

Aegon Csoportos Biztosítások

Általános Feltételek

I. Alapvető meghatározások

I.1. A jelen feltételek alapján létrejövő szerződés (továbbiakban: Szerződés) keretében az AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt. (továbbiakban: Biztosító) csoportos kockázati élet-, baleset-, egészség- és speciális szolgáltatású egészségbiztosításokat nyújt. A Biztosítási szerződés alapján a biztosító a szerződésben meghatározott kockázatra fedezetet nyújt, és a kockázatviselés kezdetét követően bekövetkező biztosítási esemény bekövetkezése után a szerződésben meghatározott szolgáltatást teljesíti. Biztosítási szerződést az köthet, aki a biztosítandó személy(ek)hez fűződő jogviszony alapján a biztosítási esemény elkerülésében - életkor elérésére, születésre vagy házasságkötésre szóló életbiztosítás esetén a biztosítási esemény bekövetkezésében - érdekelt, vagy aki a szerződést az érdekelt személy javára köti meg. Az e rendelkezés ellenére kötött szerződés semmis.

A Szerződés részét képezi:

- a jelen Általános Feltételek,
- a Speciális Feltételek, amelyek a jelen Általános Feltételek Függelékét képezik (I.3. pont)
- az Ajánlat, amely
 - a Mellékletből (I.4. pont) és az annak részét képező Biztosított Nyilatkozatból (I.6. pont),
 - és az Adatközlőből (I.5. pont) áll,
- továbbá a szerződés létrejöttét igazoló Kötvény.

A Biztosítási Szerződés – a Szerződő írásbeli ajánlata alapján – a Szerződő és a Biztosító írásbeli megállapodásával jön létre, mely megállapodásról a Biztosító Fedezetet igazoló dokumentumot (továbbiakban: Kötvény) állít ki.

I.2. A biztosítás alanyai

I.2.1. Szerződő

Szerződő lehet bármely Magyarországon működő jogi személy, vagy egyéb gazdálkodó szervezet, amely az érdekkörébe tartozó természetes személyek számára a Biztosítóval a Szerződésben meghatározottak szerint csoportos biztosítást köt, és a díjfizetést teljesíti.

A Szerződő érdekkörébe tartozó természetes személy lehet különösen a Szerződő munkaviszony keretében foglalkoztatott munkavállalója.

I.2.2. Biztosított

Biztosított az lehet, akit a Szerződő az Adatközlőben az I.5. pont szerint biztosításra jelöl, és egyidejűleg megfelel a Biztosító kockázatvállalási feltételeinek (III. fejezet), valamint az alábbiaknak:

- a) életkora 14 és 65 év között van;
- b) részére rokkantsági ellátást vagy rehabilitációs ellátást nem állapítottak meg, illetve munkaképesség csökkenésének megállapítására irányuló kérelem elbírálása az illetékes magyar szakigazgatási szervnél nincs folyamatban;
- c) jogviszonya illetve egyéb kapcsolata a Szerződővel az Ajánlaton részletezettek szerint fennáll.

Ha a Szerződés bármilyen speciális szolgáltatású egészségbiztosítást is tartalmaz, vagy arra a későbbiekben kiterjesztik, úgy

- d) a Szerződővel munkaviszonyban áll, vagy a Szerződő által kölcsönzött munkaerő.

A Szerződés adott Biztosítottra vonatkozó teljes körű érvényességéhez a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Ezen hozzájárulását a Biztosított a Biztosítotti Nyilatkozat kitöltésével és annak sajátkezű aláírásával teszi meg.

A Szerződésbe Biztosított szerződőként nem léphet be, csak a – Szerződő Biztosítóval egyeztetett – rá vonatkozó engedélye alapján.

Ha a Biztosított életkora a 18 évet nem éri el, akkor a Szerződés megkötéséhez a törvényes képviselőt gyakorló szülő engedélye is szükséges.

I.2.3. Kedvezményezett

A Biztosított életében járó valamennyi biztosítási szolgáltatás *kedvezményezettje* maga a Biztosított, feltéve, hogy a Biztosítotti Nyilatkozatban erről másképp – a Szerződővel egyetértésben – nem rendelkezik.

A Biztosított halála esetén a szolgáltatás(ok) igénybevételére a Biztosítotti Nyilatkozaton erre megjelölt – Szerződő által is elfogadott – kedvezményezett(ek) jogosult(ak). Amennyiben együttes kedvezményezett jelölésre nem került sor, úgy a halál esetén járó szolgáltatási összeg(ek) a Biztosított örökösét/örököseit illeti(k) meg.

A kedvezményezés bármely szolgáltatás vonatkozásában a Szerződő és a Biztosított a Biztosítóhoz intézett egybehangzó írásbeli nyilatkozatával változtatható meg.

