

Pannónia Globál Csoportos Védőháló Élet-, Egészség- és Balesetbiztosítás Általános Szerződési Feltételek

CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.

(CsÁSZF/0002/2017.10.01)

TARTALOMJEGYZÉK

I. Fogalmak	2
II. A biztosítási szerződés alanyai	4
A biztosító	4
A szerződő	5
A biztosított	5
A kedvezményezett(ek)	6
III. Általános rendelkezések	6
A biztosítási szerződés tartama, a biztosítási fedezet tartama, a biztosítási időszak, a biztosítási évforduló	6
A biztosítási szerződés területi és időbeli hatálya	7
Adatvédelem	7
IV. A biztosítási szerződés formai sajátosságai	7
A szerződés és a biztosítási fedezetek létrejötte	7
A szerződés és a biztosítási fedezet hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete	8
A biztosítottak, a biztosítási fedezetek, a biztosítási összegek, biztosítási díj és a biztosítási tartam megváltoztatása	8
A közlési és változásbejelentési kötelezettség	9
A jognyilatkozatok megtételének szabályai	10
V. A biztosítási díj	10
A díj megállapítása	10
A díjfizetés tartama, a biztosítási fedezet díjának és a biztosítási szerződés díjának esedékessége, a díjfizetés módja	10
A minimális díj	11
A fizetési késedelem és a biztosítási díj nemfizetésének következményei	11
VI. Az értékkövetés	12
VII. Maradékjogok, hitelfedezet	12
VIII. A szerződés és a biztosítási fedezetek megszűnésének esetei	12
A biztosítási fedezet megszűnésének esete	12
A Biztosítási fedezet megszűnése az adott biztosított vonatkozásában	13
Az életbiztosítási szerződés felmondása	13
Érdekmúlás	12
IX. Kizárások, mentesülések, várakozási idő	14
Kizárások	14
A kockázatviselés korlátozása, csökkent biztosíthatóság	14
A biztosító mentesülése	15
A várakozási idő és a díjvisszatérítés	15
A túlfizetés visszatérítése, illetve a díjhátralék levonása	16
X. A szerződő felek kötelezettségei a biztosítási esemény bekövetkezte után	16
XI. Egyéb rendelkezések	17
A személyes adatok kezelése	17
Panaszbejelentés	22
Felügyeleti szerv	22
Jogok érvényesítésének egyéb fórumai	22
A szerződésre vonatkozó jog	22
A szerződésre vonatkozó adó-jogszabályok, Adózási tájékoztató	22
A biztosító főbb adatai	22
Az ügyfelek tájékoztatásáról	22

Pannónia Globál Csoportos Védőháló Élet-, Egészség- és Balesetbiztosítás Általános Szerződési Feltételek

Jelen szabályzat (CsÁSZF) feltételei a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. azon biztosítási szerződéseire érvényesek, amelyeket e szabályzatra való hivatkozással kötöttek. Az érintett szerződésekre vonatkozó különös biztosítási feltételek jelen szabályzattól való eltérése esetén a különös feltételekben rögzítettek az irányadók.

A jelen szabályzatban, valamint az erre hivatkozó különös biztosítási feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyv, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadók.

I. FOGALMAK

- Alapbiztosítás:** olyan biztosítási szerződés, amely más biztosítások megkötése nélkül önállóan is létrejöhet.
- Baleset:** a jelen Általános Szerződési Feltételek alkalmazásában balesetnek a biztosított akaratától független, a szerződés hatálybalépését követően, hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amelynek következtében a biztosított – a szerződés hatálya alatt – testi egészségkárosodást szenved. Nem minősül balesetnek a megemelést, rándulást, fagyást, napszúrás, hóguta, porckorongsérülés, sérv, agyvérzés, továbbá a nem baleseti eredetű vérzés. Nem tekinthető balesetnek az öngyilkosság vagy öngyilkossági kísérlet még akkor sem, ha azt a biztosított elme, illetve tudatzavarban követte el.
- Betegség:** az orvostudomány álláspontja szerint rendellenes biológiai, testi, pszichoszociális állapot. Az élő szervezet életfolyamatainak abnormális állapota, az egészség ellentéte, a szervezet egyensúlyának felborulása, a test olyan állapota, amely valamely funkció rendellenes működésében nyilvánul meg.
- Biztosításközvetítő:** A biztosítási szerződés közvetítője lehet független biztosításközvetítő, vagy függő biztosításközvetítő. Független biztosításközvetítő az alkuusz, aki az ügyfél megbízásából jár el, és a többes ügynök, aki egyidejűleg több biztosítóval fennálló jogviszonya alapján a biztosítók egymással versenyző termékeit közvetíti. A függő biztosításközvetítő (ügynök) a biztosítási szerződést a biztosítóval fennálló munkaviszonya keretében vagy a biztosító megbízása alapján közvetíti.
- Biztosítási díj:** A biztosítási szolgáltatásnak a szerződő vagy – annak tudomásával és meghatalmazása alapján – attól különböző harmadik fél (díjfizető) által fizetett ellenértéke.
Kezdeti díj: a biztosítási szerződésben ekként megjelölt, a szerződés létrejöttékor érvényes díj.
Érvényes díj: valamely esedékességi időpontban – a díj időközbeni esetleges megváltozását is figyelembe vevő – fizetendő díj.
Amennyiben a biztosítási szerződés kiegészítő biztosítás(oka)t és/vagy technikai kiegészítő(ke)t is tartalmaz, úgy az alapbiztosítás és a kiegészítő biztosítás(ok) és a technikai kiegészítő(k) díja együtt képezi a kezdeti, illetve a mindenkori érvényes díjat.
- Biztosítási esemény:** a Különös Szerződési Feltételekben ekként meghatározott esemény. Tipikus biztosítási esemény a biztosított halála vagy bármely okú, baleseti illetve munkahelyi baleseti okú kórházi / orvosi ellátása, ápolása, a rajta elvégzett műtéti beavatkozások, égés, csonttörés, keresőképtelenség, valamint a Biztosított 1 éven belüli halála, tartós, maradandó egészségkárosodása.
Balesetbiztosítási eseménynek minősülnek továbbá a vízbefúlás, égési sérülések, leforrázás, villámcsapás vagy elektromos áram behatásai. A betegségek nem minősülnek balesetnek, a fertőző betegségek még balesetek következményeként sem minősülnek balesetnek. Nem minősül balesetnek a megemelést, rándulást, fagyást, napszúrás, hóguta, porckorong-sérülés, hasfal rétegeit érintő sérv, agyvérzés, továbbá a nem baleseti eredetű vérzés. Nem tekinthető balesetnek az öngyilkosság vagy öngyilkossági kísérlet folytán bekövetkező egészségkárosodás még akkor sem, ha azt a biztosított elme, illetve tudatzavarban követte el.
- Biztosítási év:** a technikai kezdet, illetve valamely biztosítási évforduló napjával kezdődő, a következő biztosítási évfordulót vagy lejáratot megelőző nappal lezáruló 1 éves naptári időszak.
- Biztosítási évfordulók:** a biztosítás technikai kezdetének évfordulója a biztosítási szerződés fennállása alatt a lejárati napjának kivételével.
- Biztosítási fedezet:** A biztosítónak meghatározott biztosítási kockázatokra, illetve e kockázatokkal összefüggésben bekövetkező biztosítási események alapján nyújtandó biztosítási szolgáltatásra vonatkozó kötelezettségvállalása – alapbiztosítás, illetve kiegészítő-, technikai kiegészítő biztosítás formájában –, melyet a biztosító a biztosítási díj megfizetése ellenében vállal.
- Biztosítási időszak:** rendszeres díjfizetésű biztosítás esetében egy-egy biztosítási évnek megfelelő időszak.
- Biztosítási kötvény:** a biztosító által a biztosítási fedezet igazolására kiállított kötvény vagy más okirat.
- Biztosítási összeg:** valamely biztosítási szolgáltatás pénzüsszegben meghatározott értéke, amelyet a szerződő a biztosító által meghatározott értékhatárok között szabadon megválaszthat.
Kezdeti biztosítási összeg: a biztosítási szerződésen ekként megjelölt, a szerződés létrejöttékor érvényes szolgáltatási összeg.
Aktuális biztosítási összeg: valamely időpontban – az időközbeni esetleges változásokat is figyelembe vevő – érvényes szolgáltatási összeg.

13. **Biztosítási szerződés:** A biztosítási szerződés a szerződő felek (a szerződő és a biztosító) között létrejött kétoldalú jogviszony, mely egy vagy több, a Különös Szerződési Feltételekben szabályozott biztosítási fedezetből áll, és amelynek alapján a biztosító köteles a szerződésben meghatározott kockázatra – a szerződő díjfizetése ellenében – fedezetet nyújtani, és a kockázatviselés kezdetét követően bekövetkező biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződésben meghatározott szolgáltatást teljesíteni.
14. **Biztosítási szolgáltatás:** valamely biztosítási esemény bekövetkezése miatt fellépő, a biztosítót terhelő fizetési vagy egyéb kötelezettség.
15. **Biztosítási tartam:** a technikai kezdet és a lejárat közti időszak hossza, amennyiben a szerződésben lejáratot jelöltek, egyébként a szerződést megszüntető biztosítási esemény által meghatározott időtartam.
16. **Biztosított:** az a természetes személy(ek), akivel kapcsolatos biztosítási eseményre a szerződés létrejön, a rá(juk) vonatkozó biztosítási fedezetek tekintetében a biztosító kockázatviselése legalább egy fedezetre fennáll.
17. **Biztosító:** jelen feltételekben a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt., amely a vele kötött biztosítási szerződés alapján meghatározott jövőbeni esemény (biztosítási esemény) bekövetkezése esetén biztosítási szolgáltatás teljesítésére kötelezi magát.
18. **Biztosító központi egysége:** CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt., 1033 Budapest, Flórián tér 1.
A Biztosító központi egységének levelezési címe: 1300 Budapest, Pf. 177.
19. **Díjfizetési gyakorlat:** a biztosító és a szerződő közötti megállapodás alapján adott rendszerességgel (évente, félévente, negyedévente vagy havonta) történő díjfizetés.
20. **Díjtartalék:** a befizetett díjakból a biztosító által – a jövőben esedékes kötelezettségei fedezetére – képzett és szerződésenként nyilvántartott pénzösszeg.
21. **Értékkövetés:** a biztosítási díjnak és a biztosítási szolgáltatás(ok)nak a biztosítási évfordulón történő emelése, az árszínvonal emelkedése (infláció) miatt bekövetkező értékcsökkenés ellensúlyozása érdekében.
22. **Fogyasztó:** a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy.
23. **Gyakoriság szerinti díj:** A szerződő által a biztosítási díj megfizetésére választott gyakorisággal fizetendő díj.
24. **Gyógykezelés:** olyan orvosi kezelés, amely az orvostudomány általánosan elismert álláspontja szerint megfelelő az egészség újbóli helyreállítására, az állapot javítására, vagy a rosszabbodás megakadályozására.
25. **Hozzá tartozó:** a közeli hozzátartozó, az élettárs, az egyeneságbeli rokon házastársa, a házastárs egyeneságbeli rokona és testvére, és a testvér házastársa;
26. **Kedvezményezett:** azon természetes személy, jogi személy, vagy polgári jogi jogalanyisággal rendelkező nem jogi személy szervezet, aki, illetve amely a biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosítási szolgáltatásra jogosult.
A biztosítási szolgáltatásra név szerinti kedvezményezett jelölhető. Név szerinti kedvezményezett megjelölése nélkül – az érintett biztosítottra vonatkozóan – a közjegyző által a jogerős hagyatékátadó végzésben vagy öröklési bizonyítványban megjelölt örökösök között örökrészük arányában, míg név szerinti kedvezményezettjelölés esetén a kedvezményezettség arányában kerül kifizetésre a biztosítási szolgáltatás.
27. **Kiegészítő biztosítás:** olyan biztosítási szerződés, amely önmagában nem, csak valamely alapbiztosítás mellett jöhet létre, illetve annak hatálya alatt létezhet.
28. **Kórház:** a mindenkor illetékes hatóság és felügyeleti szerv által elismert és engedélyezett fekvőbeteg ellátását nyújtó intézmény (kórházak, klinikák és a fegyveres testületek kórházai, klinikái), melyek állandó orvosi irányítás és felügyelet alatt állnak.
Jelen feltétel szempontjából nem minősülnek kórháznak a társadalombiztosítás vagy magánbefektetők által fenntartott:
- rehabilitációs kórházak, központok, intézetek, a kórházak azon osztályai, melyek rehabilitációs tevékenységet folytatnak;
 - a szanatóriumok, utógondozó szanatóriumok;
 - alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények;
 - az idült és gyógyíthatatlan betegségekben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei;
 - a Hospice házak;
 - gyógyüdülők;
 - tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetek;
 - idősek szociális otthonai és azok betegosztályai;
 - gyógyfürdők;
 - ideg és elmebeteg gyógy-, pszichiátriai és gondozóintézetei;
 - nappali kórházak;
 - az egyébként kórháznak minősülő intézmények fentiekben felsorolt osztályai.
29. **Kórházi fekvőbeteg gyógyellátás:** amely alatt legalább 24 órás kórházi benntartózkodást kell érteni, mely a kórházba történő felvétellel kezdődik és a kórházból történő távozással, a kórházi zárójelentés kiadásával végződik. Amennyiben a zárójelentés kiadására a kórházból való távozás után kerül sor, úgy a zárójelentésen szereplő „hazabocsátás dátuma“, ennek hiányában a hazabocsátás tényleges dátuma mérvadó.
30. **Közeli hozzátartozó:** a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő és a testvér;

