

Az AXA megoldásai a pénzügyi biztonságért

Mindannyiunk igénye az, hogy életünk biztos alapokra épüljön és magabiztosan készülhessünk a jövőre.

A mi feladatunk, hogy ehhez olyan biztosítási, nyugdíj-előtakarékossági, egészségbiztosítási illetve befektetési megoldásokat javasoljunk, amelyek megfelelnek ügyfeleink különböző életszakaszaiban jelentkező igényeinek.

Célunk, hogy tevékenységünket az egész világon felelősséggel, a legnagyobb hozzáértéssel, következetes értékrend szerint végezzük, valamint hogy kapcsolatunk ügyfeleinkkel és partnereinkkel a kölcsönös bizalomra épüljön. Elkötelezettséget érzünk

Ügyfeleink iránt

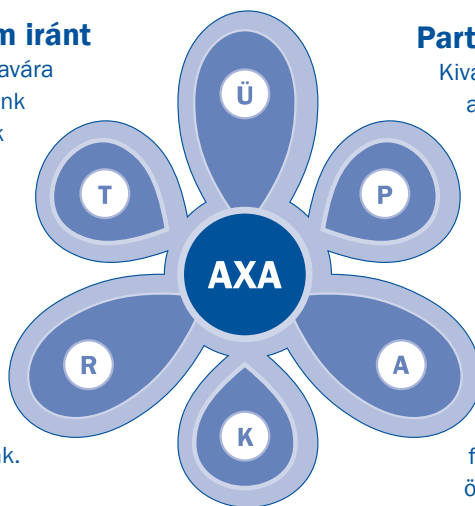
Ügyfeleinknek következetesen hatékony szolgáltatásokat és testre szabott megoldásokat kínálunk, ugyanakkor messzemenően betartjuk a szakma legszigorúbb etikai szabályait.

A társadalom iránt

Szakmai tudásunkat a társadalom javára fordítva, annak felelős tagjaként kívánunk működni, újító szellemben végezzük tevékenységünket és támogatjuk az emberbaráti kezdeményezéseket.

Részvényeseink iránt

Működési eredményünket illetően elmondhatjuk, hogy a legjobbak közé tartozunk és tevékenységünkkel tartós értékeket teremtünk.



Partnereink iránt

Kiváló kapcsolatot ápolunk partnereinkkel, annak érdekében, hogy ügyfeleink számára a lehető legmagasabb színvonalú szolgáltatást nyújthassuk.

Alkalmazottaink iránt

Munkatársaink számára teljesítmény- és emberközpontú munkakörnyezetet alakítunk ki, így biztosítjuk szakmai kiteljesedésüket és a motivációt, miközben folyamatos szakmai továbbfejlődésre ösztönözzük őket.

A környezet iránt

Környezeti kockázatkezelő lehetőségeinket latba vetve és a környezetbarát munkahelyi megoldásokat támogatva hozzájárulunk a környezetvédelem célkitűzéseinek megvalósításához.

Ügyféltájékoztató – Általános információk

Megtiszteltetésnek tekintjük, hogy társaságunkat tüntette ki bizalmával. Céljaink között szerepel, hogy Ügyfeinket és leendő Partnereinket pontosan és részletesen tájékoztassuk, ezért szeretnénk szerződésével kapcsolatosan néhány alapvető információt röviden összefoglalni. Kérjük, alaposan olvassa el az Ügyféltájékoztatót, továbbá az általános és különös szerződési feltételeket, majd ezek ismeretét erősítse meg az ajánlat aláírásával.

A biztosítási időszak

Élet-, egészség- vagy balesetbiztosítás határozott vagy határozatlan tartamra köthető.

A kockázatviselés kezdete

A biztosítás a kockázatvállalás kezdetének időpontjától, az ajánlat utólagos elfogadása esetén az ajánlat felvételét és az első díj beérkezését követő nap 0 órájától a szerződésben meghatározott tartam utolsó napjának 24 órájáig tart. Az ezzel kapcsolatos részleteket az Általános Feltételek tartalmazzák.

A biztosítási esemény

A biztosítási eseményeket és az azokhoz kapcsolódó szolgáltatásokat a termékek Különös Feltételei tartalmazzák.

A díjfizetés

A díjfizetés jellemzően átutalással történik, amely a díjfizetés tartama alatt megváltoztatható a Biztosítóhoz írásban benyújtott nyilatkozat alapján. A díjfizetés egyszeri, illetve havi, negyedéves, féléves vagy éves gyakoriságú. A díjfizetés gyakorisága a biztosítási évfordulón változtatható meg, a Biztosítóhoz előzetesen benyújtott írásbeli kérelem alapján.

A biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése után a Biztosító a káreseménnyel kapcsolatos összes vonatkozó iratot bekéri. A biztosítási szolgáltatást a Biztosító az általa igényelt utolsó irat beérkezését követő 15 napon belül átutalja az Ügyfél számlájára. A Biztosító pénzben, forintban szolgáltat.

A szerződés megszűnése

A biztosítási szerződés megszüntetési lehetőségével kapcsolatosan a jogi tudnivalókat az Általános és a vonatkozó Különös Feltételek tartalmazzák.

A biztosítás felmondása

A csoportos baleset- és egészségbiztosítási szerződést mindkét fél a biztosítási időszak végére, 30 nappal írásban felmondhatja. A csoportos életbiztosítási szerződést a Szerződő mondhatja fel a biztosítási évfordulót 30 nappal megelőzően. Felmondás esetén a Biztosító kockázatviselése a felmondás kézhezvételének napján megszűnik.

A Biztosító mentesülésének feltételei

A Biztosító mentesülése a teljesítés alól csak a káreseményt negatívan befolyásoló rendkívüli események bekövetkezése esetén lehetséges. Ezeket a Csoportos Élet-, Egészség- és Balesetbiztosítási Feltételek, valamint a termék Különös Feltételei tartalmazzák.

Alkalmazandó jog

A szerződés tekintetében a magyar jogrend az irányadó, az alkalmazási jog a magyar.

Vonatkozó adójogszabály

Az életbiztosítási szerződésre a Személyi jövedelemadóról szóló (1995. évi CXVII.) törvény vonatkozik. A termék nem rendelkezik visszavásárlási értékkel és nem vonatkozik rá a díjmentes leszállítási jog.

Biztosító elérhetősége

Amennyiben a Biztosítónk tevékenységével kapcsolatban kérdése, esetleg bármilyen panasza keletkezne, kérjük, hogy telefonon a 06 40 30 30 30-as AXAline vonalon vagy írásban jelezze címünkre: 1138 Budapest, Váci út 135–139.

