

Általános Személybiztosítási Szabályzat

Érvényes: 2005. június 1-jei és azt követő technikai kezdettel

1. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

- 1.1. Jelen szabályzat azokat a feltételeket tartalmazza, amelyek – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – az AEGON Magyarország Általános Biztosító Rt. (továbbiakban: biztosító) élet-, nyugdíj-, baleset- és betegségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést a jelen szabályzatra hivatkozva kötötték, s amennyiben az alap- és kiegészítő biztosítások, valamint technikai kiegészítők különös feltételei másképp nem rendelkeznek.
- 1.2. Jelen szabályzatban, illetve az adott biztosítási szerződés különös feltételeiben nem rendezett kérdésekben a Polgári Törvénykönyv és a magyar jogszabályok rendelkezései az irányadók.
- 1.3. A szerződés nyelve magyar. Amennyiben a szerződő kérésére a biztosító vállalhatja, írásbeli vállalása esetén pedig köteles idegen nyelven elkészíteni és átadni a szükséges okiratokat, de az iratok magyar nyelvű szövege tekinthető a hiteles szövegnek.
- 1.4. A biztosítási szerződéshez kapcsolódó minden biztosítási díj, költség, illetve kockázati díj, szolgáltatási összeg (illetve további összességűen meghatározott mennyiség) forintban értendő.

2. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI

- 2.1. **Szerződő:** az a természetes vagy jogi személy, aki
 - a szerződés megkötésére az írásbeli ajánlatot megtette, és a biztosítási szerződés létrejötte esetén a biztosítási díjat fizeti,
 - a biztosító jognyilatkozatainak címzettje,
 - a biztosítóhoz intézendő jognyilatkozatok megtételére köteles.
- 2.2. **Biztosított(ak)** (továbbiakban: biztosított): az a természetes személy, akinek az életével, nyugdíjba vonulásával, testi épségével, egészségével stb. kapcsolatos biztosítási eseményre (eseményekre) a biztosítási szerződés létrejön, és akit a biztosítási kötvényben biztosítottként megjelölnek.

A biztosított

 - a szerződő fél írásos beleegyezésével a szerződésbe szerződőként bármikor beléphet. Amennyiben ez megtörténik, úgy a szerződő fél személyében bekövetkezett változásról a biztosítót írásban értesíteni kell, és az értesítés megküldésével egyidejűleg a szerződő írásos lemondó nyilatkozatát is csatolni kell.
 - a biztosítóhoz eljuttatott írásbeli nyilatkozatával a szerződő fél helyébe léphet, mielőtt a szerződés a szerződő általi felmondás vagy a díjfizetés elmaradása miatt megszűnik. Ilyen esetekben az esedékes díjfizetésért a biztosított a szerződő féllel egyetemlegesen felelős.
- 2.2.1. Ha a szerződő és a biztosított személye eltér, úgy
 - a szerződés megkötéséhez és módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges,
 - a szerződő kötelezettsége a biztosítottat tájékoztatni a szerződés tartalmáról, illetve a szerződést érintő valamennyi változásról,
 - a biztosított hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek a kedvezményezett jelölését tartalmazó része nem érvényes. Ekkor kedvezményezettnek a biztosítottat, illetőleg örökösét kell tekinteni, aki az ily módon neki járó biztosítási összegből a szerződő költségeit köteles megtéríteni.
- 2.2.2. Ha a biztosított kiskorú és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülő köti meg, úgy a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges.

- 2.3. **Kedvezményezett(ek)** (továbbiakban: kedvezményezett), aki(k) a biztosítási szolgáltatásra jogosult(ak). A kedvezményezett lehet:
- az alap- és kiegészítő biztosítások szolgáltatásaira megjelölt természetes vagy jogi személy,
 - maga a biztosított (életében járó szolgáltatások esetén),
 - a bemutatóra szóló kötvény birtokosa,
 - a biztosított örököse, ha név szerinti kedvezményezettet nem jelöltek meg és bemutatóra szóló kötvényt sem állítottak ki.
- 2.3.1. A kedvezményezett személye a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal a biztosítás tartama alatt bármikor, a szerződő által megváltoztatható.
- Ha a biztosított és a szerződő személye eltér, a kedvezményezett módosításához a biztosított hozzájárulása szükséges. Egybehangzó nyilatkozat hiányában kedvezményezettnek a biztosított, illetve halála esetén az örököse(i), örökösödésük arányában tekintendő(k).
- 2.3.2. Egy biztosítási szerződésen belül
- az alap- és kiegészítő biztosítások szolgáltatásaira külön-külön kedvezményezett jelölhető,
 - egyidejűleg több kedvezményezett is megjelölhető. Ez esetben a kedvezményezettség arányát írásban az ajánlaton vagy a későbbi bejelentéskor, egyértelműen rögzíteni kell.
- 2.3.3. A kedvezményezett jelölés hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal. Ebben az esetben kedvezményezettnek – ha helyette más kedvezményezettet nem jelölnek meg – a biztosított, illetve a biztosított halála esetén a biztosított örököse(i), örökösödésük arányában tekintendők.

3. FOGALOM MEGHATÁROZÁSOK

3.1. Biztosítási ajánlat

A biztosítási szerződést megalapozó írásbeli dokumentum, amelyen a szerződő ajánlatot tesz a biztosítás megkötésére.

3.2. Alapbiztosítás

Olyan biztosítás, amely más biztosítások megkötése nélkül, önállóan is köthető.

3.3. Kiegészítő biztosítás

Önállóan nem, csak valamely alapbiztosítás mellé köthető biztosítás.

3.4. Technikai kiegészítő

Önállóan nem, csak valamely alapbiztosítás mellé választható biztosítástechnikai elem.

3.5. Biztosítási esemény

Az alap- és kiegészítő biztosítási szerződések különös feltételeiben megnevezett időpontok, illetve események bekövetkezése.