31. **Közlekedési baleset:** Közlekedési balesetnek minősül a biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha azt a biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasként szenved el. Nem minősül közlekedési balesetnek: _ a gyalogost érő olyan baleset, amelynek bekövetkezésében semmilyen mozgó jármű nem hatott közre; _ a kerékpárost érő olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos nem hatott közre; _ a jármű utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű vagy más jármű haladásával, illetve megállásával összefüggésben következett be.
32. **Különös Szerződési Feltételek:** a Különös Szerződési Feltételek tartalmazzák az egyes, egymástól eltérő tartalmú biztosítási fedezetekre vonatkozó különleges rendelkezéseket.
33. **Lejárat:** a biztosítási kötvényen vagy a felek egyéb megállapodásában ekként megjelölt nap 24. órája.
34. **Maradékjogok:** az életbiztosítási szerződés különös szerződési feltételeiben meghatározott azon jogok, amelyek a díjfizetés elmaradása, illetőleg a szerződésnek a biztosítási összeg kifizetése nélküli megszűnése esetében fennmaradnak.
Csoportos Életbiztosítási szerződés maradékjogokkal nem rendelkezik.
35. **Munkahelyi baleset:** A munkavégzéssel összefüggésben következik be a baleset, ha a munkavállalót a foglalkozás körében végzett munkához kapcsolódó közlekedés, anyagvételezés, anyagmozgatás, tisztálkodás, szervezett üzemi étkeztetés, foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás és a munkáltató által nyújtott egyéb szolgáltatás stb. igénybevétele során éri. Munkahelyi úti baleset az olyan baleset, amely a Biztosítottat a lakásról (szállásról) munkavégzés helyére (munkába), illetőleg a munkavégzés helyéről (munkából) lakásra (szállásra) menet közben a legrövidebb útvonalon közlekedve éri.
Nem számít munkahelyi balesetnek az engedély nélkül végzett munkával okozati összefüggésben bekövetkezett baleset.
36. **Műtét:** gyógyító, helyreállító célú orvosi beavatkozás, amely a testszövetek összefüggését manuálisan, eszközök segítségével megváltoztatja. Az ugyanazon betegség, illetve baleset következményeként végrehajtott több műtéti beavatkozás egy biztosítási eseménynek számít.
A kórházi kezelés, ápolás költségeit a Biztosító nem téríti.
37. **Pénzügyi biztosíték:** pénzügyi intézménytől felvett kölcsön vagy lehívható hitelkeret visszafizetése érdekében adott időszak alatt záradékolt biztosítási szerződés, melyben elsődleges kedvezményezett a pénzüintézet .
38. **Részletfizetési időszakok:** évestől eltérő, havi, negyedéves, illetve féléves gyakoriságú – részletekben történő – díjfizetés esetén az egyes (1, 3, illetve 6 hónap hosszú) időszakok, melyek a technikai kezdettel, illetve a technikai kezdettől számított, a fizetési gyakoriságnak megfelelő 1, 3 illetve 6 hónap múlva következő hónap első napjával kezdődnek, és a fizetési gyakoriságnak megfelelő időszak utolsó napjának végével zárulnak. Részletfizetés esetén a részletekben fizetett díj éves összege meghaladhatja az egyösszegben fizetett éves díjat.
39. **Tartozás:** az az összeg, amelyre a biztosítási szerződés alapján a biztosító jogosult
- díjtartozások (esedékes, de meg nem fizetett díjak, díjrészletek és ezek késedelmi kamatai);
 - a biztosítási szerződésből fakadó, de a biztosító által még nem érvényesített költséglevonások;
40. **Technikai kezdet:** az ajánlat aláírását követő hónap első napjának 0. órája.
41. **Technikai kiegészítő:** önállóan nem köthető, csak valamely hatályban lévő alap- vagy kiegészítő biztosítás részeként fennálló, kötelező biztosítástechnikai elem, illetve kötelező kiegészítő biztosítási fedezet.
42. **Szerződő:** az a természetes személy, jogi személy vagy polgári jogi jogalanyisággal rendelkező nem jogi személy, szervezet, aki, illetve amely biztosítási szerződés megkötésére – a biztosító által elfogadott módon, formában, illetve tartalommal – ajánlatot tesz, illetve szerződést köt és a létrejött biztosítási szerződésben a biztosítási díj fizetésére kötelezetté válik, vagy olyan személy helyébe lép be a biztosítási szerződésbe, aki abban szerződőként szerepel(t).
43. **Valutanem:** az a magyar vagy a mindenkori hivatalos magyar fizetőeszköztől eltérő pénznem, melyben meghatározott díjon és/vagy szolgáltatást vállalva a biztosító jogosult szerződést kötni, amennyiben a biztosításra vonatkozó Különös szerződési feltételek azt lehetővé teszik, vagy a biztosító kifejezetten ebben állapodik meg a szerződővel és e megállapodást külön záradékban rögzítik.
44. **Vállalkozás:** a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körében eljáró személy.

II. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI

45. Csoportos biztosítás esetén a biztosítottak meghatározása valamely szervezethez való tartozásuk, a biztosítottak és a szerződő között fennálló jogviszony vagy egyéb kapcsolat alapján történik, és a biztosító kockázatának vizsgálatára és vállalására a csoportra tekintettel kerül sor. A csoportos biztosítás a biztosítottak név szerinti listája vagy a csoport taglétszáma szerint is létrejöhet (50. pont). Taglétszám szerint csak akkor jöhet létre csoportos szerződés, ha a csoport valamennyi tagjára létrejön a szerződés. Ebben az esetben a Biztosító jogosult ellenőrizni a szerződő munkáltatói nyilvántartásában, tagnyilvántartásában a tényleges létszámot a személyes adatok sérelme nélkül.

A biztosító

46. A Biztosító (CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt., 1033 Budapest, Flórián tér 1.) a befizetett biztosítási díj ellenében vállalja az élet-, egészség- vagy balesetbiztosítási kockázatot és a Különös Feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.

47. A biztosító jogosult a biztosítással kapcsolatban a vele közölt adatok, tények, körülmények ellenőrzésére, és e célból kérdéseket tehet fel, adatokat szerezhethet be, orvosi vizsgálatot írhat elő.
- A biztosító a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvényben foglalt feltételek szerint a biztosítási szerződés megkötése előtt felméri az ügyfél igényét, az ügyfél által megadott információk alapján azt pontosítja, valamint írásbeli tájékoztatást ad a biztosító főbb adatairól és a biztosítási szerződés jellemzőiről. A biztosító a biztosítási szerződés tartama alatt tájékoztatást ad a szerződő részére a fenti adatokban bekövetkező változásokról is.
- A biztosító jognyilatkozatait a szerződő félhez intézi.

A szerződő

48. Biztosítási szerződést azt köthet, aki valamely vagyoni vagy személyhez 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 kárbiztosítási, egészségbiztosítási vagy összegbiztosítási szerződés semmis.
- A szerződő köteles a biztosítóhoz intézendő jognyilatkozatok megtételére, és a biztosítási díj fizetésére, melyet meghatalmazás alapján eltérő személy is megtehet.
- Amennyiben a szerződő és a biztosított személye eltér, a biztosítási esemény bekövetkezéséig vagy a biztosított belépéséig a szerződő kötelessége a biztosítottat tájékoztatni a biztosító hozzá intézett nyilatkozatairól, a szerződés tartalmáról és a szerződést érintő valamennyi változásról, beleértve a szerződés díjfizetési késedelem miatti megszűnésének veszélyére, illetve szándékolt megszüntetésére vonatkozó információkat is.
49. A Szerződő javaslatot tehet a szerződés módosítására, új Biztosított megjelölésére, illetve a biztosítási védelem megszüntetésére az általa meghatározott Biztosított vonatkozásában.
50. A Szerződő a biztosítottak köréről a biztosítás megkötésekor aktuális listát (a továbbiakban: adatközlő) készít, amely tartalmazza a Biztosítottak azonosításához szükséges adatokat (név, születési név, anyja neve, születési dátum, lakcím), amelyeket írásban és elektronikus adathordozón a Biztosító számára eljuttat. Taglétszám alapján létrejött szerződés esetén az adatközlő kizárólag a taglétszámot tartalmazza, a biztosítottak személyes adatai a biztosító részére nem kerülnek átadásra.. A Szerződő köteles az adatközlő adatait a fizetési gyakorisággal megegyezően, a díjfizetés esedékessége előtt 20 nappal frissíteni, vállalva a 16. fejezet (7),(8), (9) pontjában leírtakat. Két adatközlő kézhezvétele közötti időszakban a Biztosító a Szerződő által kiállított igazolás alapján nyújt szolgáltatást.

A biztosított

51. A szerződő az ajánlatban, a biztosítóhoz intézett – a biztosítási fedezet(ek) létrejöttét kezdeményező – írásbeli nyilatkozatában vagy a biztosítási szerződésben biztosítottakat nevez meg, akikre vonatkozóan biztosítási fedezetet választ. Biztosított az a természetes személy, akinek a személyére – a rá vonatkozó biztosítási fedezet tekintetében – a biztosító kockázatviselése fennáll, és a biztosítási szerződés fennállása alatt 18 és 65 év közöttiek, nem nyugdíjasok, nem részesülnek rokkantsági nyugdíjban vagy rehabilitációs járadékban.
- Biztosítottnak kell tekinteni azokat a természetes személyeket, akik
- a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában a szerződővel fennálló 45. pont szerinti jogviszonyuk alapján a csoporthoz tartoznak, és
 - akiket a szerződő az adatközlőn biztosítottként személyes adataival vagy taglétszám alapján létrejött szerződés esetén a csoport létszámba történő beszámítással megjelöl, és
 - akikre a csoportos élet-, egészség- vagy balesetbiztosítási fedezet hatálya kiterjed, továbbá
 - a csoporthoz tartozó természetes személy hozzátartozóját.
- Nem terjed ki a biztosítás a szerződőnél az egy évnél rövidebb határidővel megbízásos jogviszonyban foglalkoztatottakra (pl. ideiglenes munkás vagy alkalmi munkás, valamint a szünetben ideiglenesen foglalkoztatott diákokra).
- Egészségbiztosítási, összegbiztosítási kiegészítő biztosítás esetében nem lehet biztosított, akinek részére rehabilitációs, vagy rokkantsági ellátást szociális rászorultságtól függő pénzbeli ellátást állapítottak meg, illetve akivel kapcsolatban ezekre, illetve az egészségkárosodás mértékének megállapítására vonatkozó eljárás folyamatban van. Továbbá – a Biztosító ellenkező értelmű írásos nyilatkozata hiányában – nem lehet Biztosított az sem, aki az alábbi betegségek valamelyikében szenved: Alzheimer kór, epilepszia, skizofrénia, Parkinson-kór, HIV-fertőzés vagy AIDS, sclerosis multiplex, veseelégtelenség, hepatitis B fertőzés, krónikus aethylizmus, bipoláris zavar, rosszindulatú daganat és aki szövet-, szerv-, átültetésen vagy vesedialízisen esett át.
52. A biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. Ebben az esetben a szerződés a biztosítási időszak végével az adott biztosított vonatkozásában megszűnik. A csoportos életbiztosítási szerződés ettől eltérően rendelkezhet. A biztosított a szerződésben nem léphet be.
53. A biztosító a biztosítási fedezet létrejöttékor a biztosított belépési korát a technikai kezdet évéből a biztosított születési évszámának levonásával állapítja meg.
54. Kiskorú biztosított esetén a szerződés érvényességéhez gyámhatósági jóváhagyás is szükséges, ha a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülőjének hozzájárulásával kötötték meg. A gyámhatóság jóváhagyásával

érvényes a szerződés akkor is, ha a biztosított a cselekvőképességében vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy. Csoportos életbiztosítási szerződés ettől eltérően rendelkezhet.

A kedvezményezett(ek)

55. A kedvezményezett(ek) megjelölésére – a biztosítottak írásbeli hozzájárulásával – a szerződő jogosult. A szerződő kedvezményezettet a biztosítóhoz címzett és a biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal jelölhet ki. Ennek hiányában a biztosított életében esedékes szolgáltatások kedvezményezettje a Biztosított. A Biztosított halála esetén a kedvezményezett a Biztosított örököse, ha a szerződésben más kedvezményezettet nem neveztek meg, vagy ha a kedvezményezett jelölés hatályát veszítette, illetve érvénytelen. Egy biztosítási szolgáltatásra vonatkozóan – több kedvezményezett megjelölése esetén – a szerződő, meghatározhatja a kedvezményezés arányait. Ennek hiányában a kedvezményezés arányát a kedvezményezettek között egyenlőnek kell tekinteni.

A szerződő fél az eredetileg kijelölt kedvezményezett kijelölését a biztosítóhoz címzett és a biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal a biztosítási esemény bekövetkezéséig bármikor visszavonhatja vagy a kijelölt kedvezményezett helyett más kedvezményezettet nevezhet meg. Ha nem a biztosított a szerződő fél, vagy több biztosított van a szerződésben, akkor a kedvezményezett módosításának érvényességi feltétele, hogy ahhoz a nevesített biztosított vagy biztosítottak egybehangzóan, írásban hozzájáruljanak, kivéve, ha a biztosítás a csoport taglétszáma alapján jött létre.

A kedvezményezettek módosítása a változtatási igény a biztosító központi egységéhez történt beérkezését követően bekövetkező biztosítási eseményekre érvényes.

Amennyiben a szerződő fél a biztosítotthoz vagy a kedvezményezetthez intézett írásbeli nyilatkozattal, hitelfedezet céljából kötelezettséget vállal arra, hogy a kedvezményezett kijelölését folyamatosan hatályban tartja, a kedvezményezett kijelölését nem lehet visszavonni vagy megváltoztatni azon személy írásbeli hozzájárulása nélkül, akinek részére a kötelezettségvállalást tették. A szerződő fél nyilatkozatáról a biztosítót tájékoztatni kell. A biztosítás kedvezményezettjének szerződésbeli kijelölése az alábbi feltételek együttes teljesülése esetén érvényes:

- a kijelölés a kedvezményezettet egyértelműen azonosítja
- a kedvezményezett életben van (jogi személy vagy polgári jogi jogalanyisággal rendelkező nem jogi személy szervezet kedvezményezett esetén: nem történt jogutód nélküli megszűnés)
- a biztosított írásban hozzájárult a kedvezményezett kijelöléséhez.

A kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal, vagy jogutód nélkül megszűnik. Ha ilyenkor nem történik új nyilatkozat tétel a kedvezményezéssről, de korábban több kedvezményezettet is megjelöltek, akkor a továbbiakban a kedvezményezés arányára a hatályban maradt jelölések egymáshoz viszonyított aránya az irányadó.

56. Ha a kedvezményezett kijelölése érvénytelen vagy időközben azzá válik, illetve, ha a szerződésben nem jelöltek kedvezményezettet, akkor kedvezményezettnek egy biztosított esetében a biztosított, illetve – a biztosított halála esetén – annak örököse(i), több nevesített biztosított esetében az egyes biztosítottak, illetve haláluk esetében örököseik tekintendők.

III. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

57. A biztosítási szerződésben megjelenő biztosítási fedezetek alap-, illetve kiegészítő biztosítások valamint kiegészítő fedezetek, valamint technikai kiegészítők alapján kerülnek besorolásra.
58. A biztosítási szerződésnek egy – alapbiztosításként szerepeltethető – biztosítási fedezetet tartalmaznia kell.
59. Alapbiztosításként minden biztosítottra kizárólag ugyanazon fedezettípus jelenhet meg.
60. Alapbiztosításként szereplő fedezet esetén a fedezet lejáratára nem lehet különböző az egyes biztosítottakra vonatkozóan, függetlenül attól, hogy az adott biztosított mikor lépett be a szerződésbe.
61. Alapbiztosításként meglévő fedezet értéke, illetve biztosítási összege minden biztosítottra vonatkozóan megegyezik.
62. Alapbiztosításként kockázati életbiztosítási fedezet, míg kiegészítő biztosítási formában egészség-, baleset-, közlekedési baleset- illetve munkahelyi balesetbiztosítási fedezet szerepelhet.

A biztosítási szerződés tartama, a biztosítási fedezet tartama, a biztosítási időszak, a biztosítási évforduló

63. A biztosítási szerződés határozott vagy határozatlan tartamú. A biztosítási szerződés tartamának kezdete a technikai kezdet napjának 0 órája, ha a felek másként nem állapodnak meg.
A biztosítási szerződés lejáratára megegyezik a szerződésben alapbiztosításként szereplő biztosítási fedezet lejáratával, amennyiben az létezik.
64. A határozott tartamra kötött szerződés megállapodás szerinti tartama legalább egy év. A szerződés a határozott idő lejáratával megszűnik.
65. Az egyes biztosítási fedezet(ek) tartamát a felek a szerződésben rögzítik. A szerződésen belül a biztosítási

fedezetek tartama, azok kezdete és lejáratának éve egymástól eltérhet, figyelembe véve az alapbiztosításra vonatkozó korlátozást, azonban a lejárat hónapjának minden biztosítási fedezet esetében meg kell egyeznie.

A biztosítási fedezet tartamának kezdete:

- a) abban az esetben, ha a biztosítási fedezet a szerződéssel egyidejűleg jön létre, megegyezik a szerződés tartamának kezdetével,
- b) abban az esetben, ha a biztosítási fedezet a szerződés létrejöttét követően, annak tartama alatt jön létre, a biztosítási fedezet létrejöttét kezdeményező nyilatkozatnak a biztosító központi egységének részére történt átadását követő hó első napjának 0 órája, ha a felek másként nem állapodnak meg.

66. Az egy szerződésen belül létrejött biztosítási fedezetek, alap-, illetve kiegészítő biztosítások, technikai kiegészítők évfordulói a szerződés évfordulójával megegyeznek.

67. Ha az egy évnél hosszabb határozott tartamú vagy a határozatlan időre kötött biztosítási szerződést a felek valamelyike a biztosítási évfordulót legalább 30 nappal megelőzően írásban nem mondja fel, úgy a biztosítási szerződés annak felmondásáig illetve a határozott tartam végéig hatályban marad. Ebben az esetben a felek a biztosítási évfordulót megelőző 30 napban egyeztethetnek a biztosítás szolgáltatásával és díjával kapcsolatban. Amennyiben a felek 30 napon belül nem jutnak egyezsége a szerződés feltételei tekintetében, a szerződés az eredeti tartalommal marad hatályban.

A biztosítási szerződés területi és időbeli hatálya

68. A biztosító kockázatviselése kiterjed a világ bármely pontján bekövetkezett biztosítási eseményre, és a szerződés tartamán belül a nap 24 órájában fennáll.

Adatvédelem

69. A Szerződő a biztosítási fedezet nyújtásához szükséges, és a Biztosítottra vonatkozó minden személyes adatot az érintett Biztosított előzetes és tájékoztatáson alapuló írásbeli hozzájárulásával bocsát a Biztosító rendelkezésére. A Biztosító e személyes adatokat kizárólag a biztosítás nyújtása, valamint a biztosítás alapján érvényesített igények kielégítése céljából kezeli mindaddig, amíg a Biztosítóval szemben a biztosítási szerződés alapján bármilyen igény érvényesíthető. A Szerződő felel a hozzájárulás hiánya miatt a Biztosítót ért mindennemű kár, költség, esetleges bírság teljeskörű megtérítéséért.

IV. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS FORMAI SAJÁTÓSÁGAI

A szerződés és a biztosítási fedezetek létrejötte

70. A biztosítási szerződés a felek írásbeli megállapodásával jön létre. Az írásbeli megállapodás

- a) abban az esetben, ha a biztosítási fedezet a szerződéssel egyidejűleg jön létre, a szerződő írásos ajánlatából és a biztosító erre adott írásos elfogadó nyilatkozatából áll;
- b) amennyiben az ajánlatot a biztosító teszi, a biztosító írásos ajánlatából és a szerződő írásos elfogadó nyilatkozatából áll.

A szerződés módosítására a biztosítási tartam alatt a szerződés létrejöttére vonatkozó eljárás az irányadó.

71. A biztosítási szerződést az egyes biztosítási fedezetek alkotják, függetlenül azok számától és létrejöttük időpontjától, illetve, hogy alap-, kiegészítő biztosításként vagy technikai kiegészítőként szerepelnek. A szerződésnek legalább egy életbiztosítási fedezetet tartalmaznia kell.

72. A Biztosítónak 15 nap, amennyiben egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség 60 nap áll rendelkezésére a kockázat elbírálására. A határidők attól a naptól számítanak, amikor a kockázatelbíráláshoz szükséges dokumentumok a biztosító központi egységéhez megérkeztek.

73. A biztosító az ajánlat elfogadása előtt kockázatelbírálást végez, melynek során kérheti a biztosított egészségi nyilatkozatát, orvosi vizsgálatát, illetve egyéb írásos nyilatkozatokat, egészségügyi dokumentációt is kérhet. A Biztosítottnak a nyilatkozatokat a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell kitöltenie. A biztosítóhoz így beérkezett valamennyi információ az ajánlat részét képezi.

A kockázatelbírálás során a biztosítónak jogában áll:

- az ajánlatot az abban foglaltak szerint elfogadni;
- az ajánlatot módosításokkal elfogadni;
- az ajánlatot (indoklás nélkül) elutasítani.

Orvosi vizsgálat nélkül kötött biztosítási szerződés esetén a Biztosító várakozási időt köthet ki (XI. fejezet). Egészségügyi kockázatelbírálás nélkül létrejött csoportos biztosítási szerződések esetében a szerződés létrejöttékor már fennálló és a biztosított által ismert betegségek, illetve egészségromlás következtében fellépő biztosítási eseményekkor a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, ha az ok-okozati következmény igazolható és a szerződés létrejöttétől még nem telt el 5 év.

74. Ha a kötvény tartalma a szerződő ajánlatától vagy a szerződőnek a biztosítási fedezet létrejöttét kezdeményező nyilatkozatában foglaltaktól eltér, és az eltérést a szerződő a kötvény kézhezvételét követő 15 napon belül nem kifogásolja, a szerződés a kötvény szerinti tartalommal jön létre. A szerződő kifogásolása esetén a szerződés

nem jön létre. Ezt a rendelkezést a lényeges eltérésekre – ideértve különösen azt az esetet, amikor a biztosító a kockázat elbírálása alapján az ajánlatban rögzített díjhoz vagy szolgáltatási összeghez képest emelt díjat vagy csökkentett szolgáltatási összeget határoz meg – csak akkor lehet alkalmazni, ha a biztosító az eltérésre a szerződő figyelmét a kötvény átadásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat vagy a biztosítás fedezet létrejöttét kezdeményező szerződői nyilatkozat tartalmának megfelelően jön létre.

75. A szerződés az ajánlatnak a biztosító vagy képviselője részére történő átadása időpontjára visszamenő hatállyal, ráutaló magatartással akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatra annak kézhezvételét követő 15 napon belül nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a Biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és a díjszabásnak megfelelően tették. Ilyen esetben a szerződés az ajánlat szerinti tartalommal a kockázatelbírási idő elteltét követő napon jön létre.
76. Ha a ráutaló magatartással létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér a Biztosító általános szerződési feltételétől, a Biztosító a szerződés létrejöttétől számított 15 napon belül javasolhatja, hogy a szerződést az általános szerződési feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a Szerződő a javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a Biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül a szerződést 30 napra írásban felmondhatja. Az ajánlattevő ajánlatához annak megtételétől számított 15 napig, egészségügyi kockázatfelmérés esetén 60 napig van kötve. Nem jön létre a szerződés, ha az ajánlatot a Biztosító az átvételtől számított 15 napon – egészségügyi kockázatfelmérés esetén 60 napon - belül elutasítja.
77. Az ajánlat elutasítása, illetve a szerződő írásbeli kifogása miatt létre nem jövő szerződés esetén a biztosító – az elutasítástól, illetve a kifogásnak a biztosító központi egységéhez történő beérkezésétől számított 15 napon belül – a biztosításra esetlegesen korábban beszedett díjat kamatmentesen visszautalja a szerződő számlájára.
78. A szerződés létrejöttéhez és módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges, melyet a Biztosított a Biztosított nyilatkozat kitöltésével és aláírásával tesz meg (a továbbiakban: Biztosított nyilatkozat). A Biztosított nyilatkozat kiterjed a biztosítási szerződés kötéséhez és módosításához való hozzájáruláson kívül a biztosított egészségi állapotára vonatkozó kérdések megválaszolására, valamint a Szerződő által jelölt kedvezményezett személyéhez való hozzájárulásra. Azok a személyek, akik elutasítják a javukra szóló biztosítás megkötését, a biztosítás tartama alatt nem biztosíthatók. Azok a személyek, akik nem járulnak hozzá a Szerződő által megjelölt kedvezményezett jelöléséhez, a Szerződő Biztosítóval írásban közölt döntése alapján válhatnak csak biztosítottá.
79. Szerződő felek megállapodhatnak abban, hogy a biztosítási szerződés kizárólag a biztosított személyek csoporthoz való tartozása alapján, a taglétszám Biztosítónak történő bejelentésével jön létre, a tagok biztosítási szerződéskötéshez való hozzájárulása nélkül. Ebben az esetben Biztosított nyilatkozatra nincs szükség.
80. A biztosított hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek (mind a 78., mind pedig a 79. pont szerinti szerződéskötés esetén) a kedvezményezett kijelölését tartalmazó része semmis; ilyen esetben kedvezményezettnek a biztosítottat vagy örökösét kell tekinteni, aki - a csoportos biztosítás esetén nem köteles a szerződő félnek megtéríteni a kifizetett biztosítási díjakat és a szerződésre fordított költségeket.
81. A felek azonos biztosítási érdekre és azonos biztosítási kockázatokra több biztosítást is érvényesen köthetnek, és halmozhatják a biztosítói szolgáltatásokat