A kedvezményezett jelölés hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezte előtt meghal, gazdálkodó szervezet kedvezményezettként jelölése esetén a jogutód nélkül megszűnés jelenti a jelölés hatálytalanná válását. Amennyiben új kedvezményezett jelölésre nem került sor, úgy a halál esetén járó szolgáltatási összeg(ek) a Biztosított örökösét/örököseit, a biztosított életében esedékes szolgáltatások pedig a biztosítottat illeti(k) meg.

I.3. A Függelék tartalma

A Függelék tartalmazza azon biztosítási termékek Speciális Feltételeit (biztosítási események, biztosítási szolgáltatások, kiegészítő feltételek), amelyeket a Szerződő a Szerződés keretében választhat. A Speciális Feltételek az adott biztosításokra csak az Általános Feltételekkel együttesen érvényesek.

I.4. A Melléklet tartalma

A Melléklet tartalmazza:

- a) azon csoportok meghatározását (munkakörök, besorolások, kapcsolatok stb.), amelyekre a Szerződő a Biztosítóval a Szerződés keretében biztosítást köt,
- b) az egyes csoportokhoz kapcsolódó biztosítási termékek felsorolását a Függelékben foglaltak alapján,
- c) kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosítások esetében az egyes csoportokra vonatkozó biztosítási összegek nagyságát az adott biztosítási termék(ek) szerint. A biztosítási összegek lehetnek azonos mértékűek (fixek), vagy bérarányosak, de adott csoporton belül szolgáltatásonként minden csoporttagra azonos szabályt kell alkalmazni,
- d) speciális szolgáltatású egészségbiztosítások esetében az egyes csoportokra vonatkozó limiteket az adott biztosítási termék szerint,
- e) a biztosítási időszakok meghatározását,
- f) az Adatközlő adattartalmának meghatározását a díjszámítás és az elszámolás vonatkozásában,
- g) a Biztosítotti Nyilatkozatok tartalmát.

A Melléklet tartalmazza továbbá azon záradékokat, amelyek a Szerződés fennállásának, megújításának, a Biztosító kockázatvállalásának, valamint az elszámolás módjának az Általános és Speciális Feltételektől eltérő, illetve azokat kiegészítő, közös megegyezéssel elfogadott szerződési feltételeit tartalmazzák.

I.5. Az Adatközlő tartalma

Az Adatközlő tartalmazza az egyes biztosításra jelölt személyek besorolását a Mellékletben megadott csoportokba, valamint a Biztosító által kért és a Mellékletben meghatározott, szükséges adatokat.

I.6. A Biztosítotti Nyilatkozatok

A Biztosítotti Nyilatkozatok tartalmazzák a kedvezményezettek megjelölését, a biztosításra jelöltek (vagy törvényes képviselőt gyakorló szülőjüket) beleegyező nyilatkozatait, valamint a biztosítás elvállalására és a kockázatviselésre vonatkozóan az I.4. pont f) alpontjában a Mellékletben meghatározott információkat.

II. A csoportos biztosítási szerződés létrejötte és tartama

II.1. A Szerződés a Szerződő által aláírt Ajánlat valamennyi elemének a Biztosítóhoz való beérkezését követően, a Mellékletben meghatározott nap 0. órájával lép hatályba, feltéve, hogy az utóbb a Biztosító által is elfogadásra kerül. Az Ajánlat kézhezvételétől számított 15 napon belül a Biztosító kockázat-elbírálásra jogosult.

A Szerződés a kockázat-elbírálási határidő leteltével visszamenőlegesen akkor is létrejön, ha az Ajánlat elfogadásáról a Biztosító addig nem nyilatkozik.

A Szerződés a Mellékletben meghatározott tartamra, ezen belül ugyancsak a Mellékletben definiált hosszúságú (legfeljebb egy éves) biztosítási időszakokra jön létre. Az első biztosítási időszak – az ajánlat aláírásának időpontjától függően – törtidőszak is lehet. A szerződéskötést követő minden biztosítási időszak első napja az aláírást követő hónap elseje egyben a Szerződés fordulónapja (továbbiakban: fordulónap), egyben megszűnésének napja is, ha a felek a szerződés feltételeiben a következő évre nem tudtak megállapodni.

II.2. A Szerződés minden biztosítási időszakra a Szerződő és a Biztosító írásbeli megállapodásával, az előző időszakban bekövetkezett változások figyelembevételével, az új időszakra esedékes szolgáltatások és díjak vonatkozásában megújítandó (VI. fejezet).

III. A Biztosító kockázatvállalása

III.1. A Szerződő vállalja, hogy biztosításra jelöli mindazon – az érdekkörébe tartozó – személyeket, akik megfelelnek az I.2.2 pontban meghatározott feltételeknek, és akik a Mellékletben meghatározott, biztosítani kívánt csoportokba tartoznak.

III.2. Az Ajánlatban közöltektől függően - a Mellékletben meghatározottak szerint - a Biztosító az egyes csoportokra vonatkozóan egészségi nyilatkozatot kérhet.

