

AEGON CSALÁDI BALESETBIZTOSÍTÁS

Általános Feltételek

I. Alapvető meghatározások

I.1. A jelen feltételek alapján létrejövő szerződés (továbbiakban: Szerződés) keretében az AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt. (továbbiakban: Biztosító) csoportos balesetbiztosítási szolgáltatásokat nyújt. A Biztosítási szerződés alapján a biztosító a szerződésben meghatározott kockázatra fedezetet nyújt, és a kockázatviselés kezdetét követően bekövetkező biztosítási esemény bekövetkezése után a szerződésben meghatározott szolgáltatást teljesíti.

A Szerződés részét képezi:

- a jelen Általános Feltételek,
- a Speciális Feltételek, amelyek a jelen Általános Feltételek Függelékét képezik (I.3. pont)
- és a Kötvény (I.4. pont).

A Biztosítási Szerződés a Szerződő ajánlata alapján jön létre, a megállapodásról a Biztosító Fedezetet igazoló dokumentumot (továbbiakban: Kötvény) állít ki. Az ajánlat akkor fogadható el, ha az ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a biztosító által rendszeresített ajánlati lapon - írásbelinek minősülő online felületen - és a díjszabásnak megfelelően tették.

I.2. A biztosítás alanyai

I.2.1. Szerződő

Szerződő lehet bármely magyarországi állandó lakóhellyel rendelkező 18 évesnél idősebb természetes személy, aki az övével megegyező állandó lakcímen vele életvitelszerűen együtt élő családtagjai számára a Biztosítóval a Szerződésben meghatározottak szerint csoportos balesetbiztosítást köt, és a díjfizetést teljesíti.

I.2.2. Biztosított

Biztosított az a természetes személy lehet, aki a Szerződővel egy állandó lakcímen, vele életvitelszerűen együtt lakik, aki a Szerződő családtagja (házastárs, élettárs, bejegyzett élettárs, egyenes ágbeli rokon, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermek, örökbefogadó-, mostoha- és nevelőszülő, testvér) és aki megfelel az alábbiaknak:

- a) életkora legfeljebb 75 év;
- b) részére rokkantsági ellátást vagy rehabilitációs ellátást nem állapítottak meg, illetve munkaképesség csökkenésének megállapítására irányuló kérelem elbírálása az illetékes magyar társadalombiztosítási szervnél nincs folyamatban.

A Szerződés valamennyi olyan természetes személyre, aki az adott Szerződő vonatkozásában megfelel az I.2.2. Biztosított definíciójának, az érintett személyek írásbeli hozzájárulása nélkül jön létre.

I.2.3. Kedvezményezett

A biztosított életében járó valamennyi biztosítási szolgáltatás *kedvezményezettje* maga a biztosított. A biztosított halála esetén a szolgáltatás(ok) igénybevételére a

biztosított örököse/örökösei jogosult(ak). Kedvezményezett megjelölésére nincs lehetőség.

I.3. A Függelék tartalma

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

I.4. A Kötvény tartalma

A Kötvény tartalmazza:

a) a Szerződő adatait:

- aa) nevét,
- ab) állandó lakcímét,
- ac) születési dátumát,
- ad) személyi igazolvány (vagy azt helyettesítő dokumentum) megjelölését és számát,

b) a biztosítás adatait:

- ba) a szerződés tartamát,
- bb) a kockázatviselés kezdetét,
- bc) a díjfizetés gyakoriságát,
- bd) a választott biztosítási csomagot,
- be) a biztosítás éves díját,
- bf) a szerződésazonosítót,

c) a biztosítás szolgáltatásait a választott biztosítási csomagnak megfelelően.

I.5. Biztosítási csomag

Biztosítási csomagnak tekinthető a Szerződő által választott Speciális Feltételekben meghatározott termékek együttes csoportját. A tartam alatt a csoport összetétele csak közös megegyezéssel módosítható.