3.6. A biztosítás kockázati díja

A kockázati tényezők, a szerződés tartama, valamint az alap- és kiegészítő biztosítások különös feltételei alapján vállalt szolgáltatások ellenértéke, amelyet a biztosító minden hónap 1-jén levon a pénzalapból.

3.7. Technikai kezdet

A biztosítási ajánlat aláírását követő hónap 1-je, amely egyben az első biztosítási év kezdete.

3.8. Biztosítási év, biztosítási évforduló

A biztosítási év a biztosítás tartamán belül 12 egymást követő hónap, a biztosítási év vége a 12. hónap utolsó napja. A biztosítási év első hónapjának első napja a biztosítási évforduló.

3.9. **A biztosítás tartama**

A biztosítás tartama a szerződés technikai kezdetétől számított, az ajánlat aláírásakor a szerződő által meghatározott teljes biztosítási évek száma.

3.10. **Belépési életkor, emelt életkor, kiegyenlített életkor**

A szerződéskötéskor a biztosított életkora úgy kerül meghatározásra, hogy a technikai kezdet dátumának évszámából kivonódik a biztosított születésének évszáma.

Az emelt életkor a biztosított egészségi állapota alapján meghatározott, az egyéni kockázatot kifejező elméleti életkor.

A kiegyenlített életkor két biztosított esetén, a biztosítottak életkora alapján kalkulált, korkiegyenlítő tábla alapján meghatározott közös életkor, amelyre vonatkozóan a biztosítás díja meghatározható.

3.11. **Aktuális életkor**

A biztosítás tartama során a biztosított mindenkor aktuális életkora úgy kerül meghatározásra, hogy a biztosított belépési korához (emelt korához) hozzáadódik az eltelt teljes biztosítási évek száma.

3.12. **Díjesedékesség időpontja**

Folyamatos díjfizetés esetén a választott díjfizetési gyakoriság által meghatározott díjfizetési időszak (pl. hó, negyedév, félév, év) első napjának 0 órája.

3.13. **Elkülönített pénzalap** (továbbiakban: **pénzalap**)

A biztosítási szerződésre beérkező díjak, a hozamok, illetve költségek elszámolására szolgáló nyilvántartás.

3.14. **Aktuális pénzalap**, a pénzalap aktuális értéke

A biztosítási szerződés során a befektetési eredménnyel módosított és a mindenkor költségekkel csökkentett pénzalap értéke.

3.15. **Minimális pénzalap**, a pénzalap minimális értéke

A pénzalapnak a biztosítási termék létrehozásához, a szerződés és az adatok kezeléséhez, szükséges – a biztosító mindenkor költségeinek fedezetéül szolgáló – a szerződésre lebontott legalacsonyabb értéke. A minimális pénzalap mértékét az alpbiztosítás különös feltételeinek függeléke tartalmazza.

3.16. **Elégséges pénzalap**, a pénzalap elégséges értéke

A minimális pénzalap és 2 hónapra eső teljes biztosítási díj összege.

3.17. **A pénzalap készpénzértéke**

A pénzalap aktuális értékének és a minimális pénzalap értékének különbsége.

3.18. **Díjelégtelenség**

Díjelégtelenség áll fenn, ha a pénzalap készpénzértéke nullára csökken.

3.19. **Kölcsöntartozás**

A biztosítási tartam során a pénzalap terhére felvett, és vissza nem fizetett kölcsön és kamatainak együttes összege.

3.20. **Kezdeti kezelési költség**

A biztosító szerzési költségeinek fedezete. Díjjal arányos költség, amely a pénzalapból – a biztosítási szerződés megkötését követő első hónaptól – a díjesedékesség időpontjában kerül levonásra.

A kezdeti kezelési költség mértékét és levonásának időtartamát az alpbiztosítás különös feltételeinek függeléke tartalmazza.

3.21. **Nyilvántartási költségek**

A biztosító folyamatosan felmerülő költségeinek fedezete. A pénzalapból minden hónap első napján kerül levonásra.

Adminisztrációs költség

A díjfizetés gyakorisága és módja szerint meghatározott díjjal nem arányos költség. Összegét folyamatos díjfizetés esetén a biztosító minden év június 1-jei hatállyal, legfeljebb az akkor érvényes – a biztosító által ajánlott (13. pont) – index mértékében megemelheti.

Az adminisztrációs költség emelésének hatályával egybeeső, illetve az azt követő biztosítási évfordulótól a szerződő az indexált adminisztrációs költség figyelembevételével meghatározott folyamatos díjat kell, hogy fizesse.

Az adminisztrációs költség aktuális összegéről a biztosító a szerződőt az ajánlat felvételekor az adott biztosítás szabályzatában, illetve azt követően évente, legkésőbb 60 nappal a biztosítási évforduló előtt írásban tájékoztatja. Az adminisztrációs költség nagyságát az alapbiztosítás különös feltételeinek függeléke tartalmazza.

Fenntartási költség

A szerződés fenntartásához szükséges költségek fedezete. Díjjal arányos költség, amely a pénzalapból a díjesedéesség időpontjában kerül levonásra. A fenntartási költség mértékét az alapbiztosítás különös feltételeinek függeléke tartalmazza.

3.22. Befektetési költség

A biztosító befektetési költségeinek fedezete. Díjjal nem arányos költség, amely a pénzalapból minden hónap utolsó napján kerül levonásra. A befektetési költség mértékét az alapbiztosítás különös feltételeinek függeléke tartalmazza.

3.23. Kötvényesítési költség

Amennyiben a szerződés az ÁSZSZ. 23.4. pontja (30 napon belüli felmondás) alapján szűnik meg, a befizetésekből levonásra kerül a kötvényesítési költség. A kötvényesítési költség mértékét az alapbiztosítás különös feltételeinek függeléke tartalmazza.