III.3. A Biztosítónak az Ajánlat kézhezvételétől, illetve a Szerződés hatályba lépését követően beléptetendő Biztosítottak esetében a biztosításra jelölés kézhezvételétől (III.7.) számított 15 napon belül jogában áll a biztosításra jelölt személyek vonatkozásában kockázatsúlyosbítást alkalmazni, kockázatviselésének mértékét korlátozni, illetve a kockázat vállalását megtagadni.

III.4. Azon Biztosítottak esetében, akikre vonatkozóan a Biztosító a Mellékletben meghatározottak szerint egészségi nyilatkozatot kért a Biztosító a kockázat-elbírálás lezárását követően vállal fedezetet a III.3. pontban meghatározottak szerint.

III.5. A Biztosító a Szerződésben szereplő egyes biztosításokkal kapcsolatban várakozási időt köthet ki. A Biztosító a várakozási időt az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számítja. A várakozási idő alatt bekövetkezett biztosítási eseményekre a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll fenn.

III.6. A Szerződés megkötésekor azok esetében,

- akiket a III.1. pont alapján a Szerződő biztosításra jelölt,
- akik a Szerződés megkötésekor megfelelnek az I.2.2 pont alatt definiált a)-c) pontokban foglaltaknak,
- amennyiben a Szerződés speciális szolgáltatású egészségbiztosítást is tartalmaz, a biztosításra jelölt személyeknek meg kell felelniük az I.2.2. pont d) pontban foglaltaknak is,
- és akiket a Biztosító a III.3. pont alapján nem utasít el,

a Biztosító kockázatviselése – várakozási idő kivételével - a Szerződés hatályba lépésével (II.1 pont) kezdődik.

III.7. A Szerződés hatályba lépését követően biztosításra jelölt személy az azt követő nap 0. órájától válik biztosítottá, amikor

- a Szerződő őt a III.1. pont alapján a Biztosított Nyilatkozatnak és az Adatközlő rá vonatkozó kiegészítésének a Biztosítóhoz történő eljuttatásával biztosításra jelöli, és
- rá nézve a I.2.2 pont alatt definiált a)-c) feltételek teljesülnek, feltéve, hogy a III.3. pont szerint a Biztosító a kockázat vállalását nem tagadja meg.

Amennyiben a Szerződés speciális szolgáltatású egészségbiztosítást is tartalmaz, a biztosításra jelölt személyeknek meg kell felelniük az I.2.2. pont alatt definiált d) pontban foglalt feltételeknek. Ilyen esetben az adott biztosításra jelölt személy az azt követő hónap 1. napjának 0. órájától válik biztosítottá, hogy a Szerződő őt a III.1. pont alapján a Biztosított Nyilatkozatnak és az Adatközlő rá vonatkozó kiegészítésének a Biztosítóhoz történő eljuttatásával biztosításra jelöli.

IV. A Szerződés és a kockázatviselés megszűnése

IV.1. A Szerződés megszűnik:

- a tartam végén, kivéve, ha a felek megállapodnak a Szerződés újabb határozott tartamra történő meghosszabbításáról a megújítási eljárás (VI. fejezet) szabályai szerint; vagy
- díj nemfizetés esetén az V.3, V.4 pontban foglaltak szerint; vagy
- ha a Szerződő jogutód nélkül megszűnik, úgy a jogutód nélküli megszűnés időpontjával; vagy
- a biztosítási időszak végével, megújítási megállapodás (VI. fejezet) hiányában, ha a felek halasztásban (VI.3.) sem állapodtak meg; vagy
- a halasztási időszak végével a VI.3. pontban foglaltak szerint, ha a felek ugyan halasztásban megállapodtak, de megújítási megállapodás (VI. fejezet) nem jött létre.

A felek a d) és e) pontban foglaltakat a Szerződés közös megegyezéssel történő megszüntetésének tekintik.

Abban az esetben, ha a szerződés a b) pontban foglaltak szerint a díj meg nem fizetése következtében szűnt meg, a szerződő fél a megszűnés napjától számított százhusz napon belül írásban kérheti a biztosítót a kockázatviselés helyreállítására. A biztosító a biztosítási fedezetet a megszűnt szerződés feltételei szerint helyreállíthatja, feltéve, hogy mind a korábban esedékessé vált mind az eltelt időszakra járó biztosítási díjat a szerződő megfizeti.

IV.2. Az egyes biztosítottak vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik az alábbi esetekben:

- a) ha a IV.1. pontban szereplő megszűnési ok bármelyike bekövetkezik, és a szerződővel kötött szerződés megszűnik
- b) ha a Biztosítottra vonatkozóan az I.2.2 pont alatt definiált a)-b) feltételek bármelyike már nem áll fenn, úgy a feltétel megszűnése hónapjának végével;
- c) ha a Biztosított már nem tartozik egyik biztosításra jogosító csoportba sem, úgy
 - kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosítás esetében a csoportokba tartozás megszűnését követő nap 0. órájától;
 - speciális szolgáltatású egészségbiztosítás esetében a csoportokba tartozás megszűnését követő hónap 1. napjának 0. órájától;
- d) közlési kötelezettség megsértése esetén a IX.5. pontban foglaltak szerint;
- e) a Biztosított halálával.