II. A csoportos biztosítási szerződés létrejötte és tartama

II.1. A Szerződés a Szerződő által online vagy írásban tett Ajánlat és a biztosítási díj Biztosítóhoz való beérkezését követő nap 0. órájával lép hatályba.

II.2. Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés azon a napon kezdődik, amelyik a szerződés szerinti kockázatviselés és a [1.2.2.](#) Biztosított pont alatt definiált valamennyi feltétel, de különösen a Szerződővel való közös állandó lakcím teljesülésének napja közül a későbbi. A Szerződővel közös állandó lakcím feltétel teljesülését a Biztosító – a kár bekövetkeztekor vizsgálja - a lakcímkártya kiállításának dátumának figyelembevételével.

II.3. A Szerződés egy évre jön létre. A biztosítási időszak szintén egy év és megegyezik a szerződés tartamával.

III. A Szerződés és a kockázatviselés megszűnése

III.1. A Szerződés megszűnik:

- a) a kockázatviselés kezdetétől számított 365. napot követően (a tartam végén); vagy
- b) díj nemfizetés esetén az IV.3. pontban foglaltak szerint; vagy

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

- a) ha a biztosítottra vonatkozóan az I.2.2. pont *Biztosított* címszó alatt definiált a) vagy b) feltételek bármelyike már nem áll fenn, úgy az adott biztosítási időszak végével;
- b) közlési kötelezettség megsértése esetén a V.4. pontban foglaltak szerint;
- c) a biztosított halálával
- d) a szerződő helyébe a biztosítottak egyike sem léphet, így a szerződés nem tartható hatályba.

III.3. Az egyes biztosítottak vonatkozásában a biztosítási szerződés fennállása során a Biztosító kockázatviselése az alábbiak szerint megváltozik:

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

IV. Díjfizetés

IV.1. A Biztosító a csoportos balesetbiztosítás érvényes díját a választott biztosítási csomag alapján a díjszabások szerint a Kötvényen rögzített biztosítási időszakra vonatkozóan állapítja meg. A díj az Ajánlat ügyfél általi megtételével, vagyis a szerződés létrejöttével esedékes.

IV.2. A Szerződő vállalja, hogy a csoportos balesetbiztosítás díját – a díj esedékességének megfelelően – egy összegben fizeti meg. Amennyiben a Szerződő a biztosítás érvényes díjánál kevesebbet fizet, úgy a díj nemfizetés esetére vonatkozó szabályok lépnek életbe (IV.3. pont).

IV.3. Ha a Szerződő a csoportos biztosítás érvényes díját az esedékesség napjáig nem egyenlíti ki, úgy a Biztosító - a következményekre történő figyelmeztetés mellett - a Szerződőt a felszólítás elküldésétől számított harminc napos póthatáridő tűzésével a díjfizetés teljesítésre írásban felhívja. Amennyiben a Szerződő az elmaradt díjat ezen idő alatt sem fizeti meg, úgy a Szerződés az elmaradt esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik.

IV.4. Amennyiben a szerződés valamennyi biztosítottra megszűnik – kivéve, ha biztosítási esemény bármely biztosítottra vonatkozó bekövetkezése miatt szolgáltatás történik - a megszűnés napjára visszamenőleg a díj visszafizetendő.

IV.5. Amennyiben a Biztosító kockázatviselésének ideje alatt biztosítási esemény következik be, úgy az adott biztosítási időszakra járó esetlegesen elmaradt díjat a Biztosítónak jogában áll a kifizetésre kerülő szolgáltatás(ok) összegéből levonnia.

