



Csoportos Élet-, Egészség és Balesetbiztosítási Általános Feltételek

Jelen feltételek hatályba lépésének időpontja: 2011. január 01.

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 biztosítását a Magyarországon működő minden olyan csoportnak ajánlja, amelyek munkaviszony, tagsági jogviszony vagy tartós megbízási 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/szervezet, aki/amely 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 létrejöttékor 75 évnél fiatalabbak.

4.

Amennyiben a Szerződő nem mindenkire köti meg a csoportos biztosítást (továbbiakban: **részleges biztosítottság**), abban az esetben a Biztosítottak köréről aktuális listát készít a biztosítás megkötésekor, amely tartalmazza a Biztosítottak azonosításához szükséges adatokat (név, nem, születési dátum, csoportbesorolás), amelyet írásban és elektronikus adathordozón a Biztosító számára eljuttat, kivéve, ha ettől a Biztosító eltekint. Új belépőkre vonatkozóan a Biztosítónak történő bejelentést követő napon kezdődik a Biztosító kockázatviselése.

A Biztosítottak köre nem lehet kisebb a Szerződővel munkaviszonyban, tagsági vagy megbízási jogviszonyban lévők létszámának a Biztosító által meghatározott százalékánál.

5.

Amennyiben a Szerződő mindenkire megköti a csoportos biztosítást (továbbiakban: **teljes biztosítottság**) és a biztosított létszám meghaladja az 50 főt, abban az esetben a Biztosító – ellenkező kikötés hiányában – eltekint az adatközléstől. 50 fő alatt a II. fejezet (4) pontban meghatározottak szerint kell eljárni.

6.

Nem terjed ki a biztosítás a szerződőnél idénymunkásként vagy alkalmi munkásként és az 1 évnél rövidebb határidővel megbízási jogviszonyban foglalkoztatottakra, valamint a szünidőben ideiglenesen foglalkoztatott diákokra, kivéve ha a szerződő felek ettől eltérően állapodnak meg.

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) a Biztosított,
- b) a Szerződő,
- c) 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 Biztosított egészségi állapotára vonatkozó kérdéseket. A biztosítotti nyilatkozat a szerződés elválaszthatatlan részét képezi.

3.

A Biztosító az ajánlat elfogadása előtt kockázatelbírálást 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 fentiektől 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 beszámít. 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 Biztosítottat a belépése utáni legkorábbi adatközlőben bejelentik a Biztosítónak, valamint a rá vonatkozó biztosítási díjat a következő díjfizetési gyakoriságnál 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 megalkotó 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 biztosítás tartama alatt bekövetkező balesetekre és azok következményeire.
- 5.**
A várakozási idő tartamának az Általános Feltételektől eltérő szabályozása a Különös Feltételekben található.
- 6.**
Az új belépő esetén a várakozási idő kezdete megegyezik a kockázatviselés kezdetének dátumával.

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, egyszeri külső behatás okozta orvosiilag igazolt testi sérülés, amelynek következtében a Biztosított egy éven belül a Különös Feltételekben meghatározott biztosítási események valamelyikét elszenved.
- 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 Biztosítottnal orvosilag szükséges és indokolt vizsgálatok, beavatkozások, műtétek, ápolások, amelyeket a Különös Feltételek határoznak meg és amelyek elvégzése a Biztosítottnal hitelesen bizonyított. Betegség a mindenkori orvostudomány által rendellenesnek tartott biológiai, testi, pszichés állapot.

7.

A biztosítási eseményeket és a Biztosító szolgáltatásait termékeként 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 balesetbiztosítási szerződés egy éves vagy annál rövidebb határozott tartamra köthető. A biztosítás tartama nem feltétlenül azonos a naptári évvel.

2.

Amennyiben az egy éves tartamú biztosítási szerződést a felek valamelyike a biztosítási évfordulót legalább 30 nappal megelőzően írásban nem mondja fel, úgy a biztosítási szerződés eredeti tartalommal további egy évre marad hatályban. 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.