IV.3. Az egyes Biztosítottak vonatkozásában a biztosítási Szerződés fennállása során a Biztosító kockázatviselése az alábbiak szerint megváltozik:

50%-os vagy ezt meghaladó egészségkárosodás (rokkantság) miatti, rokkantsági vagy rehabilitációs ellátás megállapítását tartalmazó szakigazgatási határozat jogerőre emelkedésével az adott Biztosítottra vonatkozóan a fennálló kockázati élet-, illetve baleseti halál esetére szóló biztosítás kivételével a többi biztosítás automatikusan megszűnik, függetlenül attól, hogy a határozat később módosításra, visszavonásra kerül-e vagy sem.

V. Díjfizetés

- V.1.** A Biztosító a csoportos biztosítás érvényes díját a vállalt kockázatok alapján a díjszabások szerint a Mellékletben rögzített biztosítási időszakokra vonatkozóan állapítja meg. Az első díj a Mellékletben meghatározott napon esedékes a folytatólagos díjak pedig a biztosítási időszakok első napján esedékesek.
- V.2.** A szerződő felek részletfizetésben is megállapodhatnak. A részletfizetésnek megfelelő díjfizetési gyakoriságot a Melléklet tartalmazza. Az egyes díjrészletek mindig a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő időszakok első napján előre esedékesek, bármely részlet elmaradása az egész időszakra eső díjat egy összegben teszi esedékessé.
- V.3.** A csoportos biztosítás díját az összes Biztosítottra vonatkozóan – a díj (díjrészlet) esedékességének megfelelően – egyösszegben kell megfizetni. Amennyiben a Szerződő a biztosítás érvényes díjánál (díjrészleténél) kevesebbet fizet, úgy a díj nemfizetés esetére vonatkozó szabályok lépnek életbe (V.4. pont).

- V.4.** Ha a Szerződő a csoportos biztosítás érvényes díját (díjrészletét) az esedékesség napjáig nem egyenlíti ki, úgy a Biztosító - a következményekre történő figyelmeztetés mellett - a Szerződőt a felszólítás elküldésétől számított harminc napos póthatáridő tüzésével a díjfizetés teljesítésre írásban felhívja. Amennyiben a Szerződő az elmaradt díjat ezen idő alatt sem fizeti meg, és a biztosító a követelését bírósági úton nem érvényesíti vagy a felek halasztásban sem állapodnak meg, úgy a Szerződés az első elmaradt esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik.
- V.5.** Amennyiben a Biztosító kockázatviselésének ideje alatt biztosítási esemény következik be, úgy az adott biztosítási időszakra járó esetlegesen elmaradt díjat a Biztosítónak jogában áll a kifizetésre kerülő szolgáltatás(ok) összegéből levonnia.
- V.6.** V.6. Amennyiben a szerződés a IV.1.c) pontban foglaltak miatt megszűnik és a szerződő az időarányos díjnál több díjat fizetett be, úgy a biztosító a díjtöbbletet köteles visszatéríteni. A díjtöbblet megállapítására rendkívüli elszámolás keretében kerül sor a VII. pontban leírtak szerint.
- V.7.** V.7. A Biztosító a teljes biztosítási időszakra járó díjat az első évben bírósági úton érvényesítheti. Ezt követően csak akkor élhet e jogával, ha abban az évben a szerződő fél a díjfizetést már megkezdte vagy a díjfizetés halasztásában állapodtak meg.

VI. A Szerződés megújítás

- VI.1.** A Szerződés megújítása az új biztosítási időszakban érvényes szolgáltatásokra és díjra vonatkozó megállapodás az előző biztosítási időszakban bekövetkezett változások figyelembevételével.

A soron következő biztosítási időszakra vonatkozó megújítás esetén (II.2. pont) a Szerződő a Mellékletben meghatározott időpontig köteles a Biztosító számára megújítási szándékát írásban jelezni, ehhez csatoltan pedig új Ajánlatot benyújtani. Az új Ajánlatnak a korábbi Ajánlattól való eltéréseket kell tartalmaznia.

- VI.2.** Az új Ajánlat valamennyi szükséges elemének kézhezvételétől számított 15 napon belül a Biztosító kockázat-elbírálásra jogosult (III.3.). A kockázat-elbírálást követően az új Ajánlatnak a Biztosító általi írásbeli elfogadásával létrejön a szerződő felek megállapodása a Szerződés megújításáról, így az új érvényes díjről és biztosítási szolgáltatásokról is.

A megújítási megállapodás a fenti határidő leteltével akkor is létrejön, ha az új Ajánlat elfogadásáról a Biztosító addig nem nyilatkozik.