V. Közlési kötelezettség és megsértésének következményei

- V.1.** A Szerződő a szerződéskötés és a Szerződés fennállása során köteles a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt, adatot vagy annak változását a valóságnak megfelelően közölni a Biztosítóval, amelyet ismert vagy ismernie kellett, és amelyre a Biztosító kérdést tett fel. A közlési kötelezettség a Szerződőt terheli.
- V.2.** A Szerződő és a biztosítottak kötelesek az általuk közölt adatok ellenőrzését a Biztosító részére lehetővé tenni. A Szerződő és a Biztosítottak a Biztosító által feltett kérdésekre adott valóságnak megfelelő válaszokkal közlési kötelezettségüknek eleget tesznek.
- V.3.** Közlési kötelezettség megsértése esetén a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító ismerte, illetve, hogy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.
- V.4.** Ha a közlési kötelezettség megsértéséről a Biztosító a biztosítás fennállása alatt szerez tudomást, akkor a tudomásra jutástól számított 15 napon belül a Szerződés adott biztosítottja vonatkozó módosítására javaslatot tehet, vagy a biztosítottja vonatkozó szerződést felmondhatja..

Amennyiben a javaslatot a Szerződő 15 napon belül elfogadta, úgy a Szerződés a Biztosító javaslata szerint módosul. Ha a szerződő fél a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított tizenöt napon belül nem válaszol, úgy az adott Biztosítottja vonatkozó szerződés a módosító javaslat közlésétől számított harmincadik napon megszűnik, feltéve, hogy erre a Szerződő figyelmét felhívták.

VI. Kizárások a kockázatviselésből, mentesülések

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

- a) államok közötti fegyveres összeütközés, polgárháború, vagy más harci cselekmény;
- b) sugárfertőzés;
- c) a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 2 éven belül elkövetett öngyilkossága, öngyilkossági kísérlete;
- d) a biztosított szándékos magatartása;
- e) a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye.

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

- f) a Speciális feltételek további mentesülési okokat is megjelölhetnek, amennyiben azok jogellenes és súlyosan gondatlan magatartással függnek össze..

VI.2. Amennyiben a biztosított valamely örökös(ök) szándékos magatartása következtében vesztí életét, a Biztosító a többi örökös részére fizeti ki a szolgáltatást, és abból az érintett örökös(ök) nem részesülhet(nek).

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

VII. Vegyes rendelkezések

VII.1. A Biztosító teljesítésének feltételei:

- a) A biztosítási esemény bekövetkeztét – a szolgáltatás iránti igénnyel együtt – 30 napon belül kell a Biztosítónak bejelenteni. A biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a szerződő fél, illetve a biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését 30 napon belül a biztosítónak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetatlenné válik. .
- b) A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás(ok) kifizetéséhez – a vonatkozó Speciális Feltételekben meghatározottakon kívül – az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:
 - a szolgáltatás iránti igénybejelentés; a biztosítás adott biztosítottra vonatkozó érvényességének és szükség esetén a díjfizetésnek az igazolása;
 - a kedvezményezettség megállapításához szükséges okirat, illetve az I.2.3. pont szerinti kedvezményezett(ek)et igazoló okirat (közjegyzői végzés, öröklési bizonyítvány, bírósági ítélet);
 - hatósági eljárás esetén az eljárást megtagadó vagy megszüntető határozat, illetve ítélet, határozat;
 - a jogosult személyének igazolása.
- c) a Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésével összefüggő szolgáltatása teljesítésének esedékességét a szerződésben és a feltételekben megjelölt károk és költségek igazolására felsorolt okiratokon kívül egyéb okirat benyújtásától függővé nem teheti, annak benyújtását nem követelheti;
- d) a biztosítási szolgáltatás teljesítésének esedékességét nem kötheti a bejelentett káresemény tekintetében indult büntető- vagy szabálysértési eljárás jogerős befejezéséhez;
- e) a Biztosítottnak minden esetben joga van azonban olyan további bizonyítékok felmutatására, amelyeket – a bizonyítás általános szabályai szerint – követelésének érvényesítéséhez szükségesnek lát, mivel a bizonyítás minden esetben annak a kötelezettsége, aki arra tekintettel igényt támaszt.
- f) A Biztosító szolgáltatásait az elbíráláshoz szükséges összes irat kézhezvételétől számított 30 napon belül köteles teljesíteni.
- g) A csoportos biztosításból eredő igények **elévülési ideje 2 év.**

VII.2. A Szerződés hatálya alá tartozó biztosítások csoportos balesetbiztosításoknak minősülnek. Nem vásárolhatók vissza, nem díjmentesíthetők, és rájuk kölcsön sem igényelhető, megszűnésük esetén maradékjogok nem keletkeznek.

VII.3. A biztosítóhoz való minden bejelentésnek a biztosítóhoz történő eljuttatása a szerződő kötelessége. A Szerződő köteles tájékoztatni a biztosítottakat a biztosítási Szerződés tartalmáról, az abban bekövetkező valamennyi változásról.

VII.4. A szerződő a szerződés aláírásával hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító a szerződés körében a személyes és különös adatokat kezelje, és a 2003. évi LX. törvény (továbbiakban Bit) 155-159. §-ai alapján azokat jogszerűen harmadik személynek átadja.

VII.5. A biztosító a személyes adatokat a szerződés részét képező, a szerződő hozzájárulásával elfogadott „Tájékoztatás és nyilatkozat az adatkezelésről” okirat figyelembevételével kezeli.

VII.6. 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.

VII.7. 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 hozzájárulást a biztosító az ajánlat aláírásával egyidejűleg szerzi be.

VII.8. . A Biztosító ügyfeleinek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási Szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási Szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási Szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (továbbiakban: Bit) által meghatározott egyéb cél lehet.

VII.9. Az előző bekezdésben meghatározottaktól eltérő célból végzett adatkezelést a biztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet, a hozzájárulást a biztosító az ajánlat elfogadásával egyidejűleg szerzi be. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

VII.10. 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.

VII.11. A biztosító ügyfelei biztosítási titkát csak a törvény illetve az ügyfél hozzájárulása esetén adhatja át. A törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn:

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

VII.12. A biztosító a 2003. évi LX. törvény (Bit.) 161/A §-ában és a jelen szerződésben foglalt felhatalmazás alapján, az általa szervezett veszélyközösség érdekeinek megóvása érdekében - a jogszabályokban foglalt vagy szerződésben vállalt kötelezettségeinek teljesítése során a szolgáltatásoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából- megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz az általa kezelt, a Bit-ben meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződésben rögzített adatok részére történő kiadása érdekében. A biztosító ezen adatokat a Bit-ben meghatározott időtartamon át kezeli. A szerződő/biztosított a biztosító által megkeresés útján megszerzett és kezelt Bit. szerinti adatokról tájékoztatást kérhet.

VII.13. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

VII.14. Ha a szerződő/biztosított a biztosítási szerződés szempontjából lényeges körülmények vonatkozásában a titoktartási kötelezettség alól a kezelőorvosokat egyéb egészségügyi szervezeteket 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.

VII.15. 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.

VII.16. Jelen szerződésre a magyar jog érvényes és a szerződés nyelve magyar.

VII.17. Biztosító neve: AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt.

Társasági formája: zártkörűen működő részvénytársaság,
Székhelyének állama: Magyarország

Biztosító székhelye és címe: 1091 Budapest, Üllői út 1.
Panaszügyintézés: 1091 Budapest, Üllői út 1., Csoportos Biztosítások Üzletág
Központi ügyfélszolgálati iroda: 1023 Budapest, Bécsi út 3-5.
Felügyeleti szerv.: MNB 1054 Budapest, Szabadság tér 8-9.

VII.18. A panaszos a Szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén bírósághoz fordulhat, vagy a Pénzügyi Békéltető Testület eljárását kezdeményezheti, kivéve, ha felelősségbiztosítás károsultja a panaszos. A Békéltető Testület elérhetősége: Levélcím: MNB H-1525 Budapest BKKP Pf.: 172., telefon: 061-4899-100, e-mail címe: pbt@mnbb.hu. Fogyasztóvédelmi eljárás: A szolgáltató magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó, 2010. évi CLVIII. Psztv. fogyasztóvédelmi rendelkezéseinek megsértése esetén fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhető. Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank, 1534 Budapest, BKKP Pf. 777. telefon: 06-40-203-776, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu. Bíróság: az ügyre hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bíróság.

AEGON CSALÁDI BALESETBIZTOSÍTÁS

Speciális Feltételek

Baleseti halál esetére szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező halálos kimenetelű balesete.

*Jelen biztosítási feltétel szerint **baleset** a szerződés hatálya alatt a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesetet követő 1 éven belül - de még a tartam alatt - meghal. E biztosítás szempontjából a megemelések, rándulások, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.*

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális Kötvényben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.

3. A Biztosító szolgáltatása nem kerül kifizetésre mentesülés miatt, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta

A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha

- az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

4. A szolgáltatás igénybevevőjének a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek VII/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:

- halotti anyakönyvi kivonat,
- a halál baleseti eredetét igazoló orvosi bizonyítvány
- a szerződő és a szolgáltatás igénybevevőjének családi viszonyát igazoló dokumentum(ok),
- a szolgáltatás igénybevevője lakcímkártyájának másolata,
- a szerződő lakcímkártyájának másolata, vagy a szerződő halála esetén az érvényes kötvény másolata.

5. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Családi Balesetbiztosítás Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Közlekedési baleseti eredetű halál esetére szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező halálos kimenetelű közlekedési balesete.

*Jelen biztosítási feltétel szerint **baleset** a szerződés hatálya alatt a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesetet követő 1 éven belül meghal.*

*Jelen biztosítási feltétel szerint **közlekedési baleset** a Biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként elszenvedett szárazföldi közúti balesete. Járműnek tekinthető jelen biztosítás szempontjából a KRESZ-ben ekként meghatározott közlekedési eszköz.*

***Nem minősül közlekedési balesetnek** a gyalogost, vagy utast érő olyan baleset, amelynek bekövetkeztében semmilyen mozgó jármű nem hatott közre, illetve a kerékpárost ért olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos közlekedése nem hatott közre.*

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a közlekedési baleset időpontjában aktuális *Kötvényben* meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.

3. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek VI. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a közlekedési balesetet a Kedvezményezett szándékos, illetve a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta. A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha

- az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

4. A szolgáltatás igénybevevőjének a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek VII/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:

- rendőrségi jegyzőkönyv,
- üzemi baleset esetén az arról készült jegyzőkönyv,
- a baleseti sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi igazolások,
- a halál baleseti eredetét igazoló orvosi bizonyítvány,
- halotti anyakönyvi kivonat,
- a szerződő és a szolgáltatás igénybevevőjének családi viszonyát igazoló dokumentum(ok),
- a szolgáltatás igénybevevője lakcímkártyájának másolata,
- a szerződő lakcímkártyájának másolata, vagy a szerződő halála esetén az érvényes kötvény másolata.

5. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Családi Balesetbiztosítás Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Baleseti eredetű maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodás esetére szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

A biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező, még életében a Biztosítóhoz bejelentett és a Biztosító által megállapított maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodását (megrokkánását) okozó balesete.

*Jelen biztosítási feltétel szerint **baleset** a szerződés hatálya alatt a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesetet követő 2 éven belül maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodást (megrokkánást) szenved. E biztosítás szempontjából a megemelések, rándulások, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.*

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális Kötvényben meghatározottak szerint fizet térítést. A 10%-ot meg nem haladó mértékű baleseti rokkantság esetén a Biztosító egyösszegű térítést fizet a Kötvényen feltüntetett „Baleseti részleges rokkantság” szolgáltatásnak megfelelően. 10%-ot meghaladó mértékű baleseti rokkantság esetén a Biztosító a Kötvényen feltüntetett „Baleseti rokkantság” szolgáltatás biztosítási összegének az egészségkárosodás fokával megegyező százalékát fizeti ki.

3. Végtagok, illetve szervek elvesztése esetén a maradandó egészségkárosodás mértéke a következő táblázat szerint kerül megállapításra:

Testrészek egészségkárosodása	Az egészségkárosodás mértéke
mindkét szem látóképességének elvesztése	100%
mindkét felkar, alkar vagy kéz elvesztése	100%
egyik kar vagy kéz, és comb vagy lábszár együttes elvesztése (azaz felső végtag és alsó végtag együttes csonkolása)	100%
mindkét comb elvesztése	100%
mindkét lábszár elvesztése	90%
mindkét lábfej elvesztése (boka szintjében)	90%
egyik comb elvesztése	80%
egyik felkar elvesztése	80%
egyik lábszár elvesztése	70%
egyik alkar elvesztése	70%
beszélőképesség teljes elvesztése	70%
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	70%
jobb kéz elvesztése (csukló szintjében)	65%
bal kéz elvesztése (csukló szintjében)	50%
egyik lábfej teljes elvesztése (boka szintjében)	40%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	25%

Ha a biztosított a bizonyítani tudja, hogy balkezes, úgy a fenti táblázatban a jobb- és balkéz elvesztésére vonatkozó egészségkárosodási százalékok felcserélődnek.

Az itt fel nem sorolt esetekben a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvos-szakértője állapítja meg. E biztosítás szempontjából a

baleseti eredetű egészségkárosodás mértékének megállapítása független más orvos-szakértői testület döntésétől.

4. A baleset előtt bármely okból már maradandóan károsodott, vagy nem ép testrészek, szervek a biztosításból ki vannak zárva.
5. A Biztosító szolgáltatásait a táblázatban felsorolt esetekben az elbíráláshoz szükséges iratok beérkezésétől számított 30 napon belül teljesíti. Egyéb esetekben a baleset utáni maradandó egészségkárosodás mértéke általában egy év elteltével, legkésőbb azonban 2 évvel a baleset után kerül megállapításra.
6. A baleseti maradandó egészségkárosodási szolgáltatások esetében egy biztosítottra vonatkozóan a kifizetett szolgáltatások összesített százalékos mértéke nem haladhatja meg a 100%-ot, függetlenül az egészségkárosodást előidéző balesetek, illetve sérülések számától.
7. A Biztosító szolgáltatása nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesetet a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.
A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha
 - a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
 - b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
 - c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
 - d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.
8. **A szolgáltatás igénybevevőjének a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek VII/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:**
 - a baleseti sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi igazolások
 - a szerződő és a szolgáltatás igénybevevőjének családi viszonyát igazoló dokumentum(ok),
 - a szolgáltatás igénybevevője lakcímkártyájának másolata,
 - a szerződő lakcímkártyájának másolata, vagy a szerződő halála esetén az érvényes kötvény másolata.
9. **A jelen balesetbiztosításra az AEGON Családi Balesetbiztosítás Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.**

Baleseti eredetű csonttörés, csontrepedés esetére szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező balesete, amelynek következtében csonttörést, illetve csontrepedést szenved.

*Jelen biztosítási feltételek alkalmazása szempontjából **baleset** a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított csonttörést, illetve csontrepedés szenved. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás valamint a fogsérülés nem minősül balesetnek.*

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális *Kötvényben* meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.

3. Ugyanazon balesetből kifolyólag a biztosítási összeg csak egyszeresen kerül kifizetésre, függetlenül attól, hogy az adott baleset egy vagy több testrészén okozott sérülést.

4. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek VI. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre mentesülés miatt, ha bizonyítást nyer, hogy a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesetet a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.