Panaszkezelő szervek

Amennyiben a Biztosító által adott válasz az Ön panaszára vagy reklamációjára nem lenne kielégítő, kérjük forduljon a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletének Ügyfélkapcsolati, Nyilvántartási és Panaszügyintézési Igazgatóságához (központi cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., központi postacím: 1535 Budapest 114, Pf. 777), vagy a Fogyasztóvédelmi Főfelügyelethez (1088 Budapest, József krt. 6., tel.: 06 1 210 0373). Panaszokat a békéltető testületekhez is elő lehet terjeszteni, ám ezek ajánlása a Biztosító számára nem kötelező. Végső esetben lehetőség van bírói út igénybevételére is.

Biztosítási titok

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a Biztosító az Ügyfél írásbeli hozzájárulásával külföldi biztosítóhoz vagy külföldi adatfeldolgozó szervezethez továbbítja az adatokat, amennyiben a külföldi cég adatkezelése minden egyes adatra nézve teljesíti a magyar jogszabályokat, valamint a külföldi cég székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályokat kielégítő adatvédelmi jogszabállyal.

Adatvédelem

Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha a Biztosító Ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatandó biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad, vagy a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a feladatkörében eljáró Felügyelettel, a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel, büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, adóügyben, ha az adóhatóság felhívására a Biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkoztatási kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli, az adóhatósággal, a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal, a biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselővel, ezek érdekképviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítói, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal, a feladatkörében eljáró gyámhatósággal, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal, a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel, a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal, a Bit-ben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető Hivatallal, az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő Biztosítóval, a kiszervezett tevékenység végzéséhez szük-

séges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel szemben, ha a 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. A Biztosító a nyomozó hatóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet kábítószer-kereskedelemmel, terrorizmussal, illegális fegyverkereskedelemmel, vagy a pénzmosás bűncselekményével van összefüggésben. A Biztosító a nyomozó hatóságot a halaszthatatlan intézkedésjelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyési jóváhagyást nélkülöző megkeresésére is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott üggyel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben, ha a Biztosító Ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, és a harmadik országbeli adatkezelőnél a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli adatkezelő székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes Ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg, fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak, a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a Pénzügyminisztérium részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása. Biztosító jogutód nélküli megszűnése esetén a Biztosító által kezelt üzleti titkot tartalmazó irat levéltári kutatások céljára felhasználható. Nem lehet üzleti titokra vagy biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó, külön törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség esetén. Az üzleti titokra és a biztosítási titokra egyebekben a Ptk. 81. §-ában foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.

A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzése és megakadályozása

A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvényben foglaltak értelmében kötelező az ügyfél-átvilágítás a jogszabályban meghatározott esetekben, így különösen a szerződéses kapcsolat keletkezésénél és a szolgáltatás igénybevételekor, illetve a 3,6 millió forintot elérő vagy meghaladó összegű ügyleti megbízás esetén. Az Ügyfél az azonosítás során büntetőjogi felelőssége tudatában köteles valós adatokat szolgáltatni és a szerződéses kapcsolat fennállása alatt a megadott adatokban bekövetkezett változásokat köteles 5 munkanapon belül bejelenteni a Biztosítóknak.

A Biztosító jogutód nélküli megszűnése esetén a Biztosító által kezelt üzleti titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított 60 év múlva a levéltári kutatások céljára felhasználható. Nem lehet üzleti titokra vagy biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó, külön törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség esetén. Az üzleti titokra és a biztosítási titokra egyebekben a Ptk. 81. §-ában foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.

Ügyféltájékoztató – Biztosítási fogalomtár

Az életbiztosítási szerződés egy hosszú távú gondoskodási forma jogi keretek között történő egyértelmű rögzítése. Tájékoztatásul a biztosításokkal kapcsolatos leglényegesebb fogalmakat az alábbiakban foglaltuk össze..

Ki a Szerződő?

A biztosítási szerződés jogalanya, aki a Biztosítóval kötött szerződés alapján a Biztosító szolgáltatásainak ellenértékét (biztosítási díj) fizeti.

Ki a Biztosított?

Az a magánszemély, akinek az életével kapcsolatos eseményekre (biztosítási esemény) a biztosítási szerződés kiterjed, amelyek bekövetkeztekor a szerződés alapján a Biztosítót szolgáltatási kötelezettség terheli.

Ki lehet kedvezményezett?

Az a jogi vagy természetes személy, aki a biztosítási esemény bekövetkezésekor a Biztosító szolgáltatását igénybe veheti, akinek számlájára a biztosítási összeg kifizetése megtörténik. A kedvezményezettet a szerződés létrejöttekor kell megjelölni. A kedvezményezett személye később írásban módosítható.

Mit jelent a tartam kifejezés?

Az az időszak, mely során a biztosítási szerződés érvényben van. A tartam vége előre meghatározott dátumhoz vagy esemény bekövetkezéséhez kötött. A tartam során a Szerződőt díjfizetési kötelezettség terheli.

Mit jelent a közlési kötelezettség?

A biztosítási kockázat vállalása szempontjából lényeges körülmények ismertetése, illetve a közlés szükségessége. Ezeket a körülményeket és adatokat a Biztosítóval írásban kell közölni. Ilyenek pl. a Szerződő és a Biztosított címe, a személyi adatok és néhány egyéb körülmény vagy jellemző. Ezen adatok közlésének hiányában a Biztosító a kockázatot nem vállalhatja.

Mi minősül biztosítási eseménynek?

Az az esemény, melynek kapcsán, illetve következtében a Biztosítónak szolgáltatási kötelezettsége keletkezik. Ilyen lehet a Biztosított halála, megrokknása, vagy éppen a választott tartam életben való megérése.

Mi az az életbiztosítási ajánlat?

Az ajánlat az a dokumentum, amelyet az Ügyfél nyújt be a Biztosítónak. Ez rendszerint egy előrenyomott ajánlati űrlap, melyen a szerződés létrejöttéhez elengedhetetlenül szükséges adatokat közli az Ügyfél, s melyből egyértelműen kiderül, hogy milyen szolgáltatásokra tart igényt, s ezek milyen díjfizetés mellett realizálhatók.

Melyek az Általános és a Különös Feltételek?

Az Általános Személybiztosítási Feltételek az adott biztosítási ágazaton (élet-, baleset-, vagy egészség) belül valamennyi termékre egyaránt jellemző, míg a Különös Feltételek az egyes biztosítási termékekre egyénileg jellemző meghatározások és rendelkezések összessége.

Hogyan jelenik meg a biztosítási szerződés?

A biztosítási szerződés a biztosítási kötvényben ölt testet, mely az Általános és az adott termékekre jellemző Különös Feltételekkel együtt elválaszthatatlan egységet képez.