- VI.3.** Amennyiben a Szerződés megújításáról a fordulónapot megelőzően nem jön létre megállapodás, úgy a szerződő felek a fordulónapot megelőzően írásban megegyezhetnek az aktuális megújítás határidejének, egyben hatálybalépésének valamely egész hónappal történő elhalasztásáról.

Halasztás esetén, annak időtartama alatt a Biztosító szolgáltatásait a megelőző biztosítási időszakban érvényes biztosítási összeg(ek) szerint nyújtja. Ezen összeg(ek) és a Biztosító rendelkezésére álló, a Biztosítottakra vonatkozó információk alapján meghatározásra kerül a halasztás időszakára érvényes biztosítási díj, melynek megfizetése a halasztási időszak első napján előre és egyösszegben esedékes.

Amennyiben a halasztás időszaka alatt sem jön létre megállapodás a Szerződés megújításáról, úgy a Szerződés a halasztási időszak végével megszűnik.

- VI.4.** A halasztási időszak alatt létrejövő megújítási megállapodás szerinti érvényes díj első esedékessége megegyezik a megújítás hatályba lépésével, a további díj, illetve díjrészletek pedig az V.1., illetve az V.2. pont szerint esedékesek.

VII. Elszámolás

- VII.1.** A Szerződő a fordulónapot követő 30 napon belül köteles a Biztosító számára az Adatközlő azon adatait megküldeni, amelyek a lezárult biztosítási időszakokra vonatkoznak.
- VII.2.** A Biztosító az Adatközlő tartalma alapján, a kézhezvételtől számított 30 napon belül díjelszámolást küld a Szerződőnek a lezárult biztosítási időszakokra vonatkozóan. Az elszámolás a lezárult biztosítási időszak során a Biztosítottak körében bekövetkezett változások miatti díjtúlfizetést, illetve díjmaradást tartalmazza. A Szerződő és a Biztosító a Mellékletben megállapodhatnak a biztosítási időszakon belüli elszámolásról is.
- VII.3.** A díjelszámolás pénzügyi rendezése annak a Szerződőhöz való megküldésétől számított 30 napon belül esedékes.

VIII. A biztosítási kockázat jelentős növekedése

- VIII.1.** Ha 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 tudásszerzéstől számított tizenöt napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.
- VIII.2.** Ha a szerződő fél a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított tizenöt napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított harmincadik napon megszűnik, ha a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő fél figyelmét felhívta.
- VIII.3.** Ha a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése csak egyes Biztosítottakkal összefüggésben merül fel, úgy a Biztosító a VIII.1 és VIII.2. pontban leírtakat kizárólag az érintett Biztosított(ak) vonatkozásában gyakorolhatja.

IX. Közlési kötelezettség és megsértésének következményei

- IX.1.** a) A Szerződő és a Biztosított a szerződéskötés és a Szerződés fennállása során köteles a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt, adatot a valóságnak megfelelően közölni a Biztosítóval, amelyet ismert vagy ismernie kellett, és amelyre vonatkozóan a Biztosító kérdést tett fel. A közlési kötelezettség a Szerződőt és a Biztosítottat egyaránt terheli.
- b) A Szerződő a Szerződés fennállása során köteles a következő lényeges körülményeket a bekövetkezésüket követő első Adatközlőben a Biztosító tudomására hozni:
- amennyiben az illetékes magyar szakigazgatási szerv az adott biztosítottra vonatkozóan határozatot hozott az I.2.2. b) pontjában foglaltak vonatkozásában;
 - amennyiben az adott Biztosított munkaviszonya szünetel az I.2.2.d) pont szerint (kizárólag abban az esetben, ha a Szerződés speciális szolgáltatású egészségbiztosítást is tartalmaz, vagy arra kiterjesztik).
- IX.2.** A Szerződő és a Biztosított kötelesek az általuk közölt adatok ellenőrzését a Biztosító részére lehetővé tenni.
- IX.3.** Közlési kötelezettség megsértése esetén a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító ismerte, illetve, hogy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.

IX.4. Amennyiben szerződői, vagy biztosítotti közlés alapján vagy annak hiányában a szükségesnél alacsonyabb biztosítási díj kerül megállapításra, úgy az adott Biztosított vonatkozásában a biztosítási esemény bekövetkezésekor a tényleges díjfizetésnek a díjkalkuláció szerint megfelelő biztosítási összeg kerül kifizetésre. Ha a megállapított díj meghaladja a szükséges mértéket, úgy a díjtúlfizetés az elszámolás során beszámításra kerül.

IX.5. Ha a közlési kötelezettség megsértéséről a Biztosító a biztosítás fennállása alatt szerez tudomást, akkor a tudomására jutástól számított 15 napon belül a Szerződés adott biztosítottra vonatkozó módosítására javaslatot tehet, vagy a biztosítottra vonatkozó szerződést felmondhatja.