3.

Ha a Biztosító tudomást szerez a biztosítási szerződésben meghatározott lényeges körülmények változásáról, akkor a biztosítási évfordulót megelőző harminc 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 Szerződő 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 jogkövetkezményre a Szerződőt 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

Biztosítottak kora

1.

A csoportos élet-, egészség- és balesetbiztosítás megköthető a Biztosítottak 75 éves koráig az alábbi korlátozásokkal:

- a Biztosító a Biztosított 65 éves koráig a szerződéses feltételek szerinti térítés 100%-át nyújtja
- a Biztosító a Biztosított 65-70 éves koráig a szerződéses feltételek szerinti térítés 50%-át fizeti ki.
- a Biztosító a Biztosított 70-75 éves koráig a szerződéses feltételek szerinti térítés 25 %-át téríti.
- a Biztosított 75 éves kora felett kizárólag a baleseti halál a biztosítási esemény, amely biztosítási szolgáltatásának 25%-át fizeti ki a Biztosító.

2.

A Biztosító a Biztosítottak belépési korát úgy állapítja meg, hogy a biztosítás kezdetének évszámából levonja a Biztosítottak születésének évszámát.

3.

A Biztosító a Biztosítottak aktuális korát úgy állapítja meg, hogy az adott naptári évből levonja a Biztosítottak születésének évszámát.

4.

Az egyes termékek ettől eltérő korra vonatkozó előírásait a termékekre vonatkozó Különös Feltételek 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 jogviszonya [I. fejezet (3)] a Szerződéssel megszűnik, továbbá
- 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 eltelte 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 egy éves időtartamú biztosítási szerződést a felek a biztosítási évfordulót megelőzően 30 nappal írásban mondhatják fel. Amennyiben nem élnek a felmondással, a biztosítási szerződés a következő biztosítási évre automatikusan meghosszabbodik.

XIII. Fejezet

A Szerződő jogai és kötelezettségei

1.

A Szerződő javaslatot tehet a biztosítási 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 biztosítotti nyilatkozat kitöltésével és aláírásával tesz meg. A Szerződő köteles a biztosítotti 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, kivéve 50 fő feletti teljes biztosítottság esetén (II. fejezet (5)) és ha ettől a Biztosító eltekint.

6.

A Szerződő köteles bejelenteni az évközbeni létszámváltozást, amennyiben annak mértéke a biztosítási időszak kezdetét figyelembe véve meghaladja a 100 főt.

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 bekövetkezésében.

4.

Azt, hogy a XV. fejezet (3) pontban leírt körülmények valamelyike fennáll, annak kell bizonyítania, aki azokra hivatkozik.

5.

A Szerződő köteles jogállásának bármينemű 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 egészségi 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.

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.

4.

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.

5.

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 30 nappal előtte írásban értesíti a Szerződőt.

6.

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 díjfizetésekor érvényesíti. Amennyiben a vizsgálat eredményeként a Szerződőnek túlfizetése van, úgy a Biztosító azt díjelőlegként kezeli, figyelembe véve a XVI. Fejezet (9) pontot.

7.

Amennyiben a Szerződő az aktuális adatközlőt nem küldi meg a II. fejezet (4) pontja szerinti határidőig, úgy a Biztosító az szolgáltatásait a legutolsó adatközlő tartalmának megfelelően nyújtja.

8.

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.

9.

Amennyiben a Szerződő az összes munkavállalójára megkötö a biztosítási szerződést (teljes biztosítottság) és a teljes létszám meghaladja az 50 főt, abban az esetben a Biztosító egyszerűsített év végi elszámolást alkalmaz. Amennyiben a Biztosítottak belépéséből és kilépéséből adódó létszámkülönbség a biztosítási év végén nem haladja meg a biztosítási időszak kezdetekor érvényes létszám +/- 10%-át, úgy a szerződő felek eltekintenek a biztosítási év végén a díjkülönbözet elszámolásától, kivéve ha a szerződő felek ettől eltérően állapodnak meg.