A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha

- az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

5. A szolgáltatás igénybevevőjének a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek VII/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratot kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:

- csonttörést vagy csontrepedést dokumentáló orvosi igazolások
- a szerződő és a szolgáltatás igénybevevőjének családi viszonyát igazoló dokumentum(ok),
- a szolgáltatás igénybevevője lakcímkártyájának másolata,
- a szerződő lakcímkártyájának másolata, vagy a szerződő halála esetén az érvényes kötvény másolata.

6. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Családi Balesetbiztosítás Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Balesetből eredő műtétekre szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

A biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó és jelen kockázatra is kiterjedő kockázatviselésének hatálya alatt történt **balesete következtében** a biztosított a kockázatviselés hatálya alatt orvos által elvégzett és orvosilag indokolt **műtét**.

*Jelen biztosítás szempontjából **műtéten** olyan terápiás célú sebészeti eljárást kell érteni, amelyet kórházban (lásd 3. pont), az érvényes orvosszakmai szabályok betartásával végeznek és szerepel a mellékelt Műteti táblázatban felsorolt műtétek, illetve sebészeti beavatkozások között, és a beavatkozás ugyanott nem kerül kizárásra. Jelen biztosítási feltételek alkalmazása szempontjából **baleset** a biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében a biztosított 3 hónapon belül orvosilag indokolt műtétet végeznek. E biztosítás szempontjából a megemelések, rándulások nem minősül balesetnek.*

Nem biztosítási esemény az olyan műtét, amelynek szükségessége okozati összefüggésben áll a biztosított testrészeinek, illetve szerveinek a biztosítás hatályba lépését megelőzően már kialakult károsodásával.

2. Biztosítási szolgáltatás

A Biztosító a műtéteket a biztosítási szolgáltatás szempontjából két kategóriába - **térített és kizárt műtétek** - sorolja be.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító az adott biztosítottra vonatkozóan **műteti térítést** fizet. A műteti térítés összege a biztosított végrehajtott műteti eljárás kategóriájához tartozó - a baleset időpontjában aktuális Kötvényben meghatározott - biztosítási összeg.

Ha **egyazon műtét során ugyanazon testrészen, vagy szerveen több sebészeti eljárást** végeznek, akkor az adott testrészen, vagy szerveen végzett sebészeti eljárások miatt esedékes biztosítási szolgáltatás csak egyszer kerül kifizetésre.

Ha **egyazon műtét során több testrészen, vagy szerveen** végeznek **sebészeti eljárásokat**, akkor a biztosítási szolgáltatás az egyes testrészeken, vagy szerveken történt beavatkozások alapján esedékes biztosítási szolgáltatások összege, de nem haladhatja meg a biztosítási összeg háromszorosát.

A Biztosító a szolgáltatás teljesítését a biztosítottnak a Biztosító orvosa által történő **felülvizsgálat**ához kötheti.

3. A Szerződés alkalmazása szempontjából **kórháznak** minősülnek az egészségügyi hatóságok által a vonatkozó törvényeknek és jogszabályoknak megfelelően engedélyezett és ilyenként nyilvántartott kórházak, klinikák, amelyek

- működésének elsődleges célja, hogy diagnosztikus és terápiás, orvosi és ápolási kapacitásokat tartsanak fenn sérült vagy beteg emberek fekvőbeteg-gyógyellátására,
- állandó orvosi felügyelet és irányítás alatt állnak, és
- feladataikat folyamatos munkarendben szakképzett ápolószemélyzet bevonásával látják el.

4. **A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek VI. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre**, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta.

A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha

- a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

5. **A szolgáltatás igénybevevőjének a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek VII/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:**

- kórházi zárójelentés, illetve egyéb kórházi, orvosi dokumentum, amely igazolja a műtéti beavatkozás baleseti eredetét és tartalmazza annak pontos megnevezését, illetve leírását,
- a nem magyarországi kórházi ellátás esetén a fentiek hiteles fordítását,
- a szerződő és a szolgáltatás igénybevevőjének családi viszonyát igazoló dokumentum(ok),
- a szolgáltatás igénybevevője lakcímkártyájának másolata,
- a szerződő lakcímkártyájának másolata, vagy a szerződő halála esetén az érvényes kötvény másolata.