Amennyiben a javaslatot a Szerződő 15 napon belül elfogadta, úgy a Szerződés az adott Biztosított(ak) vonatkozásában a Biztosító javaslata szerint módosul. Ha a szerződő fél a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított tizenöt napon belül nem válaszol, úgy az adott Biztosítottra vonatkozó szerződés a módosító javaslat közlésétől számított harmincadik napon megszűnik.

IX.6. Élet- és egészségbiztosítási szolgáltatás tekintetében a közlési kötelezettségsértés következményeit az adott Biztosítottra folyamatosan fennálló Szerződés első öt évében lehet alkalmazni, a közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a biztosító kötelezettsége, ha az adott Biztosítottra vonatkozó szerződés létrejöttétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt.

X. Kizárások a kockázatviselésből, mentesülések

X.1. A csoportos biztosítási Szerződés nem nyújt fedezetet azon eseményekre, amelyek bekövetkezése, illetve mértéke, súlyossága okozati összefüggésben van a következőkben felsoroltak bármelyikével:

- a) államok közötti fegyveres összeütközés, polgárháború, vagy más harci cselekmény;
- b) sugárfertőzés;
- c) a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 2 éven belül elkövetett öngyilkossága, öngyilkossági kísérlete;
- d) a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye;
- e) baleset és egészségbiztosítás esetén a biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyos gondatlansága.

A Szerződés szempontjából öngyilkosságnak, öncsonkításnak számít az is, ha azt a Biztosított tudatzavarban vagy kábítószeres befolyásoltság állapotában követte el.

X.2. Amennyiben a Biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztí életét, a Biztosító az örökös részére fizeti ki a szolgáltatást, és abból a kedvezményezett akkor sem részesülhet, ha egyébként örökös volna.

Amennyiben a Biztosított életében esedékes valamely szolgáltatásra nem a Biztosított jogosult, és a biztosítási esemény a kedvezményezett szándékos magatartása következtében következik be, úgy a biztosítási szolgáltatásra a kedvezményezett helyett a Biztosított a jogosult.

XI. Vegyes rendelkezések

XI.1. A Biztosító teljesítésének feltételei kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosítások esetében:

- a) A biztosítási esemény bekövetkeztét – a szolgáltatás iránti igénnyel együtt – 30 napon belül kell a Biztosítónak bejelenteni. A biztosító kötelezettsége nem áll be, ha

a szerződő fél, illetve a biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését 30 napon belül a biztosítónak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlenül válik.

- b) A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás(ok) kifizetéséhez – a vonatkozó Speciális Feltételekben meghatározottakon kívül – az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:
- a szolgáltatás iránti igénybejelentés; a biztosítás adott biztosítottra vonatkozó érvényességének és szükség esetén a díjfizetésnek az igazolása;
 - a kedvezményezettség megállapításához szükséges okirat, beleértve a Biztosított nyilatkozatot, illetve kedvezményezett-jelölés hiányában az I.2.3. pont szerinti kedvezményezett(ek)et igazoló okirat (jogerős közjegyzői végzés, öröklési bizonyítvány, bírósági ítélet);
 - hatósági eljárás esetén az eljárást megtagadó vagy megszüntető határozat, illetve ítélet, határozat.
- c) a Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésével összefüggő szolgáltatása teljesítésének esedékességét a szerződésben és a feltételekben megjelölt károk és költségek igazolására felsorolt okiratokon kívül egyéb okirat benyújtásától függővé nem teheti, annak benyújtását nem követelheti;
- d) a biztosítási szolgáltatás teljesítésének esedékességét nem kötheti a bejelentett káresemény tekintetében indult büntető- vagy szabálysértési eljárás jogerős befejezéséhez;
- e) a Biztosítottnak minden esetben joga van azonban olyan további bizonyítékok felmutatására, amelyeket – a bizonyítás általános szabályai szerint – követelésének érvényesítéséhez szükségesnek lát.
- f) A Biztosító szolgáltatásait az elbíráláshoz szükséges összes irat kézhezvételétől számított 30 napon belül köteles teljesíteni.

XI.2. A Biztosító szolgáltatásának általános szabályai azon biztosítások esetében, amelyek Speciális Feltételeiben erre a szakaszra hivatkozás történik:

- a) A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Speciális Feltételekben meghatározott olyan orvosi és egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki, amelyeket a Biztosítóval szerződésben álló szolgáltatók (a továbbiakban: Egészségügyi Szolgáltató) nyújtanak.
- b) A Biztosítottnak a Biztosító által a Szerződésben foglaltak szerint nyújtott speciális szolgáltatású egészségbiztosításra vonatkozó igényét a 06-1-461-1517-es „Aegon Doktor” telefonszámon kell bejelentenie. A Szerződésben foglalt szolgáltatásoknak más úton történt bejelentése nem minősül elfogadható bejelentésnek, annak eredményeként szolgáltatás igénybe nem vehető.
- c) Az „Aegon Doktor” a Biztosító által nyújtott speciális szolgáltatású egészségbiztosítások alapja. Az „Aegon Doktor” napi 24 órában, megszakítás nélkül működő telefonos assistance szolgáltatás, melyen keresztül a Biztosított egészségügyi végzettségű személyzettől szakmai tanácsokat és egészségügyi szolgáltatásokkal, valamint közegészségügyi intézményekkel kapcsolatos információkat kérhet, továbbá a Szerződésben foglalt speciális szolgáltatású egészségbiztosításokkal kapcsolatban igényt jelenthet be. Az „Aegon Doktor” szolgáltatás nyújtója a Szerződésben szereplő speciális szolgáltatású egészségbiztosítások szervezője (a továbbiakban: Szolgáltatásszervező).
- d) A biztosítási eseménynek minősülő és a Szolgáltatásszervező által nyújtott egészségügyi szolgáltatások igénybevételét nem kell külön bejelenteni a Biztosítónak.
- e) A Szolgáltatás nyújtása illetve megszervezése megtagadható, ha a Szerződésben, különösen az Általános és Speciális Feltételekben szereplő feltételek bármelyike (biztosítás hiánya, megszűnése, illetve mentesülés vagy kizárás) nem teljesül, vagy az esemény nem biztosítási esemény).

- f) A Szolgáltatásszervező és a Biztosító nem vállal felelősséget akár javasolt, akár más, harmadik egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások szakmai minőségéért, illetve annak során esetleg a Biztosítottnak okozott károkért.
- g) A Biztosító a Szolgáltatásszervezővel kötött megállapodás alapján jogosult megismerni akár a biztosított igényének, akár a Szolgáltatásszervező biztosítással kapcsolatos tevékenységének elbírálásához szükséges iratokat (ideértve a kiszervezési szerződésben, a biztosítási feltételekben meghatározott dokumentumokat, illetve hatósági eljárás esetén az azt megtagadó vagy megszüntető határozatot, illetve ítéletet vagy bírósági és más hatósági határozatot).

XI.3. A csoportos biztosításból eredő igények **elévülési ideje 2 év.**

XI.4. A Szerződés hatálya alá tartozó biztosítások kockázati életbiztosításnak, illetve kiegészítő csoportos baleset- és egészségbiztosításoknak minősülnek. Nem vásárolhatók vissza, nem díjmentesíthetők, és rájuk kölcsön sem igényelhető, megszűnésük esetén maradékjogok nem keletkeznek.

XI.5. A Szerződés hatálya alá tartozó biztosítások esetében az adott biztosított vonatkozásában, az adott biztosítási időszakra vonatkozó biztosítási összeg az ugyanazon biztosítási időszakban bekövetkezett biztosítási esemény miatt kifizetett összeggel csökken. Fedezetfeltöltésre lehetőség nincs. A szerződő kérheti a teljes díj befizetésével a fedezet ismételt megadását.

XI.6. A Biztosító a Szerződőt évente írásban tájékoztatja a biztosítás aktuális állapotáról, valamint az Általános és Speciális Feltételek módosításáról.

XI.7. A kitöltött Biztosított Nyilatkozatoknak, valamint a Biztosítóhoz való minden bejelentésnek a Biztosítóhoz történő eljuttatása a Szerződő kötelessége. A Biztosító a biztosítási Szerződéssel kapcsolatos minden közlést a Szerződőhöz intéz. A Szerződő köteles a hozzá intézett nyilatkozatokról, a biztosítási Szerződés tartalmáról, az abban bekövetkező valamennyi változásról a Biztosítottakat tájékoztatni.

XI.8. A Szerződő a Szerződés aláírásával hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosító a Szerződés körében a személyes és különös adatokat kezelje, és a 2003. évi LX. törvény (továbbiakban Bit) 155-159. §-ai alapján azokat jogszerűen harmadik személynek átadja.

XI.9. A Biztosító a személyes adatokat a Szerződés részét képező, a Szerződő aláírásával elfogadott „Tájékoztatás és nyilatkozat az adatkezelésről” okirat figyelembevételével kezeli.

XI.10. Biztosítási titok minden olyan, államtitoknak nem minősülő, a Biztosító rendelkezésére álló adat, amely az egyes ügyfeleknek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a Biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

XI.11. A Biztosított egészségi állapotával összefüggő adatokat a Biztosító a törvényben meghatározott célokból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti. A hozzájárulást a Biztosító az Ajánlat aláírásával egyidejűleg szerzi be.

XI.12. A Biztosító ügyfeleinek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási Szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási Szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási Szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (továbbiakban: Bit) által meghatározott egyéb cél lehet.

XI.13. Az előző bekezdésben meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést a Biztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulást a Biztosító az Ajánlat illetve biztosítotti nyilatkozat aláírásával egyidejűleg szerzi be. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

XI.14. 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.