A szerződés és a biztosítási fedezet hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete

82. A szerződés hatályba lépésének időpontja – a ráutaló magatartással létrejött szerződés kivételével - megegyezik a technikai kezdettel, feltéve, hogy a szerződés létrejött vagy utóbb létrejön.
83. A biztosítónak a szerződésre vonatkozó kockázatviselése – a várakozási időre vonatkozó rendelkezésekben foglalt eltérésekkel – a szerződés hatálybalépésével kezdődik.
84. A Biztosító kockázatviselése az új Biztosított (49. pont) vonatkozásában annak belépése napjától kezdődik, figyelemmel a várakozási időre, feltéve, hogy a Szerződő az új Biztosított belépését az azt követő legkorábbi adatközlőben a Biztosítónak bejelenti, valamint a rá vonatkozó biztosítási díjat megfizeti. A Biztosító új belépők vonatkozásában kizárólag akkor vállalja a kockázatot visszamenőlegesen, ha a Szerződő az általa képviselt csoportot teljes körűen biztosítja.

A biztosítottak, a biztosítási fedezetek, a biztosítási összegek, a biztosítási díj és a biztosítási tartam megváltoztatása

85. A szerződőnek joga van a szerződés tartama alatt a biztosítottak személyének, az egyes biztosítottakra vonatkozó biztosítási fedezeteknek, az egyes biztosítási fedezetek biztosítási összegeinek és tartamának megváltoztatására, azaz lehetősége van
 - a) új biztosított megjelölésére, és rá vonatkozóan új biztosítási fedezet(ek) létrejöttének kezdeményezésére,
 - b) a szerződésben szereplő valamelyik biztosított biztosítottként való megnevezésének visszavonására, mellyel az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási fedezet megszűnik a 138. h) pontban foglaltak szerint,
 - c) a szerződésben szereplő valamelyik biztosítottra vonatkozóan új biztosítási fedezet(ek) létrejöttének kezdeményezésére,
 - d) a biztosítási fedezet(ek) megszüntetésére,
 - e) a biztosítási fedezet(ek) biztosítási összegeinek és/vagy a biztosítás díjának megváltoztatására,
 - f) a biztosítási fedezet(ek) tartamának megváltoztatására.

- A jelen pontban foglalt változtatásokat a szerződő a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatban kezdeményezheti.
86. A biztosító – a biztosító központi egységéhez történő beérkezést követően – 15 napon belül elbírálja a szerződőnek a változtatás iránti kezdeményezését. A biztosító nem köteles megindokolni a szerződő változtatási igényének elutasítását.
87. A 85. e) és f) pontban foglalt változtatás végrehajtásával, annak hatályától a biztosítási fedezet díja emelkedhet.
88. Abban az esetben, ha a szerződő a jelen Általános Szerződési Feltételek alapján létrejött biztosítási fedezetek változtatására vagy a szerződés reaktiválására vonatkozóan írásbeli igényt nyújt be a biztosítóhoz, akkor a biztosító az igény elbírálásához jogosult kockázatelbírálást végezni. Az újabb kockázatelbírálás során ismételten kérheti a biztosított egészségi nyilatkozatát, orvosi vizsgálatát, illetve egyéb írásos nyilatkozatokat, egészségügyi dokumentációt is bekérhet. A biztosítóhoz az újabb kockázatelbírálás során beérkező valamennyi adat a biztosítási szerződés részét képezi.
89. A szerződés 88. pontban foglalt változtatása a biztosítási szerződés első évfordulóját követően kizárólag évfordulóra vonatkozó hatállyal lehetséges, feltéve, hogy a biztosító a szerződő által az első évfordulót legalább 30 nappal megelőzően benyújtott igényt írásban, módosított kötvény kiállításával elfogadta.

A közlési és változásbejelentési kötelezettség

90. A szerződő és a biztosított a biztosítási szerződés megkötésekor, illetve új biztosítottak belépésekor folyamatosan köteles – a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges – minden olyan körülményt a biztosítóval írásban közölni, amelyet ismert, vagy ismernie kellett. A biztosító írásban feltett kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő írásbeli válaszokkal a szerződő és a biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.
91. A szerződő és a biztosított köteles személyi adatainak (pl. lakcímének) módosulását, továbbá a biztosító kockázatvállalása szempontjából valamennyi lényeges körülmény változását (különösen foglalkozásának és sporttevékenységeinek változását) 5 napon belül a biztosítóhoz írásban bejelenteni. Lényeges körülmény az, amire a biztosító a szerződésalkötéskor az ajánlatban, az egészségi nyilatkozatban és az orvosi vizsgálat során írásban kérdést tett fel.
92. A biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére, és ezért a biztosított egészségi állapotával, foglalkozásával, tevékenységével kapcsolatban kérdéseket tehet fel, orvosi vizsgálatot kérhet. Az ügyfél az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.
93. 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 szerződésalkötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.
94. Életbiztosítási fedezet esetén a közlési és változásbejelentési kötelezettség megsértése ellenére beáll a biztosító kötelezettsége, ha a szerződés megkötésétől, illetve a biztosított tartam közbeni belépésétől az adott biztosítottal kapcsolatos biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt, illetve, ha a változásbejelentési határidő leteltét követő naptól a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.
95. Ha a szerződés több személyre vonatkozik, és a közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértésére a többi vagyontárgy vagy személy esetén nem hivatkozhat.
96. 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.
97. Ha a biztosító a szerződésalkötés 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. Egészségbiztosítási szerződések esetén nem tekinthető a biztosítási kockázat jelentős növekedésének a biztosított életkora előrehaladásából származó természetes egészségromlás lehetősége.
98. Ha 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 30 napon megszűnik, ha a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő fél figyelmét felhívta. Ha a szerződés egyidejűleg több személyre vonatkozik, és a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító jelen bekezdésben meghatározott jogait a többi személy vonatkozásában nem gyakorolhatja.
99. Életbiztosítási fedezet esetén, amennyiben a biztosító a szerződésalkötést vagy a biztosított tartam közbeni belépését követően szerez tudomást a szerződésalkötéskor, illetve a biztosított belépésekor már fennállt lényeges körülményről, az ebből eredő jogokat a szerződés fennállásának az első 5 évében, illetve a biztosított belépésétől számított első 5 évben gyakorolhatja.
100. Életbiztosítási fedezet esetén, amennyiben a biztosító a szerződésalkötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülmények változásáról, az ebből eredő jogokat a változásbejelentési határidő leteltét követő naptól számított első 5 évben gyakorolhatja.

101. A biztosított a biztosítási szerződés megkötéséhez való hozzájáruló nyilatkozatával egyidejűleg a biztosítási szerződéssel kapcsolatban felmentést ad az orvosi titoktartás alól minden olyan orvosnak, kórháznak és egészségügyi intézménynek, amelyeknél kezelték és felhatalmazza a biztosítót, hogy a közölt adatok, tudomására jutott egyéb körülmények ellenőrzése céljából ezektől a kockázat elvállalása és a biztosítási esemény szempontjából lényeges információkat beszeresse, valamint ugyanebből a célból más biztosítóval, a társadalombiztosítóval és egyéb hatósággal kapcsolatba lépjen. Továbbá a haláleseti szolgáltatás vonatkozásában a biztosított felmentést ad az orvosi titoktartás alól a biztosítási eseménnyel kapcsolatos információkra nézve minden olyan orvosnak, kórháznak és egészségügyi intézménynek, amelyek őt kezelni fogják, és felhatalmazza a biztosítót, hogy ugyanebből a célból más biztosítóval, a társadalombiztosítóval és egyéb hatósággal kapcsolatba lépjen.

A jognyilatkozatok megtételének szabályai

102. A biztosítási szerződésben előírt vagy annak tartalmát befolyásoló bejelentéseket, közléseket, a szerződéshez kapcsolódó jognyilatkozatokat érvényesen csak írásban lehet megtenni, lehetőleg a biztosító erre a célra készült formanyomtatványán, a biztosító központi egységéhez eljuttatva, feltéve, hogy a felek másban nem állapodnak meg.
103. Amennyiben a szerződő ideiglenesen vagy véglegesen külföldre távozik, illetve települ, a biztosító számára magyarországi kézbesítési megbízottat kell megneveznie. Ennek hiányában a biztosító az általa ismert utolsó címre joghatályosan küldhet nyilatkozatot.
104. A biztosítóhoz eljuttatott jognyilatkozat a biztosítóval szemben akkor hatályos, ha az teljeskörűen tartalmazza azokat az adatokat, amelyek az adott jognyilatkozat, illetve a jognyilatkozat által kiváltani szándékozott jogcselekmény érvényességéhez szükségesek és a biztosító központi szervezeti egységének tudomására jut. Már létrejött szerződés esetében az írásbeli jognyilatkozatok akkor hatályosak a biztosítóval szemben, ha az érintett szerződés és a jognyilatkozat tartalma, a jognyilatkozatot tévő személye egyértelműen beazonosítható valamint, ha a jognyilatkozatot tévő személy az adott szerződés keretében ilyen nyilatkozat megtételére jogosult.
A határidők csak a biztosítóval szemben hatályos jognyilatkozatok alapján számíthatók.
Nem tekinthető ajánlattételnek az a nyilatkozat, amikor a biztosítási szándékot nem a biztosító erre a célra készült ajánlati formanyomtatványán írják alá, mivel a biztosításra vonatkozó tényleges adatok így nem kerülnek teljeskörűen közlésre, kivéve, ha a felek másban nem állapodtak meg.

V. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ

A díj megállapítása

105. A szerződő által fizetendő biztosítási díj az egyes biztosítási fedezetek díjának összege, függetlenül attól, hogy a szerződés formai szempontból egy alpbiztosításból és kiegészítő biztosítás(ok)ból, illetve technikai kiegészítőkből áll. A biztosítási fedezet díja a díjszabás alapján adott valutanemben megállapított érték. A biztosító a biztosítási fedezet díjának megállapításakor – a biztosítási fedezet típusától függően – figyelembe veszi a biztosítási összeget, illetve a biztosítási fedezet értékét, a biztosítási tartamot, a díjfizetés gyakoriságát és módját, a biztosított csoport kormegoszlását, foglalkozását, egészségi körülményeit valamint a biztosító által feltett kérdésekre adott válaszokon alapuló kockázatelbírálási ismereteit.
106. A biztosító a befizetett díjakat a biztosítási díj számításakor meghatározott költségei levonása után a biztosítási szolgáltatás fedezetére fordítja.
107. A Biztosító a Szerződő által választott elszámolási gyakoriságnak megfelelően vizsgálja felül a 52. pontban említett adatközlő tartalma alapján az aktuális időszak biztosítási díját. A Biztosító az így kiszámolt díjváltozást az elszámolást követő díjfizetéskor érvényesíti. Amennyiben a vizsgálat eredményeként a Szerződőnek túlfizetése van, úgy a Biztosító azt díjelőlegként kezeli.
108. Amennyiben a Szerződő az aktuális adatközlőt nem küldi meg a 52. pontja szerinti határidőig, úgy a Biztosító a szolgáltatásait a legutolsó adatközlő tartalmának megfelelően nyújtja.
109. Amennyiben a szerződéskötéskor leadott Biztosított lista és Biztosított nyilatkozat az ajánlattételkor korábban megadott adatokkal ellentétes információt tartalmaz, akkor a Biztosító fenntartja a jogot az ajánlattételkor megadott díj megváltoztatására.
110. Egy évnél hosszabb tartamú vagy határozatlan tartamra kötött biztosítási szerződés esetén a Biztosító az előző évek kártapasztalatai alapján, legkésőbb a biztosítási évforduló előtti 60. napon módosító javaslatot tehet a biztosítási díj emelésére vagy csökkentésére az esetlegesen megváltozott biztosítási kockázatnak megfelelően. A módosító javaslatban tájékoztatni kell a szerződőt arról, hogy amennyiben a módosító javaslatot nem fogadja el, jogosult a biztosítási szerződést a módosítás hatálybalépésének időpontját legalább 30 nappal megelőzően, ajánlott levélben felmondani. Amennyiben a szerződő felmondási jogával a megadott határidőben nem él, úgy a Biztosító a módosítási javaslatot a szerződő által elfogadottnak tekinti.

A díjfizetés tartama, a biztosítási fedezet díjának és a biztosítási szerződés díjának esedékessége, a díjfizetés módja

111. A biztosítási fedezet díja a biztosítási fedezet teljes tartama alatt illeti meg a biztosítót, az adott biztosított vonatkozásában a csoportos biztosításhoz történt csatlakozásuk hónapjának első naptától a kilépésük hónapjának végéig, ha az a biztosítás tartamára esik.
112. A biztosítások esetében éves díj kerül meghatározásra. A szerződő a biztosítási díjra vonatkozóan a Különös Szerződési Feltételekben meghatározottak szerint választhat rendszeres díjfizetés esetén éves, féléves, negyedéves vagy havi díjfizetési gyakoriságot. A díjfizetési gyakoriság szerinti valamelyik díjesedékességnek meg kell egyeznie a biztosítási évfordulóval. A biztosítási fedezet díjfizetési gyakorisága a szerződés díjfizetési gyakoriságával megegyezik. Az egyes díjfizetési gyakoriságokra és díjfizetési módokra a biztosító eltérő díjat határozhat meg.
A biztosítási szerződés első díja (részletfizetés esetén: az első díjrészlet) a tartam kezdetén, minden későbbi díj pedig annak a felek megállapodása szerinti – évi, félévi, negyedévi vagy havi – díjfizetési gyakoriságnak megfelelő időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik. A biztosító ennek előlegként történő befizetését korábban is kérheti, mely esetben a szerződés létrejötte esetén a hatálybalépés a tényleges befizetéshez igazodik. A 76. pontban foglalt változtatások esetén, ha a változtatás hatálya nem a díjfizetési gyakoriság szerinti esedékesség időpontjára esik, a következő díjesedékesség időpontjáig terjedő időszakra vonatkozó díjat a változtatás hatályával kell megfizetni.
A biztosítás első díja, illetve díjrészlete a biztosítási szerződés hatálybalépésétől az első biztosítási, illetve részletfizetési időszak végéig terjedő időtartamra vonatkozik.
113. A szerződő és a biztosító a szerződés első díjának megfizetésére vonatkozóan díjhalasztásban állapodhat meg. A halasztott első díjat legkésőbb az ajánlattételt követő hó első napjától számított 30. nappal bezárólag kell megfizetni. Ha a szerződő a halasztott első díjat a megállapított határidő lejártáig nem fizeti meg, a szerződés kifizetés nélkül megszűnik a 156. e) pontban foglaltak szerint.
114. A díj azon a napon tekintendő megfizetettnek, amikor az – tekintet nélkül a díjfizetés módjára – a biztosítónak a szerződés díjainak fogadása céljából rendszeresített számlájára a szükséges azonosító adatokkal beérkezik. Ha a díj rendelkezik ugyan a szükséges azonosító adatokkal, de nem a biztosító megfelelő számlájára érkezik, akkor az nem tekinthető megfizetettnek.
115. Ha a Szerződő az első vagy éves díjat a csoportos szerződés hatálybalépése előtt fizeti meg, ezt az összeget a hatálybalépés időpontjáig a Biztosító kamatmentes előlegként kezeli, amelyet a biztosítási kötvény kibocsátása után a biztosítási díjba beleszámít. Ha a csoportos szerződés nem jön létre, a Biztosító a befizetett díjelőleget a Szerződőnek 15 napon belül kamatmentesen visszafizeti.
116. Az első és az azt követő díjrészletek megfizetésére kizárólag eseti illetőleg rendszeres átutalási megbízás formájában van a szerződőnek lehetősége.
117. A szerződő a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával a szerződés tartama alatt módosíthatja a szerződés díjfizetési gyakoriságát, illetve módját. A szerződő olyan díjfizetési gyakoriságot választhat, melyben a díj esedékességének valamelyik következő időpontja megegyezik az évfordulóval. A biztosító a díjfizetés gyakoriságát a szerződő nyilatkozatának beérkezése után esedékessé váló első fizetendő díj esedékességének napjával módosítja. A szerződő – díjfizetés módosításáról szóló – nyilatkozatát az azt követően esedékessé váló díj fizetési határidejét megelőző 30 napon teheti meg. A díjfizetés gyakoriságának vagy módjának megváltoztatása a fizetendő díj mértékének változását vonhatja maga után.
118. A Biztosító a díjbeszedéssel, hátralékkezeléssel kapcsolatban a következő szabály szerint jár el: A Biztosító a szerződő 500 Ft alatti tartozása megfizetését nem követeli, illetve a szerződő részére 500 Ft alatti kifizetést nem teljesít. Amennyiben a tartozás vagy a követelés összege az értékhatárt meghaladja, a Biztosító a teljes összeget – beleértve az összeghatár alatti részt is – megfizeti/megfizeteti a szerződővel.

A minimális díj

119. A biztosító valamennyi díjfizetési gyakoriságra vonatkozóan meghatározhatja az egy biztosítottra, illetve a szerződésre vonatkozó minimális díjat. Az ajánlatban szereplő fizetendő díj, valamint a szerződés tartama alatt, a változtatások után megállapított díj nem lehet kevesebb a biztosító által meghatározott minimális díjnál. A Biztosító csoportos biztosítás esetén minimális biztosítási összegeket, illetve a Biztosítottak előzetesen bejelentett létszámának megfelelő minimális díjakat, minimális biztosított csoport-létszámot köthet ki, illetve díjkezdvezményt határozhat meg.

A fizetési késedelem és a biztosítási díj nemfizetésének következményei

120. Díjfizetési késedelem esetén a biztosító - a következményekre történő figyelmeztetés mellett - a szerződőt a felszólítás elküldésétől számított 90 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.
121. A teljes biztosítási időszakra járó díjat a biztosító 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.
122. Amennyiben a késedelem a 30 napot meghaladja, a biztosítónak joga van a Ptk-ban meghatározott, mindenkori késedelmi kamat, illetve a fizetési késedelemmel kapcsolatos értesítés(ek) költségének felszámítására.
123. A szerződés megszűnése esetén a biztosító az addig a napig járó díj megfizetését követelheti, amikor kockázatviselése véget ért. Ha az időarányos díjnál több díjat fizettek be, a biztosító a díjtöbbletet köteles visszatéríteni.
124. Abban az esetben, ha a szerződés a folytatólagos 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 a korábban esedékessé vált biztosítási díjat megfizetik.

VI. ÉRTÉKKÖVETÉS

125. Az értékkövetésnek a biztosítási fedezetre érvényes mértékét (a továbbiakban: index) a Különös Szerződési Feltételek tartalmazzák. A biztosító minden biztosítási évfordulón automatikusan legalább ezzel a mértékkel növelheti a biztosítási fedezet díját amely a biztosítási összeg növekedését eredményezi.
126. Az értékkövetés az egész biztosítási szerződésre vonatkozik, azaz minden olyan biztosítási fedezetre – függetlenül attól, hogy alap- vagy kiegészítő biztosítás, illetve technikai kiegészítő formájában létezik -, amely az évfordulón és az azt megelőző napon is hatályban volt, függetlenül létrejöttének időpontjától. Bármely okból díjfizetés nélkül hatályban lévő biztosítások esetében nincs értékkövetés.
127. Amennyiben az értékkövetés az adott terméken alkalmazásra kerül évente egyszer, az évforduló előtt legalább 60 nappal a biztosító írásos értesítést küld a szerződő részére a fizetendő díjnak és a biztosítási összeg(ek)nek az évfordulótól hatályos változásáról.
128. Az értékkövetésről szóló írásos értesítés megküldése és a biztosítási évforduló közötti időszakban létrejött vagy megváltozott biztosítási fedezetek díjának és biztosítási összegének változásáról a biztosító újabb értesítést nem küld.
129. A szerződő az értékkövetést visszautasíthatja, amennyiben az erre vonatkozó írásos nyilatkozata a biztosítási évfordulót legalább 30 nappal megelőzően megérkezik a biztosító központi egységéhez.
130. Amennyiben a szerződő az értékkövetést nem, vagy az adott határidőn túl utasította vissza, úgy az értékkövetéshez tartozó (az index meghirdetését követő) biztosítási évfordulóval kezdődőleg az érvényes díj, illetve aktuális biztosítási összeg(ek) a biztosító értesítése szerint változnak.
131. A biztosítási fedezet biztosítási összegének megemelésével a biztosítási fedezet fizetendő díja is emelkedik.

VII. MARADÉKJOGOK, HITELFEDEZET

132. A Csoportos élet-, egészség- és balesetbiztosítás maradékjogokkal nem rendelkezik, így nem vonatkozik rájuk a visszavásárlási jog és a díjmentes leszállítási jog, továbbá nincs lehetőség kötvénykölcsön felvételére sem.
133. Többlethozam visszatérítésben nem részesednek.
134. A biztosítási összeg hitelfedezetéül szolgálhat a szerződő rendelkezése szerint, amennyiben a szerződő és a biztosított ehhez, továbbá a biztosítás adatainak az érintett pénzügyi intézménnyel való közléséhez írásban hozzájárul.
135. Hitelfedezet fennállása esetén a biztosító szolgáltatásának csak az a része fizethető ki – a szerződésben meghatározott egymás közötti arányban – az egyébként megadott kedvezményezettnek, amely a pénzügyi intézmény kedvezményezettségét meghaladja.
136. Hitelfedezet fennállása esetén a szerződést – a hitelfolyósító pénzügyi intézményt elsődleges kedvezményezettként jelölő – hitelfedezeti záradékkal látja el a biztosító. A hitelfedezeti záradék a szerződésről kizárólag a hitelfolyósító pénzügyi intézmény kifejezett írásbeli hozzájárulásával törölhető.
137. A szerződés bárminemű módosítására irányuló kérelemről valamint a szerződés megszűnéséről a biztosító a pénzügyi intézményt tájékoztatja.

VIII. A SZERZŐDÉS ÉS A BIZTOSÍTÁSI FEDEZETEK MEGSZŪNÉSÉNEK ESETEI

138. A biztosító kockázatviselése véget ér és a szerződés díjvisszatérítés nélkül megszűnik
 - a. az alpbiztosításként szereplő biztosítási fedezet megszűnésével, amennyiben a Különös Szerződési Feltételek eltérően nem rendelkeznek,
 - b. a díjfizetés elmaradása miatt
 - i. a biztosító által a 120. pont szerint meghatározott póthatáridő eredménytelen elteltével, vagy amennyiben az később következik be,
 - ii. az elmaradt díj esedékességétől számított 90. napon, a díjfizetés esedékességének napjára visszamenő hatállyal;
 - c. ha a szerződő a szerződést írásban felmondja,
 - d. a biztosítási kockázat jelentős növekedése esetén történő felmondással (99-101. pontokban foglalt esetben),
 - e. érdekmúlás miatt a 97-98. pontok alapján,
 - f. a szerződő jogutód nélküli megszűnésével

A biztosítási fedezet megszűnésének esetei

139. A jelen Általános Szerződési Feltételek alapján létrejött biztosítási fedezet vonatkozásában a biztosítási szerződés megszűnik és a biztosítónak a biztosítási fedezetre vonatkozó kockázatviselése véget ér
 - a. a biztosítási szerződés 138. pontbeli megszűnésével,
 - b. a biztosítási fedezet tartamának utolsó napján, 24 órakor megszűnik,
 - c. a szerződőnek a biztosítási fedezet megszüntetésére vonatkozó egyoldalú írásbeli nyilatkozatával, a nyilatkozat

biztosító központi egységéhez érkezése hónapjának utolsó napjával – amennyiben a szerződés díjrendezett – (felmondás).

- d. a Különös Szerződési Feltételekben, valamint a kiegészítő biztosítási fedezetek szerződési feltételeiben meghatározott egyéb esetekben.

A Biztosítási szerződés megszűnése az adott biztosított vonatkozásában:

- a. annak a hónapnak az utolsó napjával, amikor a biztosított halála bekövetkezett,
 b. a biztosított az élet-, egészség- és balesetbiztosítás tekintetében betölti az Általános és Különös Szerződési Feltételekben meghatározott maximális életkort,
 c. a biztosított jogviszonya, tagsági viszonya megszűnik a szerződéssel.
 d. a biztosítási időszak végével, ha a biztosított a biztosítási fedezet vagy a szerződés létrejöttéhez adott hozzájárulását írásban visszavonja,
 e. ha a szerződés hatálya alatt a biztosítási esemény bekövetkezése a biztosított vonatkozásában lehetetlenné vált, a hónap utolsó napjával,
 f. a 146. pontban foglalt esetben,
 g. a kizárások és a mentesülés 149-164. pontokban foglalt eseteiben, a hónap utolsó napjával,
 h. a biztosítási kockázat adott biztosított vonatkozásában történő jelentős növekedése esetén történő felmondással (97-98. pontokban foglalt esetben),
 i. a biztosított biztosítottként való megnevezésének szerződő által történő 85. b) pont szerinti visszavonásával.
 j. a Különös Szerződési Feltételekben, valamint a kiegészítő biztosítási fedezetek szerződési feltételeiben meghatározott egyéb esetekben.

A biztosítási szerződés felmondása

Életbiztosítás:

140. A szerződő az életbiztosítási szerződést – ha az első évi biztosítási díjat befizették – írásban, 30 napos felmondási idő mellett felmondhatja,
 a) a biztosítási időszak utolsó napjára indokolás nélkül,
 b) a Biztosító III. pont szerinti díjmódosítási szándéka esetén az ott meghatározottak szerint.
 141. A biztosító a szerződő felmondó nyilatkozatának a biztosító központi egységéhez történő beérkezését követő 15 napon belül köteles a szerződő által az életbiztosítási szerződéssel vagy az életbiztosítási fedezettel kapcsolatban bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel elszámolni. A szerződő érvényesen nem mondhat le az őt megillető felmondási jogról. Ha a szerződő a biztosítási szerződés létrejöttéről szóló, a biztosító által nyújtott tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül felmondja a szerződést, akkor a biztosító a szerződésre addig befizetett díjat – költség levonása nélkül – visszautalja a szerződő részére.
 142. Az életbiztosítási szerződést - a biztosítási kockázat jelentős növekedésének esetét kivéve - a biztosító nem mondhatja fel.

Balesetbiztosítás:

143. A határozatlan időre kötött szerződést a felek írásban, a biztosítási időszak végére, harmincnapos felmondási idővel felmondhatják.
 144. A szerződő fél felmondása esetén a biztosító követelheti annak a díjengedménynek a megfizetését, amelyet a szerződés hosszabb tartamára tekintettel nyújtott (a továbbiakban: tartamengedmény).
 145. Balesetbiztosítás esetén a felek a felmondási jog korlátozásában nem állapodhatnak meg.

Egészségbiztosítás:

146. Nem tekinthető a biztosítási kockázat jelentős növekedésének a biztosított életkora előrehaladásából származó természetes egészségromlás lehetősége. 147. A határozatlan időre kötött szerződést a felek írásban, a biztosítási időszak végére, harmincnapos felmondási idővel felmondhatják.

Érdekmúlás

148. Ha a kockázatviselés kezdete előtt a biztosítási érdek megszűnt, vagy a biztosítási esemény bekövetkezett, bekövetkezése lehetetlenné vált, a szerződés, vagy annak megfelelő része az érdekmúlásra okot adó körülmény bekövetkezésének napján, de legkésőbb a kockázatviselés kezdetét megelőző napon megszűnik.
 149. Ha a szerződés hatályba lépését követően, a kockázatviselés tartama alatt a biztosítási érdek megszűnt, vagy a biztosítási esemény bekövetkezése lehetetlenné vált, a szerződés vagy annak megfelelő része azon hónap utolsó napjával megszűnik, amikor az érdekmúlás bekövetkezett.

IX. KIZÁRÁSOK, MENTESÜLÉSEK, VÁRAKOZÁSI IDŐ

Kizárások

150. A biztosító nem teljesít szolgáltatást élet-, baleset-, egészség- és kiegészítő biztosítási fedezet esetén, ha a biztosítási esemény
- harci eseményekben, háborús vagy polgárháborús cselekményekben való részvétellel összefüggésben,
 - felkelésben, lázadásban, zavargásban való részvétellel összefüggésben (kivéve azt az esetet, ha erre hivatali vagy közszolgálati kötelezettség teljesítése miatt került sor),
 - atommag szerkezeti módosulása, illetőleg radioaktív sugárzás vagy egyéb ionizáló sugárforrás hatása miatt (ha azt a biztosított nem terápiás célból vette igénybe) következett be.

A kockázati életbiztosítási és a baleseti halálra szóló balesetbiztosítási fedezet ebben az esetben kifizetés nélkül megszűnik az adott biztosítottra vonatkozóan.

151. A biztosító a 154. pontban foglaltakon túl abban az esetben sem teljesít szolgáltatást kockázati életbiztosítási, baleset-, egészség és kiegészítő biztosítási fedezet esetén, ha a biztosítási esemény a biztosítottnak
- elme- vagy tudatzavarával, bármilyen okú eszméletvesztésével, terhességével illetve öngyilkossági kísérletével okozati összefüggésben,
 - a testen saját maga vagy hozzájárulásával mások által végzett gyógyító célú kezelés és beavatkozás folytán előidézett testi károsodása következtében (kivéve, ha erre valamely biztosítási esemény miatt került sor), illetve
 - hivatásosan gyakorolt sporttevékenység során elszenvedett balesetével összefüggésben következett be.
 - napsugárzás által okozott égési sérülés és az azzal összefüggésben bekövetkező esemény.
 - fagyás által okozott sérülés és az azzal összefüggésben bekövetkező esemény.
 - foglalkozási betegség vagy ártalom és következménye.
 - megemelés következtében kialakuló anatómiai elváltozás.
 - a Biztosított a felajánlott orvosi kezelést, beavatkozást, vizsgálatot visszautasítja és ez a biztosítási eseménnyel okozati összefüggésbe hozható.
 - azon beavatkozás és következménye, amely célja nem a Biztosított állapotromlásának megakadályozása, hanem esztétikai, kozmetikai kezelése,
 - a biztosított HIV fertőzöttségével vagy kialakult AIDS betegségével okozati összefüggésben következett be,
 - a biztosított volt olyan visszautasított egészségügyi kezelése – ideértve a műtétet is – mely elutasítása a biztosítási esemény kialakulásával okozati összefüggésben állt.

Külön megállapodás (vagyis amikor a biztosító a magasabb kockázatot ismerte, és ezt a díjszámításnál figyelembe vette) hiányában az alábbi eseményekhez kapcsolódó kockázatok esetén sem kerül sor szolgáltatásra:

- a repüléshez kapcsolódó események, a szervezett légi forgalomban történő, utasként való részvétel kivételével
- gépi erővel hajtott szárazföldi, légi vagy vízi járművel helyi, országos vagy nemzetközi sportversenyen, vagy az ügyességet és/vagy bátorságot próbára tévő eseményen történő részvétel, vagy ilyen versenyre, eseményre való felkészülés (edzés) olyan, külföldi tartózkodással összefüggő megbetegedések, amelyekkel szembeni védőoltást az ÁNTSZ javasolt, de a biztosított azt nem vette igénybe.

Hivatásosan gyakorolt sporttevékenységnek minősül, ha a biztosított sportszervezettel létesített munkaviszony vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony, továbbá egyéni vállalkozás keretében jövedelemszerzési céllal sporttevékenységet folytat, és rendelkezik hivatásos sportolói engedéllyel.

152. A baleset-biztosítási fedezet vonatkozásában nem terjed ki a biztosító kockázatviselése a baleset előtt bármely okból már károsodott, sérült, csonkolt, illetőleg funkciójukban korlátozott testrészekre, szervekre. A jelen pontban foglalt esetekben a baleseti halálra szóló baleset-biztosítási fedezet kifizetés nélkül megszűnik.
153. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben a Biztosított olyan betegsége vagy kóros állapota, amely a Biztosító kockázatviselése előtti öt évben bizonyíthatóan fennállott, és amelyet a kockázatviselést megelőző három éven belül kórisméztek, vagy amely ez idő alatt gyógykezelést igényelt.
154. Nem terjed ki a Biztosító kockázatviselése azokra az eseményekre sem, amelyek oka részben vagy egészben a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása. Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha a Biztosított egészségi állapota orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető.
155. Balesetbiztosítás esetén a Biztosító kockázatviselése csak a biztosítási tartam alatt bekövetkező balesetek következményeire terjed ki.

A kockázatviselés korlátozása, csökkent biztosíthatóság

156. A Biztosító a biztosítási szolgáltatást csak a bekövetkezett baleset által előidézett következmények esetén nyújtja (baleseti halál, baleseti rokkantság, azaz tartós egészségkárosodás, baleseti kórházi napi térítés és baleseti műtéti térítés).
157. Amennyiben a baleset előtt meglévő betegségek vagy fogyatékoságok a baleset következményeibe jelentősen közrehatottak (legalább 25%-ig), a Biztosító a fizetendő összeget a közrehatás mértékével csökkenti. Ennek mértékét a Biztosító orvosa határozza meg.
158. Az idegrendszer szervi eredetű zavarainál a Biztosító csak akkor teljesít kifizetést, ha az visszavezethető a baleset által

előidézett károsodásra. Lelki- és magatartászavarok, neurózisok, pszichoneurózisok valamint a posztraumás szindróma nem minősülnek baleseti következménynek.

159. A Biztosító csak akkor teljesít kifizetést porckorongsérv esetén, ha bizonyítható, hogy annak előidézője a baleset következtében, a gerincoszlopot ért mechanikai behatás. Amennyiben a porckorongsérv a baleset előtt fennálló állapot súlyosbodása, a Biztosító nem teljesít kifizetést.
160. Azok a személyek, akik testi fogyatékoságban vagy betegségben szenvednek, súlyos betegségen vagy műtéten estek át és ennek a baleseti eseményekre kihatása lehet, csak külön szerződési feltételek mellett biztosíthatók. Ezen betegségek, műtétek a következők: szív- és érrendszeri betegségek, a gerincoszlop és a gerincvelő sérülései, betegségei, a csípőízület betegségei, cukorbetegség, rosszindulatú daganatok, valamint a neurológiai betegségek, illetve a felsorolt betegségek következményeként fellépő ájulás, szédülés, erősen korlátozott látás (8 dioptriától).

A biztosító mentesülése

161. A biztosító mentesül az életbiztosítási szolgáltatási kötelezettség alól, ha a biztosítási esemény
- a kedvezményezett szándékos magatartásának következménye,
 - a biztosított szándékosan elkövetett, súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, vagy
 - a biztosított jogellenes, súlyosan gondatlan magatartása vagy
 - a biztosítottra vonatkozó biztosítási fedezet létrejöttét követő két éven belül elkövetett öngyilkosság miatt következett be.

A kockázati életbiztosítási fedezet kifizetés nélkül szűnik meg ebben az esetben.

162. A balesetbiztosítási fedezet vonatkozásában a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, ha a biztosított halálát valamely biztosítási összegre jogosult szándékos, jogellenes, vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta. Több biztosítási összegre jogosult esetén e rendelkezés kizárólag azt a jogosultat érinti, akinek a szándékos magatartása a biztosítási eseményt okozta.

163. Az egészségbiztosítási fedezet tekintetében a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, ha bizonyítja, hogy a kárt

- a szerződő vagy biztosított,
- a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk,
- a biztosított – üzletvezetésre jogosult vezető munkakört betöltő – alkalmazottja, tagja vagy megbízottja

jogellenesen és szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.

Ezek a rendelkezések a kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség szándékos vagy súlyosan gondatlan megszegésére is érvényesek, azzal, hogy amennyiben az egészségbiztosítást kárbiztosításként kötötték nem tekinthető a biztosító mentesülését eredményező oknak, ha a biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.

164. Jogellenes, súlyosan gondatlan magatartás az alkohol vagy kábító illetőleg bódítószer hatása alatti állapot, illetve ha a baleset a jogosítvány nélküli vagy ittas (0 ezreléket meghaladó véralkoholszint) szárazföldi, légi vagy vízi járművezetés közben következett be.

165. A biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a szerződő fél, illetve a biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését a 178. pontban megállapított határidőben 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.

A várakozási idő és a díjvisszatérítés

166. Ha az életbiztosítási fedezet létrejötté vagy az életbiztosítási fedezet biztosítási összegének emelése esetén a biztosító a kockázatot orvosi vizsgálat nélkül vállalja, a biztosító várakozási időt köt ki. A várakozási idő a biztosítási fedezetre vonatkozó kockázatviselés kezdetét vagy a fedezetre vonatkozó biztosítási összeg emelésének hatálybalépését követő 6 hónap.

167. Amennyiben a biztosított halála a várakozási idő alatt következik be, akkor

- az életbiztosítási fedezet létrejöttét követően a biztosító az életbiztosítási fedezetre vonatkozó biztosítási összeg kifizetése helyett az adott biztosítottól szóló életbiztosítási fedezetre addig befizetett biztosítási díjat téríti vissza a szerződőnek vagy örökösének, és ezzel az életbiztosítási fedezet megszűnik,
- az életbiztosítási fedezetre vonatkozó biztosítási összeg emelését követően a biztosító az emelt biztosítási összeg kifizetése helyett az emelést megelőző biztosítási összeget fizeti ki, valamint az emelést követő és az azt megelőző biztosítási összeg különbözetére, az adott biztosítottól addig befizetett biztosítási díjat téríti vissza a szerződőnek vagy örökösének, és ezzel az életbiztosítási fedezet megszűnik.

Az orvosi vizsgálathoz kötött életbiztosítási fedezetre a hathónapos várakozási idő nem vonatkozik, létrejöttére és hatálybalépésére az általános rendelkezések az irányadók.

168. Egészségbiztosítási fedezet létrejötté vagy az egészségbiztosítási fedezet biztosítási összegének emelése esetén – függetlenül attól, hogy a biztosítási fedezet orvosi vizsgálatlaltal vagy anélkül jött létre – a biztosító várakozási időt köt ki ápolási szolgáltatásra irányuló biztosítás esetén, illetve akkor, ha a biztosítandó személy valamely tartós betegsége a szerződéskötéskor mindkét fél által ismert volt, az említett betegségekre vonatkozóan. A várakozási időbe beszámít az az időtartam, amelynek során a biztosított az egészségbiztosítás megkötését megelőzően -

legfeljebb hatvan napon belül - megszűnt korábbi egészségbiztosítási szerződés alapján folyamatosan jogosult volt egészségbiztosítási szolgáltatásra. A várakozási idő az adott egészségbiztosítási fedezetre vonatkozó kockázatviselés kezdetét vagy az egészségbiztosítási fedezetre vonatkozó biztosítási összeg emelésének hatályát követő 3 év.

Ha a biztosítási esemény a várakozási időn belül következik be, és ezzel az egészségbiztosítási fedezet nem szűnik meg, a biztosító

- az egészségbiztosítási fedezet létrejöttét követően nem teljesít szolgáltatást,
- az egészségbiztosítási fedezetre vonatkozó biztosítási összeg emelését követően az emelést megelőző biztosítási összeget fizeti ki.

Ha a biztosítási esemény a várakozási időn belül következik be, és a biztosítási esemény bekövetkeztével a biztosítási fedezet megszűnik, akkor

- az egészségbiztosítási fedezet létrejöttét követően a biztosító az egészségbiztosítási fedezetre vonatkozó biztosítási összeg kifizetése helyett az adott biztosítottra szóló egészségbiztosítási fedezetre addig befizetett biztosítási díjat téríti vissza a szerződőnek,
- az egészségbiztosítási fedezetre vonatkozó biztosítási összeg emelését követően a biztosító az emelt biztosítási összeg kifizetése helyett az emelést megelőző biztosítási összeget fizeti ki, valamint az emelést követő és az azt megelőző biztosítási összeg különbözetére, az adott biztosítottra addig befizetett biztosítási díjat téríti vissza a szerződőnek.

169. Élet- és egészségbiztosítási fedezetek esetén a balesetből eredő biztosítási eseményekre a várakozási idő nem vonatkozik, kivéve a betegséggel okozati összefüggésben bekövetkező balesetből eredő biztosítási eseményeket.

170. A biztosítási tartam alatt a szerződéshez – utólag – megkötött kiegészítő biztosítások esetében 6 hónapos (180 nap) várakozási idő áll fenn az adott kiegészítő biztosítás hatálybalépésétől kezdődően.

A túlfizetés visszatérítése, illetve a díjhátralék levonása

171. Ha a szerződés megszűnik, a biztosító visszafizeti a szerződőnek azt a biztosítási díjat, amelyet a szerződő a szerződés megszűnése utáni időszak kockázatviselésére, a biztosítási fedezetre előre megfizetett (túlfizetés visszatérítése).

172. A biztosító szolgáltatás, illetve a megtakarítási fedezet visszavásárlása esetén a kifizetendő összegből jogosult levonni az esedékessé vált és a szerződő által be nem fizetett biztosítási díjat (díjhátralék). A biztosító több kedvezményezett esetén a kifizetett biztosítási szolgáltatásokból arányosan vonja le a díjhátralékot.

X. A SZERZŐDŐ FELEK KÖTELEZETTSÉGEI A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY BEKÖVETKEZTE UTÁN

173. A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 15 napon belül be kell jelenteni a biztosítónak, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, csatolni kell a biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez szükséges iratokat, valamint lehetővé kell tenni a bejelentés és felvilágosítások tartalmának ellenőrzését. Ennek elmulasztása esetén, ha emiatt lényeges körülmények válnak kideríthetetlenné, a biztosító megtagadhatja a biztosítási szolgáltatás kifizetését.

Az iratokat, igazolásokat – amennyiben azok nem magyar nyelven állnak rendelkezésre – hiteles magyar nyelvű fordítással együtt kell benyújtani. A szükséges iratok, igazolások, illetve azok beszerzésének költségeit annak kell viselnie, akinek érdekében áll azok elfogadása.

174. A szolgáltatási igény esedékességének időpontja a biztosítási esemény bekövetkezésének napja.

175. Biztosítási esemény bekövetkezése esetén szolgáltatási előleg kifizetésére nincs lehetőség.

176. A biztosítási esemény igazolásához, valamint a biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez az alábbi iratok bemutatása szükséges:

- Hiánytalanul kitöltött, igénybejelentő által aláírt, a biztosítási esemény leírását is tartalmazó szolgáltatási igénybejelentő formanyomtatvány,
- hivatalos bizonyítvány a Biztosított születésének napjáról (személyi igazolvány vagy születési anyakönyvi kivonat), külföldi állampolgár esetén az útlevél másolata
- a biztosítási esemény igazolásához kapcsolódó kezelőorvos által lepecsételt, aláírt orvosi iratok (Zárójelentések, Ambuláns lapok, Leletek, Képpalkotó vizsgálatok felvételei, Szövetetani vizsgálat eredménye, Diagnosztikus célú vizsgálatok eredménye) másolata vagy eredeti példánya (életbenléti szolgáltatások esetében eredeti orvosi dokumentumok benyújtása szükséges),
- házi orvosi betegkarton másolata, a biztosítási eseményt megelőző 5 év orvosi dokumentációja
- halál esetén a halotti anyakönyvi kivonat és a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány, boncjegyzőkönyv másolata, halottvizsgálati bizonyítvány teljes terjedelmű jól olvasható másolata,
- baleseti eredetű egészségkárosodás és/vagy halál esetén a baleset körülményeit, mechanizmusát, pontos időpontját leíró orvosi dokumentum, valamint a baleset kapcsán elszenvedett sérülésekkel okozati összefüggésben elvégzett valamennyi egészségügyi ellátásról szóló dokumentum (Ambuláns lapok, Zárójelentések, Röntgen – és egyéb képpalkotó eljárással készült felvételek, Leletek, Boncolási jegyzőkönyv), hatósági eljárás esetén rendőrségi Határozat, Igazságügyi Orvosszakértői boncolás jegyzőkönyve.

- g. közlekedési baleset esetén, amennyiben a biztosított vezette a járművet, az érvényes jogosítvány másolata, valamint a gépjármű forgalmi engedélyének másolata, ,
 - h. Munkahelyi baleset esetén a Munkahelyi baleseti jegyzőkönyv
 - i. keresőképtelenség esetén a keresőképtelenséget alátámasztó orvosi iratok (Táppénzes vagy OEP Igazolás, Szakorvos által kiadott szakvélemény)
 - j. Maradandó Egészségkárosodás megállapítása esetén az arra jogosult hatóság (Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal) szakvéleménye
 - k. ha az örökös a haláleseti kedvezményezett, az öröklésről szóló jogerős közjegyzői végzés (Hagyatékátadó végzés) vagy bírósági határozat, illetőleg öröklési bizonyítvány,
 - l. amennyiben a biztosítási esemény külföldön következett be, a benyújtandó orvosi-és egyéb dokumentumok hitelesített magyar nyelvű fordítása,
 - m. a szolgáltatás igénybevételére jogosult személyazonosságát igazoló okirat,
 - n. biztosítotti jogviszonyt igazoló dokumentum
 - o. a szolgáltatás igénybevételére jogosult természetes személyszerződő adóazonosító jele (ha azt korábban nem adta meg a biztosítónak),
 - p. a Különös Szerződési Feltételekben előírt iratok.
177. A biztosító jogosult ellenőrizni a biztosítási esemény bekövetkezte kapcsán a benyújtott orvosi dokumentumok tartalmát, valamint felülvizsgálni a biztosított egészségi állapotát, az orvosi eljárás szükségességét és a gyógytartamot. Egyedi esetekben a biztosító független orvosszakértőt is felkérhet véleményadásra. A biztosított vállalja, hogy aláveti magát a biztosító orvosa által végzett vizsgálatnak. A hiteles orvosi dokumentumokat a Biztosító orvosszakértője bírálja el.
178. Minden olyan adatszerzés költsége, amely a biztosítási esemény tisztázásához elengedhetetlenül szükséges, azt a felet terheli, aki érdekeit érvényesíteni kívánja.
179. Az adott időpontban bekövetkező biztosítási esemény idején a munkáltató által leigazolt munkaviszony tényét a Biztosító bármikor vizsgálhatja oly módon, hogy a munkáltató betekintést enged a mindenkor munkügyi nyilvántartásába.
180. A biztosító a szolgáltatást a 176. pontban felsorolt okmányok kézhezvételének napjától számított 30 napon belül fizeti ki az arra jogosultnak. A biztosítási szolgáltatás teljesítésének minősül a postai feladás, a banki átutalás, a biztosítottnak, illetve a szolgáltatás jogosultjának kérése esetén a biztosítónál érvényben lévő más biztosítási szerződés díjára való elszámolás, valamint ugyanazon szerződés díjhátralékának kiegyenlítése is.
 A biztosító banki átutalás formájában, pénzforgalmi bankszámlára teljesíti szolgáltatási kötelezettségét. Nem magyarországi bankszámlára történő utalási igény esetén, a Magyarországon belüli utalás aktuális díját meghaladó transzferdíj levonásra kerül a szolgáltatás összegéből. Postai feladás esetében a Magyarországon belüli utalás költségét meghaladó költség levonásra kerül a szolgáltatás összegéből.
A szolgáltatás teljesítése a kiutaláskor, feladáskor Magyarországon hatályos hivatalos fizetőeszközben történik, kivéve, ha a Különös Szerződési Feltételek ettől eltérően nem rendelkeznek.

XI. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

181. A szerződő és a biztosított köteles a biztosítónak 15 napon belül bejelenteni lakcímének, levelezési címének, székhelyének, valamint a szerződésen nyilvántartott kifizetési bankszámlaszámának a szerződés tartama alatt bekövetkezett változását. Amennyiben a szerződő ideiglenesen vagy véglegesen külföldre távozik, illetve települ, a biztosító számára magyarországi kézbesítési megbízottat kell megneveznie. A biztosító az általa ismert utolsó lakcímre, levelezési címre, székhelyre mindaddig joghatályosan küldhet nyilatkozatot, illetve a megadott bankszámlaszámra mindaddig joghatályosan teljesíthet kifizetést, amíg a lakcímre, levelezési címre, székhelyre vagy a bankszámlaszámra vonatkozó változásbejelentés nem érkezett be a biztosítóhoz.
182. A biztosítóhoz intézett nyilatkozat a biztosítóval szemben akkor hatályos, ha azt írásban tették, és az a biztosító központi szervezeti egységének a tudomására jut. A biztosítóval szemben alkalmazott határidők kizárólag hatályos jognyilatkozatok alapján számíthatók.
183. Már létrejött szerződés esetében az írásbeli jognyilatkozatok akkor hatályosak a biztosítóval szemben, ha az érintett szerződés és a jognyilatkozat tartalma, a jognyilatkozatot tevő személye egyértelműen beazonosítható, valamint, ha a jognyilatkozatot tevő személy az adott szerződés keretében ilyen nyilatkozatra jogosult.
184. Ajánlattételnek nem tekinthető az a nyilatkozat, amikor a biztosítási szándékot nem a biztosító erre a célra készült ajánlati formanyomtatványán írják alá, mivel a biztosításra vonatkozó lényeges adatok így nem kerülnek közlésre, kivéve, ha a felek másban állapodtak meg.
185. A szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozat abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor azt a posta az érdekeltnak ajánlott levélben kézbesítette, illetve – személyesen átadott nyilatkozat esetén – az átvételét az érdekelte írásban elismerte, illetőleg akkor is, ha a fenti esetekben az átvételt a címzett megtagadta.
186. Mindazon szolgáltatásokért, amelyek a jelen Általános Szerződési Feltételekben nem szerepelnek, a biztosító jogosult külön költséget felszámítani.

187. A jelen Általános Szerződési Feltételek szerint létrejött biztosítási szerződésből eredő igények az esedékességüktől számított egy év elteltével elévülnek.
188. A Biztosítási összeget a Biztosító az elévülési időn belül kamatmentesen kezeli, ha a kifizetés elmaradása a jogosult késedelmes igényérvényesítésére vezethető vissza. Az elévülési idő (25. fejezet) leteltével, a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége megszűnik.
189. A biztosítással összefüggő iratokat, valamint a biztosító által végeztetett orvosi vizsgálatok leleteit a biztosító jogosult. a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt megőrizni, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.
A biztosítási kötvény elvesztése, megsemmisülése, vagy olyan sérülése esetén, mely annak jogszerű felhasználását megakadályozza, a biztosító a szerződő kérésére a hatályos, eredetivel megegyező tartalmú új kötvényt állít ki. Az új kötvény előállításának és kiküldésének költségei a szerződőt terhelik, melynek árát a pótkötvény kiküldését megelőzően, a biztosító számlájára történő befizetéssel kell kiegyenlíteni.
190. A felek azonos biztosítási érdekre és azonos biztosítási kockázatokra több biztosítást is érvényesen köthetnek, és halmozhatják a biztosítói szolgáltatásokat.

Az ügyfelek személyes adatainak kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók

191. Az adatkezeléssel kapcsolatos rendelkezések
Személyes adat: az érintettel kapcsolatba hozható adat – különösen az érintett neve, azonosító jele, valamint egy vagy több fizikai, fiziológiai, mentális, gazdasági, kulturális vagy szociális azonosságára jellemző ismeret –, valamint az adatból levonható, az érintettre vonatkozó következtetés.
Érintett: bármely meghatározott személyes adat alapján azonosított vagy – közvetlenül vagy közvetve – azonosítható természetes személy.
Különleges adat:
a) a faji eredetre, a nemzeti és etnikai kisebbséghez tartozásra, a politikai véleményre vagy pártállásra, a vallásos vagy más világnézeti meggyőződésre, az érdekképviselési szervezeti tagságra, a szexuális életre vonatkozó személyes adat,
b) az egészségi állapotra, a kóros szenvedélyre vonatkozó személyes adat, valamint a bűnügyi személyes adat.

A biztosító az ügyfelek adatait az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény rendelkezései alapján kezeli, és ez alapján végeztet más szolgáltatókkal adatfeldolgozást.

A biztosító személyes adatokat a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggésben kezel. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet. E céltól eltérő célból végzett adatkezelést a biztosító vagy viszontbiztosító, a biztosításközvetítő csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny. Az adatszolgáltatás önkéntes. Az adatkezelés céljával összefüggésben a biztosító tudomására jutott adatokat a biztosító a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (továbbiakban „Bit.”) értelmében az ügyfél hozzájárulása nélkül kezelheti. E törvényi felhatalmazás kizárólag azon személyes adatokra vonatkozik, amelyek nem minősülnek különleges adatoknak.

Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvényben meghatározott egészségügyi 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 írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

A biztosító ügyfele saját személyes, nyilvántartott, illetve továbbított adatairól a törvényekben rögzített korlátozásokkal jogosult tájékoztatást kapni, kérésére adatait a biztosító nyilvántartásában módosítja.

A biztosító, a viszontbiztosító és biztosításközvetítő a személyes adatokat a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, viszontbiztosítási megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító, a viszontbiztosító és biztosításközvetítő 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 nincsen törvényes jogalap. Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat a biztosító az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, az ügyfél egészségi állapotával összefüggő, vagy az Infotv. szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén 20 év elteltével köteles törölni.

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

Az ügyfél jogellenes adatkezelés esetén élhet tiltakozási jogával, illetve bírósághoz is fordulhat.

A biztosító, mint adatkezelő köteles a bejelentést a törvény előírása szerint kivizsgálni és az ügyfelet írásban tájékoztatni.

A fentiekben megjelöltektől eltérő célból végzett adatkezelést a biztosító vagy viszontbiztosító, és a biztosításközvetítő csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

A biztosító, mint adatkezelő az adatok feldolgozásával a Tata Consultancy Services Limited Magyarországi Fióktelepét (székhely: 1117 Budapest, Irinyi József u. 4-20. B épület; adószám: 21981128-2-43; cégjegyzék szám: 01-17-000295), az EPDB Nyomtatási Központ Zrt.-t (székhely: 1117 Budapest Budafoki út 107-109.; adószám: 24924243-2-43; cégjegyzék szám: 01-10-048079) és a Milpress Kft.-t (székhely: 1117 Budapest, Budafoki út 187-189.; adószám: 13657152-2-43; cégjegyzék szám: 01-09-866515) bízta meg, amely szervezet az adatokat nyilvántartja. A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez posta útján történő utalás vagy banki utalás esetén a Magyar Posta Zrt. és a jogosult által megnevezett bank adatfeldolgozóinak minősül. A kiszervezett tevékenységet végzők a biztosító adatfeldolgozóinak minősülnek. Ezen cégek listáját a biztosító a webhelyén teszi közzé.

192. A biztosítási titokkal kapcsolatos rendelkezések

Biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosító vagy viszontbiztosító, a biztosításközvetítő tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

A biztosításközvetítő 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 az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet.

Az fenti céltól eltérő célból végzett adatkezelést a biztosításközvetítő csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet.

A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

A biztosító vagy viszontbiztosító, saját, illetve megbízottja tevékenysége során tudomására jutott, biztosítási titoknak minősülő adatokat a Bit.-ben meghatározott eseteket kivéve, csak akkor hozhatja harmadik személy tudomására, ha a titoktartási kötelezettsége alól az érintett ügyféltől vagy annak törvényes képviselőjétől a kiszolgáltatható titokkört megjelölve írásban felmentést kapott, továbbá a biztosító vagy a viszontbiztosító által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója ezt a tanúsítási eljárás lefolytatása keretében ismeri meg.

Nem sért biztosítási titokra vonatkozó szabályt a biztosító, amennyiben jogszabály alapján történő megkeresés vagy kötelező adatszolgáltatás teljesítése során biztosítási titoknak minősülő adatokat bocsát az alábbi szervek rendelkezésére:

- a) a feladatkörében eljáró felügyelet,
- b) a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel,
- c) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási határozatok bírósági felülvizsgálata során eljáró bíróság, a bíróság által kirendelt szakértő, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a csődeljárásban eljáró vagyonfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyonfelügyelővel, rendkívüli vagyonfelügyelővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelező, Családi Csődvédelmi Szolgálat, családi vagyonfelügyelő, bíróság,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző, továbbá az általa kirendelt szakértő,
- e) az adóhatóságban az esetben, ha adóügyben az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli,

- f) feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálat,
- g) feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatal,
- h) feladatkörében eljáró gyámhatóság,
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi államigazgatási szerv,
- j) törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szerv,
- k) a viszontbiztosító, a csoport másik vállalkozása, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítók,
- l) törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető kötvénnyilvántartó szerv, a kártörténeti nyilvántartást vezető kárnyilvántartó szerv, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárművekkel kapcsolatos közúti közlekedési igazgatási feladatokkal összefüggő hatósági ügyekben a közlekedési igazgatási hatóság, valamint a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala,
- m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő biztosító,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, és az ezen adatok egymásközi átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát, illetve Kártalanítási Alapot kezelő szervezet, a Nemzeti Iroda, a levelező, az Információs Központ, a Kártalanítási Szervezet, a kárrendezési megbízott és kárképviselő, továbbá – a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján – a károkozó,
- o) kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végző, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgáló,
- p) fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosító, biztosításközvetítő,
- q) feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosa,
- r) feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság,
- s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásnak részletes szabályairól szóló miniszteri rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és a bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosító,
- t) a mezőgazdasági biztosítási szerződés díjához nyújtott támogatást igénybe vevő biztosítottak esetében az agrárkár-megállapító szerv, a mezőgazdasági igazgatási szerv, az agrárkár-enyhítési szerv, valamint az agrárpolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium irányítása alatt álló, gazdasági elemzésekkel foglalkozó intézménnyel,
- u) a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal,

ha az a)-j), n), s), t) és u) pontban megjelölt szerv vagy személy 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 biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a Hpt.-ben 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 és az adatkérés célját.

A biztosító vagy a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő a nyomozó hatóság, a nemzetbiztonsági szolgálat, az ügyészség, továbbá az ügyész jóváhagyásával a nyomozó hatóság írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul 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 kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
- b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

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

Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét az összevont alapú felügyelet 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) a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.
- b) a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító és viszontbiztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben, ha a biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy ha – az adatalany hozzájárulásának hiányában – az adattovábbításnak törvényben meghatározott adatköre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban a személyes adatok védelmének megfelelő szintje az Info tv. 8. § (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.

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

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét:

- a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- b) 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,
- c) a jogalkotás megalapozása és hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
- d) a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

Az a)-d) pontokban meghatározott adatok átadását a biztosító és a viszontbiztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

A biztosító egyes biztosítási szolgáltatások teljesítése során igénybe vesz külső közreműködőket olyan esetekben, amikor a szolgáltatás nyújtásához a megbízott speciális szakértelmére van szükség. A kiszervezett tevékenységet végző megbízott személyes adatokat kezel és a törvény alapján titoktartásra kötelezett.

Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti 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 közgazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (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.

A biztosító (a Bit. 149. §-nak alkalmazásában: megkereső biztosító) – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz (a Bit. 149. §-nak alkalmazásában: megkeresett biztosító) az e

biztosító által – a Bit. 135. § (1) bekezdésében meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével – kezelt és a Bit. 149. § (3)–(6) bekezdésben meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, ha a megkereső biztosító erre vonatkozó jogosultsága a biztosítási szerződésben rögzítésre került. A megkeresés során a biztosító a Bit.-nek az alábbi, 149 - 151. § rendelkezéseit köteles betartani.

Egyéb tudnivalók

Panaszbejelentés

Jelen szerződési feltételekkel kapcsolatban felmerülő panasz esetén az ügyfél elsőfokon a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Ügyfélszolgálati Irodájához (1033 Budapest, Flórián tér 1., telefon: +36-1-5-100-200, e-mail: ugyfelszolgalat@cig.eu) fordulhat. A biztosító felett a szakmai felügyeletet a Magyar Nemzeti Bank (1013 Budapest, Krisztina krt. 39., illetve 1534 Budapest BKKP Postafiók 777.) gyakorolja.

A panasz elutasítása, vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén az ügyfél az alábbi testületekhez, illetve hatóságokhoz fordulhat:

- Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központja (székhelye: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., honlapja: <http://www.mnb.hu/fogyasztovedelem>, levelezési címe: 1534 Budapest BKKP Postafiók: 777., telefon: 06-80-203-776, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnb.hu);
- Pénzügyi Békéltető Testület (a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén, székhelye: 1054 Budapest, Szabadság tér 9., honlapja: <http://www.mnb.hu/bekeltetes>, levelezési címe: H-1525 Budapest BKKP Pf.: 172., telefon: 06-80-203-776, e-mail: pbt@mnb.hu);
- a szerződési feltételekben megjelölt bíróság.

A jelen feltételekkel meghatározott biztosításokból származó valamennyi per elbírálására a Pp. 30. § (1) bekezdése alapján az általános illetékességgel rendelkező bíróságok járnak el.

A szerződésre vonatkozó jog

A biztosítási szerződésre a magyar jog alkalmazandó, a szerződésből származó jogok gyakorlása és kötelezettségek teljesítése, valamint igények érvényesítése során a magyar anyagi és eljárásjog szabályai szerint kell eljárni. A szerződés nyelve magyar, bármely más, annak akár hivatalos fordítása is, kizárólag tájékoztatónak minősül.

A szerződésre vonatkozó adó-jogszabályok, Adózási tájékoztató

A mindenkor hatályos személyi jövedelemadóról szóló törvény, valamint a mindenkor hatályos társasági és osztalékadóról szóló törvény, ha a hatálya alá tartozó vállalkozás, jogi személy vagy, polgári jogi jogalanyisággal rendelkező egyéb szervezet köti meg a biztosítást. A biztosítási szerződésre vonatkozó legfontosabb adózási szabályokat a biztosító a jelen szabályzattal valamint az ajánlati csomaggal együtt átadott Adózási tájékoztatóban részletezi, mely az ÁSZF, és így a biztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezi.

A biztosító főbb adatai

CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.
Székhely: 1033 Budapest, Flórián tér 1.
A Biztosító központi egységének levelezési címe:
1300 Budapest, Pf. 177.
Központi telefonszáma: + 36 (1) 510-0200
Központi fax száma: + 36 (1) 247-2021
E-mail címe: info@cigpannonia.hu
Weblap címe: www.cigpannonia.hu
Cégjegyzékszám: Cg. 01-10-045857
Székhely állama: Magyarország

Az ügyfelek tájékoztatásáról

A jelen Általános Szerződési Feltételek egyben a Bit. szerinti terméktájékoztatónak minősül. A terméktájékoztató anyaga dőlt betűs kiemelés formájában olvasható. Az egyéb fontos információkra utaló szavak, mondatrészek aláhúzással megerősítve olvashatóak.