10.

Évforduló előtt 30 nappal a Biztosító az előző évek tapasztalatai alapján, az esetlegesen megváltozott biztosítási kockázatnak megfelelően módosító javaslatot tehet a biztosítási díj emelésére vagy csökkentésére.

11.

A biztosítás értékének megőrzését a biztosítási összeg évenkénti emelésének lehetősége biztosítja. Az ehhez tartozó biztosítási díj a biztosítási összeggel azonos arányban növekszik. Ebben az esetben a Biztosító eltekint egy újabb kockázatelbírálástól. Amennyiben a Szerződő a felajánlott értékkövetésen felül kívánja emelni a biztosítási összeget, abban az esetben a Biztosító élhet az újbóli kockázatelbírálás lehetőségével.

Az értékkövetéshez használt díjindexet (az évenkénti díjnövekedés mértéke) a Biztosító állapítja meg úgy, hogy az a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett, előző naptári év fogyasztói árindexétől legfeljebb 5 százalékponttal tér el. A díjnövekedés mértékét a Biztosító minden naptári év július 1-re vonatkozóan határozza meg és ez a mérték július 1-től a következő naptári év június 30-ig van érvényben. A biztosítási évfordulót megelőzően (legalább 30 nappal) a Biztosító minden évben értesítést küld a megemelkedett biztosítási összegről és a megemelkedett díjról. A Szerződőnek jogában áll a díjemelést (értékkövetést) 30 napon belül visszautasítani. Ha ezt nem teszi meg, a Biztosító a megnövelt biztosítási összeget és díjat tekinti érvényesnek.

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:

- 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 megléte,
- 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, így különösen 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, illetve a Biztosított más közlekedési szabályt is megsértett (pl. gyorsajtás).

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 légijármű, 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, határvillongás, 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 orvosiilag 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.

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 bekövetkeztekor a csoportos biztosítás biztosítottja volt, (megjelölve a biztosított személy csoportbesorolását)
- közvetlenül a baleset bekövetkezése után az első orvosi vizsgálat leletének (tartalmazza a sérülés időpontját, helyszínét, körülményeit, sérülés keletkezési mechanizmusát) és a 48 órán belül készült szakorvosi vizsgálati eredményének, műtét esetén a műtéti leírás beküldése szükséges a Biztosítóhoz.
- külföldön bekövetkezett biztosítási esemény esetén a külföldi hatóság által kiállított hiteles okirat hitelesített magyar fordítása,
- 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 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 beszerezze.
- a Biztosított tisztázatlan halála esetén a holttestet megvizsgálta, szükség szerint a boncolását és exhumálását elvégeztesse.

4.

A biztosítási esemény bekövetkeztekor, 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 független orvosszakértő véleményének beszerzését kezdeményezni.

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 kárbejelentőhöz csatolni kell a Szerződő által kiállított, a Biztosított munkaviszonyát bizonyító munkáltatói igazolást.

9.

Az adott időpontban bekövetkező biztosítási esemény idején a munkáltató által igazolt munkaviszony tényét a Biztosító bármikor vizsgálhatja oly módon, hogy a munkáltató betekintést enged a mindenkor 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.

11.

A felsorolt dokumentumokon kívül egyéb dokumentumok benyújtásával a Biztosítottnak joga van a károk és költségek igazolására a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

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 késedelmes igényérvényesítésére vezethető vissza. Az elévülési idő (XXVII. fejezet) leteltével a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége megszűnik.

5.

A csoportos biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási esemény bekövetkeztekor 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 képviselőjének, ezek érdekképviselői szervezeteinek, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági 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 biztosítónak; az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő 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 adataira 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 adatara 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 megghiúsulásával 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 kötvénykölcson 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

Felek közötti jogviták

A szerződő Felek a közöttük felmerülő jogvitákat megkísérelik peren kívüli eljárás során megállapodással rendezni. Ennek sikertelensége esetén a Felek bármelyike a jogvita eldöntése céljából a hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulhat.