

A-PBT-A-17/2014. Ajánlás

A Pénzügyi Békéltető Testület az **A.A.** kérelmező (xxx; a továbbiakban: *Kérelmező*) **ABC Biztosító** (Korábbi cégneve: BCD Biztosító; yyy; a továbbiakban: *Pénzügyi Szolgáltató*) ellen benyújtott kérelmére indult, xxx ügyszám alatt nyilvántartásba vett, pénzügyi fogyasztói jogvita rendezésére irányuló eljárásban, a 2014. március 20. napján megtartott meghallgatáson az alábbi

AJÁNLÁST

hozta:

A Pénzügyi Békéltető Testület eljáró tanácsa felhívja a Pénzügyi Szolgáltatót, hogy az ajánlás kézhezvételétől számított 60 (hatvan) naptári napon belül fizessen meg a Kérelmezőnek 532.900 Ft (azaz ötszázharminckétezer-kilencszáz forint) biztosítási szolgáltatási összeget.

Az ajánlás ellen fellebbezésnek helye nincs, azonban annak kézbesítésétől számított 15 napon belül hatályon kívül helyezése kérhető a Fővárosi Törvényszéktől, ha a tanács összetétele vagy eljárása nem felelt meg a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény (a továbbiakban: *MNB tv.*) rendelkezéseinek, a Pénzügyi Békéltető Testületnek nem volt hatásköre az eljárásra, a kérelem meghallgatás nélküli elutasításának lett volna helye.

A Pénzügyi Szolgáltató az ajánlás hatályon kívül helyezését a fentiekén túl – az ajánlás részére történt kézbesítésétől számított tizenöt napon belül – akkor is kérheti a Fővárosi Törvényszéktől, ha az ajánlás tartalma nem felel meg a jogszabályoknak.

Ha a Pénzügyi Szolgáltató az ajánlásnak nem tesz eleget, a Pénzügyi Békéltető Testület – a Kérelmező nevének megjelölése nélkül – jogosult a jogvita tartalmának rövid leírását és az eljárás eredményét – legkorábban az ajánlásnak a pénzügyi szolgáltató részére történt kézbesítésétől számított hatvan nap elteltével – nyilvánosságra hozni.

A Pénzügyi Békéltető Testület felhívja a Pénzügyi Szolgáltatót és a Kérelmezőt, hogy jelen ajánlás végrehajtásáról az ajánlás kézhezvételét követő 60 napon belül írásban tájékoztassák a Testületet.

A Pénzügyi Békéltető Testület ajánlása nem érinti a Kérelmező azon jogát, hogy a Pénzügyi Szolgáltatóval szembeni igényét bírósági eljárás keretében érvényesítse.

A Pénzügyi Békéltető Testület döntését az MNB tv. 113. §-ának b) pontja, 116. §-a, valamint 119. §-ának (1) bekezdése alapján hozta meg.

INDOKOLÁS

A Kérelmező a 2014. január 24. napján indult eljárásban kérelemmel (a továbbiakban: *Kérelem*) fordult a Pénzügyi Békéltető Testülethez, amelyben a Pénzügyi Szolgáltatóval szemben fennálló, életbiztosításból fakadó igényével kapcsolatos jogvitája felülvizsgálatát kérte a Testülettől.

A Kérelemben ismertetett és a becsatolt okiratokból megállapítható tényállás szerint a Pénzügyi Szolgáltató és a Kérelmező között, 2012. február 1. napi kockázatviselési kezdettel, xxx egészségbiztosítás (a továbbiakban: *Biztosítás*) jött létre. A Kérelmező kérte az ajánlatában 500.000 forint összegig az egészségbiztosítási kockázatok közül az I. és II. rokkantsági csoportra vonatkozó biztosítási fedezetet.

A Kérelmező 2013. augusztus 1. napján szolgáltatási igénybejelentéssel fordult a Pénzügyi Szolgáltató felé, amelyet a Pénzügyi Szolgáltató mentesülésre hivatkozással elutasított. A Kérelmező felülvizsgálati kérelmét és panaszát a Pénzügyi Szolgáltató szintén elutasította, arra hivatkozással, hogy a Biztosítás különös feltételeinek xxx pontjában meghatározott biztosítási esemény nem valósult meg, mivel a szakértői vélemény szerint a kérelmező munkaképességének a csökkenése nem éri el a 79%-ot.

A Pénzügyi Szolgáltató elutasító válaszára figyelemmel a Kérelmező kérte a Pénzügyi Békéltető Testületet, hogy határozatával kötelezze a Pénzügyi Szolgáltatót az általa a Pénzügyi Szolgáltató felé bejelentett szolgáltatási igény megfizetésére. A Kérelmező kérelmében követelését 500.000 Ft összegben határozta meg. Kérelmében kiemelte, hogy nem tartja elfogadhatónak a Pénzügyi Szolgáltató elutasító álláspontját, mivel a jelenlegi jogszabály szerint csak 69% feletti kategória létezik és a jelenlegi besorolás nem tudja értelmezni a 79% feletti kategóriát. A Nemzeti Erőforrás Minisztérium (NEFMI) 7/2012. (11.14.) rendelete alapján új minősítési kategóriák kerültek bevezetésre. Besorolása D kategória, a NEFMI-től kapott tájékoztatóban a D kategóriás besorolás a régi rendszerben a II. kategóriának felel meg. Csatolta a rokkantsági kategóriák megváltozásáról szóló tájékoztatót.

A Pénzügyi Szolgáltató válasziratában fenntartotta a szolgáltatási igényt elutasító leveleiben foglaltakat, mely szerint a Kérelmező igényének jogosságát nem ismeri el. Álláspontja szerint annak elbírálása és elutasítása során jogszerűen járt el.

Válasziratában előadta, hogy a Biztosítás yyy különös feltételei (xxx oldal) xxx pontja értelmében biztosítási esemény a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül, váratlan betegség, baleset, melynek következtében az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet (a továbbiakban: orvosszakértői intézet) szakvéleménye a biztosítottnál 79 százalékot meghaladó mértékű egészségkárosodást (az 1997. évi LXXXI. törvény 36/A. § (1) a) aa) bekezdés szerinti rokkantság, I. vagy II. rokkantsági csoport) állapított meg, feltéve, hogy a biztosított a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervnél a rokkantsággal összefüggő igénybejelentését a kockázatviselés tartama alatt kezdeményezi. A biztosítási esemény időpontja a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez történő igénybejelentés napja.

Előadta továbbá, hogy a megváltozott munkaképességű személyek ellátásáról és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény 2012.01.01-i hatállyal jelentős módosítást vezetett be mind elbírálási, mind szervezeti szempontból. A Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatalról, valamint a szakmai irányítása alá tartozó rehabilitációs szakigazgatási szervek feladat- és hatásköréről szóló 95/2012. (V.15.) Kormányrendelet 1. §-ban a Kormány a) az első fokú közigazgatási hatósági eljárásban rehabilitációs hatóságként, orvosszakértői, valamint rehabilitációs szakértői szervként a rehabilitációs szakigazgatási szervet; b) a másodfokú közigazgatási hatósági eljárásban rehabilitációs hatóságként, orvosszakértői, valamint rehabilitációs szakértői szervként a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatalt (a továbbiakban: *Hivatal*) jelölte ki. A Hivatal csak egy igen szűk körben (5. § (3) bekezdés) foglalkozik szakértői tevékenységgel. A 13. § (1) bekezdése értelmében a Kormányhivatalok mellett működő rehabilitációs szakigazgatási szerv végzi a rehabilitációs hatóság részére jogszabályban meghatározott közigazgatási hatósági feladatokat, ellátja a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló törvény, valamint végrehajtási rendeletei által a rehabilitációs hatóság részére meghatározott feladatokat. A rehabilitációs szakigazgatási szerv hatósági jogkört gyakorol. A biztosítási feltétel yyy pontja szerint a biztosítási esemény megállapítása a megváltozott munkaképességű személyek elbírálására hivatott állami orvosszakértői testület véleménye alapján történik. Bár a könnyebb érthetőség szempontjából a biztosítási feltétel utalt az annak bevezetésekor hatályos jogi szabályozáson alapuló – és az akkor már évek óta fennálló – csoportok szerinti besorolásra, magát a tényleges besorolást nem tette a

biztosítási esemény megállapításához szükséges körülménnyé. Nem tette szükségessé azt sem, hogy az illetékes nyugdíjbiztosítási szerv pozitív határozatot hozzon az adott csoportra vonatkozóan, kizárólag a rokkantsági eljárás alapját képező orvosszakértői vélemény szerinti, a munkaképesség csökkenésének mértékére vonatkozó megállapítást vette alapul. A pénzügyi szolgáltató álláspontja szerint tekintettel arra, hogy az esemény egy adott, meghatározott %-ban került megállapításra, a biztosítási szerződésen kívül álló állami jogalkotást, annak változásai következtében az állami szervek részére betartani előírt további szempontokat, elbírálási kiindulópontokat nem szükséges megfeleltetni a biztosítási feltételekben.

Jogalapi elutasító álláspontját fenntartva előadta, hogy a megkötött biztosítási szerződésre alkalmazandó biztosítási feltétel értelmében a biztosítási esemény elismerése esetén a szolgáltatási összeg 532.900 Ft lenne.

A Pénzügyi Szolgáltató válasziratában nyilatkozott, hogy a Pénzügyi Békéltető Testület döntését kötelezőként nem fogadja el, a döntésnek alávetni magát nem kívánja.

Az ügyben 2014. március 20. napján megtartott meghallgatáson a Kérelmező, képviselője útján nyilatkozott, hogy kérelmét fenntartja. Előadta, hogy érdeklődött a kategória besorolások tartalmáról, és arról tájékoztatták, hogy a D kategória fölött már csak az E kategória van, amely az önálló életvitelre alkalmatlan állapotot jelenti. A régi besorolás II. rokkantsági kategóriája az új besorolás szerint D, illetve E kategóriának felel meg. Mivel a Kérelmező D kategóriás besorolást kapott, ezért álláspontja szerint rá vonatkozik a régi II. kategória. Bemutatta az eljáró tanácsnak az xxx Kormányhivatal yyy Hivatala által 2013. augusztus 16-án kiállított, Kérelmező közgyógyellátásra való jogosultságot megállapító határozatát.

Álláspontja szerint a Pénzügyi Szolgáltató egy olyan besorolás alapján hozta meg a döntését, amely mögöttes jogszabályi háttére és besorolási rendszere nagymértékben megváltozott. Ezért kérte a Pénzügyi Szolgáltatót a szolgáltatás nyújtására.

A Kérelmező a meghallgatáson nyilatkozott, hogy igényét felemeli a Biztosítás kötvényében meghatározott és a Pénzügyi Szolgáltató által is megerősített 532.900 Ft biztosítási szolgáltatási összegre.

A meghallgatáson a Pénzügyi Szolgáltató képviselője tájékoztatta az eljáró tanácsot és a Kérelmezőt, hogy a Biztosító neve xxx napjától megváltozott, új neve ABC Biztosító. Fenntartotta a válasziratban foglaltakat, hivatkozott arra, hogy a munkaképesség csökkenésre vonatkozóan a hatályos jogszabályok igen egzakt megfogalmazást, definíciót tartalmaznak. Orvosszakértővel a Kérelmezőt nem vizsgáltatták meg, mivel a Pénzügyi Szolgáltató a rendelkezésére álló első fokú orvosi véleményben rögzített %-os mértékben meghatározott össz-szervezeti egészségkárosodás és egészségi állapot alapján hozta meg döntését. A Kérelmező esetében az egészségromlás mértéke 70%. 2012 óta részben a megmaradt egészségi állapotot, részben a munkaképesség elvesztésének mértékét veszik figyelembe. Kifejtette, hogy a 2012. januárban bevezetett új rendszer alapján a régi besorolások automatikusan nem feleltethetők meg az új kategóriáknak.

Az eljáró tanács a meghallgatáson megkísérelte a felek közötti egyezség létrehozását, amely azonban nem járt eredménnyel.

A Kérelmező Kérelme az alábbi indokoknál fogva **megalapozott**.