XI.15. A Biztosító ügyfelei biztosítási titkát csak a törvény illetve az ügyfél hozzájárulása esetén adhatja át. A törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn:

- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel,
- c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel,
- e) a (2) bekezdésben foglalt esetekben az adóhatósággal,
- f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g) a Biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselőjével, ezek érdek-képviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos verseny-felügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal,
- j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,
- m) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében a Kártalanítási Számlát kezelő szervezettel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel és a kárrendezési megbízottal,
- n) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
- o) a nyomozó hatóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet összefüggésben áll
 - kábítószer-kereskedelemmel,
 - terrorizmussal,
 - illegális fegyverkereskedelemmel, vagy
 - a pénzmosás bűncselekményével.

XI.16. A biztosító a 2003. évi LX. törvény (Bit.) 161/A §-ában és a jelen szerződésben foglalt felhatalmazás alapján, az általa szervezett veszélyközösség érdekeinek megóvása érdekében -a jogszabályokban foglalt vagy szerződésben vállalt kötelezettségeinek teljesítése során a szolgáltatásoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából- megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz az általa kezelt, a Bit-ben meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződésben rögzített adatok részére történő kiadása érdekében. A biztosító ezen

adatokat a Bit-ben meghatározott időtartamon át kezeli. A szerződő/biztosított a biztosító által megkeresés útján megszerzett és kezelt Bit. szerinti adatokról tájékoztatást kérhet.

XI.17. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

XI.18. Az Ajánlat és biztosított nyilatkozat aláírásával a Szerződő és a Biztosított felmenti az orvosi titoktartás alól egyrészt a kezelő és vizsgáló orvosokat, egészségügyi intézményeket, másrészt a társadalombiztosítási igazgatási szerveket azon – az egészségi állapottal, fennálló és korábbi betegségekkel, balesetekkel, esetleges halál bekövetkeztével összefüggő – adatoknak a Biztosító részére való továbbítása tekintetében, amelyek a Biztosító számára a kockázat vagy a szolgáltatási igény elbírálásához szükségesek.

XI.19. Ha a Szerződő/Biztosított a biztosítási Szerződés szempontjából lényeges körülmények vonatkozásában a titoktartási kötelezettség alól a kezelőorvosokat nem menti fel, de a Szerződés létrejött, úgy a Biztosító annyiban mentesül a fizetési kötelezettség alól, amennyiben emiatt a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

XI.20. A Szerződésre a hatályos Személyi jövedelemadóról (továbbiakban: Szja) szóló törvény, és az Adózás rendjéről szóló törvény (továbbiakban: Art) megfelelő rendelkezései érvényesek. Ha a Szerződő az Art. szerint kifizetőnek minősül, akkor – az előbbi két jogszabályon kívül – a Szerződésre mindazon anyagi jogszabályok (pl. társadalombiztosítási járulékról, egészségügyi hozzájárulásról, foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló törvény, stb.) érvényesek, amelyek érintik a biztosítási jogviszonyból származó jövedelem közteherviselési kötelezettségét. A Biztosító a szerződés szabályzatának átadásakor aktuális adózási tájékoztatót is átad a Szerződőnek.

XI.21. Jelen Szerződésre a magyar jog érvényes és a Szerződés nyelve magyar.

XI.22. A biztosító adatai

Biztosító neve: Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt.

Társasági formája: Zártkörűen működő Részvénytársaság

Biztosító székhelye és címe: 1091 Budapest, Üllői út 1.

Székhelyének állama: Magyarország

Felügyeleti szerve: Magyar Nemzeti Bank, 1054 Budapest, Szabadság tér 8–9.

XI.23. Panaszkezelés

Az ügyfél jogosult a biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) közölni. A biztosító „Panaszkezelési szabályzata” elérhető és megtekinthető ügyfélszolgálati irodáiban és a biztosító honlapján:

www.aegon.hu/elerhetosegek/panaszkezelesi-szabalyzat.html

Központi Panasziroda: 1813 Budapest, Pf. 245.

E-mail: ugyfelszolg@aegon.hu

Online panaszbejelentés: www.aegon.hu/panaszbejelentes/panaszbejelentes.html

XI.24. Jogorvoslati lehetőségek

- A szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén a Magyar Nemzeti Bank mellett működtetett Békéltető Testületnél eljárás kezdeményezhető, kivéve, ha felelősségbiztosítás károsultja a panaszos. Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank, 1525 Budapest, BKKP Pf. 172., e-mail cím: pbt@mnbb.hu
- Fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén fogyasztóvédelmi eljárás kezdeményezhető a felügyeleti szervnél. Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank 1534 Budapest BKKP Pf. 777., e-mailcím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu
- Pénzügyi fogyasztói jogvita eredménytelensége esetén az ügyre hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz lehet fordulni.