3.24. Befektetési egységekhez kötött életbiztosítás

A biztosítás a befektetéstechnikai kiegészítő érvényességének ideje alatt befektetési egységekhez kötött életbiztosítás, amelyben a befektetési kockázatot a szerződő viseli, a biztosító szolgáltatásaira, elszámolási kötelezettségére stb. a Befektetéstechnikai kiegészítő szabályai érvényesek, amennyiben azok az ÁSZSZ egyéb előírásaitól eltérnek.

4. A SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE, HATÁLYA

- 4.1. A szerződő a biztosítási szerződés létrejöttét írásbeli ajánlattal kezdeményezi. A biztosító jogosult az ajánlat alapján az ajánlattétel időpontjától számított 15 napon belül a biztosítási kockázatot elbírálni.
- 4.2. A szerződés akkor is létrejön, ha a szerződő ajánlatára a biztosító 15 napon belül nem nyilatkozik. Az ajánlat hallgatólagos elfogadása esetén a szerződés az ajánlat aláírásának napjára visszamenő hatállyal jön létre, az ajánlattal egyező tartalommal.
- 4.3. Ha a biztosító az ajánlatot a fentiekben meghatározott határidőn belül elutasítja, az ezen időszak alatt bekövetkezett károkért helytállni nem tartozik. A biztosítási ajánlat aláírásakor fizetett első biztosítási díjat az ajánlat elutasítása esetén a döntést követő 15 napon belül a biztosító kamatmentesen visszafizeti. A díj esetleges határidőn túli visszafizetése a biztosító kockázatvállalását nem befolyásolja.
- 4.4. Az ajánlat esetleges elutasítását a biztosító nem köteles indokolni.
- 4.5. A biztosító a létrejött szerződésről a szerződő számára kötvényt állít ki.
- 4.6. Ha a biztosító csak a szerződés-kötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá, ha a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását közli vele, a tudomására jutástól számított 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására – illetőleg, ha a kockázatot a szabályzat értelmében nem vállalhatja – a szerződést a 30. napra írásban felmondhatja.

5. KOCKÁZATVISELÉS KEZDETE ÉS VÉGE

- 5.1. A biztosítás az azt követő nap 0 órájkor lép hatályba, és kezdődik meg a biztosító kockázatviselése, amikor az első biztosítási díj a biztosító számlájára beérkezett, feltéve, hogy a biztosítási szerződés létrejött, vagy utóbb létrejön.

- 5.2. Ha a szerződő az első díjat a biztosító képviselőjének fizette, a díj legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon a biztosító számlájára beérkezettnek tekintendő.
- 5.3. A biztosító kockázatviselése megszűnik:
- a) a biztosított/két biztosított esetén bármelyiküknek a korábbi, a biztosítási tartamon belül bekövetkező halálát követően azonnal, vagy
 - b) a biztosítási tartam lejáratának napjának 0 órájkor, vagy
 - c) a szerződőnek a biztosítás visszavásárlására vonatkozó írásbeli kérelmének a biztosítóhoz történő beérkezése napjának 0 órájkor, vagy
 - d) a díjelégtelenség időpontjának megfelelő nap 0 órájkor.
 - e) az ÁSZSZ 23.4. pontja szerinti felmondás esetén, a szerződő írásbeli felmondásának beérkezését követő nap 0. órájkor.
- 5.4. A biztosító kockázatviselése a kiegészítő biztosítás(ok) tekintetében megszűnik az alpbiztosítás megszűnésével, illetve a szerződőnek a kiegészítő biztosítás(ok) felmondására vonatkozó írásbeli kérelmének a biztosítóhoz történő beérkezési napot követő hónap első napjának 0 órájkor.
- 5.5. A biztosítás megszűnése esetén a biztosító azon kockázati díjak és költségek levonására jogosult, amelyek a szerződés érvényessége alatt voltak esedékesek. A biztosító mindazon díj visszafizetésére köteles, amely a jelen pont szerint nem illeti meg.

6. KOCKÁZATELBÍRÁLÁS, VÁRAKOZÁSI IDŐ

- 6.1. A biztosítás szolgáltatási összegének nagyságától, a biztosított életkorától, nemétől, az adott biztosítás különös feltételeiben meghatározott egyéb kockázati körülményektől függően a biztosítási kockázat elbírálásához
- nem szükséges sem egészségi nyilatkozat, sem orvosi vizsgálat, vagy
 - a biztosított egészségi nyilatkozata, vagy
 - orvosi vizsgálata, illetve
 - egyéb orvosi iratok szükségeseik.
- A biztosított az elvégzett orvosi vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.
- 6.2. **Az ajánlat aláírásának napjától 6 havi várakozási idő áll fenn.** Ha a biztosítási esemény ezen időn belül bekövetkezik, a biztosító a befizetett folyamatos, egyszeri, illetve rendkívüli díjak nyilvántartási költségekkel csökkentett összegét fizeti ki, és ezzel a biztosítás megszűnik. Orvosi vizsgálattal kötött szerződések esetén a biztosító a várakozási idő alkalmazásától eltekinthet.
- 6.3. A biztosító a hat havi várakozási időtől eltekint, ha a biztosítási esemény a szerződés tartama alatt történt balesettel (8. pont) összefüggésben következett be.
- 6.4. A szerződő és a biztosított a biztosító előírásaitól eltérő esetben is kezdeményezheti saját költségére a biztosító által meghatározott orvosi vizsgálat elvégzését.

7. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

Az alap- és kiegészítő biztosítások különös feltételei szerinti biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító az ott meghatározott biztosítási szolgáltatást teljesíti, illetve biztosítási összeget fizeti ki.

8. BALESET, BALESETBIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK ÉS SZOLGÁLTATÁSOK

Baleset: a biztosítási szerződés tartama alatt a biztosított akaratától független, hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében a biztosított mulékony sérülést szenved.

Balesetbiztosítási esemény: ha a baleset megtörténtétől számított 2 éven belül a biztosított maradandó egészségkárosodása következik be, vagy 1 éven belül meghal, amennyiben erről az alap-, illetve kiegészítő biztosítás szabályzata másként nem rendelkezik.

Nem minősül balesetnek: a megemelés, a rándulás, a foglalkozási betegség (ártalom), a fagyás, a napszúrás és a hóguta. Nem baleset az öngyilkosság, öncsonkítás vagy annak kísérlete, abban az esetben sem, ha azt a biztosított tudatzavarban követte el.

- 8.1. A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértékét a biztosító orvosszakértője állapítja meg, a testi funkcióvesztés, a szövődmények és a balesetből eredő egyéb sérülések figyelembevételével. Más orvosszakértői testületek döntése a biztosítót nem köti. A megállapításra az alábbi táblázatban felsorolt esetekben azonnal, egyébként pedig a balesetet követő 2 éven belül kerül sor.

Egészségkárosodás mértéke	jobb	bal
mindkét szem látásának elvesztése		100%
mindkét felkar, alkar vagy kéz elvesztése		100%
mindkét láb elvesztése combtól		100%
mindkét lábszár elvesztése, protézisre alkalmatlan		100%
mindkét lábszár elvesztése, jó térdfunkcióval		80%
egy oldali comb elvesztése		80%
egy oldali felkar elvesztése	80%	80%
egy oldali alkar elvesztése	70%	70%
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése		70%
egy oldali lábszár elvesztése		70%
egy oldali kézfej elvesztése csuklóból	70%	70%
egy oldali lábfej elvesztése a boka csatlakozásánál vagy felette		40%
egy szem látásának teljes elvesztése		35%
egy fül hallóképességének teljes elvesztése		25%
egy hüvelykujj teljes elvesztése	30%	25%
mutatóujj teljes elvesztése	20%	20%
nagylábujj teljes elvesztése		10%
egyéb kézujj teljes elvesztése	10%	10%
egyéb lábujj teljes elvesztése		3%

- 8.2. Igazolt balkezesség esetén a hüvelykujj teljes elvesztésére vonatkozó százalékok felcserélődnek.
- 8.3. A kifizetésre kerülő szolgáltatási összeg az alap- és kiegészítő biztosítások különös feltételei alapján kerül meghatározásra.
- 8.4. Egy biztosításon belül a kifizetések összesített százalékos mértéke több testrész egyidejű sérülése, vagy többszöri sérülés, illetve több szolgáltatás esetén sem haladhatja meg a 100%-ot.
- 8.5. Egy testrész többszöri sérülése miatti szolgáltatási összeg a 8.1. pontban látható egészségkárosodási táblázatban foglalt, az adott testrésze megállapított egészségkárosodási mértéket nem haladhatja meg.
- 8.6. Az igény alapját képező biztosítási esemény előtt bármely okból már sérült vagy károsodott, funkciójában korlátozott – nem ép – testrészek a biztosításból ki vannak zárva.
- 8.7. Amennyiben a biztosított mulékony vagy maradandó egészségkárosodása a szolgáltatás alapja, úgy az csak abban az esetben téríthető, ha az igényt még a biztosított életében bejelentették, lehetővé téve az elbírálást.

9. A PÉNZALAP MŰKÖDÉSE

- 9.1. A szerződő által fizetett díj az alapt biztosítási szerződés pénzalapjára azzal az időponttal kerül jóváírásra, amikor az a biztosító számlájára beérkezett.

9.2. Többlethozam és költséglevonás rendje:

A biztosító az alpbiztosítási szerződés pénzalapjában kezelt tőkén elért befektetési hozam 100%-át minden hónap utolsó napján a szerződésre jóváírja, valamint levonja a befektetési költséget. Ezt követően, a következő hónap első napjának 0 órájkor levonásra kerülnek az alap- és kiegészítő biztosítások kockázati díjai, az adott hónapban esedékes költségek, valamint a technikai kiegészítők költségei.

10. DÍJFIZETÉS

10.1. A biztosítási díj lehet egyszeri vagy folyamatos. Az egyszeri biztosítási díj a szerződés létrejöttkor esedékes. Folyamatos díjfizetés esetén a biztosítás gyakoriság szerinti első díja a szerződés létrejöttkor, minden későbbi díj pedig előre, annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.

A díjfizetés gyakoriságáról az alpbiztosítás különös feltételei rendelkeznek.

10.2. Amennyiben az alpbiztosítás különös feltételei másképp nem rendelkeznek, a biztosítási díj fizethető csekken vagy banki átutalással.

10.3. A szerződő a díjfizetés gyakoriságát és módját a szerződéskötéskor választja meg, amelynek alapján a gyakoriság szerinti díj a felmerülő mindenkori költségek figyelembevételével kerül megállapításra.

10.4. Folyamatos díjfizetés esetén a biztosítás évfordulóján a szerződőnek lehetősége van a díjfizetési gyakoriság megváltoztatására. Erről a szándékáról írásban, a biztosítási évfordulót 30 nappal megelőzően értesítenie kell a biztosítót.

11. KÖLTSÉGEK MEGHATÁROZÁSA

A biztosítási szerződés fennállása során felmerülő költségek fajtáit és azok mértékét a biztosító az alap- és kiegészítő biztosítások, illetve a technikai kiegészítők különös feltételeinek függelékében határozza meg, melyek a szerződés részét képezik.

A felmerülő költségek esetleges változásáról a biztosító az ajánlott indexszel együtt (13.2. pont) értesíti a szerződőt.

Amennyiben az alap- és kiegészítő biztosítások, illetve technikai kiegészítők különös feltételei másképp nem rendelkeznek, úgy a biztosító a 3.20.–3.22. pontokban meghatározott költségek levonását alkalmazza, az alap- és kiegészítő biztosítás különös feltételeinek függelékében meghatározott mértékben.

12. DÍJELÉGTELENSÉG

12.1. A biztosító a kockázatot a díjelégtelenség időpontjáig viseli. A biztosítási szerződés – az alap- és kiegészítő biztosítások, valamint a technikai kiegészítők együttesen – a díjelégtelenség időpontjának megfelelő nap 0 órájkor maradékjogok nélkül megszűnik, mivel a szerződés készpénzértéke nem nyújt fedezetet az érvényes és esedékes kockázati díjak, valamint költségek levonására.

12.2. A díjelégtelenségről és következményeiről a biztosító értesítést küld a szerződőnek, de a szerződés értesítés nélkül is megszűnik.

13. ÉRTÉKKÖVETÉS

13.1. Folyamatos díjfizetés esetén a szerződő minden évben, az alpbiztosítási szerződés évfordulóján az alap- és kiegészítő biztosítások kockázati biztosítási összegeit és díjait arányosan növelheti (indexálhatja) a biztosító által ajánlott mértékben.

13.2. Az ajánlott index mértékéről, a biztosítási összegek módosításáról, az új biztosítási összegekhez tartozó biztosítási díjakról a biztosító legkésőbb 60 nappal a biztosítási év vége előtt, írásban értesíti a szerződőt.

13.3. A biztosító az általa ajánlott index mértékét a Központi Statisztikai Hivatal adatai alapján határozza meg. Ennek bázisa az indexszám meghirdetését megelőző naptári évre vonatkoztatott éves fogyasztói árindex, amelytől a biztosító 5 százalékponttal eltérhet. Az így meghatározott index az adott év június hó 1-jétől a rákövetkező év május hó 31-éig kerül alkalmazásra.

- 13.4. Az értékkövetés elfogadás esetén a módosított alap- és kiegészítő biztosítási összegeket és díjakat a biztosító a következők szerint állapítja meg:
- 13.4.1. Alapbiztosítások esetén az előző biztosítási évre vonatkozó biztosítási összeg és az ajánlott index szorzatával megnöveli az előző biztosítási évre vonatkozó biztosítási összegeket. Ezzel egyidejűleg az előző biztosítási évre vonatkozó biztosítási díjakat is megnöveli az index és az előző biztosítási évre vonatkozó díj szorzatával.
- 13.4.2. A kiegészítő biztosításoknál összegbiztosítások esetén az indexálás azonos az alapbiztosításoknál alkalmazott móddal (13.4.1. pont). Rokkantsági díjvállalásra szóló kiegészítő biztosítás esetén a díj az átvállalandó díjak indexálás utáni és indexálás előtti összegének arányában nő.
- 13.4.3. A díjnövelési opciót szintén az index mértékével növeli a biztosító.
- 13.5. Folyamatos és egyszeri díjfizetés esetén **a biztosítási díjjal nem arányos költségek** az ajánlott index elutasítása esetén is **az ajánlott index mértékében emelkednek**.
- 13.6. Amennyiben a szerződő a biztosítási év végét legalább 30 nappal megelőzően, ajánlott levélben a biztosító indexálásra vonatkozó javaslatát nem utasítja vissza, úgy azt a biztosító a szerződő által elfogadottnak tekinti. Az évfordulót követően a szerződő a módosított érvényes és esedékes díjat tartozik fizetni.
- 13.7. Az értékkövetés itt meghatározott módszerétől az alap- és kiegészítő biztosítások, valamint a technikai kiegészítők különös feltételei eltérően is rendelkezhetnek.

14. DÍJNÖVELÉSI OPCIÓ

- 14.1. Folyamatos díjfizetés esetén a szerződőnek lehetősége van a biztosítási díjat emelni úgy, hogy az – az alap- és kiegészítő biztosítás kockázati díjai és a biztosítási összegek változtatása nélkül – a biztosítás lejáratát növelje. Erre akkor van lehetőség, ha a díjnövelésre vonatkozó szándékát a szerződő a biztosítási évfordulót legalább 30 nappal megelőzően írásban, ajánlott levélben a biztosítóhoz eljuttatja. A díjnövelési opció a biztosítási díj részét képezi.
- 14.2. A díjnövelési opcióval emelt biztosítási díj mértékét a biztosító korlátozhatja, illetve a díjmelést kockázatelbírálási szempontok figyelembevételével elutasíthatja.
- 14.3. A díjnövelési opció alkalmazásával kapcsolatos kérdésekben az alap- és kiegészítő biztosítások különös feltételei az irányadók.

15. RENDKÍVÜLI DÍJFIZETÉSI LEHETŐSÉG

- 15.1. Folyamatos és egyszeri díjfizetés esetén a szerződőnek a biztosítási tartam során lehetősége van rendkívüli díjfizetés teljesítésére úgy, hogy az – az alap- és kiegészítő biztosítás kockázati díjai és a biztosítási összegek változtatása nélkül – a biztosítás lejáratát növelje.
- 15.2. Kölcsöntartozás esetén a befizetett rendkívüli díj – legfeljebb a kölcsöntartozás erejéig – a fennálló kölcsöntartozást csökkenti.

16. KÖLCSÖN

- 16.1. Folyamatos és egyszeri díjfizetés esetén a szerződő a biztosítási tartam során az alapbiztosítás pénzalapjának terhére kölcsönt vehet fel. A kölcsönfolyósításhoz a biztosító hozzájárulása szükséges.
- 16.2. A kölcsönt kamat terheli, amelynek mértéke változó, mivel minden hónapban megegyezik a pénzalapra 9.2. pont szerint havonta jóváírt befektetési hozam mértékével.
- 16.3. A biztosítási tartam során a felvehető kölcsön mértéke nem haladhatja meg a mindenkori pénzalap és az elégséges pénzalap különbségének értékét. Kölcsön felvételekor az esetleges korábbi kölcsönfelvételtől eredő kölcsöntartozások összeadódnak.
- 16.4. A szerződő kölcsöntartozása nem haladhatja meg a pénzalap készpénzértékét. Amennyiben a szerződő kölcsöntartozása meghaladja a pénzalap készpénzértékét, úgy a szerződés díjelgtelenség miatt, kifizetés nélkül megszűnik.

- 16.5. A kölcsön folyósítása, illetve a felvett kölcsön mértéke nem befolyásolja a pénzalapra jóváírt kamatok és a levonásra kerülő költségek mértékét.
- 16.6. A kölcsöntartozás összegét a szerződő a biztosítási tartam során bármikor visszafizetheti, a rendkívüli díjfizetési lehetőség (15. pont) alapján.
- 16.7. Amennyiben a szerződő kölcsöntartozását a biztosítási tartam végéig nem fizeti meg, úgy azt a biztosító az aktuális lejáratú összegből levonja.
- 16.8. Az alapbiztosítás megszűnése esetén a biztosító a fennálló kölcsöntartozást a szolgáltatási összegből levonja.
- 16.9. A kölcsönfolyósítás és kölcsöntörlesztés itt meghatározott lehetőségétől az alap- és kiegészítő biztosítások, valamint a technikai kiegészítők különös feltételei eltérően is rendelkezhetnek.

17. VISSZAVÁSÁRLÁS, RÉSZVISSZAVÁSÁRLÁS

A visszavásárlással és a részvisszavásárlással kapcsolatos kérdésekben az alpbiztosítás különös feltételei az irányadók.

18. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSE, A TELJESÍTÉSHEZ SZÜKSÉGES IRATOK

- 18.1. A **biztosítási eseményt** annak **bekövetkeztétől számított 8 napon belül be kell jelenteni** a biztosítónak, elmulasztása a közlési és változás-bejelentési kötelezettség megsértésének következményeivel járhat (21.5. pont).
- 18.2. A késedelmes bejelentés esetén a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól, ha emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak. Ebben az esetben az alpbiztosítás különös feltételeiben rögzített készpénzérték kerül kifizetésre.
- 18.3. Az alap- és kiegészítő biztosítások különös feltételeiben meghatározott biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a következő dokumentumok bemutatása szükséges:
- a biztosítási kötvény,
 - a kedvezményezett személyazonosságának igazolása,
 - biztosítási szolgáltatás felvételére való jogosultság igazolása,
 - hatósági eljárás esetén az erre vonatkozó jogerős határozat vagy bírósági ítélet,
 - haláleseti szolgáltatás igénybevétele esetén a halál tényét, időpontját igazoló okirat (halotti anyakönyvi kivonat) és a halál okát igazoló halottvizsgálati bizonyítvány,
 - betegségbiztosítás esetén a betegség kezdetének időpontját, lefolyását igazoló részletes orvosi bizonyítvány,
 - balesetbiztosítás esetén a baleseti eseményt igazoló orvosi dokumentáció (kórházi zárójelentés, ambuláns kezelési alap),
 - a lejáratú szolgáltatás esetén a biztosított életben létét és életkorát igazoló okirat,
 - a különös szerződési feltételekben, az előbbieken túl, előírt egyéb dokumentumok.
- 18.4. A biztosító szükség esetén egyéb igazolásokat is bekérhet, illetve bizonyos kérdések tisztázására maga is beszerezhet adatokat.
- A szükséges okiratok költségeit annak kell viselnie, akinek azok elfogadása érdekében áll. A biztosítót terheli minden olyan költség, amelyet a biztosítási esemény bekövetkezésének bizonyításához igazolhatóan indokolatlanul kért.
- 18.5. A biztosítási szolgáltatás teljesítése legkésőbb az összes szükséges okmány beérkezését követő 30. napon esedékes.

19. KÖZLÉSI KÖTELEZETTSÉG

- 19.1. A szerződő és a biztosított az ajánlat aláírásakor **köteles** a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval **írásban közölni, amelyre vonatkozóan a biztosító kérdést tett fel**, és amit a szerződő és a biztosított ismert vagy ismernie kellett. Felelősségük ebben a vonatkozásban egyetemleges.

- 19.2. A biztosított és a szerződő köteles a biztosító számára lehetővé tenni a biztosítás szempontjából lényeges adatok és körülmények ellenőrzését.
- 19.3. Amennyiben a biztosító az **életkor vagy más kockázati tényező helytelen bevallása** miatt a szerződésre a valós kockázati biztosítási díjnál alacsonyabb díjat számított, de a szerződés a valós életkorral, illetve kockázati tényezőkkel az alap- és kiegészítő biztosítások különös feltételei szerint létrejöhetett volna, úgy a **biztosítási összeg arra az összegre kerül leszállításra**, amely a biztosítás megkötésének időpontjában a biztosított tényleges életkora, illetve kockázati tényezői mellett megfelelt volna.
- 19.4. Ha a díj a helytelen korbevallás folytán magasabb összegben nyert megállapítást – de a szerződés a valós életkorral a szerződés feltételei szerint is létrejöhetett volna –, a biztosító a díjkülönbözetet visszatéríti.
- 19.5. Ha a biztosított valós életkora alapján a biztosítási szerződés nem jöhetett volna létre, a közlési és változás-bejelentési kötelezettség (21.5. pont) megsértésére vonatkozó következmények kerülnek alkalmazásra.
- 19.6. A közlésre, illetőleg a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetében a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályok érvényesek (21.5. pont).

20. VÁLTOZÁS-BEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG

- 20.1. A szerződő és a biztosított **köteles** a biztosítónak **írásban bejelenteni** személyi adatainak (pl. lakcím), továbbá az alap- és kiegészítő biztosítások, valamint technikai kiegészítők **különös feltételeiben rögzített egyéb lényeges körülményeknek a megváltozását, a bekövetkezett biztosítási eseményeket** a változás illetve az esemény beálltától számított 8 napon belül.
- 20.2. A bejelentett körülményváltozás alapján a biztosító mérlegeli a kockázatváltozást, és amennyiben szükséges, jogosult a megváltozott körülményeknek megfelelően a díjat módosítani, a bejelentés kézhezvételétől számított 15 napon belül. A módosított díj a bejelentést követő hónap 1-jével illeti meg a biztosítót.
- 20.3. Ha a biztosított új, vagy később megismert adatai olyan megnövekedett kockázatot jelentenek, amit a biztosító nem vállalhat, a biztosító a szerződést, a tudomására jutástól számított 15 napon belül, írásban a 30. napra felmondhatja.
- 20.4. Amennyiben a biztosított a körülmények változása folytán az alap- és kiegészítő biztosítások különös feltételeiben kizárt kockázatnak teszi ki magát, a biztosító jogosult a szerződést a tudomására jutástól számított 15 napon belül a 30. napra felmondani.
- 20.5. Amennyiben a szerződő és a biztosított a bejelentési kötelezettségének nem tesz eleget, a közlésre, illetve a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályok (21.5. pont), illetve a 19.3. pontban leírtak érvényesek.

21. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE

- 21.1. A biztosító a biztosítási szolgáltatás teljesítése alól **mentesül, ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása miatt halt meg**. Ebben az esetben a pénzalap készpénzértéke – ha a szerződés ilyet tartalmaz – a biztosított örököseit illeti meg, abból a szándékos magatartást tanúsító kedvezményezett nem részesülhet.
- 21.2. A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg és a biztosító a pénzalap készpénzértékét köteles kifizetni, ha a biztosítási esemény a biztosított
- szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben következett be, illetőleg
 - a szerződéskötéstől számított két éven belül elkövetett öngyilkossága miatt következett be – függetlenül attól, hogy azt a biztosított tudatzavarban követte el.
- 21.3. **Mentesülés baleset- és betegségbiztosítások esetében**
- Amennyiben a biztosítási szerződés különös feltételei baleseti és/vagy betegségi szolgáltatást is tartalmaznak, – illetve baleset esetre vállalnak egyéb kötelezettséget, – a biztosítási összeg a 21.1.–2. pontban foglaltakon kívül akkor sem kerül kifizetésre, ha a balesetet, egészségkárosodást vagy betegséget jogellenesen
- a biztosított szándékos, vagy
 - súlyosan gondatlan magatartása okozta.

- 21.4. **Súlyosan gondatlan magatartás** okozta balesetnek, illetve betegségnek minősül, ha a biztosítási esemény
- a biztosított súlyosan ittas állapotával (2,5 ezrelék, illetve ennél magasabb véralkohol-szint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
 - a biztosított által nem orvosi javallatra, vagy nem az előírt adagolásban szedett altató- vagy nyugtatószer, illetve gyógyszer, kábítószer következtében áll be, vagy
 - a biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas (0,08 ezrelék, illetve ennél magasabb véralkohol-szint) gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett,
 - engedélyhez kötött tevékenységnek a biztosított általi engedély nélküli végzése miatt, vagy
 - a biztosított munkavégzése során, a munkavédelmi szabályoknak a biztosított általi súlyos megsértése miatt következett be.
- 21.5. A **közlésre**, illetőleg a **változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetében a biztosító mentesül** a szolgáltatási kötelezettség alól és csak a pénzalap készpénzértékét köteles kifizetni, kivéve, ha
- a biztosított, illetve a szerződő bizonyítja, hogy az elhallgatott, vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte,
 - az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében,
 - életbiztosítási szolgáltatás esetén a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig legalább 5 év eltelt.

22. KOCKÁZATKIZÁRÁSOK

- 22.1. A **biztosító kockázata nem terjed ki** arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll:
- **harc** eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel,
 - **felkelésekkel**, lázadásokkal vagy zavargásokkal,
 - **radioaktív**, illetve ionizáló sugárzással, kivéve az orvosilag előírt terápiás célú sugárkezelést, vagy
 - **HIV fertőzéssel**.
- 22.2. Harci cselekménynek minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, határviellongás, felkelés, forradalom, zendülés, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, népi megmozdulás (pl. nem engedélyezett tüntetés vagy be nem jelentett, illetve nem engedélyezett sztrájk), idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás vagy csak tengeri akció), kommandó támadás, terrorcselekmény.
- 22.3. A biztosító **nem viseli a kockázatot**, ha a biztosított halála, balesete, betegsége **gépi erővel hajtott szárazföldi, légi vagy vízi járműben országos vagy nemzetközi, illetve szervezett amatőr sportversenyen való részvétel következtében, vagy ilyen versenyekre való felkészülés során következik be.**
- 22.4. A biztosító **nem viseli a kockázatot**, ha a biztosított halála, balesete, betegsége nem a szervezett légi forgalom keretében végrehajtott légi úton vagy körrepülésen való részvétel, hanem **egyéb repülés vagy repülősportolás** (pl. ejtőernyős ugrás, sárkányrepülés, siklóernyőzés) **következménye.**
- 22.5. Amennyiben a biztosító kockázatviselése nem áll fenn, az alap- és kiegészítő biztosítások különös feltételeiben rögzített biztosítási szolgáltatás helyett a **pénzalap készpénzértéke** kerül kifizetésre a kedvezményezettnek.

23. VEGYES RENDELKEZÉSEK

- 23.1. Amennyiben a biztosítási szerződés különös feltétele eltér a jelen szabályzattól, úgy az adott pontok esetében az alap és kiegészítő biztosítások, valamint a technikai kiegészítők különös feltételeiben rögzítettek szerint kell eljárni.
- 23.2. Amennyiben a kiegészítő biztosítások, illetve a technikai kiegészítők különös feltételei másképp nem rendelkeznek, úgy a kiegészítő biztosításoknak és technikai kiegészítőknek nincs önálló pénzalapjuk, maradékjoguk, azaz nem díjmentesíthetők, kölcsönrel nem terhelhetők és nem vásárolhatók vissza.

- 23.3. Ha a szerződésben két biztosított szerepel, akkor a szerződés létrejöttéhez és megszüntetéséhez a biztosítottak egybehangzó írásbeli nyilatkozata szükséges. Ha a biztosítás fennállására vonatkozóan a biztosítottak a tartamon belül eltérően nyilatkoznak a biztosítónak, úgy a biztosító az erre vonatkozó feltételek megléte esetén a pénzalap készpénzértékét a szerződésben megnevezett szerződő (díjat fizető) számára fizeti ki.
- 23.4. A szerződő a szerződés létrejöttéről szóló írásbeli tájékoztatás (kötvény) kézhezvételétől számított 30 napon belül a biztosítóhoz küldött nyilatkozattal a biztosítási szerződést írásban – indoklás nélkül – felmondhatja. A felmondó nyilatkozat kézhezvételét követően a biztosító köteles 15 napon belül a szerződő által a biztosítási **szerződéssel kapcsolatban teljesített befizetésekkel elszámolni.**
- 23.4.1. Ebben az esetben a biztosító a befizetett díjakkal a következőképpen számol el: a pénzalap aktuális értékéből levonja a kötvényesítési költséget (3.23. pont), de visszafizeti a megszűnésig levont egyéb költségeket.
- 23.4.2. A felmondott biztosításra a biztosító – az e pont szerinti elszámoláson túl – fizetési kötelezettséggel csak a felmondás beérkezését követő nap 0. órájáig tartozik, de a szolgáltatásból az esedékes kockázati díjakat is levonhatja.
- 23.4.3. A szerződő – az őt megillető felmondási jogról – érvényesen nem mondhat le, de nem illeti meg a felmondás joga a szerződőt a hitelfedezeti életbiztosítás esetén, illetve ha a szerződés tartama a 6 hónapot nem haladja meg.
- 23.5. **A biztosításból eredő igények a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 2 év elteltével elévülnek.**
- 23.6. A szerződő/biztosított a szerződés aláírásával hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító a szerződés körében adatait kezelje, és a 2003. évi LX. törvény (továbbiakban Bit) 155–159. §-ai alapján azokat jogszerűen harmadik személynek átadja.
- 23.7. A biztosító a személyes adatokat a szerződés részét képező, a szerződő és a biztosított aláírásával elfogadott „Tájékoztatás és nyilatkozat az adatkezelésről” okirat figyelembevételével kezeli.
- 23.8. Biztosítási titok minden olyan – államtitoknak nem minősülő –, a biztosító rendelkezésére álló adat, amely az egyes ügyfeleknek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.
- Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a biztosító a törvényben meghatározott célokból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.
 - A biztosító ügyfeleinek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet.
 - Az előző bekezdésben meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést a biztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet, a hozzájárulást a biztosító az ajánlat aláírásával egyidejűleg szerzi be. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.
 - 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.
- 23.9. A biztosító ügyfelei biztosítási titkát csak a törvény, illetve az ügyfél hozzájárulása esetén adhatja át.
- 23.9.1. A törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn:
- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
 - b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel,
 - c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,
 - d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel,
 - e) a b) pontban foglalt esetekben az adóhatósággal,
 - f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
 - g) a biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselővel, ezek érdek-képviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,

- h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
 - i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal,
 - j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésre felhatalmazott szervvel,
 - k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
 - l) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvető biztosítóval,
 - m) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében a Kártalanítási Számlát kezelő szervezettel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel és a kárrendezési megbízottal,
 - n) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel szemben.
- 23.9.2. A nyomozó hatóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére a biztosító köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet
- a) kábítószer-kereskedelemmel,
 - b) terrorizmussal,
 - c) illegális fegyverkereskedelemmel, vagy
 - d) a pénzmosás bűncselekményével függ össze.
- 23.10. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.
- 23.11. Az ajánlat aláírásával a **szerződő/biztosított felmenti az orvosi titoktartás** alól egyrészt a kezelő és vizsgáló orvosokat, egészségügyi intézményeket, másrészt a társadalombiztosítási igazgatási szerveket azon – az egészségi állapottal, fennálló és korábbi betegségekkel, balesetekkel, esetleges halál bekövetkeztével összefüggő – adatoknak a biztosító részére való továbbítása tekintetében, amelyek a biztosító számára a kockázat vagy a szolgáltatási igény elbírálásához szükségesek.
- 23.12. Ha a szerződő/biztosított a biztosítási szerződés szempontjából lényeges körülmények vonatkozásában a titoktartási kötelezettség alól a kezelőorvosokat nem menti fel, de a szerződés létrejött, úgy a biztosító annyiban mentesül a fizetési kötelezettség alól, amennyiben emiatt a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.
- 23.13. A biztosítási szerződés megkötését követően a biztosító évente legalább egyszer tájékoztatást ad az életbiztosítási szerződés szolgáltatási értékéről, aktuális visszavásárlási értékéről és a visszajáró többletozam jóváírásának mértékéről.
- 23.14. A szerződésre a hatályos Személyi jövedelemadóról (továbbiakban: SZJA) szóló törvény, és az Adózás rendjéről szóló törvény (továbbiakban: ART) megfelelő rendelkezései érvényesek. Ha a szerződő az ART szerint kifizetőnek minősül, akkor – az előbbi két jogszabályon kívül – a szerződésre mindazon anyagi jogszabályok (pl. társadalombiztosítási járulékról, egészségügyi hozzájárulásról, foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló törvény, stb.) érvényesek, amelyek érintik a biztosítási jogviszonyból származó jövedelem közteherviselési kötelezettségét.

Biztosító neve:	AEGON Magyarország Általános Biztosító Rt.
Társasági formája:	Részvénytársaság
Székhelyének állama:	Magyar Köztársaság
Biztosító székhelye és címe:	1091 Budapest, Üllői út 1.
Panasziroda címe:	AEGON Magyarország Általános Biztosító Rt. Panasziroda 1813 Budapest, Pf.: 245.
Központi ügyfélszolgálati iroda:	1023 Budapest, Bécsi út 3–5.
Felügyeleti szerv:	Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (PSZÁF) 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

A jogosult panasszal fordulhat a Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőséghez, a PSZÁF-hoz, a Kereskedelmi és Iparkamara mellett működő Békéltető Testülethez, illetve a – számára nem megfelelő – biztosítói döntés ellen bírói út igénybe vételére van lehetőség.