Mikor kell orvoshoz menni?

Abban az esetben, ha a Biztosító (a vállalt kockázat mértékétől függően) orvosi vizsgálatot ír elő, akkor a biztosítási szerződés létrejötte előtt orvosi vizsgálaton kell részt venni. Az orvosi vizsgálat költségeit a Biztosító viseli. Az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az Ügyfél az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.

Csoportos Élet-, Egészség- és Balesetbiztosítási Általános Feltételek

I. fejezet

Általános rendelkezések

- (1) Jelen Csoportos Élet-, Egészség- és Balesetbiztosítási Általános Feltételek (a továbbiakban Általános Feltételek) – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – az AXA Biztosító Zrt. (a továbbiakban Biztosító) csoportos élet-, egészség- és balesetbiztosítási szerződéseire (a továbbiakban csoportos biztosítási szerződés), illetve egyéb csoportos biztosításainak élet-, egészség- és balesetbiztosítást tartalmazó részeire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést ezen feltételekre való hivatkozással kötötték.
- (2) Jelen Általános Feltételekben, valamint a Különös Feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezései, valamint a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.
- (3) A Biztosító ezen biztosítást a Magyarországon működő minden olyan csoportnak ajánlja, amelyek munkaviszony, tagsági jogviszony vagy tartós megbízásos viszony keretében szerveződtek, vagy egyéb jól meghatározott csoportot alkotnak.
- (4) A csoportos szerződés megkötésének előfeltétele, hogy a Szerződő írásban ajánlatot tegyen a Biztosítónak.
- (5) A Biztosító az ajánlat elfogadása esetén a választott szolgáltatásokról kötvényt állít ki a Szerződőnek, amelynek tartalmáról a Szerződő a Biztosítottakat tájékoztatja.
- (6) Az ajánlat elutasítását a Biztosító nem köteles megindokolni.

II. fejezet

A biztosítási szerződés alanyai

- (1) A Biztosító az a jogi személy (AXA Biztosító Zrt., 1138 Budapest, Váci út 135–139.), amely a befizetett díj ellenében vállalja az élet-, egészség- vagy balesetbiztosítási kockázatot és a Különös Feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.
- (2) A Szerződő fél az a személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz és teljesíti a mindenkor esedékes díjak egy összegben történő átutalását.
- (3) Biztosítottak azok a természetes személyek, akik a Szerződővel az I. fejezet (3) pontja szerinti jogviszonyban állnak, őket a Szerződő fél különböző ismérvek alapján kijelöli, és akiknek a biztosítási tartamon belüli élet-, egészség- vagy balesetbiztosítási eseményeire a csoportos biztosítási szerződés létrejön, amennyiben a biztosítási szerződés fennállása alatt
 - Élet- és egészségbiztosítási termékeknél 20–62 év közöttiek,
 - Balesetbiztosítási termékeknél 65 évnél fiatalabbak.
- (4) A Szerződő a Biztosítottak köréről aktuális listát készít a biztosítás megkötésekor, amely tartalmazza a Biztosítottak azonosításához szükséges adatokat (név, nem, születési dátum), amelyet írásban és elektronikus adathordozón a Biztosító számára eljuttat. A Szerződő köteles az adatközlő adatait havi és negyedéves díjfizetés esetén negyedévente, féléves és éves díjfizetés esetén a fizetési gyakorisággal megegyezően, a díjfizetés esedékessége előtt 20 nappal frissíteni, vállalva a XVI. fejezet (7), (8), (9) pontjában leírtakat. Az adatközlő kézhezvétele közötti időszakban a munkáltató által kiállított igazolás alapján történik a szolgáltatás.
- (5) A Biztosítottak köre nem lehet kisebb a szerződővel munkaviszonyban, tagsági vagy megbízásos jogviszonyban lévők létszámának a Biztosító által meghatározott százalékánál.
- (6) Nem terjed ki a biztosítás a szerződőnél idénymunkásként vagy alkalmi munkásként és az 1 évnél rövidebb határidővel megbízásos jogviszonyban foglalkoztatottakra, valamint a szünidőben ideiglenesen foglalkoztatott diákokra.
- (7) Kedvezményezett az a személy, aki a biztosítási szolgáltatásra jogosult.

- (8) A kedvezményezett jelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal.
- (9) A csoportos biztosítási szerződés kedvezményezettje lehet
- a Biztosított,
 - a Szerződő,
 - a szerződésben megnevezett más személy(ek).
- A Biztosított életében esedékes szolgáltatások kedvezményezettje a Biztosított, ha a szerződésben más kedvezményezettet nem neveztek meg. 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.
- (10) A kedvezményezett jelölése a Szerződő részéről történik. A Szerződő döntése alapján a kedvezményezettek kijelölése történhet a Biztosítottak részéről is.
- (11) Amennyiben a Szerződő kedvezményezettként a Biztosítottól, vagy a Biztosított örökösétől eltérő személyt jelöl meg, a kedvezményezett jelölése csak abban az esetben érvényes, ha a Biztosított ahhoz a kedvezményezett jelölésével egyidejűleg írásban hozzájárul. A Biztosított hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek a Biztosított személyétől eltérő kedvezményezett kijelölését tartalmazó része semmis. Ilyen esetben kedvezményezettnek a Biztosítottat, illetőleg örökösét kell tekinteni, aki azonban az ennek folytán neki járó biztosítási összegből a Szerződő fél költségeit – beleértve a kifizetett biztosítási díjakat – köteles megtéríteni.
- (12) A Biztosítottak a csoportos biztosítási szerződés megkötésekor írásban nyilatkoznak arról, hogy
- elfogadják-e a javukra szóló biztosítás megkötését,
 - ha a kedvezményezettet a Szerződő jelöli meg, akkor annak személyéhez hozzájárulnak-e, továbbá nyilatkoznak az egészségi állapotukról a Biztosító által feltett kérdések alapján. Azok a személyek, akik elutasítják a javukra szóló biztosítás megkötését, a biztosítás tartama alatt nem biztosíthatóak. Azok a személyek, akik nem járulnak hozzá a Szerződő által megjelölt kedvezményezett jelöléséhez, a Szerződő a Biztosítóval írásban közölt döntése alapján válhatnak csak biztosítottá.
- (13) A Szerződő fél az eredetileg kijelölt kedvezményezett helyett, a Biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával bármikor más kedvezményezettet nevezhet meg a Biztosított(ak) írásbeli beleegyezésével.

III. fejezet

A szerződés létrejötte

- (1) A szerződés a Szerződő és a Biztosító megállapodása alapján jön létre, amelyet a Szerződő a Biztosítóhoz benyújtott ajánlattal kezdeményez.
- (2) A biztosítotti nyilatkozat az a dokumentum, amely tartalmazza a Biztosítottnak a szerződés megkötésére vonatkozó hozzájáruló nyilatkozatát; a hatóságokra, intézményekre vonatkozó titoktartási kötelezettség alóli felmentést, valamint a Biztosítottnak a kedvezményezett megjelölésére vonatkozó hozzájárulását.
A biztosítotti nyilatkozat a szerződés elválaszthatatlan részét képezi.
- (3) A Biztosító az ajánlat elfogadása előtt kockázatelbírást végezhet, amelyhez a Biztosított egészségi nyilatkozatát vagy orvosi vizsgálatát, illetve egyéb írásos nyilatkozatait is kérheti. A Biztosító jogosult az így tudomására jutott adatokat ellenőrizni.
- (4) A Biztosítottnak a nyilatkozatokat a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell kitöltenie. A Biztosító által feltett kérdéseket tartalmazó nyilatkozatok az ajánlat részét képezik.
- (5) A kockázatelbírálás eredményétől függően a Biztosító az ajánlatot elfogadja, elutasítja, vagy az ajánlatra módosító javaslatot tesz. Az ajánlat esetleges elutasítását, illetve a módosító javaslatot a Biztosító nem köteles megindokolni.
- (6) A Szerződő a módosító javaslatot annak közlésétől számított 15 napon belül írásban elutasíthatja.
- (7) A szerződés létrejön, ha a Biztosító az ajánlatot elfogadja és kötvényt állít ki.
- (8) A szerződés akkor is létrejön, ha a Biztosító az ajánlatra az ajánlat átvételétől számított 15 napon belül nem nyilatkozik.

IV. fejezet

A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete

- (1) A Biztosító kockázatviselése az ajánlat aláírását követő nap 0. órájakor kezdődik visszamenőleges hatállyal, feltéve, hogy a biztosítási díj az ajánlat aláírását követő 15 napon belül a Biztosító számlájára beérkezik, a biztosított személyek kijelölésre kerültek és a Biztosítottak adatait tartalmazó lista (II. fejezet), valamint a biztosítotti nyilatkozatok a Biztosító számára átadásra kerültek, továbbá a nyilatkozatok és az ajánlat a kockázatbírálási szabályoknak megfelelnek. Ellenkező esetben a kockázatviselés valamennyi iratnak és a biztosítási díjnak a Biztosítóhoz történő beérkezését követő nap 0. órájakor kezdődik. A Szerződő felek a fentiekől eltérő megállapodást is köthetnek a kockázatviselésre vonatkozóan.
- (2) 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.
- (3) A Biztosító a szerződésben várakozási időt köthet ki [V. fejezet (1)]. A Biztosító kockázatviselése a várakozási idő alatt részleges, kizárólag a balesetekre, illetve a balesettel okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre terjed ki.
- (4) A Biztosító kockázatviselése az új Biztosított (XIII. fejezet) vonatkozásában annak belépése napjától kezdődik, figyelemmel a várakozási időre, feltéve, hogy az új Biztosított a belépése utáni legkorábbi adatközlőben lejelentésre kerül a Biztosító részére, valamint a rá vonatkozó biztosítási díjat megfizetik.
- (5) A Biztosító a XIII. fejezet (1) pontja szerint új belépők esetén csak akkor vállalja a kockázatot visszamenőlegesen, ha a Szerződő az általa képviselt csoportot teljes körűen biztosítja. Ettől eltérő esetben az új belépőkre a kockázatviselés a rájuk vonatkozó többletdíj beérkezése után kezdődik.
- (6) A Biztosító kockázatviselése megszűnik a kilépő Biztosított (XIII. fejezet) vonatkozásában a biztosítotti minőséget megalapozó körülmény megszűnését követő hónap első napjának 0. órájától.
- (7) Az egyes Biztosítottak vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése megszűnik az alábbi esetekben is:
 - a) a Biztosított halála esetén
 - b) a közlésre, illetve változás bejelentésére vonatkozó kötelezettség megsértése esetén a XV. fejezet (3) pontja szerint
 - c) a Különös Feltételekben szabályozott egyéb esetekben.

V. fejezet

A várakozási idő

- (1) A várakozási idő alatt azt az időszakot kell érteni, amely az orvosi vizsgálat (VI. fejezet) nélkül kötött szerződések esetén a szerződés hatálybalépésétől a kockázatviselés megkezdődéséig tart.
A Biztosító a várakozási időt egyéb kikötés hiányában 6 hónapban állapítja meg. A várakozási idő alatt a Biztosító kockázatviselése nem vagy csak korlátozottan áll fenn.
- (2) A Biztosító előírhatja a Biztosítottak korának és a választott biztosítási összegnek függvényében az orvosi vizsgálat elvégzését. A Biztosító eltekint a várakozási időtől, ha a Biztosított az előírt orvosi vizsgálatot elvégezteti és a vizsgálatok eredményét a Biztosító rendelkezésére bocsátja.
- (3) A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, amennyiben a biztosítási esemény a várakozási időn belül következik be – kivéve a következő pontban foglalt eseteket. Ebben az esetben a Biztosító az adott személyre vonatkozó díjat a biztosítási esemény bejelentésétől számított 15 napon belül visszatéríti, és a díjvisszatérítéssel a biztosítás az adott Biztosított vonatkozásában megszűnik.
- (4) Nem vonatkozik a várakozási idő a biztosítási időtartam alatt bekövetkező balesetekre és azok következményeire.
- (5) A várakozási idő tartamának az Általános Feltételektől eltérő szabályozása a Különös Feltételekben található

VI. fejezet

Orvosi vizsgálat

- (1) A csoportos egészségbiztosítási szerződés megkötéséhez a Biztosító a Biztosítottak egészségi állapotától, a biztosítási összeg nagyságától, a biztosítási terméktől, valamint a Biztosítottak életkorától függően előírhatja orvosi vizsgálat lefolytatását. Amennyiben a Biztosító a szerződés megkötéséhez a Különös Feltételekben előírja az orvosi vizsgálat lefolytatását, annak költségeit a Biztosító viseli. Ha a Szerződő az orvosi vizsgálat elvégzése után eláll a biztosítási szerződés megkötésétől, a Biztosító az orvosi vizsgálat költségeit a Szerződőre terheli.
- (2) Az orvosi vizsgálat nélkül kötött egészségbiztosítás esetén is kötelesek a biztosítottak az egészségügyi nyilatkozat kitöltésére, ettől azonban a Biztosító eltekinthet. Orvosi vizsgálat nélkül a Biztosító várakozási időt írhat elő, amelynek nagyságát a Különös Feltételek szabályozzák.

VII. fejezet

Biztosítási esemény

- (1) Életbiztosítási esemény a szerződés szerint a Biztosított halála.
- (2) Balesetbiztosítási eseménynek számít a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított 1 éven belül
 - meghal,
 - tartós egészségkárosodást (rokkantságot) szenved,
 - kórházi ápolásra szorul,
 - műtéti beavatkozást végeznek rajta.
- (3) 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.
- (4) Jelen Általános Feltételek szempontjából munkahelyi baleset az a baleset, amely a Biztosítottat a foglalkozása körében végzett tevékenysége közben vagy azzal összefüggésben éri. Nem számít munkahelyi balesetnek az engedély nélkül végzett munkával okozati összefüggésben bekövetkezett baleset.
- (5) Jelen Általános Feltételek szempontjából munkahelyi úti baleset az olyan baleset, amely a Biztosítottat a lakásról (szállásról) munkába, illetőleg a munkából lakásra (szállásra) menet közben a legrövidebb útvonalon közlekedve éri.
- (6) Egészségbiztosítási eseménynek számítanak a Biztosítotton orvosilag szükséges és indokolt vizsgálatok, beavatkozások, műtétek, ápolások, amelyeket a Különös Feltételek határoznak meg és amelyek elvégzése a Biztosítotton hitelesen bizonyított. Betegség a mindenkor orvostudomány által rendellenesnek tartott biológiai, testi, pszichés állapot.
- (7) A biztosítási eseményeket és a Biztosító szolgáltatásait termékenként a Csoportos Élet-, Egészség- és Balesetbiztosítási Különös Feltételek határozzák meg.

VIII. fejezet

A biztosítási összeg

A Szerződő a csoportos biztosítási szerződés megkötésekor szabadon megválaszthatja a biztosítási összeget a biztosított csoportok vonatkozásában.

IX. fejezet

A biztosítás tartama

- (1) Élet-, egészség- vagy balesetbiztosítás határozott vagy határozatlan tartamra köthető.
- (2) Biztosítási időszaknak – kivéve, ha a megkötött szerződés ettől rövidebb időre szól – egy év tekintendő.
- (3) A határozott tartamra kötött szerződés megállapodás szerinti tartama legalább egy év. A szerződés a határozott idő lejártával megszűnik.
- (4) 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 hatályban marad. Ebben az esetben a felek a biztosítási évfordulót megelőző 30 napban egyeztethetnek a biztosítás szolgáltatásával és díjával kapcsolatosan. Amennyiben a felek 30 napon belül nem jutnak egyezsége a szerződés feltételei tekintetében, a szerződés az eredeti tartalommal marad hatályban.
- (5) Ha a Biztosító tudomást szerez a biztosítási szerződésben meghatározott lényeges körülmények változásáról, akkor a biztosítási évfordulót megelőző tizenöt napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg – ha a kockázatot a szabályzat értelmében nem vállalhatja – a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.
Ha a Biztosított a Biztosító módosító javaslatát nem fogadja el, vagy arra tizenöt napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított harmincadik napon megszűnik. Erre a következményre a Biztosítottat a módosító javaslat megtételekor figyelmeztetni kell.

X. fejezet

A biztosítás területi és időbeli hatálya

A csoportos élet- és egészségbiztosítási szerződés hatálya – ellenkező kikötés hiányában, melyeket az egyes termékek Különös Feltételei tartalmaznak – az egész világra kiterjed, balesetbiztosítási termékek esetén a Szerződőnek lehetősége van választani az alábbiak közül:

- A balesetbiztosítási szerződés hatálya az egész világra, korlátozás nélkül kiterjed.
- A biztosítás kizárólag a Munka Törvénykönyve alapján a munkáltató kártérítési felelősségi körébe tartozó munkahelyi balesetekre terjed ki. Ebbe a körbe beleértendő a munkába és a munkából hazavezető út védelme is.

XI. fejezet

A Biztosítottak kora

- (1) A csoportos élet- és egészségbiztosítás megköthető a Biztosítottak 20–61 éves kora között. Lejáratkor a Biztosítottak életkora nem haladhatja meg a 62. életévet.
- (2) Csoportos balesetbiztosítás születéstől 65 éves korig köthető.
- (3) Az egyes termékek ettől eltérő korra vonatkozó előírásait a termékek Különös Feltételei tartalmazzák.

XII. fejezet

A szerződés megszűnése, felmondása

- (1) A biztosítási szerződés szolgáltatás és díjvisszatérítés nélkül megszűnik, ha
 - a Szerződő a biztosítási díjat az esedékességtől számított 30 napon belül nem egyenlíti ki és díjfizetési halasztást [XII. fejezet (2)] nem, de a díjmaradásról értesítőt kapott, illetőleg a Biztosító díjkövetelését bírósági úton nem érvényesítette,
 - a Szerződő jogutód nélkül megszűnik (meghal),

- a szerződésben meghatározott biztosítási tartam lejár, illetve megszűnik az adott Biztosított vonatkozásában,
- a Biztosított meghal,
- a Biztosított
 - élet- és egészségbiztosítási termékeknél betölti 62. életévét,
 - balesetbiztosítási termékeknél betölti a 66. életévét, továbbá,
- ha a Biztosított jogviszonya [I. fejezet (3)] a Szerződéssel megszűnik,
- a közlésre, illetve változás bejelentésére vonatkozó kötelezettség megsértése esetén a XV. fejezet (2) pontja szerint.

- (2) A Biztosító a csoportos biztosítási szerződés megszűnését és a bírósági út igénybevételeének határidejét további 30 nappal meghosszabbíthatja, ha az esedékességtől számított 30 nap eltelté előtt ennek a körülménynek a közlésével a Szerződőt a fizetésre írásban felszólítja.
- (3) A biztosítási szerződés megszűnését a Biztosító a Különös Feltételekben az Általános Feltételektől eltérően is szabályozhatja.
- (4) A csoportos baleset- és egészségbiztosítási szerződést mindkét fél a biztosítási időszak végére, 30 napra írásban felmondhatja. A csoportos életbiztosítási szerződést a Szerződő mondhatja fel a biztosítási évfordulót 30 nappal megelőzően.

XIII. fejezet

A Szerződő jogai és kötelezettségei

- (1) A Szerződő javaslatot tehet a szerződés módosítására, új Biztosított megjelölésére, illetve a biztosítási védelem megszüntetésére az általa meghatározott Biztosított (a továbbiakban: kilépő Biztosított) vonatkozásában.
- (2) A szerződés megkötéséhez és módosításához a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges, melyet a Biztosított a biztosított nyilatkozat kitöltésével és aláírásával tesz meg. A Szerződő köteles a biztosított nyilatkozatokat beszerezni és átadni a Biztosítónak, kivéve, ha a Biztosító ettől eltekint.
- (3) A Szerződő köteles tájékoztatni a Biztosítottakat a szerződés tartalmáról és az abban bekövetkező valamennyi változásról.
- (4) A Szerződő a Biztosított írásbeli hozzájárulásával az ajánlattételkor, illetve a tartamon belül bármikor kedvezményezettet jelölhet meg és módosíthat.
- (5) A Szerződő a biztosítottak köréről a biztosítás megkötésekor aktuális listát készít, amelyet írásban és elektronikus adathordozón a Biztosító számára eljuttat.

XIV. fejezet

A Biztosított kötelezettségei a biztosítási esemény bekövetkezése után

- (1) A Biztosítottnak a betegség vagy baleset után mindent meg kell tennie a kár enyhítése érdekében: haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe vennie és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatnia kell. Ugyanígy gondoskodnia kell az ápolásról és a következmények lehetőség szerinti elhárításáról és enyhítéséről is.
- (2) A Biztosítottnak a biztosítási eseménnyel foglalkozó intézményeket, orvosokat, egészségügyi intézményeket és hatóságokat fel kell kérnie, illetve fel kell hatalmaznia arra, hogy a Biztosító számára a biztosítási eseménnyel kapcsolatos információkat megadják

XV. fejezet

Közlési kötelezettség

- (1) A Szerződő és a Biztosítottak kötelesek a szerződéskötéskor a biztosítás elvállalása szempontjából minden olyan lényeges körülményt a Biztosítóval közölni, amelyeket ismertek vagy ismerniük kellett. A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító kötelezettsége, ha a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt. Az ajánlattételkor írásban feltett kérdésekre adott, a valóságnak megfelelő válasszal közlési kötelezettségüknek eleget tesznek. A kérdések megválaszolatlanul hagyása egymagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

- (2) Ha a Biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, 15 napon belül írásban javaslatot tehet a csoportos biztosítási szerződés módosítására, illetve ha ezek ismeretében a kockázatot nem vállalhatja, a szerződést 30 napon belül felmondja.
- (3) A közlési kötelezettség megsértése esetén a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve ha bizonyítják, hogy
 - a Biztosító az elhallgatott körülményt a szerződéskötéskor ismerte,
 - az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.
- (4) Azt, hogy a XV. fejezet (3) pontban leírt körülmények valamelyike fennáll, annak kell bizonyítania, aki azokra hivatkozik.
- (5) A Szerződő köteles jogállásának bármilyen megváltozásáról a Biztosítót 8 munkanapon belül írásban értesíteni. Ennek elmulasztása esetén a jogkövetkezményeket a Szerződő viseli.
- (6) Adatvédelem, titoktartási kötelezettség alóli felmentés: a Szerződő és a Biztosított az ajánlattételkor felhatalmazza a Biztosítót, hogy a szerződés megkötésével, fenntartásával és a Biztosító szolgáltatásával összefüggő adatokat – beleértve a Biztosított egészségügyi állapotára vonatkozó adatokat is – a Biztosító beszerezze és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja. Egyúttal felmentik az ezen adatokat szolgáltató és a Biztosított adatait kezelő egészségügyi intézményeket és személyeket a titoktartási kötelezettség alól. A Biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni és időbeli korlátozás nélkül megőrizni.

XVI. fejezet

A biztosítási díj

- (1) A biztosítási díj kiszámítása a Biztosító díjszabása alapján történik, melynél a Biztosító figyelembe veheti a biztosítottak életkorát, nemét, egészségi állapotát, kórelőzményét, foglalkozását, valamint a biztosítás időtartamát, a biztosítási összeget és a csoport nagyságát.
- (2) A Biztosító csoportos biztosítás esetén minimális biztosítási összegeket, illetve a Biztosítottak előzetesen bejelentett létszámának megfelelő minimális díjakat köthet ki.
- (3) A Biztosítottak belépési korát a Biztosító úgy állapítja meg, hogy a biztosítás kezdetének évszámából levonja a Biztosítottak születésének évszámát.
- (4) Amennyiben a Biztosító figyelembe veszi az életkort, annak helytelen bevallása esetén a Biztosító a Biztosítottak valódi életkorának megfelelő biztosítási összeget fizeti ki, a ténylegesen befizetett díj figyelembevételével.
- (5) A biztosítás első díja a szerződés aláírásától számított 15 napon belül esedékes, minden későbbi díj pedig annak az időszaknak az első napján, amelyre a díj vonatkozik.
- (6) A biztosítás éves díjfizetésű, de a Biztosító lehetőséget ad az éves díj havi, negyedéves és féléves díjrészletekben történő megfizetésére is. Az évesnél gyakoribb díjfizetés esetén a Biztosító pótlékot számít fel, melynek mértéke változhat. A Biztosító a pótlék mértékének változásáról legalább 60 nappal előtte írásban értesíti a Szerződőt.
- (7) A Biztosító a Szerződő által választott elszámolási gyakoriságnak megfelelően vizsgálja felül a II. fejezet (4) 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.
- (8) Amennyiben a Szerződő az aktuális adatközlőt nem küldi meg a II. fejezet (4) pontja szerinti határidőig, úgy a Biztosító a szolgáltatásait a legutolsó adatközlő tartalmának megfelelően nyújtja.
- (9) Amennyiben a szerződéskötéskor leadott biztosítotti lista és biztosítotti nyilatkozat az ajánlattételkor korábban megadott adatokkal ellentétes információt tartalmaz, akkor a Biztosító fenntartja a jogot az ajánlattételkor megadott díj megváltoztatására.
- (10) Egy évnél hosszabb tartamú vagy határozatlan tartamra kötött biztosítás esetén a Biztosító az előző évek tapasztalatai alapján, az esetlegesen megváltozott biztosítási kockázatnak megfelelően módosító javaslatot tehet a biztosítási díj emelésére vagy csökkentésére.

XVII. fejezet

A díjfizetés elmulasztásának következményei

Amennyiben a Szerződő a biztosítási díjat az esedékesség időpontjáig nem egyenlíti ki, és a befizetésre halasztást sem kapott, vagy a Biztosító a biztosítási díj iránti igényét bírósági úton nem érvényesíti, a Biztosító az első elmaradt díj esedékességétől számított 60 napig viseli a kockázatot, azt követően a szerződés megszűnik. Ez alatt az idő alatt a Szerződő az elmaradt díjat pótolhatja.

XVIII. fejezet

A Biztosító mentesülése

- (1) A Biztosító mentesül a biztosítási szolgáltatás kifizetése alól, ha a Biztosított halála, balesete vagy betegsége, illetve ezek következményei az alábbiakban felsoroltakkal állnak összefüggésben:
 - terhesség,
 - elme és pszichiátriai kóros állapot,
 - a Biztosított által (szándékosan) elkövetett bűncselekmény,
 - a Biztosított HIV fertőzöttsége,
 - a jogszabály szerint ionizáló vagy annak minősülő sugárzás, nukleáris energia,
 - valamely betegség, illetőleg egészségi állapot a szerződéskötés előtti, a Biztosítottnál fennálló, de a Biztosító előtt tudatosan elhallgatott meglete,
 - a Biztosított halálának oka a szerződés hatálybalépésének napjától számított két éven belül elkövetett öngyilkossága,
 - a Biztosított öngyilkossági kísérletének következtében bekövetkező egészségbiztosítási események a biztosítási tartam egészében,
 - a Biztosított, a Szerződő vagy a kedvezményezett jogellenes, szándékosan elkövetett vagy súlyosan gondatlan magatartása. Jogellenes, súlyosan gondatlan magatartás a súlyosan ittas (0,8 ezrelék véralkoholszintet elérő vagy azt meghaladó) vagy kábítószer alkalmazásának hatása alatti állapot, illetve ha a baleset a jogosítvány nélküli vagy ittas szárazföldi, légi vagy vízi járművezetés közben következett be.
- (2) Mentesül a Biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól, ha bizonyítást nyer, hogy a biztosítási eseményt a kedvezményezett vagy a Biztosított által elkövetett szándékos bűncselekmény vagy annak kísérlete okozta.

XIX. fejezet

Kizárások

- (1) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amelyek ok-okozati összefüggésben vannak a Biztosított alábbiakban meghatározott sporttevékenységével.
 - Autó-motor sportok: versenyzés gépkocsival, motorkerékpár sport, rali, motocross, ügyességi versenyek gépkocsival, gokart sport, auto-crash (roncsautó) sport, motorcsónak sport.
 - Repülőtevékenység: motoros, segédmotoros, illetve motor nélküli légi jármű, ejtőernyős ugrás, sárkányrepülés, gumikötél ugrás, mezőgazdasági repülés.
 - Egyéb: búvárkodás, nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hegymászás-, illetve sziklamászás, barlangászat.
- (2) Háborús kockázat, zavargások, felkelések esetén a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll az alábbi eseményekben történő aktív vagy passzív részvétellel:
 - háború (hadüzenettel vagy anélkül), polgárháború, határviellongás, forradalom, zendülés, puccs vagy puccskísérlet, népi megmozdulás, terrorcselekmény, felvonulás, sztrájk, munkahelyi rendbontás,
 - felkelésben, lázadásban, vagy zavargásban való részvétel, kivéve ha erre belföldön valamilyen hivatali vagy közszolgálati kötelességteljesítés közben kerül sor.

Jelen Feltétel alkalmazása szempontjából terrorcselekménynek minősül, különösen az olyan erőszakos, erőszakkal fenyegető, az emberi életre, a materiális, immateriális javakra vagy az infrastruktúrára veszélyes cselekmény, amely vagy politikai, vallási, ideológiai, etnikai célok mellett foglal állást vagy valamely kormány befolyásolására vagy a társadalomban, illetve annak egy részében való félelemkeltésre irányul, illetve arra alkalmas.
- (3) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben a Biztosított olyan betegsége, amely a Biztosító kockázatviselése előtti három évben bizonyíthatóan fennállott, és amelyet a kockázatviselést megelőző három éven belül kórisméztek, vagy amely ez idő alatt gyógykezelést igényelt.

- (4) 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.
- (5) Balesetbiztosítási termékeknél a Biztosító kockázatviselése csak a biztosítási tartam alatt bekövetkező balesetek következményeire terjed ki.

XX. fejezet

A kockázatviselés korlátozása, csökkent biztosíthatóság

- (1) 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).
- (2) 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.
- (3) Az idegrendszer szervi eredetű zavarainál a Biztosító csak akkor teljesít kifizetést, ha az visszavezethető a baleset által előidézett károsodásra. Lelki magatartászavarok, neurózisok, pszichoneurózisok nem minősülnek baleseti következménynek.
- (4) 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.
- (5) Hasfali és altesti sérv esetén csak akkor teljesít kifizetést, ha ezek előidézője a baleset következtében bekövetkező mechanikai behatás. Amennyiben ezek öröklött, a baleset előtt már fennálló állapot következményei, a Biztosító nem teljesít kifizetést.
- (6) 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, isiász, csontvelőgyulladás, cukorbetegség, nagyothallás, rosszindulatú daganatok, valamint az ideg- és elmebetegségek, illetve a felsorolt betegségek következményeként fellépő ájulás, szédülés,
 - erősen korlátozott látás (8 dioptriától).

XXI. fejezet

A biztosítási esemény bejelentése

- (1) A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 8 munkanapon belül kell írásban a Biztosító kárbejelentő nyomtatványán a Szerződőnek/Biztosítottnak a Biztosító felé bejelentenie.
- (2) A bejelentési határidő elmulasztása esetén a Biztosító annyiban tagadhatja meg a biztosítási szolgáltatás kifizetését, amennyiben a késedelem miatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.

XXII. fejezet

A biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez szükséges iratok

- (1) A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak akkor áll be, ha a szükséges igazolásokat rendelkezésére bocsátják. Az élet-, egészség- és balesetbiztosítási szerződésben meghatározott biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a Biztosító a következő iratok bemutatását és csatolását kéri:
 - biztosítási kötvény vagy annak másolata,
 - az utolsó díjfizetést igazoló nyugta,
 - hivatalos bizonyítvány a Biztosított születésének napjáról (személyi igazolvány vagy születési anyakönyvi kivonat),

- igazolás arról, hogy a biztosítási esemény bekövetkeztek a csoportos biztosítás biztosítottja volt.
- továbbá minden olyan, a Biztosító által megjelölt dokumentum, mely a biztosítási esemény tisztázásához elengedhetetlenül szükséges.

- (2) Halál bekövetkezte esetén a fentiekén túl a Biztosító a következő okmányok bemutatását kéri:
- halotti anyakönyvi kivonat,
 - az elhunytat utolsóként kezelt orvostól származó részletes orvosi bizonyítvány, vagy ha ilyen kezelésre nem került sor, más olyan orvosi vagy hatósági bizonyítvány, amely tartalmazza a halál okát, a halált okozó betegség kezdetének időpontját, lefolyását, illetőleg a halál körülményeit,
 - külföldön bekövetkezett halál esetén a külföldi hatóság által kiállított hiteles okirat hitelesített magyar fordítása,
 - hatósági eljárás esetén a nyomozást megszüntető vagy megtagadó jogerős határozat.
 - a Különös Feltételekben meghatározott egyes betegségekre előírt okmányokat.
- (3) A Biztosított a biztosítási szerződés létrejöttével felhatalmazza a Biztosítót, hogy a biztosítási eseménnyel összefüggő információkat
- az orvosoktól, egészségügyi intézményektől, hatóságoktól, akik, illetve amelyek a Biztosítottat kezelték, vizsgálták, a kért felvilágosításokat, orvosi jelentéseket és dokumentumokat beszeresse.
 - a Biztosított tisztázatlan halála esetén a holttestet megvizsgálta, szükség szerint a boncolását és exhumálását elvégeztesse.
- (4) A biztosítási esemény bekövetkeztek, a Biztosított életben léte esetén a Biztosító megkövetelheti, hogy a Biztosított az általa előírt orvosi vizsgálatokon részt vegyen.
- (5) A hiteles orvosi dokumentumokat a Biztosító orvosszakértője bírálja el. Vitás esetekben a Biztosítottnak joga van orvosi bizottság felállítását kérni. A bizottság egyik tagját a Biztosító, másik tagját a Biztosított vagy annak megbízottja, a harmadik tagját pedig a Biztosító és a Biztosított közösen jelölheti meg.
- (6) A Biztosító beszerezhet továbbá egyéb iratokat, melyek a biztosítási esemény és a jogosultság tisztázásához szükségesek a biztosítóról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény titoktartási kötelezettségére vonatkozó rendelkezéseinek betartásával.
- (7) Minden olyan adatszerzés költsége, amely a biztosítási esemény tisztázásához elengedhetetlenül szükséges, azt a felet terheli, aki érdekeit érvényesíteni kívánja.
- (8) Ha a biztosított listán nem szerepel a Biztosított, akkor a munkaviszonyát a kárbejelentőn a munkáltatónak kell igazolni.
- (9) 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 mindenkori munkaügyi nyilvántartásába.
- (10) A Biztosító szükség esetén egyéb az egyes biztosítások Különös Feltételeiben előírt igazolásokat is bekérhet, illetve bizonyos kérdések tisztázására maga is beszerezhet adatokat.

XXIII. fejezet

A Biztosító szolgáltatása

- (1) A Biztosító a XXII. fejezetben jelzett dokumentumok közül az utolsó irat beérkezésétől számított 15 napon belül teljesíti szolgáltatási kötelezettségét.
- (2) Az esedékes, de meg nem fizetett díjat, az egyes Különös Feltételek szerint meghatározásra kerülő, még el nem számolt költségeket a Biztosító a biztosítási összegből levonhatja.
- (3) Az iratok beszerzésének kötelezettsége és az ezzel kapcsolatos költségek azt terhelik, akinek a biztosítási szolgáltatás teljesítése, illetve nemteljesítése céljából a bizonyítás érdekében áll.
- (4) A Biztosítási összeget a Biztosító az elévülési időn belül kamatmentesen kezeli, ha a kifizetés elmaradása a jogosult késedelmese igényérvényesítésére vezethető vissza. Az elévülési idő (XXVII. fejezet) leteltével, a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége megszűnik.
- (5) A csoportos biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási esemény bekövetkeztek a biztosítási szolgáltatásra a kedvezményezett jogosult [II. fejezet (9)].
- (6) A Biztosító a szolgáltatást az arra jogosult személy vagy intézmény számlájára vagy címére utalással teljesíti.

XXIV. fejezet

Adatkezelés, adatvédelem

- (1) A Biztosító ügyfeleinek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a Bit. által meghatározott egyéb cél lehet. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.
- (2) Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a biztosító a fent meghatározott célokból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti. Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha a Biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad, vagy ha a biztosítási törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.
- (3) A Bit. 153–161. §-ában foglaltak alapján az ügyfél adata külön felhatalmazás nélkül kiadható a feladatkörében eljáró Felügyeletnek; a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatóságnak és ügyészségnek; büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bíróságnak; továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtónak, a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzőnek; az adóhatóságnak, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a Biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli; a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálatnak; a Biztosítónak, a biztosításközvetítőnek, a szaktanácsadónak, a harmadik országbeli Biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselőének, ezek érdek-képviselői szervezeteinek, illetve a Biztosítási Versenyhivatalnak; a feladatkörében eljáró gyámhatóságnak; az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatóságnak; a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervnek; a viszontbiztosítónak, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítóknak; az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvévo Biztosítónak; a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében a Kártalanítási Számlát kezelő szervezetnek, az Információs Központnak, a Kártalanítási Szervezetnek és a kárrendezési megbízottnak; a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzőnek, ha a szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul a Biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját.
- (4) A Biztosító a nyomozó hatóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet kábítószer-kereskedelemmel, terrorizmussal, illegális fegyverkereskedelemmel, vagy a pénzmosás bűncselekményével van összefüggésben.
- (5) A Biztosító jogutód nélküli megszűnése esetén a Biztosító által kezelt üzleti titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított 60 év múlva a levéltári kutatások céljára felhasználható. Nem lehet üzleti titokra vagy biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó, külön törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség esetén. Az üzleti titokra és a biztosítási titokra egyebekben a Ptk. 81. §-ában foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.
- (6) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a Biztosító az ügyfél írásbeli hozzájárulásával külföldi biztosítóhoz vagy külföldi adatfeldolgozó szervezethez továbbítja az adatokat, amennyiben a külföldi cég adatkezelése minden egyes adatra nézve teljesíti a magyar jogszabályokat, valamint a külföldi cég székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályokat kielégítő adatvédelmi jogszabállyal.
- (7) A Biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. A Biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

XXV. fejezet

Maradékjogok

A csoportos biztosítási szerződések maradékjogokkal nem rendelkeznek, így nem vonatkozik rájuk a visszavásárlási jog és a díjmentes leszállítási jog, továbbá nincs lehetőség kötvénykölcsön felvételére sem.

XXVI. fejezet

Többlethozam-visszatérítés

A csoportos biztosítási szerződések többlethozam-visszatérítésben nem részesednek.

XXVII. fejezet

A biztosítás elévülése

A csoportos biztosítási szerződésből eredő igények az esedékességtől számított két éven belül elévülnek.

XXVIII. fejezet

Illetékes bíróság

A csoportos biztosítási szerződésekből származó jogvita esetén a per lefolytatására kizárólag a Pesti Központi Kerületi Bíróság, illetve hatáskörtől függően a Fővárosi Bíróság az illetékes.