherungsschutz für den Unfalltod infolge von Herzinfarkten, Epilepsie und Schlaganfällen zusätzlich zu den in Ziffer 16.2. genannten Fällen bietet;
- i. Körperteile oder Organe, die aus irgendeinem Grund vor dem den Versicherungsfall auslösenden Unfall beschädigt, verstümmelt, unversehrt oder in ihrer Funktion beeinträchtigt waren, sind von der Versicherung ausgeschlossen.

16. Sonstige Bestimmungen

Erstattungsansprüche

Der Versicherer kann bei einem Unfallereignis keinen

Erstattungsanspruch gegen den Versicherten, der den Schaden verursacht hat, und bei einem Haftpflichtereignis keinen Erstattungsanspruch gegen den Versicherten, der den Schaden verursacht hat, geltend machen.

Strafklausel

Der Versicherer ist nicht verpflichtet, im Rahmen dieses Versicherungsvertrags Versicherungsschutz zu gewähren oder eine Leistung zu erbringen oder eine Entschädigung zu verweigern, wenn die Erbringung einer solchen Leistung oder die Zahlung einer Entschädigung einer Sanktion, einem Verbot oder einer Beschränkung unterliegt, die durch einen Beschluss der Vereinten Nationen und/oder eine Wirtschafts- oder Handelssanktion der Europäischen Union, Frankreichs, der Vereinigten Staaten von Amerika oder durch nationale Rechtsvorschriften verhängt wurde.

Verjährungsfrist

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren fünf Jahre nach Fälligkeit.

17. Schlussbestimmungen

17.1. Auf einen Versicherungsvertrag, der sich aus diesen Bedingungen ergibt, ist ungarisches Recht anwendbar. In Angelegenheiten, die nicht durch diese Bedingungen und den Versicherungsvertrag abgedeckt sind, gelten das Gesetz Nr. V von 2013 über das Bürgerliche Gesetzbuch und die geltenden ungarischen Rechtsvorschriften.

17.2. Informationen über den Grundsatz und die Praxis der Verarbeitung personenbezogener Daten, die Kontaktdaten des Versicherers (Postanschrift, Telefonnummer, Internetadresse), seine Aufsichtsbehörde und die Verfahren zum Schutz der Verbraucher bei Versicherungsverträgen sind in einem gesonderten Dokument mit dem Titel „Was muss man beachten“ enthalten, das Teil dieser Bedingungen ist.

18. Abweichung von den bisherigen Bedingungen und der üblichen Vertragspraxis

Die Bedingungen für die Befreiung, die Einschränkung der Leistungen des Versicherers und die Ausschlüsse im Versicherungsvertrag sind in diesen allgemeinen Bedingungen fett gedruckt.

Bitte beachten Sie, dass diese Bedingung von der früher von der Groupama Biztosító Zrt. angewandten Bedingung abweicht, da sie vom Versicherer wie folgt geändert wurde:

- Die Zielpersonen des Vertrags wurden präzisiert;
- Im Falle einer Haftpflichtversicherung wurde die Deckung des Schmerzensgeldes festgelegt;
- Die Dauer des Versicherungsvertrags, der räumliche Geltungsbereich, das Versicherungsjahrestag und die Versicherungsperiode wurden festgelegt;
- Die Regeln für die Haftung wurden festgelegt;
- Die Versicherungssummen wurden festgelegt;
- Die Regeln für die Prämien und die Prämienzahlung wurden festgelegt;
- Die Leistung des Versicherers wurde präzisiert;
- Die spezifischen Pflichten der Vertragsparteien wurden festgelegt;
- Der Versicherer kann die Prämie anpassen, wenn sich das Risiko erheblich erhöht;
- Ausschlüsse und Befreiungen wurden ergänzt;
- Die Verjährungsfrist wurde festgelegt.



**GB929 TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD
Y ACCIDENTES DE CAZADORES E INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

Índice de Materias

1. Sujetos del contrato de seguro	2
1.1. Asegurador	2
1.2. Contratante	2
1.2.1. Consumidor	2
1.2.2. Empresa	2
1.3. Asegurado	2
1.4. Dañado	2
1.5. Beneficiario	2
2. Evento de seguro	2
2.1. Seguro de responsabilidad	2
2.2. Seguro de accidentes	2
3. Conclusión y celebración del contrato de seguro	2
3.1. Conclusión del contrato	2
4. La duración del contrato de seguro, su ámbito territorial, el aniversario del seguro y el periodo del seguro	2
4.1. La duración del contrato de seguro	2
4.2. El aniversario del seguro	3
4.3. El periodo del seguro	3
5. Inicio, duración y ámbito territorial de la asunción de riesgos	3
5.1. Inicio y fin de la asunción de riesgos	3
5.2. Duración de la asunción de riesgos	3
5.3. El ámbito territorial de la asunción de riesgos	3
6. Modificación del contrato de seguro	3
7. Aumento significativo del riesgo de seguros	3
8. Casos de cesación del contrato de seguro	3
9. Prima de seguro, reglas de pago de la prima	3
9.1. Cuota de seguro	3
10. La suma asegurada (límite de indemnización)	3
10.1. La suma asegurada (límite de indemnización), reglas de reposición	3
10.2. Las sumas aseguradas	3
11. Contribución propia	3
12. Servicio del Asegurador	3
12.1. En caso de seguro de responsabilidad	3
12.2. En caso de seguro de accidentes	4
13. Obligaciones especiales de las partes contratantes	5
13.1. Obligaciones del Asegurado, contratante	5
13.1.1. Obligación de facilitar información	5
13.1.2. Obligación de denuncia y notificar cambios	5
13.1.3. Obligación de prevención y compensación de daños	5
13.1.4. Obligación de anunciar daños	6
13.1.5. Documentos necesarios para anunciar daños	6
13.1.6. Obligación de pagar tasas	6
13.2. Obligaciones del Asegurador	6
13.2.1. Obligación de facilitar información	6
13.2.2. Obligación de servicio	7
13.3. Vigor del reconocimiento, ejecución y acuerdo por parte del Asegurado, en el caso de un seguro de responsabilidad frente al Asegurador	7
14. Eximición	7
15. Exclusiones, eventos no cubiertos	7
16. Otras disposiciones	8
17. Disposiciones finales	8
18. Desviación de las condiciones aplicadas anteriormente y la práctica contractual estándar	8

Groupama Biztosító Zrt. – 1146 Budapest, Erzsébet királyné útja 1/C
Nyomtatvány szám: 13999RTES – Hatályos 2021. január 1-jétől visszavonásig.

Los términos y condiciones del seguro y la información del cliente de este seguro (en adelante: términos y condiciones del seguro) de responsabilidad y accidentes de cazadores (en adelante: seguro) contienen las disposiciones basadas en el acuerdo celebrado entre la Cámara Nacional de Caza de Hungría y Groupama Biztosító Zrt. (en adelante: contrato de seguro colectivo) que – a falta de cláusula contractual - se aplicará a los contratos de seguro de responsabilidad civil y accidentes por caza (en adelante: contrato de seguro) de Groupama Biztosító Zrt. (en adelante, la compañía de seguros), siempre que el contrato de seguro haya sido celebrado con referencia a las presentes condiciones.

De acuerdo con los términos y condiciones del seguro n, el asegurador está obligado a proporcionar cobertura para el riesgo especificado en los términos y condiciones del seguro y a proporcionar el servicio especificado en los términos y condiciones del seguro en caso de que ocurra un evento asegurado después de que la asunción de riesgos se haya comenzado. La parte contratante con el asegurador está obligada a pagar una tasa.

De acuerdo con lo dispuesto en los términos y condiciones del seguro relativas al seguro de responsabilidad civil, el asegurado podrá exigir al asegurador que lo indemnice en la medida y en la forma que se especifique en el contrato de la indemnización de los daños de los que sea legalmente responsable.

De acuerdo con lo dispuesto en los términos y condiciones del seguro relativas al seguro de accidentes, el asegurador se compromete a pagar la suma asegurada o anualidad especificada en el contrato o prestar otros servicios especificados en el contrato, en particular en caso de fallecimiento, daños a la salud o incapacidad por accidente asegurado.

El contrato de seguro, la declaración del asegurado, las declaraciones relacionadas con el contrato, los términos y condiciones del seguro y la información del cliente contienen todos los términos del acuerdo entre las partes, por lo que los acuerdos y declaraciones anteriores son nulos y no forman parte de este contrato.

1. Sujetos del contrato de seguro

Los sujetos de un contrato de seguro colectivo son el contratante, el asegurado, el beneficiario y el asegurador.

1.1. Asegurador

El Groupama Biztosító Zrt., que asume el riesgo del seguro contra la prima del seguro y se compromete a prestar el servicio de seguro en caso de que se produzcan los hechos asegurados especificados en las presentes condiciones del seguro.

Los detalles más importantes del Asegurador:

Nombre: Groupama Biztosító Zrt.

Sede: Hungría, 1146 Budapest, Erzsébet királyné útja 1/C

Dirección de envío: 1380 Budapest, Pf. 1049

Forma jurídica: sociedad de responsabilidad limitada (fundado 1987)

Número de registro de la empresa: Cg. 01-10-041071

Nuestra empresa se encuentra inscrita en el Juzgado de Registro del Juzgado Metropolitano.

1.2. Contratante

Una persona que, sobre la base de una relación patrimonial o jurídica con una persona, tiene interés en evitar un evento asegurado o contrata un seguro en beneficio de dicha persona (asegurado). Un contrato de seguro celebrado a pesar de esta disposición es nulo. El asegurado está obligado a pagar la prima, el asegurador gestiona las declaraciones legales y el asegurado también está obligado a realizar las declaraciones.

1.2.1. Consumidor

Un consumidor es una persona física que actúa fuera de su profesión, trabajo por cuenta propia o negocio.

1.2.2. Empresa

Una empresa es una persona que actúa en el ejercicio de su profesión, trabajo por cuenta propia o negocio.

1.3. Asegurado

De acuerdo con estos términos y condiciones del seguro, el Asegurado solo

puede ser una persona física con licencia de caza o una persona jurídica (empresa de caza) en calidad de cazador.

Si el contrato no fue celebrado por el asegurado, el asegurado podrá ingresar en el contrato mediante una declaración escrita dirigida al asegurador. No se requiere el consentimiento del asegurador para ingresar. Al ingresar, todos los derechos y obligaciones del asegurado pasan al asegurado.

Si el asegurado ingresa en el contrato, el participante es solidariamente responsable con el contratante del pago de las primas de seguro adeudadas durante el período de seguro actual. El asegurado que ingresa en el contrato está obligado a reembolsar al contratante los costos incurridos por el contrato, incluida la prima del seguro.

1.4. Dañado

En el caso del seguro de responsabilidad civil, la persona a quien el asegurado causa daño por la conducta del lesivo ilícito y reprochable.

1.5. Beneficiario

En el caso del seguro de accidentes, el beneficiario es la persona con derecho al servicio del asegurador. El beneficiario de este seguro es el heredero (s) del asegurado en caso de muerte accidental del asegurado, y el asegurado en caso de todos los demás hechos asegurados.

2. Evento de seguro

2.1. Seguro de responsabilidad

De acuerdo con estos términos y condiciones, el evento asegurado es el daño a la propiedad y las lesiones personales causadas a otra persona en el territorio de Hungría durante el período del contrato por el Asegurado, en calidad de cazador, durante la caza armada, para cuyo reembolso el asegurado es responsable de acuerdo con las normas de la ley húngara y que no están incluidos en las exclusiones, eventos no cubiertos.

También se consideran suceso asegurado las multas y/u obligaciones de indemnización impuestas al Asegurado por la matanza accidental (negligente) de animales declarados protegidos por la autoridad.

En caso de evento asegurado, el asegurador también reembolsará la indemnización derivada de la violación del derecho a la vida, integridad física y salud en relación con el evento asegurado.

2.2. Seguro de accidentes

Accidente contra la voluntad del Asegurado, impacto externo brusco, como consecuencia del cual el Asegurado fallece dentro de un año desde su ocurrencia, o dentro de 2 años de incapacidad permanente para el trabajo, daño permanente a la salud (invalidéz) y/o temporal inmediato lesión.

De acuerdo con estos términos y condiciones, la cobertura del seguro de accidentes solo cubre los accidentes registrados en el territorio de Hungría durante la caza armada organizada por la empresa de caza u otro organizador de caza, o durante la caza individual del asegurado durante las actividades de caza y gestión de la caza de la empresa de caza.

3. Conclusión y celebración del contrato de seguro

3.1. Conclusión del contrato

El Asegurado podrá iniciar la conclusión de la relación jurídica pertinente con el Asegurado (en adelante, el contrato de seguro) mediante la compra de un sello de caza disponible en la cámara de caza territorialmente competente. El asegurador emite un sello de caza al concluir el contrato de seguro, que se concluye en el momento de la compra del sello de caza.

4. La duración del contrato de seguro, su ámbito territorial, el aniversario del seguro y el período del seguro

4.1. La duración del contrato de seguro

El contrato de seguro se concluye por un período definido. La vigencia del

contrato de seguro comenzará a partir de las 0 horas del día siguiente a la fecha de compra del sello de cazador, pero finalizará el 1 de marzo de 2021 y el 28 de febrero de 2022 como muy pronto.

4.2. El aniversario del seguro

El contrato de seguro tiene plazo fijo, por lo que no se aplican aniversario

4.3. El período del seguro

El período de seguro es el período para el cual el asegurador calcula la prima del seguro y por el cual el contratante está obligado a pagar la prima del seguro.

El período de seguro es el mismo que la duración del contrato de seguro.

5. Inicio, duración y ámbito territorial de la asunción de riesgos

5.1. Inicio y fin de la asunción de riesgos

La asunción de riesgos por parte del asegurador comenzará a las 0 a.m. del día siguiente a la compra del sello del cazador, pero no comenzará antes del 1 de marzo de 2021 y finalizará el 28 de febrero de 2022.

5.2. Duración de la asunción de riesgos

La duración de la asunción del riesgo es de un año, que es el período entre el comienzo de la asunción del riesgo y el final de la asunción del riesgo, durante el cual el asegurador asume el riesgo. En caso de seguro de responsabilidad la asunción de riesgos del asegurador cubre los daños causados durante el período de asunción del riesgo, a más tardar 30 días después de la terminación del contrato de seguro, ocurriendo el evento asegurado dentro de 1 año desde el accidente en caso de seguro de accidentes.

5.3. El ámbito territorial de la asunción de riesgos

La cobertura de riesgo del asegurador cubre solo los daños y accidentes causados y ocurridos dentro del territorio de Hungría.

6. Modificación del contrato de seguro

El contrato de seguro no puede modificarse durante la vigencia del contrato.

7. Aumento significativo del riesgo de seguros

Si el asegurador tiene conocimiento de circunstancias significativas que afectan el contrato o sus cambios después de la celebración del contrato y estas circunstancias dan como resultado un aumento significativo en el riesgo del seguro, puede proponer una enmienda al contrato o rescindir el contrato por escrito dentro de los 15 días de tomar conciencia de ello.

Si la parte contratante no acepta la enmienda propuesta o no responde a ella dentro de los 15 días siguientes a su recepción, el contrato terminará al trigésimo día después de la comunicación de la enmienda propuesta, si el asegurador llama la atención de la parte contratante sobre esta consecuencia al hacer la enmienda propuesta.

8. Casos de cesación del contrato de seguro

El contrato de seguro se resuelve con respecto al asegurado en los siguientes casos:

- a. a la expiración del plazo del contrato de seguro;
- b. si el asegurado deja de pertenecer al grupo de asegurados;
- c. en caso de fallecimiento del asegurado (es decir el fallecimiento accidental), en el momento del fallecimiento del asegurado;
- d. si el contrato de seguro colectivo se resuelve, en el momento de su rescisión.

9. Prima de seguro, reglas de pago de la prima

9.1. Cuota de seguro

La prima del seguro es una prima única que debe pagarse

adelantadamente en una suma total para todo el período de seguro cuando se establece la relación jurídica del asegurado.

El monto de la prima del seguro:

- En el caso básico: 1 000,- Ft/asegurado/período de seguro;
 - En el caso de tarifa aumentada: 2 000,- Ft/asegurado/período de seguro.
- El pago de las primas del seguro puede iniciarse en la Cámara Nacional de Caza de Hungría.

La prima del seguro no se puede modificar durante el período del seguro.

10. La suma asegurada (límite de indemnización)

10.1. La suma asegurada (límite de indemnización), reglas de reposición

La suma asegurada válida al ocurrir el evento asegurado (límite de indemnización) es el límite superior de la obligación de servicio del asegurador.

El límite de indemnización por siniestro es el monto más alto que indemnizará el asegurador en relación con un siniestro asegurado.

El límite de indemnización establecido para el período de seguro es la cantidad máxima que el asegurador puede reembolsar en total durante un período de seguro.

10.2. Las sumas aseguradas

En caso de seguro de responsabilidad (límite de indemnización):

En el caso básico: 12.000.000,- Ft por siniestro y por período de seguro y por asegurado

En el caso de tarifa aumentada: 18.000.000,- Ft por siniestro y por período de seguro y por asegurado

En caso de seguro de accidentes: Las sumas aseguradas por el seguro de accidentes se establecen en el apartado 13.2. incluido

La suma asegurada por un período de seguro determinado (límite de indemnización) se reduce a la cantidad pagada por un hecho asegurado ocurrido en el mismo período de seguro, salvo que el contratante de seguro complementemente debidamente la prima.

La suma asegurada podrá ser reducida por el asegurador si se ha comunicado al contratante del seguro por escrito a más tardar al mismo tiempo que se realiza la prestación del servicio y se comunica la tasa de reposición. Si el contratante no ejerce el derecho a reponer el margen, el contrato permanecerá en vigor con el límite de indemnización reducido por el monto pagado por el período de seguro vigente.

11. Contribución propia

El asegurador no utiliza contribución propia.

12. Servicio del Asegurador

12.1. En caso de seguro de responsabilidad

El asegurador utilizará siempre los siguientes términos, salvo pacto en contrario, con los significados que se establecen a continuación:

Daño por lesiones personales: si el dañado muere, sufre daños a la salud o lesiones corporales.

Daños a la propiedad: destrucción, ruina, pérdida, daño, depreciación de alguna propiedad. Las cosas son todos los objetos físicos de los que se puede tomar posesión, incluidos el dinero y los valores.

El asegurador indemnizará a la parte lesionada por los daños ocasionados en relación con el evento asegurado hasta el monto del límite de indemnización, por el cual el asegurado es responsable de acuerdo con las normas de la ley húngara, así:

- en el caso de daño a la propiedad y lesiones personales, la depreciación de la propiedad del lesionado debido a la circunstancia lesiva, así como los costos necesarios para eliminar el daño a la propiedad sufrido por el lesionado, o la pérdida de ingresos del lesionado individual en caso de daños por lesiones personales;
- en caso de daños por lesiones personales, la tarifa por lesiones cobrada al asegurado;
- intereses por demora en la reclamación por daños o perjuicios, salvo

que los intereses por demora se deban al cumplimiento tardío de la obligación de informar de los daños;

- los costos de los procedimientos legales incurridos en relación con el evento asegurado, los honorarios de un abogado que brinde representación legal al asegurado, o los costos de un perito solicitado para determinar la base legal o el monto, si estos se incurrieron con la aprobación previa por escrito u orientación del asegurador;
- reclamaciones de seguridad social contra el asegurado;
- y certificados en el ámbito de la indemnización y reparación. Los costos incluidos en la indemnización y reparación son reembolsados por el asegurador incluso si no dieron lugar a un resultado;
- en el caso de daños por lesiones personales, además de lo anterior, el asegurador también indemnizará los daños a la propiedad incurridos en relación con la lesión personal de la parte lesionada, los gastos de propiedad relacionados con la condición de la parte lesionada y la justificación médica. gastos de propiedad. La justificación de los gastos patrimoniales relacionados con la condición de la persona lesionada la determina el perito médico del asegurador.

Para efectos de aplicar este término de seguro:

- a fecha en que se causó el daño es el día en que ocurrió el hecho que causó el daño. Si el daño ocurre por defecto, la fecha del daño es el día en que la falla podría haberse subsanado sin que ocurriera el daño;
- en el caso de daños en serie, la fecha del daño es la fecha del primer acto que provocó el daño en serie;
- la fecha en que se produjo el daño es la fecha en que vence la obligación del asegurado de pagar la indemnización;
- en el caso de lesiones personales, la fecha en la que ocurrió el daño:
 - en caso de fallecimiento, cuando ha ocurrido el fallecimiento;
 - en el caso de lesiones corporales, la fecha de la lesión, incluso si la persona lesionada muere como resultado de la lesión corporal, dentro de un año de su ocurrencia;
 - en caso de daño a la salud, la fecha del daño;
 - en caso de deterioro de la salud (lesiones personales lentas) – en caso de disputa – cuando el médico estableció por primera vez el daño a la salud.
- en el caso de daño a la propiedad, la fecha en que ocurrió el daño es la fecha del daño;
- en caso de violación del derecho a la privacidad, la salud, la integridad física y la vida en relación con el evento asegurado, la fecha de ocurrencia de la lesión coincide con la fecha de ocurrencia del daño;
- la fecha de ocurrencia del daño de la serie la fecha del primero de los eventos de daño de la serie;
- la fecha de notificación del daño es el día en que el asegurado ha notificado al asegurador la ocurrencia del daño de acuerdo con lo establecido en la obligación de informar del daño.

Si otros hechos dañinos distintos del asegurado pueden haber contribuido a la ocurrencia del daño, el asegurador indemnizará el daño solo en la porción y en la medida en que sea consecuencia del suceso asegurado.

Al producirse el evento asegurado, el Asegurador indemnizará los daños hasta el límite o límites de indemnización vigentes en el momento del daño, teniendo en cuenta lo dispuesto en los presentes términos y condiciones del seguro.

La obligación del asegurador de cumplir con respecto al evento asegurado se extiende al límite de indemnización válido en el momento del daño, pero no más que al límite de indemnización válido para el período de seguro dado.

12.2. En caso de seguro de accidentes

En el marco del seguro, el Asegurador se compromete a prestar los siguientes servicios en caso de los accidentes especificados en la cláusula 2.2:

- en caso de muerte accidental, el pago de 600.000 HUF (es decir, seiscientos mil HUF) en una sola cantidad; En caso de la tarifa aumentada, el pago de 1.200.000 HUF;
- 500.000 HUF (es decir, quinientos mil HUF) en caso de **invalidez accidental**, en caso de invalidez del 100%, y la proporción de la suma asegurada en proporción al grado de invalidez en caso de invalidez del

10-99%; En caso de la tarifa aumentada, 1.000.000 HUF de servicio en caso de invalidez del 100% y la proporción de la suma asegurada en proporción al grado de invalidez en caso de invalidez del 10-99%;

- servicio de apoyo para la recuperación por única vez de 30.000 HUF (es decir, 30.000 HUF) en caso de **fractura ósea, fisura ósea** o discapacidad por debajo del 10%; En caso de la tarifa aumentada, servicio de recuperación de 60.000 HUF;
- en caso de **indemnización hospitalaria diaria accidental**: indemnización de 2.000 HUF / día. Sin contribución propia, límite máximo de reembolso: máximo 15 días. En caso de la tarifa aumentada 4000 HUF / día. Sin deducible, límite máximo de reembolso: máximo 15 días.

Muerte accidental

Un evento asegurado es la muerte del asegurado debido a un accidente durante la vigencia del seguro, si la muerte se produjo dentro de un año a partir de la fecha del accidente.

Discapacidad accidental

Un evento asegurado es una invalidez accidental del asegurado dentro de la vigencia del seguro y dentro de un máximo de dos años a partir de la fecha del accidente.

Fractura ósea, fisura ósea

Un evento asegurado es una fractura o fisura ósea accidental que ocurrió durante el período de la asunción de riesgo. Fractura ósea, fisura ósea: un efecto mecánico externo que da como resultado

la continuidad del hueso se interrumpe total o parcialmente. En el caso de una fractura de diente, una fractura de diente vivo se considera una fractura de hueso.

Asignación diaria hospitalaria de accidentes

Un evento asegurado es la atención hospitalaria médicamente justificada (atención hospitalaria) dentro del período de la asunción de riesgo debido al accidente asegurado, si la atención hospitalaria está relacionada causalmente con el accidente durante el período de la asunción de riesgo y la estancia hospitalaria excede las 24 horas.

Hospital: Licenciado por la autoridad sanitaria o registrado como tal:

- hospitales, clínicas bajo control y supervisión médica especialista permanente;
 - hospitales operativos;
 - hospitales de cuerpos armados;
 - cualquier otra institución médica reconocida por la autoridad sanitaria competente a la que el médico remita al asegurado.
- En particular, no se considerarán hospitales a los efectos de los contratos adjudicados en estas condiciones:
- institutos médicos y sanatorios reservados para pacientes pulmonares;
 - instituciones médicas y de atención para personas con enfermedades crónicas incurables;
 - balnearios y sanatorios de cuidados posteriores;
 - hogares sociales para ancianos y sus salas de pacientes;
 - balnearios y otras instalaciones médicas;
 - Instituciones médicas y asistenciales para pacientes neurológicos y mentales.

En caso de fallecimiento por accidente y ocurrido en el plazo de un año desde la fecha del siniestro, el Asegurador abonará la suma asegurada en caso de fallecimiento accidental.

El Asegurador deduce de la suma asegurada en caso de fallecimiento accidental la cantidad ya abonada por invalidez derivada del mismo accidente. Si la cantidad de servicios pagados por discapacidad accidental excede la cantidad de servicios por muerte accidental, el Asegurador no podrá reclamar ningún pago adicional.

Dentro de los dos años posteriores al accidente, en caso de invalidez permanente del 10% o más como consecuencia del accidente, el Asegurador abonará el monto especificado en el contrato, igual al grado de invalidez, por lo que no más del 100% de la suma asegurada.

Se suma el alcance de las lesiones accidentales permanentes (grados de discapacidad) que resultan de accidentes ocurridos durante la vigencia del contrato.

En el caso de lesiones derivadas de diversos accidentes ocurridos durante el año asegurado, pero que causen invalidez que afecte sus consecuencias, el

Asegurador prestará servicios para la lesión con las consecuencias más graves mediante la reducción del monto a pagar por el servicio ya prestado por lesiones menores.

La atención hospitalaria puede ser única o interrumpida.

Si el seguro se rescinde durante el periodo de atención hospitalaria accidental, el asegurador deberá prestar el servicio por un periodo que no exceda la fecha de terminación, incluso si la atención hospitalaria termina después de la terminación del contrato de seguro.

El asegurador no aplica un periodo de espera.

El grado de discapacidad debe determinarse de acuerdo con la tabla siguiente.

Daños en partes del cuerpo	Grado de discapacidad
pérdida total de una extremidad superior de la articulación del hombro o incapacidad total	70%
pérdida total de una extremidad superior por encima de la articulación del codo o incapacidad total	65%
una extremidad superior está completa debajo de la articulación del codo pérdida o incapacidad y pérdida total o incapacidad de una mano	60%
pérdida total o inoperabilidad de un pulgar	20%
pérdida completa o inoperabilidad de un dedo Índice	10%
pérdida total o incapacidad de cualquier otro dedo	5%
pérdida total o incapacidad de una extremidad inferior por encima de la mitad del muslo	70%
pérdida completa o incapacidad de una extremidad inferior hasta la mitad del muslo	60%
pérdida de una extremidad inferior a la mitad de la pierna o pérdida completa o inoperabilidad de una de las piernas	50%
pérdida de un pie a la altura del tobillo o inoperabilidad total	30%
pérdida total o incapacidad de un dedo gordo del pie	5%
pérdida total o incapacidad de cualquier otro dedo del pie	2%
pérdida total de visión en ambos ojos	100%
pérdida total de visión en un ojo	35%
si el Asegurado ha perdido la vista del otro ojo antes del evento asegurado	65%
pérdida total de audición en ambos oídos	60%
pérdida total de audición en un oído	15%
si el Asegurado ya ha perdido la audición del otro oído antes del evento asegurado	45%
pérdida total del habla	60%
pérdida total del sentido del olfato	10%
pérdida total del gusto	5%

La discapacidad permanente y su extensión son determinadas por el médico del Asegurador. Durante la evaluación, la decisión del médico del Asegurador y el servicio del Asegurador son independientes del procedimiento de seguridad social y su resultado.

En caso de pérdida parcial o daño de los órganos sensoriales o partes del cuerpo enumerados en la tabla, el médico del Asegurador determinará el grado de discapacidad en consecuencia.

En el caso de pérdida parcial de la función sensorial, el servicio podrá definirse como un máximo del 75% del grado de discapacidad correspondiente.

Si el grado de discapacidad no se puede determinar a partir de la tabla, lo determinará el médico del Asegurador.

En caso de lesiones múltiples derivadas de un accidente, la tabla de invalidez y los porcentajes resultantes de los apartados (5), (6) y (7) se sumarán durante la prestación del servicio. El límite superior del servicio de seguro en el caso de servicio de invalidez por accidente es la suma asegurada en virtud del contrato.

Si no se puede determinar el grado de discapacidad permanente, tanto el Asegurado como el Asegurador tienen derecho a solicitar una

redeterminación del grado de discapacidad anualmente y a determinar la fecha del cambio.

Si la redeterminación da como resultado un servicio de invalidez superior al ya proporcionado por el Asegurador:

- El Asegurado tiene derecho al servicio adicional, y
- después del servicio adicional, el interés especificado en la ley desde la fecha del cambio que dio lugar al servicio adicional.

En caso de fallecimiento del Asegurado:

- si se produce dentro de un año del accidente como consecuencia del mismo accidente, no se puede prestar el servicio de invalidez;
- si se produce con posterioridad al siniestro, dentro del plazo de prescripción, por causas ajenas al siniestro y no se ha determinado el grado final de invalidez, pero el Asegurador reconoce la obligación de prestar servicios de invalidez, el grado de invalidez permanente según el último Servicio de reconocimiento médico por invalidez para los herederos del Asegurado.

Una vez determinado el grado final de invalidez, el importe del anticipo de invalidez accidental y el importe de la indemnización pagada por lesión permanente por invalidez inferior al 10% se deducirán del importe del seguro de invalidez accidental a pagar durante el periodo.

El Asegurador pagará la suma asegurada especificada en el contrato (incluso una vez en el caso de varias lesiones transitorias del Asegurado por un evento) inmediatamente después de la evaluación del siniestro, si el Asegurado está menos del 10% discapacitado o fracturado debido a un accidente que cumple los criterios, o sufre una fractura o fisura ósea.

13. Obligaciones especiales de las partes contratantes

13.1. Obligaciones del Asegurado, contratante

13.1.1. Obligación de facilitar información

Si el contrato no fuera celebrado por el asegurado, el contratante informará al asegurado de las declaraciones que le sean dirigidas y de los cambios en el contrato antes de la entrada del asegurado.

13.1.2. Obligación de denuncia y notificar cambios

El contratante está obligado a informar al asegurador en el momento de la celebración del contrato de todas las circunstancias relevantes para la contratación del seguro que él conocía o debería haber conocido. Al proporcionar respuestas veraces a las preguntas escritas del asegurador, se cumple con la obligación del contratante de proporcionar información. Dejar preguntas sin respuesta no constituye en sí mismo un incumplimiento de la obligación de proporcionar información.

A solicitud del asegurador, el contratante (asegurado) está obligado a entregar al asegurador los documentos, contratos y decisiones oficiales que sean significativos para el riesgo del asegurador y el contrato, en cumplimiento de las normas de secreto y protección de datos.

La parte contratante deberá notificar por escrito al asegurador cualquier cambio en las circunstancias materiales dentro de los 15 días posteriores a su conocimiento.

En caso de incumplimiento de la obligación de notificar o anunciar un cambio, la obligación del asegurador no se aplica, a menos que el contratante demuestre que la circunstancia era conocida por el asegurador al momento de concluir el contrato o no contribuyó a la ocurrencia del evento asegurado.

La obligación de notificar y anunciar el cambio corresponderá tanto al contratante como al asegurado; Ninguno de ellos podrá basarse en una circunstancia que ninguno de los dos haya comunicado al asegurador, aun cuando debiera haberlo sabido y se le hubiera exigido que lo hiciera.

13.1.3. Obligación de prevención y compensación de daños

Para evitar daños, la parte contratante y el asegurado deben comportarse de una manera que normalmente se puede esperar en una situación determinada. Este requisito de previsibilidad también debe imponerse en el caso de que el contrato regule las tareas de prevención de daños del contratante y del asegurado, prescriba los medios y procedimientos encaminados a prevenir o mitigar el daño.

El contratante y el asegurado están obligados a mitigar el daño de acuerdo

con la normativa del asegurador y las instrucciones dadas en el momento de la ocurrencia del evento de daño, o de acuerdo con los requisitos del comportamiento normalmente esperado en la situación dada.

Los costes necesarios de la indemnización corren a cargo del asegurador dentro de los límites de la suma asegurada, incluso si la indemnización no dio lugar a un resultado.

Al detectar el evento de daño, el contratante (asegurado) está obligado a notificar a la ambulancia de inmediato en caso de lesiones personales, si hay una sospecha de un delito, está obligado a informarlo a la autoridad policial de inmediato y adjuntar una copia del anuncio o denuncia al informe de daños.

El asegurado está obligado a mantener su arma en buen estado, a cuidar de su mantenimiento y a eliminar cualquier error, deficiencia o desperfecto de forma inmediata.

Además de los enumerados en este apartado, el contratante y el asegurado están obligados a mitigar el daño de acuerdo con los requisitos de la conducta normalmente esperada en la situación dada.

13.1.4. Obligación de anunciar daños

El asegurado deberá notificar al asegurador por escrito de la ocurrencia del evento asegurado, o si tiene conocimiento de alguna circunstancia que pueda dar lugar a dicha reclamación o la ejecución de la reclamación relacionada dentro de los 30 días siguientes a su ocurrencia o conocimiento del mismo, debe proporcionar la información necesaria, y debe ser posible verificar el contenido de la notificación y la información.

La obligación del asegurador no se cumplirá si el contratante o el asegurado incumplen las obligaciones previstas en el párrafo anterior y, en consecuencia, no se hayan revelado las circunstancias relevantes para la evaluación de la obligación de servicio del asegurador.

El contratante/asegurado puede presentar una reclamación en uno de los siguientes contactos:

Groupama Biztosító, Szolgálatási Szakterület, Specialis Kárrendezési Csoport [Especialización en servicios, Grupo de reclamaciones especiales], teléfono: +36 1 462-3541, buzón técnico: vadaszkar@groupama.hu

13.1.5. Documentos necesarios para anunciar daños

Para cumplir con su obligación de pago, el asegurador podrá solicitar la presentación de los siguientes documentos, teniendo en cuenta las circunstancias del caso, la carga de la prueba y la exigencia del debido ejercicio del derecho:

En caso de seguro de accidentes:

- un formulario de reclamación establecido por el asegurador con el mismo contenido, cumplimentado y firmado (en la notificación del evento, describiendo en detalle las circunstancias, donde, cuándo, qué evento ocurrió, cosa/persona dañada, solicitud de servicio por escrito cuantificada apoyado por datos);
- documentos que demuestren el cumplimiento de las condiciones prescritas por el contrato de seguro (por ejemplo, una copia de un boleto de caza o licencia de caza) y documentos necesarios para aclarar las circunstancias y consecuencias del evento asegurado (por ejemplo, una declaración del asegurado y otra persona que tenga conocimiento de el hecho asegurado copia del acta que lo contenga);
- si se han incoado procedimientos policiales, administrativos u otros procedimientos oficiales en relación con el hecho asegurado o la circunstancia en la que se basa, los documentos elaborados durante el proceso o que formen parte del mismo (resolución firme en procesos penales y por infracción únicamente si está disponible en el momento de reclamar o resolver el reclamo);
- documentos médicos del asegurado o accidentado relacionados con el hecho asegurado y datos del historial médico: documentos generados por médicos domiciliarios u ocupacionales, atención ambulatoria y hospitalaria, documentos que acrediten el uso de medicamentos;
- documentos que contengan datos del asegurado o lesionado relacionados con el hecho asegurado o la circunstancia en la que se gestiona, gestionados por el organismo de seguridad social u otra persona u organización (en base al poder requerido para renunciar a la confidencialidad y solicitar información);

- en el caso de documentos, facturas, documentos contables, dictámenes periciales, actas, fotografías, contratos, documentación en lengua extranjera necesaria para tomar la decisión sobre el tema de la reclamación de indemnización (servicio), su traducción al húngaro, el coste de que correrá a cargo del reclamante;

- documentos adecuados para acreditar los costos incurridos durante la utilización de los medios y recursos utilizados para el rescate, prevención y mitigación de daños en relación con el evento asegurado.

Fuera de lo anterior, el asegurador puede solicitar la presentación de solo aquellos documentos que sean necesarios para la evaluación de la base legal y la determinación del alcance del servicio de seguro realizado en los términos y condiciones del seguro.

El asegurador podrá consultar los documentos adjuntos para la valoración del reclamo de indemnización (servicio), o podrá obtener y solicitar otros documentos relacionados con la valoración del siniestro declarado.

Además de los documentos enumerados, el asegurado o el perjudicado tiene derecho a acreditar los daños y gastos con otros documentos de acuerdo con las reglas generales de prueba para hacer valer su reclamación.

El asegurado está obligado a proporcionar la información necesaria para la liquidación del siniestro, para asistir al asegurador en la determinación del monto del daño causado, en la liquidación del daño y en la eliminación de reclamaciones injustificadas.

El asegurado está obligado a permitir que el perito del asegurador examine la causa del daño, las circunstancias y alcance de su ocurrencia, y el alcance de la indemnización cobrada al asegurado.

En caso de seguro de accidentes:

- un informe escrito del daño que indique la causa, el alcance y la fecha del daño;
- documentos que certifiquen la causa y el alcance del daño;
- una solicitud por escrito cuantificada de un servicio respaldado por datos;
- el alcance del daño material que ha ocurrido - también incluye documentos que certifiquen los costos o documentos que no se ajustan al documento;
- una declaración del asegurado sobre si ha presentado una reclamación contra otra persona (asegurador o perjudicador) o sobre la base de otro contrato de seguro en relación con el evento de seguro dado;
- notificaciones a la autoridad;
- sello de caza;
- acta de defunción;
- los resultados del certificado de defunción, el informe de la autopsia, el examen médico oficial y forense que certifique la causa de la muerte;
- registros médicos relacionados con la ocurrencia del evento asegurado y sus consecuencias, resultados de exámenes médicos, documentos que prueben la incapacidad para el trabajo, opiniones de peritos médicos;
- actas y documentos médicos periciales obtenidos durante el procedimiento oficial necesarios para verificar las exenciones del asegurador y los riesgos excluidos según se definen en los puntos 14 y 15;
- un documento que acredite la identificación del beneficiario de manera creíble, un orden final de sucesión, un certificado de herencia, una decisión final de la autoridad de tutela;

Además de los documentos enumerados, el asegurado o el perjudicado tiene derecho a acreditar los daños y gastos con otros documentos de acuerdo con las reglas generales de prueba para hacer valer su reclamación.

El asegurado está obligado a facilitar la información necesaria para la liquidación del siniestro asegurado.

13.1.6. Obligación de pagar tasas

Las reglas sobre la prima del seguro y el pago de la prima están contenidas en la cláusula 9 de estos términos y condiciones del seguro.

13.2. Obligaciones del Asegurador

13.2.1. Obligación de facilitar información

El asegurador está obligado a informar al contratante o al asegurado:

- de los detalles del contrato;

- a solicitud del asegurado, de la liquidación de los daños denunciados, del pago del monto de los servicios, del pago de los daños y de la obstrucción de los mismos.

13.2.2. Obligación de servicio

El asegurador se compromete a realizar el servicio especificado en detalle en estos términos y condiciones del seguro. En el momento de la ejecución, el asegurador cumple con su obligación de servicio en el contrato en Hungría en una moneda oficial húngara, **mediante transferencia bancaria**, que vence en un plazo de 15 días a partir de la fecha de recepción de la reclamación y/o todos los documentos necesarios para examinar la base legal (año, mes, día).

Si el asegurado debe presentar un documento justificativo o debe realizar una declaración (por ejemplo, una declaración de reconocimiento de responsabilidad), el plazo se calculará a partir del día en que el asegurador recibió el último documento o declaración. En relación con la obligación del asegurador derivada del contrato de seguro, solo se reembolsará una factura correspondiente al monto del impuesto al valor agregado después de que la contraprestación por el servicio sujeto al impuesto al valor agregado (costos de material, reparación o restauración) pueda asumir una obligación o reembolsarlo a su titular, sobre el que se indique el importe del impuesto sobre el valor añadido o a partir del cual se pueda calcular el importe del mismo.

Si el mismo evento de seguro de responsabilidad está asegurado de forma independiente por varios aseguradores, el asegurado tiene derecho a presentar una reclamación a una o más de ellas. El asegurador al que se le haya presentado el siniestro efectuará el pago de acuerdo con las condiciones establecidas en el documento que acredite la cobertura emitida por él y hasta la suma asegurada especificada en el mismo, reservándose el derecho a reclamar una indemnización proporcional a los demás aseguradores. Sobre la base del siniestro, los aseguradores se harán cargo de los daños pagados entre sí en proporción a las condiciones y límites de indemnización según los cuales cada asegurador sería responsable ante el asegurado por separado.

13.3. Vigor del reconocimiento, ejecución y acuerdo por parte del Asegurado, en el caso de un seguro de responsabilidad frente al Asegurador

El reconocimiento, ejecución y liquidación de la reclamación de indemnización por parte del asegurado del perjudicado será válido frente al asegurador si el asegurador ha dado su consentimiento previo o reconocido.

El asegurador no podrá alegar que el reconocimiento, ejecución o liquidación del siniestro del perjudicado por parte del asegurado sea inválido en su contra si el siniestro es manifiestamente fundado.

La condena judicial del asegurado contra el asegurador es efectiva si el asegurador ha participado en el juicio, ha previsto la representación del asegurado o renunciado a estos.

14. Eximición

El asegurador estará exento de proporcionar el servicio especificado en los términos y condiciones del seguro si prueba que los hechos bajo una de las disposiciones de exención especificadas en estos términos y condiciones del seguro está relacionados causalmente con la ocurrencia del reclamo por daños.

El asegurador quedará liberado de su obligación de servicio si prueba que el daño fue causado por una conducta ilícita, intencionada o negligente grave.

- el contratante o el asegurado,
- un familiar, miembro de la gerencia, empleado o agente que viva en el mismo hogar que el contratante o el asegurado; o
- causado por un alto funcionario de la persona jurídica asegurada o un afiliado, empleado o agente autorizado para administrar el bien asegurado.

La disposición anterior también se aplicará a los

incumplimientos de la obligación de prevenir y mitigar los daños.

En particular, los siguientes daños pueden considerarse negligencia grave a los efectos de la exención:

- si este hecho ha sido establecido por decisión de un tribunal u otra autoridad;
- si el daño del perjudicado es consecuencia de una infracción grave y/o continuada de las normas de prevención de daños oficiales o contractuales aplicables al asegurado;
- el asegurado continúa operando en ausencia de las condiciones personales y materiales requeridas por la ley y otras disposiciones obligatorias, y este hecho puede haber contribuido al daño;
- el asegurado causó el daño sin el permiso y/o notificación o en el curso de sus actividades en exceso de sus poderes y responsabilidades;
- el daño estuvo directamente relacionado con la condición de la persona asegurada (o las personas especificadas en los puntos 15. a, b, c) debido a intoxicación o cualquier sustancia narcótica superior a 0,8 mil de alcohol en sangre o 0,5 mg/l de alcohol en el aire;
- el daño ocurrido durante la realización no autorizada y/o no anunciada de la actividad sujeta a autorización y/o notificación o en relación causal con la extralimitación de sus facultades y responsabilidades;
- el daño ocurrió en las mismas circunstancias que el daño anterior y porque el asegurado no tomó las medidas necesarias para prevenir el daño a pesar de que la autoridad o el asegurador había advertido por escrito sobre el riesgo de reincidencia del daño.

15. Exclusiones, eventos no cubiertos

15.1. El seguro de responsabilidad no cubre:

- eventos de daños causados y ocurridos en el extranjero (no dentro de las fronteras de Hungría);
- daños cubiertos por otro seguro de responsabilidad civil;
- daños que se producen durante la caza y que se remontan a la calidad del Sabueso Asegurado;
- daño causado a un familiar dentro de su área de responsabilidad.

15.2. El seguro de accidentes no cubre:

- eventos que están causalmente relacionados con el estado de intoxicación grave del asegurado (nivel de alcohol en sangre de 2,51 partes por mil o más);
- eventos de seguros por confusión de conciencia o pérdida de visión por consumo de estupefacientes o intoxicantes, así como por medicación no prescrita por un médico;
- eventos relacionados con suicidio, automutilación o intento de suicidio;
- subsido hospitalario por accidente y reembolso quirúrgico por accidente por la atención hospitalaria necesaria por enfermedad en caso de incidentes relacionados con el seguro;
- fracturas o fisuras óseas en caso de cualquiera fractura patológica (por ejemplo, cualquier forma de tumor óseo y cartilaginosa), osteomielitis, osteoporosis severa o osteomalacia del hueso o sus complicaciones pueden haber contribuido directa o indirectamente en todo o en parte a la ocurrencia del evento asegurado;
- si el asegurado acudió tarde al médico y por lo tanto la lesión ya no pudo ser tratada con medicación, solo pudo ser afectada por cirugía, o requirió hospitalización, y el evento asegurado no fue el fallecimiento;
- eventos de seguros relacionados con trastornos mentales y del comportamiento;

- h. el asegurador de acuerdo con la cláusula 16.2. no presta servicios de accidentes mortales por infarto de miocardio, epilepsia y ictus además de los enumerados en el punto.
- i. Antes del accidente que provocó el siniestro asegurado, quedan excluidas del seguro las partes del cuerpo truncadas, intactas o restringidas y los órganos dañados por cualquier motivo.

16. Otras disposiciones

Redamación de reembolso

El asegurador no puede reclamar contra la parte lesionada en caso de un evento de seguro de accidentes o en caso de un evento de seguro de responsabilidad civil.

Cláusula de sanción

El asegurador no estará obligado a proporcionar cobertura ni a prestar ningún servicio ni a negarse a indemnizar en virtud de este contrato de seguro si la prestación de dichos servicios o el pago de indemnización están sujetos a una sanción, prohibición o restricción en virtud de las Naciones Unidas y/o la Sanciones económicas o comerciales europeas impuestas por la Unión, Francia, los Estados Unidos de América o cualquier ley nacional.

Caducidad

Las reclamaciones derivadas del contrato de seguro caducan a los cinco años de la fecha de vencimiento.

17. Disposiciones finales

17.1. La ley aplicable en relación con un contrato de seguro celebrado sobre la base de estos términos y condiciones es la ley húngara. En los asuntos no cubiertos por estos términos y condiciones y el contrato de seguro, prevalecerá la Ley V de 2013 sobre el Código Civil y la legislación húngara vigente.

17.2. Información teórica y práctica sobre el tratamiento de

datos personales, los datos de contacto del asegurador (dirección postal, número de teléfono, dirección del sitio web), el organismo de supervisión y los procedimientos de protección del consumidor relacionados con los contratos de seguro se puede encontrar en un documento separado llamado Informaciones, que es parte de estos términos y condiciones.

18. Desviación de las condiciones aplicadas anteriormente y la práctica contractual estándar

Los términos y condiciones de la exención del asegurador, la restricción del servicio del asegurador y las exclusiones aplicadas en el contrato de seguro se establecen en negrita en estos términos y condiciones generales.

Tenga en cuenta que esta condición difiere de la condición anteriormente aplicada por Groupama Biztosító Zrt., ya que ha sido modificada por el asegurador a continuación:

- Se han aclarado los temas del contrato;
- En el caso de un evento de seguro de responsabilidad, se ha fijado la cobertura de la prima de daños;
- Se ha fijado la duración y ámbito territorial del contrato de seguro, el aniversario del seguro y el período del seguro;
- Se han establecido reglas de asunción de riesgos;
- Se han fijado los montos del seguro;
- Se han fijado las reglas de pago de primas y tasas;
- Se ha aclarado el servicio de seguros;
- Se han establecido obligaciones específicas de las partes contratantes;
- En caso de un aumento significativo del riesgo, el asegurador puede modificar la prima del seguro;
- Se ha ampliado el alcance de las exclusiones y exenciones;
- Se ha corregido el tiempo de caducidad.

ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ A TÁVÉRTÉKESÍTÉS KERETÉBEN KÖTÖTT BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS RŐL

Ezen ügyféltájékoztató a biztosítási szerződési feltételeinek kiegészítése a szerződés távértékesítés keretében történő létrejöttére tekintettel.

1. Távértékesítés

Távértékesítés keretében kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésnek az a szerződés minősül, amelyet a szolgáltató és fogyasztó köt egymással szervezett távértékesítés keretében olyan módon, hogy a szerződés megkötése érdekében a szolgáltató kizárólag távközlő eszközt alkalmaz.

Szolgáltató: aki meghatározott szolgáltatást gazdasági vagy szakmai tevékenysége keretében nyújtja.

Fogyasztó: az a természetes személy, akinek a részére – önálló foglalkozása és gazdasági tevékenysége körén kívül eső célból – a szolgáltatást nyújtják, továbbá, aki a szolgáltatással kapcsolatos tájékoztatás vagy ajánlat (ajánlati felhívás) címzettje.

Távközlő eszköz: olyan eszköz, amely alkalmas a felek távollétében szerződési nyilatkozatok megtételére. Távközlő eszköznek minősül többek között a DM levél, a sajtótermékben közzétett hirdetés megrendelővel, a telefon, internetes honlap, e-mail, telefax.

Távértékesítés keretében történő szerződéskötésnek kell tekinteni minden olyan szerződéskötési módot és eljárást, amelyre a felek, vagyis a szolgáltató és a fogyasztó egyidejű fizikai jelenléte (face to face kapcsolat) nélkül kerül sor. Ha a szerződéskötés folyamata során, annak bármely szakaszában a felek egyidejű jelenlétében történik nyilatkozattétel, tájékoztatás vagy egyéb, a szerződés megkötésére irányuló magatartás, akkor az adott értékesítés nem minősül távértékesítésnek.

A távértékesítés keretében kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésről szóló 2005. évi XXV. törvény alapján a biztosító és a fogyasztó távközlő eszköz alkalmazásával is köthet biztosítási szerződést. A jogszabály a fogyasztó érdekeit szem előtt tartva útmutatást ad a szolgáltató (továbbiakban: biztosító) szerződéskötést megelőző tájékoztatási kötelezettségére, valamint a fogyasztó szerződéstől való elállási (felmondási) jogának gyakorlására, amelyekről az alábbiakban tájékoztatjuk.

Tájékoztatjuk, hogy a biztosító a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény által előírt szerződéskötést megelőző tájékoztatást a biztosítási feltételek formájában teljesítette, így a távértékesítés keretében kötött pénzügyi ágazati szolgáltatásokról rendelkező törvényben meghatározott azonos tartalmú tájékoztatási kötelezettségének is eleget tesz, ezért a biztosító által nyújtandó szolgáltatás, ellenszolgáltatás, a fizetés és a biztosító teljesítésének feltételeit, a biztosító adatait, valamint a biztosító felett felügyeletet gyakorló szerv adatait a biztosítási feltételek tartalmazzák. Kérjük, feltétlenül olvassa el a biztosítási feltételeket is!

Tájékoztatjuk továbbá, hogy a fogyasztó tájékoztatását kizárólag az első ügyletre vagy műveletre kell alkalmazni abban az esetben, ha ugyanazon felek között kerülnek végrehajtásra egymást követő ügyletek, illetve azonos jellegű elkülönült műveletek, amelyek időbeli kapcsolatban állnak egymással. Ha egy évnél hosszabb ideig nem kerül sor ügylet vagy azonos jellegű művelet teljesítésére, az ezt követő ügyletet vagy műveletet új ügyletnek, illetve egy újabb művelet sor első műveletének kell tekinteni, és a tájékoztatást teljesíteni kell. A távértékesítés keretében kötött biztosítási szerződés a fogyasztó terhére többletöltséget nem okoz.

2. Elállási (felmondási) jog

A távértékesítés keretében kötött biztosítási szerződést a fogyasztó a szerződéskötés napjától (a szerződés létrejöttét igazoló kötvény kézhezvételé-

nek napjától) számított tizennégy napon belül indoklás nélkül azonnali hatállyal felmondhatja.

Ha a fogyasztó a tájékoztatást a szerződéskötést követően kapja kézhez, felmondási jogát a szerződéskötés napjától kezdődően a tájékoztatás kézhezvételétől számított tizennégy nap elteltéig gyakorolhatja.

Ha a fogyasztó semmiféle tájékoztatást nem kapott, felmondási jogát a biztosítási szerződés létrejöttétől kezdődően a megfelelő tájékoztatás kézhezvételétől számított tizennégy nap, de legfeljebb ettől az időponttól számított egyéves jogvesztő határidő elteltéig gyakorolhatja.

Ha a fogyasztó tájékoztatása nem volt megfelelő tartalomú, a fogyasztó felmondási jogát a szerződéskötés napjától kezdődően a tájékoztatás kézhezvételétől számított tizennégy nap, de legfeljebb ettől az időponttól számított három hónapos jogvesztő határidő elteltéig gyakorolhatja.

Ha a fogyasztó a távértékesítés keretében kötött biztosítási szerződés megszüntetésére vonatkozó különös felmondási jogáról tájékoztatást nem kapott, a fogyasztó felmondási jogát a szerződéskötés napjától kezdődően a tájékoztatás kézhezvételétől számított tizennégy nap, de legfeljebb ettől az időponttól számított egyéves jogvesztő határidő elteltéig gyakorolhatja.

3. Az elállási (felmondási) jog

Nem illeti meg a fogyasztót az elállási (felmondási) jog:

- a befektetési vállalkozásokról és az árutőzsdei szolgáltatókról, valamint az általuk végezhető tevékenység szabályairól szóló 2007. évi CXCVIII. törvény szerinti pénzügyi eszközök vonatkozásában;
- az utazási és poggyászbiztosítások, illetve más hasonló rövid időtartamú biztosítások vonatkozásában, amennyiben ezek időtartama nem haladja meg az egy hónapot;
- a szerződésnek mindkét fél teljes körű teljesítését követően, amennyiben ez a fogyasztó kifejezett kérés alapján történt.

Felhívjuk szíves figyelmét, hogy a fentiek alapján – a szerződésnek mindkét fél teljes körű teljesítését ide nem értve – a biztosítási szerződésének időtartamától függ, hogy a szerződőt elállási (felmondási) jog megilleti-e.

Abban az esetben, ha a szerződés rövid időtartamú (nem haladja meg az egy hónapot), nem illeti meg a szerződőt a fentiekben leírt elállási (felmondási) jog a 3. pontban rögzítettek alapján. Amennyiben szerződés időtartama meghaladja az egy hónapot, a szerződőt a 2. pontban rögzítettek szerint elállási (felmondási) jog illeti meg.

4. További információk

A távértékesítés keretében kötött biztosítási szerződésre vonatkozó felmondási jogot határidőben érvényesítettnek kell tekinteni, ha a szerződő az erre vonatkozó nyilatkozatát a fentiekben meghatározott határidő lejártá előtti postára adta, vagy egyéb igazolható módon a biztosítónak elküldte. Tájékoztatjuk, hogy felmondását az 1380 Budapest, Pf. 1049 címre küldheti meg. Elektronikus levélben a www.groupamadirekt.hu weboldalon „Irron nekünk” menüpontjában is állunk ügyfeleink rendelkezésére.

Felhívjuk szíves figyelmét arra, hogy az azonnali felmondásra nyitva álló határidő lejártá előtti a szerződés teljesítése csak a fogyasztó kifejezett hozzájárulását követően kezdhető meg. Ha a fogyasztó felmondási jogát gyakorolta, úgy a biztosító kizárólag a szerződésnek megfelelően ténylegesen teljesített szolgáltatás arányos ellenértékét követelheti (a kockázatviselés kezdete és az azonnali hatályú felmondás időpontja közötti időszakra vonatkozó biztosítási díjat).

A szerződés fentiek szerinti felmondása esetén a biztosító köteles a fogyasztó által megfizetett biztosítási díjnak a szerződés megszűnéséig a biztosító által teljesített kockázatviseléssel arányos ellenértékét (a kockázatviselés kezdete és az azonnali hatályú felmondás időpontja közötti időszakra vonatkozó biztosítási díj) meghaladó részét a felmondásról szóló nyilatkozat kézhezvételét követően haladéktalanul, de legkésőbb 30 napon belül a fogyasztónak visszatéríteni.

5. Európai online vitarendezési platform

Az online megkötött szolgáltatási szerződéssel kapcsolatos esetleges jogvitája esetén, az Európai Unió online vitarendezési platformján kezdeményezheti a jogvita bírósági eljáráson kívüli rendezését.

Az Európai online vitarendezési platformról bővebb információkat talál a www.groupama.hu weboldalunkon.

Az Európai online vitarendezési platform elérhetősége:
web: <http://ec.europa.eu/odr>

ELEKTRONIKUS ÚTON TÖRTÉNŐ SZERZŐDÉSKÖTÉS RŐL SZÓLÓ TÁJÉKOZTATÓ**1. A szerződéskötés technikai lépései, szerződéskötési jognyilatkozat (biztosítási ajánlat) visszaigazolása, ajánlati kööttség alóli mentesülés**

Tájékoztatjuk, hogy az Ön által Groupama Biztosító elektronikus ügyfélkapcsolati csatornáin (www.groupamadirekt.hu honlapon, Groupama ÜgyfélZóna mobilalkalmazáson, TeleCenteren, TeleSalesen) keresztül rögzített biztosítási ajánlat megtevéle után a rögzített adatok automatikusan feldolgozásra kerülnek a biztosító informatikai rendszerében.

Biztosítási ajánlatának a biztosító számára történő hozzáférhetővé válását a biztosító haladéktalanul, de legkésőbb 24 órán belül visszaigazolja. Önnek az ajánlattétel során megadott e-mail címére küldött elektronikus levél formájában, melynek mellékletét képezi az Ön által megtevétt biztosítási ajánlat, a biztosítási feltétel, az Adatkezelési Tájékoztató, a Távértékesítési Tájékoztató és a Nyilatkozat e-szerződésekhez. Utasbiztosítási termék esetében a visszaigazoló e-mail tartalmazza a biztosítási kötvényt is, így a biztosító a biztosítási szerződés létrejöttéről is ebben az e-mail üzenetben tájékoztatja Önt.

Amennyiben a visszaigazolás a fenti határidőn belül az ajánlat rögzítésekor megadott e-mail címére nem érkezik meg, Ön mentesül az ajánlati kööttség alól.

Biztosítási ajánlatának elfogadása esetén a kockázatbírálási időt követően a biztosító e-mail üzenetben tájékoztatja Önt a biztosítási szerződés létrejöttéről, ebben az esetben az e-mail mellékletét képezi a biztosítási kötvény. Tájékoztatjuk, hogy a biztosítási szerződés – az ajánlat szerinti tartalommal – az ajánlatnak a biztosító számára történő hozzáférhetővé válásának időpontjára visszamenő hatállyal akkor jön létre, amikor a biztosító az ajánlat elfogadásáról és a fedezet igazolásáról kötvényt állít ki.

2. A szerződés írásbelisége, nyelve és a szerződés hozzáférhetővé tétele

Tájékoztatjuk, hogy a Groupama Biztosító elektronikus ügyfélkapcsolati

csatornáin – az 1. pontban foglaltak szerint – megkötött biztosítási szerződés írásba foglalt szerződésnek minősül. Az Ügyfél Zónába történő sikeres regisztrációt követően szerződéses adataihoz bármikor hozzáférést biztosítunk a GroupamaDirekt.hu-n, a Groupama ÜgyfélZóna mobilalkalmazásunkon, illetve nyitvatartási időben adatait lekérdezheti TeleCenterünkön keresztül.

A biztosítási szerződés nyelve a magyar.

3. Szolgáltatási tevékenységre vonatkozó magatartási kódex és a biztosítási feltételek elektronikus hozzáférhetővé tétele

Az elektronikus szerződéskötésre vonatkozóan a biztosító magára nézve kötelező érvényűnek fogadja el a Fogyasztóvédelmi Alapelveit, amelyekről [itt](#) tájékozódhat.

A megkötött szerződésre vonatkozó hatályos biztosítási szerződési feltételeket megismerheti a GroupamaDirekt.hu internetes oldal megfelelő termékcsoportjánál található letölthető dokumentumok között. A szerződéskötés időpontjában érvényes biztosítási feltételt Ön az ajánlattétel során letölthető formában megismeri, valamint a biztosítási kötvénnyel együtt e-mailben is megküldjük az Ön részére.

4. Az adatbeviteli hibák javítása

Az ajánlat véglegesítése előtt kérjük, feltétlenül győződjön meg az Ön által megadott adatok helyességéről. Amennyiben hibát talál bennük, azt az adott oldalra visszalépve kijavíthatja, módosíthatja. Ha a véglegesítés után talál Ön által megadott hibás adatot, akkor kérjük, vegye fel a kapcsolatot munkatársainkkal személyesen ügyfélszolgálatunkon, melyek elérhetőségét a [www.groupamadirekt.hu](#) weboldal [Ügyfélszolgálat keresőjében](#) találja vagy a +36 1 467 3500 telefonszámon a biztosító TeleCenterében, vagy elektronikus levélben a [www.groupamadirekt.hu](#) weboldal [„Írjon nekünk”](#) menüpontjában.

TÁJÉKOZTATÓ AZ ORSZÁGOS MAGYAR VADÁSZKAMARA MINT KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSKÖZVETÍTŐ ÁLTAL VÉGZETT TEVÉKENYSÉGRŐL

A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény alapján az Országos Magyar Vadászkamara, mint kiegészítő biztosításközvetítő az alábbi tájékoztatást nyújtja:

1. Az Országos Magyar Vadászkamara főtevékenységéhez kapcsolódóan kiegészítő jelleggel végez biztosításközvetítői tevékenységet a Groupama Biztosító Zrt. részére, annak megbízásából és felelősségvállalásával.

Főtevékenységként mint köztestület a hivatásos, valamint a sportvadászok önkormányzattal rendelkező, közfeladatokat, továbbá általános szakmai érdekképviselői feladatokat látja el az Országos Magyar Vadászkamaráról szóló 1997. évi XLVI. törvény alapján. A Kamara feladatait országos szervezete és megyei Területi Szervezetei útján látja el.

2. Az Országos Magyar Vadászkamara főbb adatai:

Székhely:

1027 Budapest, Medve u. 34-40.

Adószám:

18087815-2-41

E-mailcím:

info@omvk.hu

3. Az Országos Magyar Vadászkamara szerepel a Magyar Nemzeti Bank kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző gazdálkodó szervezetekről vezetett nyilvántartásában.

4. A kiegészítő biztosításközvetítő eljárásával kapcsolatos panaszt ügyfeleink a „Tudnivalók” elnevezésű nyomtatványban ismertettek szerint nyújthatnak be.

5. A Groupama Biztosító Zrt. a kiegészítő biztosításközvetítő részére az általa és szervezetei által végzett tevékenységért a közvetített biztosítások díjak alapján költségtérítést fizet.

6. Az Országos Magyar Vadászkamara kiegészítő biztosításközvetítői tevékenység során a Groupama Biztosító Zrt. GB929 jelű vadászfelelősség és balesetbiztosításához vadászbélyeget értékesít.

A vadászfelelősség és balesetbiztosításon belül a vadászbélyeget vásárlók alap és emelt díjas szolgáltatási csomag közül választhatnak.

A vadászfelelősség és balesetbiztosítás kapcsán a vadászbélyeg értékesítésekor az értékesített termékekre tanácsadást nem nyújt.

A Groupama Biztosító Zrt.-nél más, hasonló jellegű termék nincs.

A SZEMÉLYES ADATOK, A BIZTOSÍTÁSI TITOKNAK MINŐSÜLŐ ADATOK KEZELÉSÉRE, VALAMINT A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSSSEL KAPCSOLATOS PANASZOK ÜGYINTÉZÉSÉRE VONATKOZÓ ELVI ÉS GYAKORLATI TUDNIVALÓK (TUDNIVALÓK)**1. Adatkezelő főbb adatai, elérhetőségei**

Adatkezelő neve: **Groupama Biztosító Zrt.** (a továbbiakban: biztosító; adatkezelő)

Székhelye: Magyarország, 1146 Budapest, Erzsébet királyné útja 1/C
Cégjegyzékszám: Cg. 01-10-041071

Európai egyedi azonosító (EUID): HUOCCSZ.01-10-041071

Levelezési cím: 1380 Budapest, Pf. 1049

Telefonszám: +36 1 467 3500

Fax: +36 1 361 0091

Honlap: www.groupama.hu

E-mail: <https://www.groupama.hu/irjon-nekunk> vagy adatvedelem@groupama.hu

2. Az adatkezelés célja, jogalapja**2.1. Az adatkezelés célja**

A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (továbbiakban Bit.) 135. § (1) bekezdése alapján a biztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. A biztosító adatkezelésének célja a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a Bit-ben meghatározott egyéb cél. A fentiekől eltérő célból végzett adatkezelést biztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány, és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

A Bit. 379. §-a alapján a biztosításközvetítő (kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személy) az ügyfelek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, a biztosítás fenntartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a Bit. által meghatározott egyéb cél lehet. A fentiekől eltérő célból végzett adatkezelést a biztosításközvetítő (kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személy) csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány, és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

2.2. Az adatkezelés jogalapja

A GDPR alapján a biztosító adatkezelésének jogszerűségét az alábbi jogalakok alkalmazása biztosítja:

- Az érintett hozzájárulását adta személyes adatainak egy vagy több konkrét célból történő kezeléséhez. Az érintett hozzájárulásán alapul az adatkezelés különösen a reklámcélú megkeresések, a nyereményjátékokban történő részvétel esetében.
- Az adatkezelés olyan szerződés teljesítéséhez szükséges, amelyben az érintett az egyik fél, vagy az a szerződés megkötését megelőzően az érintett kérésére történő lépések megtételéhez szükséges. A biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggő adatkezelések esetében az adatkezelés jogalapja ezen pont alapján a biztosítási szerződés teljesítése.
- Az adatkezelés az adatkezelőre vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges. Jogszabályi kötelezettségen alapul különösen a pénzmossás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról, a kötelező gépjármű-felelősségbiztosításról szóló törvény, az adó jogszabályok, illetve az adóügyi információcserére vonatkozó törvények alapján történő adatkezelés.

zásáról, a kötelező gépjármű-felelősségbiztosításról szóló törvény, az adó jogszabályok, illetve az adóügyi információcserére vonatkozó törvények alapján történő adatkezelés.

- Az adatkezelés az érintett vagy egy másik természetes személy létfontosságú érdekeinek védelme miatt szükséges. Ez a jogalap a biztosító üzemszerű működésével összefüggésben nem merül fel.
- Az adatkezelés közérdekű vagy az adatkezelőre ruházott közhatalmi jogosítvány gyakorlásának keretében végzett feladat végrehajtásához szükséges. Ez a jogalap a biztosító üzemszerű működésével összefüggésben nem merül fel.
- Az adatkezelés az adatkezelő vagy egy harmadik fél jogos érdekeinek érvényesítéséhez szükséges, kivéve, ha ezen érdekekkel szemben előbbesbbséget élveznek az érintett olyan érdekei vagy alapvető jogai és szabadságai, amelyek személyes adatok védelmét teszik szükségessé, különösen, ha az érintett gyermek. Jogos érdeken alapul a biztosító adatkezelése különösen az esetlegesen felmerülő visszaélések, biztosítási csalásra utaló körülmények észlelése és kivizsgálása, jövőbeli megelőzése érdekében tett intézkedések esetén. A biztosító jogos érdeken alapul továbbá az adatkezelés a biztosítót megillető követelések behajtásával, a követelések átruházásával összefüggő adatkezelések esetén.

A 16. életévét betöltött kiskorú érintett hozzájárulását tartalmazó jognyilatkozatának érvényességéhez törvényes képviselőjének beleegyezése vagy utólagos jóváhagyása nem szükséges.

Az ügyfél a biztosítási ajánlat, csatlakozási nyilatkozat, biztosítási szerződés, illetve a titoktartás alóli felmentésről szóló nyilatkozat aláírásával tudomásul veszi az adatainak a jelen „Tudnivalókban”, illetve a szerződésben meghatározottak szerinti kezelését.

3. A kezelt adatok meghatározása (biztosítási titokkörök)**3.1. Biztosítási szerződéssel összefüggő adatok**

- Az ügyfél személyi adatai, a nem természetes személyek adatai;
- a biztosított vagyontárgyak jellemző adatai és értéke, a kockázatalbírási adatai;
- élet-, baleset- és felelősségbiztosításnál az egészségi állapottal összefüggő adatok;
- a kifizetett biztosítási szolgáltatás és kártérítés összege, a kifizetés ideje;
- a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, módosításával, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggő, valamint a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges összes lényeges tény és körülmény, ideértve a biztosítási szerződésből eredő jogok és kötelezettségek érvényesítéséhez, jogi igények előterjesztéséhez szükséges adatokat is.

Az a-b. pontokba tartozó, a biztosítási ajánlaton szereplő adatok, valamint a c. pontban meghatározott adatok nélkülözhetetlenek a szerződés megkötéséhez, illetve a szolgáltatás teljesítéséhez.

Az adatszolgáltatás minden adat vonatkozásában önkéntes, de a fentebb megjelölt adatok hiánya a kockázat meghatározását lehetetlenné teszi, amely a biztosítási ajánlat visszautasítását vonhatja maga után.

3.2. Egészségügyi adatok kezelése

Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a biztosító a Bit. 135. § (1) bekezdésében meghatározott célokból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett kifejezett hozzájárulásával kezelheti.

3.3. Automatizált döntéshozatal (profilalkotás)

A biztosító az ügyfél személyes adatait a biztosítási szerződés megkötése érdekében olyan automatizált adatkezelés keretében is kezeli, amelynek eredményeként megszülető döntés az ügyfélre nézve joghatással jár, vagy jelentős mértékben érinti a biztosítási szerződés megkötése kapcsán. A biztosító az automatizált döntéshozatal során – a biztosítási szerződés megkötésére vonatkozó döntés meghozatala (kockázatbírálás) érdekében – a személyes adatokat számítástechnikai eszközzel végrehajtott, automatizált adatkezelés keretében elemzi, amely során az ügyfél jellemzőinek értékelését is elvégzi (profilalkotást végez). Az automatizált döntéshozatal, illetve profilalkotás következménye az ügyfélre nézve: a biztosítási szerződés létrejöttének lehetősége vagy a biztosítási ajánlat elutasítása.

3.4. Közvetlen üzletszerzési célú adatkezelések

A biztosító az ügyfél hozzájárulása esetén a tevékenységéhez kapcsolódó információkról hírlevélben, e-mailben tájékoztatást adhat az ügyfeleinek. A biztosító vagy a biztosító nevében eljáró biztosításerősítő az ügyfél hozzájárulása esetén e-mailben, telefonon, személyesen megkeresheti az ügyfelet ajánlattétel céljából, vagy közvetlen üzletszerzési célú küldeményt juttathat el a részére.

Amennyiben az ügyfél nem kívánja, hogy a biztosító a továbbiakban ajánlataival megkeresse, az info@groupamadirekt.hu e-mail címre, illetve az 1380 Budapest, Pf. 1049 postai címre küldött levélével korlátozásmentesen leiratkozhat.

Az ügyfél az általa tett, tájékoztatást célzó és reklámküldeményre vonatkozó adatkezelési nyilatkozatát megváltoztathatja telefonon keresztül a biztosító TeleCenter +36 1 467 3500 telefonszámán.

4. A biztosítási titoknak minősülő személyes adatok kezelése

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

4.2. Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

- a biztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad;
- a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn;
- a biztosító által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója ezt a tanúsítási eljárás lefolytatása keretében ismeri meg.

4.3. A Bit. 138. § (1) bekezdése alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn

- a feladatkörében eljáró Felügyelettel;
- az előkészítő eljárást folytató szervvel, a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel;
- büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási perben eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a csődeljárásban eljáró vagyonfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyonfelügyelővel, rendkívüli vagyonfelügyelővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendezi eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal;
- a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel;
- a Bit. 138. § (2) bekezdésben foglalt esetekben az adóhatósággal;
- a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal;
- a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal;
- a feladatkörében eljáró gyámhatósággal;
- az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel;
- törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel;
- a viszontbiztosítóval, a csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal;
- törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető kötvénnyilvántartó szervvel, a kártörténeti nyilvántartást vezető kárnyilvántartó szervvel, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárművekkel kapcsolatos közúti közlekedési igazgatási feladatokkal összefüggő hatósági ügyekben a

közlekedési igazgatási hatósággal, valamint a közúti közlekedési nyilvántartási szervvel;

- az állományátvétel keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő biztosítóval;
 - a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében és az ezen adatok egymás közti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát és a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, továbbá – a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján – a károkozóval;
 - a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval;
 - fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel;
 - a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával;
 - a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal;
 - a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló miniszteri rendeletben meghatározott kártörténeti adata és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval;
 - a mezőgazdasági biztosítási szerződés díjához nyújtott támogatást igénybe vevő biztosítottak esetében az agrárkár-megállapító szervvel, a mezőgazdasági igazgatási szervvel, az agrárkár-enyhítési szervvel, valamint az agrárpolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium irányítása alatt álló, gazdasági elemzésekkel foglalkozó intézménnyel;
 - a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal;
 - a kötelező gépjármű-felelősségbiztosításról szóló 2009. évi XLII. törvény szerinti e-kárbejelentő felületen megadott adatoknak a kárbejelentő alkalmazás működtetése, a biztosítási eseményhez kapcsolódó, szükséges információk begyűjtése és a biztosítók részére kárrendezés céljából történő továbbítása tekintetében a MABISZ-szal
- szemben, ha az a.-j., n., s., t. és u. pontban megjelölt szerv vagy személy adatkérésrel, illetve írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a p.-s. 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 Bit. 138. § (2) bekezdése szerint az (1) bekezdés e. pontja alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.
- A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a fentebb meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.
- A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. törvényben meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben, a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját.
- Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA-törvény) alapján az

adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B–43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás az Aktv. 43/H. §-ában foglalt kötelezettség, valamint a FATCA-törvény alapján az Aktv. 43/B. és 43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.

4.4. A biztosító vagy a viszontbiztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az előkészítő eljárást folytató szerv, a nyomozó hatóság, az ügyészség, továbbá a bíróság adatkérésére, illetve írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul, írásban tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet

- a. a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerezellel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövegettségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel;
- b. a 2013. július 1-jétől hatályos a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény szerinti kábítószerezellel, kábítószerezellel birtoklásával, káros szenvedélykeltéssel vagy kábítószerezellel készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövegettségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel

van összefüggésben.

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

Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.

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

- a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot;
- a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot, valamint ha a biztosító vagy a viszontbiztosító csoportszinten meghatározott pénzmosás és terrorizmusfinanszírozás elleni politikájához és eljárásához kapcsolódó kötelezettségét teljesíti.

4.5. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben:

- a. ha a biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
- b. ha – az adatalany hozzájárulásának hiányában – az adattovábbítás a személyes adatok harmadik országba való továbbítására vonatkozó előírásoknak megfelel.

A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamban történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

4.6. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg; fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak; a jogalkotás megalkotása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása, a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

A 4.6. pontban meghatározott adatok átadását a biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

A biztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a 4.3. pont b., f. és j.

pontjai, illetve a 4.4. pont első bekezdése alapján végzett adattovábbításokról.

A biztosító a 4.2.–4.6. pontokban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait a Bit-ben foglaltak szerint továbbíthatja.

4.7. Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, a Bit. 136.§-a alá eső adatok vagy az Infotv. szerint különleges adatnak vagy bűnügyi személyes adatnak minősülő adatok továbbítása esetén 20 év elteltével törölni kell.

4.8. Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

4.9. A biztosító a hagyatéki eljárás jogerős lezárásáról történő tudomás-szerzés napjáig az elhunyt szerződő által kötött vagyonbiztosítási szerződéshez kapcsolódóan, kizárólag az érintett biztosítási szerződés díjfizetéssel történő fenntartása érdekében a biztosítási szerződés fenntartásáról, a biztosítást igazoló okirat számáról, az általános szerződési feltételekről, a szerződés díjegylenlegéről, az esedékes díjartozás összegéről, valamint a szerződés évfordulójáról az elhunyt szerződő közeli hozzátartozója, illetve a vagyon tárgy birtokosa részére – annak írásbeli kérelmére – adatot szolgáltat, feltéve, hogy e minőségét a kérelmező okirattal igazolja. A közeli hozzátartozó, illetve a vagyon tárgy birtokosa részére ezen adatszolgáltatás nem jelenti a biztosítási titok sérelmét. A biztosító a kérelmező személyes adatait az adatszolgáltatást követően öt évig, illetve – ha a Bit. 142.§ (3) bekezdése szerinti időtartam ezt meghaladja – a 142.§ (3) bekezdésében meghatározott időtartamig kezeli.

4.10. A biztosító, biztosításközvetítői vállalkozás jogutód nélküli megszűnése esetén a biztosító, biztosításközvetítői vállalkozás által kezelt üzleti titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított 60 év múlva levéltári kutatások céljára felhasználható. Nem lehet üzleti titokra vagy biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó, az Infotv.-ben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség esetén. Az üzleti titokra és a biztosítási titokra egyebekben a Ptk-ban foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.

4.11. Biztosítók egymás közötti adatátadására vonatkozó szabályok

A Bit. lehetővé teszi a biztosítók számára, hogy a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségeik teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából – megkereséssel forduljanak más biztosítóhoz a megkeresett biztosító által – a Bit. 135.§ (1) bekezdésében meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével – kezelt a Bit. 149.§ (3)-(6) bekezdésben meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, hogy a kérdező (megkereső) biztosító erre vonatkozó jogosultsága a biztosítási szerződésben rögzítésre került.

A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkereső biztosító felelős a Bit. 149.§ (1) bekezdésében meghatározott megkeresési jogosultság tényének fennállásáért.

A Bit. 149.§ (3)-(6) bekezdése biztosítási ágazatonként meghatározza, hogy a megkereső biztosító a különböző ágazatokhoz tartozó szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban milyen adatokat kérhet. A biztosítási szerződés típusától (ágazati besorolásától) függően átadhatók a szerződő, biztosított, kedvezményezett, károsult személy azonosító adatai, a biztosított személy adatfelvételkor, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatok, a biztosított vagyon tárgyak, követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatok, korábbi biztosítási eseményre vonatkozó adatok, a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatok, valamint a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatok.

Felelősségbiztosítási ágazatba tartozó biztosítási szerződések esetében a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén lehetőség van a károsult személy azonosító adataira, a személyi sérülés miatt kárigényt, személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személy adattelvé-

telkori, valamint a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó, valamint e személyt, illetve a károsodott vagyontárgyat érintő korábbi, ugyanezen ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos biztosítási eseményre vonatkozó adatok átadására is. Felelősségbiztosítási ágazatba tartozó biztosítási szerződések esetén nem szükséges a károsult személy előzetes hozzájárulása a károsodott vagyontárgy miatt kárigényt érvényesítő személyt érintő korábbi – felelősségbiztosítási ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó személyes adatot nem tartalmazó adatok átadásához.

Szárazföldi jármű-casco, valamint önálló szárazföldi járművekkel összefüggő felelősségbiztosítási ágazatba tartozó biztosítások esetében – ez utóbbiaknál a károsult előzetes hozzájárulása nélkül is – lehet kérni másik biztosítótól a járműazonosító adatok (rendszám, alvázszám) alapján az adott járművet érintően bekövetkezett biztosítási eseményre (így különösen a káresemény időpontjára, jogalapjára, a jármű sérüléseire és az azokkal kapcsolatos károk megtérítésére vonatkozó adatokat, ideértve a megkereső biztosító által megjelölt gépjárműben bekövetkezett, de nem gépjármű által okozott károk adatait is), az elvégzett kárfelvétel tényeire, a kár összegére vonatkozó adatokat.

A megkeresett biztosító a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni a megkereső biztosítónak.

A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti. Abban az esetben azonban, ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig. Amennyiben a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem került sor, az adat a megismerését követő egy évig kezelhető.

A megkereső biztosító a jelen pont szerinti megkeresés és a megkeresés teljesítésének tényéről, továbbá az abban szereplő adatok köréről a megkereséssel érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére, az Infotv-ben szabályozott módon, személyes adataihoz hozzáférést biztosít. Amennyiben a megkereső biztosító az adatok kezelésének törvényi határidejére figyelemmel már nem kezeli az adatokat, akkor az Infotv. alapján a személyes adataival kapcsolatos hozzáférési jogával élő ügyfelet ennek a tényről kell tájékoztatni.

4.12. A Bit. 381.§-a alapján a 4.1.-4.9., valamint az 5. pontban szereplő rendelkezéseket alkalmazni kell a biztosításközvetítők esetében is azaz, hogy ahol az adott rendelkezés biztosítót nevesít, azon a biztosításközvetítőt kell érteni.

5. Az adatkezelés időtartama

A biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, illetve a megbízási jogviszonyban kapcsolatban igény érvényesíthető.

A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat addig kezelheti, ameddig a szerződés létrejöttének megíusulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

A biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

6. Az érintett jogai

6.1. Az érintett jogosult arra, hogy:

- tájékoztatást kapjon személyes adatainak kezeléséről (tájékoztatáshoz való jog);
- hozzáférést kapjon személyes adataihoz és az adatkezeléssel kapcsolatos törvényben meghatározott információkhoz (hozzáférési jog);
- az adatkezelő helyesbítse a rá vonatkozó pontatlan személyes adatokat (helyesbítéshez való jog);
- az adatkezelő törölje a rá vonatkozó személyes adatokat (elfeledtetéshez való jog);

- a tárolás kivételével megtiltsa a személyes adatainak kezelését (korlátozáshoz való jog);
- a rá vonatkozó személyes adatokat tagolt, széles körben használt, géppel olvasható formátumban megkapja (adathozzáféréshoz való jog);
- bármikor tiltakozzon személyes adatainak közérdekű célból vagy közhasznú feladat gyakorlásához szükséges célból történő kezelése ellen, vagy olyan adatkezelés ellen, amely az adatkezelő vagy harmadik fél jogos érdekeinek érvényesítéséhez szükséges, vagy személyes adatainak közvetlen üzletszerzés céljából történő kezelése ellen (tiltakozáshoz való jog);
- automatizált döntéshozatal (beleértve a profilalkotást) esetén emberi beavatkozást kérjen, álláspontját kifejezze, és a döntéssel szemben kifogást nyújtson be.

6.2. A biztosító az érintettet egy hónapon belül tájékoztatja a 6.1. pontban felsorolt jogainak érvényesítése céljából, a biztosítóhoz eljuttatott kérelme nyomán hozott intézkedésekről. Szükség esetén, figyelembe véve a kérelem összetettségét és a kérelmek számát, ez a határidő további két hónappal meghosszabbítható.

6.3. Az ügyfél az adatkezeléssel összefüggő jogainak megsértése esetén, vagy, ha az adatkezelőnek a jogai gyakorlásával összefüggésben hozott döntésével nem ért egyet, az adatkezeléssel érintett felügyeleti hatósághoz, illetve bírósághoz fordulhat.

A biztosító adatkezelésével érintett felügyeleti hatóság: Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság (NAIH)

Székhely: 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9-11.

Levellezési cím: 1374 Budapest, Pf. 603.

E-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu

Tel: +36 1 391 1400

Fax: +36 1 391 1410

Honlap: <http://naih.hu>

6.4. Kártérítés, sérelemdíj

Amennyiben az adatkezelő az érintett adatainak jogellenes kezelésével vagy az adatbiztonság követelményeinek megszegésével másnak kárt okoz, köteles azt megtéríteni. Amennyiben az adatkezelő az érintett adatainak jogellenes kezelésével vagy az adatbiztonság követelményeinek megszegésével az érintett személyiségi jogát megsérti, az érintett az adatkezelőtől sérelemdíjat követelhet. Az érintettel szemben az adatkezelő felel az adatfeldolgozó által okozott kárért és az adatkezelő köteles megfizetni az érintettnek az adatfeldolgozó által okozott személyiségi jogsértés esetén járó sérelemdíjat is. Az adatkezelő mentesül az okozott kárért való felelősség és a sérelemdíj megfizetésének kötelezettsége alól, ha bizonyítja, hogy a kárt vagy az érintett személyiségi jogának sérelmét az adatkezelés körén kívül eső elháríthatatlan ok idézte elő. Nem kell megtéríteni a kárt és nem követelhető a sérelemdíj annyiban, amennyiben a kár a károsult vagy a személyiségi jog megsértésével okozott jogsérelem az érintett szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartásából származott.

7. Az adatok továbbítása, adatfeldolgozók

A Bit. 138.§ (1) bekezdésének o. pontja alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel szemben. A kiszervezett tevékenységet végzők részére a biztosító az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja. Amennyiben a kiszervezett tevékenység keretében a biztosító az ügyfeleinek személyes adatait továbbítja a kiszervezett tevékenységet végzőhöz, úgy a kiszervezett tevékenységet végző a biztosító adatfeldolgozójának minősül.

Tájékoztatjuk, hogy a biztosító részére különösen az alábbi szervezetek/személyek végeznek az ügymenet kiszervezése során tevékenységet:

Kiszervezett tevékenységet végzők	Adatátadás célja, tevékenység
nyomdák	az ügyfeleket tájékoztató levelek, nyomtatványok előállítás, csekkek nyomtatása
kárszakértők, autókereskedők, javítók	kárfelvétel, kárfelmérés, kárigény elbírálása
igazságügyi szakértők	szolgáltatási igény elbírálása, szakértői tevékenység
üggyédek	a biztosító jogi képviselete

Kiszervezett tevékenységet végzők	Adatátadás célja, tevékenység
orvosok	kockázat és szolgáltatási igény elbírálása
magánnyomozók	kárbejelentés ellenőrzése
követeléskezelő cégek	követelések kezelése, behajtása
informatikai szolgáltatók	folyamatos és mindennapi IT rendszerkarbantartás és -támogatás; adatkezelés, -tárolás, -archiválás
vagyonkezelő	vagyonkezelés
asszisztencia partnerek	szolgáltatásszervezés
szakfordítók, tolmácsok	fordítás, tolmácsolás
ügyfélszolgálati kapcsolattartók	ügyfélszolgálati tevékenység

Az ügymenet kiszervezését végző fontosabb jogalanyokra, szervezetekre, az általuk végzett tevékenység leírására vonatkozó tájékoztató megtekinthető a biztosító ügyfélszolgálati irodáiban és a www.groupama.hu honlapon is. A biztosítóval kötött szerződés alapján kizárólag a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges célokra használhatóak a biztosítótól kapott adatok. A kiszervezett tevékenységet végzők az adat- és titokvédelemre vonatkozó jogszabályokat kötelesek betartani. A biztosítási titok megőrzésére vonatkozó kötelezettséget, felelősséget és a titok megtartása érdekében teendő intézkedéseket a velük kötött szerződés is biztosítja. A kiszervezett tevékenységgel harmadik személynek okozott kárért a biztosító felelős és a biztosító köteles a felmerült sérelemdíjat megfizetni.

8. Egyéb adatkezelések

A társaság közös adatkezeléseket folytat, a közös adatkezelésre vonatkozó részletes szabályokat, valamint a harmadik országba történő adattovábbításokra vonatkozó tájékoztatót a honlapon elérhető Általános Adatvédelmi Információk elnevezésű dokumentum tartalmazza.

9. A biztosítási szerződéssel kapcsolatos panaszok kezelése

Jelen szerződési feltételekkel kapcsolatban felmerülő esetleges kérdés, panasz esetén személyesen a biztosító ügyfélszolgálati irodáiban dolgozó munkatársaihoz fordulhat. Ügyfélszolgálati irodáink elérhetőségéről a www.groupama.hu weboldalunkon tájékozódhat. Telefonon keresztül a biztosító TeleCenter +36 1 467 3500 telefonszámán, illetve elektronikus levélben a www.groupama.hu weboldal „Írjon nekünk” menüpontjában is állunk rendelkezésére. Amennyiben írásban kíván bejelentést tenni azt az 1380 Budapest, Pf. 1049 levélcímen és a +36 1 361 0091 telefax számon is megteheti.

A biztosító felett a szakmai felügyeletet a Magyar Nemzeti Bank gyakorolja. A Magyar Nemzeti Bank Ügyfélszolgálat elérhetőségei: cím: 1013 Budapest, Krisztina körút 39.; levélcím: 1534 Budapest, BKKP Pf. 777; telefonszám: +36 80 203 776; e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu. Bővebben a www.mnb.hu/fogyasztovedelem honlapon kaphat tájékoztatást.

A Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvényben foglalt fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Magyar Nemzeti Banknál fogyasztóvédelmi ellenőrzési eljárást kezdeményezhet, vagy a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén bírósághoz fordulhat, vagy – amennyiben Ön fogyasztó – a Pénzügyi Békéltető Testület eljárását kezdeményezheti. A Pénzügyi Békéltető Testület elérhetőségei: székhelye: Magyar Nemzeti Bank, 1054 Budapest, Szabadság tér 9.; ügyfélszolgálat címe: 1013 Budapest, Krisztina körút 39.; meghallgatások helyszíne: 1133 Budapest, Váci út 76. (Capital Square Irodaház); levélcím: 1525 Budapest, Pf. 172; telefonszám: +36 80 203 776; e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu; 2016. október 15-től bármelyik kormányablakban is lehetősége van pénzügyi fogyasztóvédelmi panasz, közérdekű bejelentés vagy a Pénzügyi Békéltető Testület eljárására irányuló kérelem leadására. Bővebben a <https://www.mnb.hu/bekeltetes/> oldalon kaphat tájékoztatást. Amennyiben online szolgáltatási szerződéssel kapcsolatos a jogvitája, az

Európai Unió online vitarendezési platformján kezdeményezheti a jogvita bírósági eljárásán kívüli rendezését. Az Európai Unió online vitarendezési platformjáról bővebb információkat talál a www.groupama.hu weboldalunkon. Az Európai Unió online vitarendezési platformjának elérhetősége: web: <http://ec.europa.eu/odr>.

A bíróság eljárására 2017. december 31-ig a polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény rendelkezései irányadók. A bíróság eljárására a 2018. január 1-jén és az azt követően indult ügyekben a polgári perrendtartásról szóló 2016. évi CXXX. törvényt kell alkalmazni. Panaszkezelésre vonatkozó további részletes információk és a biztosító Panaszkezelési Szabályzata megtekinthető a www.groupama.hu weboldal „fogyasztóvédelem” menüpontjában.

10. Tájékoztató a FATCA-törvény alapján fennálló kötelezettségekről

Jelen tájékoztató a Bit. 148. § (2) bekezdésében szereplő írásbeli tájékoztatói kötelezettség teljesítését célozza.

A biztosító, mint a FATCA-törvény szerinti ún. Jelentő Magyar Pénzügyi Intézmény, köteles az ún. készpénz egyenértékkel rendelkező biztosítások (tőkegyűjtéses életbiztosítások, a FATCA-törvény szerint pénzügyi számlák) vonatkozásában elvégezni a számlatulajdonos FATCA-törvényben foglalt Megállapodás (a továbbiakban: FATCA Megállapodás) I. számú Melléklete szerinti illetőségének megállapítására irányuló vizsgálatot (a továbbiakban jelen pontban: illetőségvizsgálat).

A FATCA Megállapodás értelmében az illetőségvizsgálat során a természetes személy ügyfél köteles az arra vonatkozó adatait, illetve nyilatkozatát a biztosító rendelkezésére bocsátani, hogy adóügyi szempontból belföldi illetőségű-e az Egyesült Államokban (ebből a szempontból egy egyesült államokbeli állampolgár adózás tekintetében belföldi illetőségűnek minősül az Egyesült Államokban még akkor is, ha a számlatulajdonos egy másik országban szintén adózási kötelezettség alá esik), illetve a jogi személy ügyfél köteles nyilatkozni arról, hogy a FATCA-törvényben meghatározott kategóriák közül melyikbe tartozik.

Az illetőségvizsgálat eredménye alapján a biztosító egy pénzügyi számlát (életbiztosítási szerződést) az Egyesült Államoknak Jelentendő Számlaként, vagy Nem Jelentendő Számlaként azonosít.

A biztosító a pénzügyi számlát a FATCA-törvényben meghatározott Egyesült Államoknak Jelentendő Számlaként minősíti, amennyiben az ügyfél az illetőségvizsgálat elvégzéséhez nem járul hozzá, vagy az illetőségvizsgálat más okból sikertelen.

Az illetőségvizsgálatához szükséges nyilatkozatok beszerzésére a pénzműködési ügyfél-azonosítási kötelezettség lefolytatásával együtt kerül sor.

A FATCA-törvény értelmében, az Aktv. 43/B–43/C. §-ában meghatározott szabályok alapján az illetőségvizsgálat keretében Egyesült Államoknak Jelentendő Számlaként azonosított életbiztosításról és számlatulajdonosának adatairól a biztosító évente, az adóévet követő év június 30-ig köteles a Nemzeti Adó- és Vámhivatal (NAV) tájékoztatni a Magyarország Kormánya és az Egyesült Államok Kormánya közötti információcsere teljesülése érdekében. Az Aktv. 43/B–43/C. §-a szerinti adatszolgáltatás esetén az adatszolgáltatás tényéről a biztosító a számlatulajdonost az adatszolgáltatás teljesítésétől számított 30 napon belül írásban tájékoztatja.

A számlatulajdonost a biztosító felé 5 munkanapon belül változásbejelentési kötelezettség terheli, amennyiben adataiban – így különösen, melyek adóügyi illetőségét befolyásolják – változás következik be.

11. Tájékoztató az Aktv. alapján fennálló kötelezettségekről

A biztosító, mint az Aktv. hatálya alá tartozó Jelentő Magyar Intézmény köteles az ún. visszavásárlási értékkel rendelkező biztosítási szerződések (az Aktv. szerint pénzügyi számlák) vonatkozásában elvégezni a Számlatulajdonos (ügyfél) illetőségének megállapítására irányuló vizsgálatot (a továbbiakban jelen pontban: illetőségvizsgálat).

Az Aktv. értelmében az illetőségvizsgálat során az ügyfél köteles az adóügyi illetőségére vonatkozó adatait, illetve nyilatkozatát a biztosító rendelkezésére bocsátani. Az Aktv. szerinti Passzív Nem Pénzügyi Jogalany ügyfél köteles továbbá nyilatkozni az Aktv. alapján Jelentendő Személynek minősülő, Ellenőrzést gyakorló személyekről.

Amennyiben a nyilatkozat alapján a Számlatulajdonos (ügyfél) adózási szempontból tagállamban vagy az Aktv. szerinti más államban rendelkezik illetőséggel, a biztosító a számlát Jelentendő Pénzügyi Számlaként kezeli.

Az Aktv. értelmében a biztosító az illetőségvizsgálat keretében megszerzett, az Aktv. alapján jelentendő adatokról évente, az adóévet követő év június 30-ig köteles tájékoztatni a Nemzeti Adó- és Vámhivatalt (NAV), amely az automatikus információcsere keretében közli az Európai Unió tagállama vagy más állami hatáskörrel rendelkező hatóságával az Aktv.-ben meghatározott adatokat. Az Aktv. szerinti, NAV felé fennálló adatszolgáltatás teljesítése esetén az adatszolgáltatás tényéről a biztosító a Számlatulajdonost (ügyfelet) az adatszolgáltatás teljesítésétől számított 30 napon belül írásban – ha az lehetséges, elektronikus úton – tájékoztatja.

12. Tájékoztató a fizetőképességről és a pénzügyi helyzetéről szóló beszámoló közzétételéről

A biztosító a Bit. 108. § (1) bekezdése alapján köteles évente jelentést közölni fizetőképességéről és a pénzügyi helyzetéről. A jelentéssel összefüggő részletszabályokat a Kormány rendeletben állapítja meg. A biztosító a Bit. 108. § (1) bekezdése szerinti, a fizetőképességről és a pénzügyi helyzetéről szóló jelentését a honlapján közzéteszi.

13. Értelmező rendelkezések

- a. Személyes adat:** azonosított vagy azonosítható természetes személyre („érintett”) vonatkozó bármely információ; azonosítható az a természetes személy, aki közvetlen vagy közvetett módon, különösen valamely azonosító, például név, szám, helymeghatározó adat, online azonosító vagy a természetes személy testi, fiziológiai, genetikai, szellemi, gazdasági, kulturális vagy szociális azonosságára vonatkozó egy vagy több tényező alapján azonosítható.
- b. Érintett:** bármely meghatározott, személyes adat alapján azonosított vagy – közvetlenül vagy közvetve – azonosítható természetes személy.
- c. Az érintett hozzájárulása:** az érintett akaratának önkéntes, konkrét és megfelelő tájékoztatáson alapuló és egyértelmű kinyilvánítása, amelylyel az érintett nyilatkozat vagy a megerősített félreérthetetlenül kifejező cselekedet útján jelzi, hogy beleegyezését adja az őt érintő személyes adatok kezeléséhez.
- d. Adatkezelő:** az a természetes vagy jogi személy, közhatalmi szerv, ügynökség vagy bármely egyéb szerv, amely a személyes adatok kezelésének céljait és eszközeit önállóan vagy másokkal együtt meghatározza; ha az adatkezelés céljait és eszközeit az uniós vagy a tagállami jog határozza meg, az adatkezelőt vagy az adatkezelő kijelölésére vonatkozó különös szempontokat az uniós vagy a tagállami jog is meghatározhatja.
- e. Adatkezelés:** a személyes adatokon vagy adatállományokon automatizált vagy nem automatizált módon végzett bármely művelet vagy műveletek összessége, így a gyűjtés, rögzítés, rendszerezés, tagolás, tárolás, átalakítás vagy megváltoztatás, lekérdezés, betekintés, felhasználás, közlés, továbbítás, terjesztés vagy egyéb módon történő hozzáférhetővé tétel útján, összehangolás vagy összekapcsolás, korlátozás, törlés, illetve megsemmisítés.
- f. Adattovábbítás:** az adat meghatározott harmadik személy számára történő hozzáférhetővé tétele.
- g. Adatfeldolgozó:** az a természetes vagy jogi személy, közhatalmi szerv, ügynökség vagy bármely egyéb szerv, amely az adatkezelő nevében személyes adatokat kezel.
- h. Harmadik fél:** az a természetes vagy jogi személy, közhatalmi szerv, ügynökség vagy bármely egyéb szerv, amely nem azonos az érintettel, az adatkezelővel, az adatfeldolgozóval vagy azokkal a személyekkel, akik az adatkezelő vagy adatfeldolgozó közvetlen irányítása alatt a személyes adatok kezelésére felhatalmazást kaptak.

- i. Infotv.:** az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény.
- j. Biztosítási titok:** minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.
- k. Ügymenet kiszervezése:** a biztosító biztosítási vagy azzal közvetlenül összefüggő tevékenysége valamely részének végzésére más biz meg.
- l. Biztosító:** Groupama Biztosító Zrt., székhely: Magyarország, 1146 Budapest, Erzsébet királyné útja 1/C; Fővárosi Törvényszék Cégbírósága által Cg. 01-10-041071 szám alatt bejegyezve; európai egyedi azonosítója (EUID): HUOCCSZ.01-10-041071.
- m. Ügyfél:** a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett, a károsult, a biztosító számára szerződéses ajánlatot tett és a biztosító szolgáltatására jogosult más személy, továbbá a független biztosításközvetítő esetén az a személy is, aki a független biztosításközvetítővel alkuszi megbízási szerződést kötött.
- n. Egészségügyi adat:** egy természetes személy testi vagy szellemi egészségi állapotára vonatkozó személyes adat, ideértve a természetes személy számára nyújtott egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó olyan adatot is, amely információt hordoz a természetes személy egészségi állapotáról;
- o. Külföldi:** a devizakorlátozások megszüntetéséről, valamint egyes kapcsolódó törvények módosításáról szóló 2001. évi XCIII. törvény 2.§-ának 2. pontjában meghatározott fogalom.
- p. Üzleti titok:** a gazdasági tevékenységhez kapcsolódó, titkos – egészben vagy elemeinek összességéiként nem közismert vagy az érintett gazdasági tevékenységet végző személyek számára nem könnyen hozzáférhető –, ennélfogva vagyoni értékkel bíró olyan tény, tájékoztatás, egyéb adat és az azokból készült összeállítás, amelynek a titokban tartása érdekében a titok jogosultja az adott helyzetben általában elvárható magatartást tanúsítja.
- q. Know-how:** védett ismeret know-how az üzleti titoknak minősülő, azonosításra alkalmas módon rögzített, műszaki, gazdasági vagy szervezési ismeret, megoldás, tapasztalat vagy ezek összeállítása.
- r. Adatvédelmi incidens:** a biztonság olyan sérülése, amely a továbbított, tárolt vagy más módon kezelt személyes adatok véletlen vagy jogellenes megsemmisítését, elvesztését, megváltoztatását, jogosulatlan közlését vagy az azokhoz való jogosulatlan hozzáférést eredményezi.
- s. Általános adatvédelmi rendelet vagy GDPR:** a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról szóló az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679. számú rendelete (2016. április 27.)
- t. Profilalkotás:** személyes adatok automatizált kezelésének bármely olyan formája, amelynek során a személyes adatokat valamely természetes személyhez fűződő bizonyos személyes jellemzők értékelésére, különösen a munkahelyi teljesítményhez, gazdasági helyzethez, egészségi állapothoz, személyes preferenciákhoz, érdeklődéshez, megbízhatósághoz, viselkedéshez, tartózkodási helyhez vagy mozgáshoz kapcsolódó jellemzők elemzésére vagy előrejelzésére használják.
- u. Közös adatkezelő:** az az adatkezelő, aki vagy amely – törvényben vagy az Európai Unió kötelező jogi aktusában meghatározott keretek között – az adatkezelés céljait és eszközeit egy vagy több másik adatkezelővel közösen határozza meg, az adatkezelésre (beleértve a felhasznált eszközt) vonatkozó döntéseket egy vagy több másik adatkezelővel közösen hozza meg és hajtja végre vagy hajtja végre az adatfeldolgozóval.