Az eljárás során tényként volt megállapítható, hogy a felek között, 2012. február 1. napi kockázatviselési kezdettel, xxx egészségbiztosítás (a továbbiakban: *Biztosítás*) jött létre, amely az ajánlat szerint 500.000

forint összegig az egészségbiztosítási kockázatok közül az I. és II. rokkantsági csoportra vonatkozó biztosítási fedezetet is tartalmazott. A felek között nem volt vitás, hogy a Kérelmező a biztosítás általános szerződési feltételeinek átvételét aláírásával elismerte, ezért a Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény (a továbbiakban: *Ptk.*) 200. § (1) bekezdésében foglalt szerződési szabadság elve, és a *Ptk.* 205/B. § (1) bekezdése alapján a Biztosítás általános és különös szerződési feltételeit (a továbbiakban együttesen: *Feltételek*), ennek körében az yyy biztosítás, xxx jelzésű különös feltételeit (a továbbiakban: *Különös Feltételek*) a felek közös megállapodásukkal a biztosítási szerződés részévé tették.

Az eljárás során tényként volt továbbá megállapítható, hogy a Kérelmező vizsgálaton vett részt az xxx Kormányhivatal Rehabilitációs Szakigazgatási Szervénél (a továbbiakban: *Szakigazgatási Szerv*), melynek alapján a Szakigazgatási Szerv 2013. április 4. napján kelt I. fokú orvosi véleményében (a továbbiakban: *Szakovélemény*) megállapította és igazolta, hogy a Kérelmező össz-szervezeti egészségkárosodásának mértéke 70%, egészségi állapota 30%, és a komplex minősítésre vonatkozó részletes szabályokról szóló 7/2012. (II. 14.) NEFMI rendelet (a továbbiakban: *NEFMI rendelet*) szerinti D kategóriájú rokkantsági csoportba sorolta.

A Kérelmező a Szakigazgatási Szerv Szakovéleményében foglaltak alapján szolgáltatási igénybejelentéssel fordult a Pénzügyi Szolgáltató felé, amely azt elutasította, arra hivatkozással, hogy a Kérelmező össz-szervezeti egészségkárosodásának Szakovéleményben meghatározott mértéke nem éri el Különös Feltételek xxx pontjában meghatározott mértéket, így a bejelentett egészségkárosodás nem minősül biztosítási eseménynek. A Kérelmező a Pénzügyi Szolgáltató álláspontjával szemben arra hivatkozott, hogy a Szakovéleményben meghatározott, NEFMI rendelet szerinti D kategóriájú rokkantsági fok megfelel a korábbi szabályozás szerinti I. és II. kategóriájú rokkantsági foknak.

Erre figyelemmel a Pénzügyi Békéltető Testület eljáró tanácsának abban a kérdésben kellett állást foglalnia, hogy a Kérelmező tekintetében megállapított össz-szervezeti egészségkárosodás mértéke, valamint a rokkantság foka megfeleltethető-e a Feltételekben meghatározott, biztosítási esemény megvalósulásához előírt mértéknek, és kiváltja-e a Pénzügyi Szolgáltató szolgáltatási kötelezettségét.

A *Ptk.* 536. § alapján biztosítási szerződés alapján a biztosító meghatározott jövőbeni esemény (biztosítási esemény) bekövetkeztétől függően a biztosítási szerződésben meghatározott összeg megfizetésére (szolgáltatás teljesítésére) kötelezi magát. Azt, hogy milyen események minősülnek a biztosító szolgáltatási kötelezettségét kiváltó biztosítási eseménynek, a biztosítási szerződés, jelen esetben a Feltételek tartalmazzák.

A Különös Feltételek xxx pontja szerint a Biztosítás alkalmazásában „biztosítási esemény a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül, váratlan betegség, baleset, melynek következtében az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet (a továbbiakban: orvosszakértői intézet) szakovéleménye a biztosítottnál 79 százalékot meghaladó mértékű egészségkárosodást (az 1997. évi LXXXI. törvény 36/A. § (1) a) aa) bekezdés szerinti rokkantság, I. vagy II. rokkantsági csoport) állapított meg, feltéve, hogy a biztosított a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervnél a rokkantsággal összefüggő igénybejelentését a kockázatviselés tartama alatt kezdeményezi”.

A fentiek szerint megállapítható tehát, hogy a Különös Feltételek xxx pontja a biztosítási esemény fogalmát a társadalombiztosítási nyugellátásról szóló 1997. évi LXXXI. törvény (a továbbiakban: *Rtv.*) 36/A. § (1) a) aa) bekezdése szerint határozza meg, amely rendelkezést a 2011. évi CXCI. törvény 103. § i) pontja 2012. január 1. napi hatállyal hatályon kívül helyezte. A nevezett rendelkezés hatályon kívül helyezését megelőzően a 79%-os egészségkárosodás esetén megállapítható rokkantsági

nyugdíjjogosultságot, azaz az Rtv-ben meghatározott legmagasabb szintű egészségkárosodási kategóriát szabályozta.

A Szakvélemény besorolási alapját képező NEFMI rendelet 3. § (1) bekezdése szerint amennyiben a komplex minősítés során megállapításra kerül, hogy a kérelmező egészségi állapotának mértéke 60 százalékos vagy kisebb mértékű, a megváltozott munkaképességű személyt be kell sorolni a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény (a továbbiakban: *Mmtv.*) 3. § (2) bekezdésében meghatározott minősítési kategóriába. A (2) bekezdés e) pontja szerint a besoroláskor az *Mmtv.* 3. § (2) bekezdés b) pont bc) alpontja szerinti minősítési kategóriába az sorolható be, akinek egészségi állapota 1-30% között van és orvosszakmai szempontból önellátásra képes (D kategória).

A NEFMI rendelet fent hivatkozott rendelkezése szerint megállapítható tehát, hogy a Kérelmező tekintetében megállapított össz-szervezeti egészségkárosodás kategóriája a NEFMI rendeletben meghatározott legmagasabb fokú (70%-tól 100%-ig terjedő) egészségkárosodásnak felel meg azzal, hogy az adott személy orvosszakmai szempontból önellátásra képes.

A Ptk. 207. § (1) bekezdése alapján a szerződési nyilatkozatot vita esetén úgy kell értelmezni, ahogyan azt a másik félnek a nyilatkozó feltehető akaratára és az eset körülményeire tekintettel a szavak általánosan elfogadott jelentése szerint értenie kellett. A nevezett § (2) bekezdése szerint ha az általános szerződési feltétel, illetve a fogyasztói szerződés tartalma az (1) bekezdésben foglalt szabály alkalmazásával nem állapítható meg egyértelműen, a feltétel meghatározójával szerződő fél, illetve a fogyasztó számára kedvezőbb értelmezést kell elfogadni.

A szerződési nyilatkozat (illetve tág értelemben bármely jognyilatkozat) értelmezésére a Ptk. 207. § (1) bekezdése tehát – korrekciókkal – a nyilatkozási elvet fogadja el. A nyilatkozat értelmezése során a törvény három szempontnak tulajdonít jelentőséget: a szavak általánosan elfogadott jelentésének, az eset összes körülményének és a nyilatkozó feltehető akaratának. Az értelmezés nem követi tehát tisztán az ún. nyilatkozási elvet, amely a megállapodások érvényességének megítélésében – s így az értelmezés során is – a nyilatkozatnak tulajdonít döntő jelentőséget, hanem azt az akaratit elvel ötvözi. A szavak általánosan elfogadott jelentésének meghatározásában főszabályként természetesen az általános nyelvhasználat az irányadó. Az értelmezés során ugyanakkor nem hagyható figyelmen kívül a felek személye, és a szerződéssel szabályozott jogviszony sajátossága sem. A nyilatkozó feltehető akaratának tartalmát az adott jognyilatkozattal kielégíteni kívánt – gazdaságilag is ésszerű – érdek szem előtt tartásával lehet meghatározni.

A Pénzügyi Békéltető Testület eljáró tanácsa mindezek figyelembevételével megvizsgálta a Feltételek egészségkárosodás mértékének meghatározására vonatkozó rendelkezéseit, melynek alapján egyértelműen megállapítható, hogy azok kifejezetten az Rtv. 36/A. § (1) a) aa) bekezdésére utalással, az akkori hatályos I. és II. rokkantsági csoportba, azaz az akkor hatályos törvények szerinti legmagasabb rokkantsági fokozatba tartozó személyek tekintetében állapítják meg a biztosítási szolgáltatásra jogosultak körét.

Ennek alapján a Pénzügyi Békéltető Testület eljáró tanácsa megállapította, hogy a felek szerződési szándéka arra irányult, hogy a kockázatviselés tartama alatt teljesen munkaképtelenné vált Biztosított részére fedezetet nyújtson a Biztosított által felvett hitel helyette történő visszafizetésére. Ebből a szempontból tehát nem értékelhető az általános szerződési feltételt használó féllel szerződő (a csoportos biztosítási szerződéshez csatlakozó) fél hátrányára az a körülmény, hogy a Szakigazgatási Szerv Szakvéleményében nem a korábban hatályos jogszabályi rendelkezések szerinti besorolás (I. és II. fokú rokkantsági fokozat), hanem a megváltozott jogszabályi környezetnek megfelelően, a NEFMI rendelet szerinti kategóriák használatával állapította meg a Kérelmező teljes munkaképtelenségét.

Ennek kapcsán azt is értékelni szükséges továbbá, hogy az Rtv. és a NEFMI rendelet szerinti egészségkárosodás mértéke a megváltozott – szigorúbb – értékelési szempontokra és módszertanra figyelemmel, egymással nem összehasonlítható. A jogszabályok összevetéséből ugyanakkor megállapítható, hogy az Rtv. szerinti I. és II. csoportos rokkantság – mely az egészségkárosodás mértékében nem, csupán az önellátási képesség vonatkozásában különbözik – megfeleltethető az új szabályozás szerinti D és E kategóriájú rokkantságnak, amelyek egymástól az egészségkárosodás mértékében ugyancsak nem különböznek, és közöttük az elválasztó ismérv szintén az önellátásra való képesség vagy képtelenség.

Szintén figyelembe kell venni a szerződéses akarat értékelése során azt a tényezőt is, hogy a Pénzügyi Szolgáltató által alkalmazott kárrendezési gyakorlat kettébontaná a NEFMI rendeletben meghatározott legmagasabb fokú (70%-tól 100%-ig terjedő) egészségkárosodásban szenvedő biztosítottakat a szolgáltatásnyújtás szempontjából – tehát egyes D kategóriájú egészségkárosodott biztosítottak szolgáltatásra lennének jogosultak, egyesek pedig nem – miközben a szerződéskötéskor a felek megállapodása arra vonatkozott, hogy mindazok szolgáltatásra válnak jogosulttá (az egyéb feltételek megléte estén), akik az Rtv. szerinti legmagasabb fokú egészségkárosodást elszenvedik.

Erre figyelemmel a Pénzügyi Békéltető Testület eljáró tanácsa megállapította, hogy a Kérelmező tekintetében megállapított D kategóriájú rokkantság – függetlenül az össz-szervezeti munkaképesség csökkenés számszerű mértékétől – megalapozza a Különös Feltételek xxx pontjában meghatározott biztosítási esemény bekövetkeztét, és kiváltja a Pénzügyi Szolgáltató szolgáltatási kötelezettségét.

A módosított biztosítási kötvény szerint a I. és II. csoportú rokkantságra vonatkozó biztosítási szolgáltatás összege 532.900 Ft, így – a biztosítási esemény bekövetkeztére figyelemmel – a Pénzügyi Szolgáltató ezen összegben köteles a biztosítási szolgáltatást megfizetni a Kérelmező felé.

Az MNB tv. 178. § (1) és (3) bekezdése alapján alkalmazott Psztv. 94. § b) pontja alapján egyezség hiányában a tanács az ügy érdemében ajánlást tesz, ha a kérelem megalapozott, azonban a Psztv. 4. §-ban meghatározott törvények hatálya alá tartozó személy vagy szervezet az eljárás kezdetekor úgy nyilatkozott, hogy a tanács döntését kötelezésként nem ismeri el, illetve ha a tanács döntésének elismeréséről egyáltalán nem nyilatkozott.

Mivel a Kérelmező Kérelme a fentiek szerint megalapozott és a Pénzügyi Szolgáltató az ügyben alávetési nyilatkozatot nem tett, az eljáró tanács a rendelkező rész szerinti ajánlást adta ki.

Budapest, 2014. április 03.

Felföldi Ágnes s.k.,
eljáró tanács tagja

Trencséniné dr. Molnár Ágnes s.k.,
eljáró tanács elnöke

Dr. Sebestyén Ádám s.k.,
eljáró tanács tagja