6. **A jelen balesetbiztosításra az AEGON Családi Balesetbiztosítás Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.**

7. **Kizárások:**

- bőrvarratok és szövődményeik ellátása
- műtéti sebek/hegek műtétet követő ellátása (sebtisztítás, váladékelvezetés)
- műtét során behelyezett idegen anyagok (pl. lemez, szeg) eltávolítása
- bőrfelszíni és bőr alatti szövetek sérüléseinek műtéti ellátása
- idegen test eltávolítása bőr alatti szövetekből, testnyílásokból
- fogászati műtétek, fogeltávolítás
- I-II fokú égések ellátása

Baleseti eredetű égési sérülésre szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező baleseti eredetű égési sérülése.

*Jelen biztosítási feltétel szerint **baleset** a szerződés hatálya alatt a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a biztosított a balesetet követő 1 éven belül múltékony vagy maradandó sérülést szenved.vagy meghal.*

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális *Kötvényben* meghatározott biztosítási összegnek az égési sérülés súlyosságától függő részét fizeti ki.

A térítés mértéke az égési sérülés fokától és kiterjedtségétől függően a következő:

Térítés: a biztosítási összeg táblázat szerinti százaléka	Testfelület		
Mélység	0-10%	11-40%	41-100%
I. fokú	-	-	10%
II. fokú	10%	25%	50%
III. fokú	50%	100%	200%

Ha a Biztosított egy biztosítási esemény következtében többféle fokú és/vagy kiterjedtségű égési sérülést szenved, akkor a Biztosító a szolgáltatásának mértékét a legmagasabb fokú és/vagy kiterjedtségű sérülés figyelembevételével állapítja meg.

A Biztosított igazoltan az égési sérülések következtében hal meg, akkor a Biztosító a kedvezményezett részére az égési sérülések fokától és kiterjedtségétől függetlenül a balesetkor aktuális összeg 100%-át fizeti, de levonásba helyezi az addig erre a sérülésre már kifizetett összegeket.

Az égési sérülés mértékét az okozati összefüggés fennállását a biztosító orvosa állapítja meg és az független más hatósági, egészségügyi vagy biztosítási szerv döntésétől.

3. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek VI. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy az égési sérülés a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartásával összefüggésben következett be.

A biztosítási esemény akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha

- az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy

- c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

4. A szolgáltatás igénybevevőjének a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek VII/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:

- kórházi zárójelentés,
- a sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi igazolások,
- üzemi baleset esetén az arról készült jegyzőkönyvet,
- a szerződő és a szolgáltatás igénybevevőjének családi viszonyát igazoló dokumentum(ok),
- a szolgáltatás igénybevevője lakcímkártyájának másolata,
- a szerződő lakcímkártyájának másolata, vagy a szerződő halála esetén az érvényes kötvény másolata,

A biztosított halála esetén továbbá:

- a halotti anyakönyvi kivonat,
- a halottvizsgálati bizonyítvány.

5. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Családi Balesetbiztosítás Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

AEGON CSALÁDI BALESETBIZTOSÍTÁS

Melléklet

Választható csomagok és szolgáltatási összegek:	MINI	OPTI	MAXI
<u>Baleseti halál</u>	500 000 Ft	1 000 000 Ft	1 500 000 Ft
<u>Közlekedési baleseti halál</u>	1 000 000 Ft	2 000 000 Ft	3 000 000 Ft
<u>Baleseti rokkantság (11-100%, arányos térítés)</u>	600 000 Ft	1 200 000 Ft	1 800 000 Ft
<u>Baleseti részleges rokkantság (1-10%, egyösszegű térítés)</u>	50 000 Ft	100 000 Ft	150 000 Ft
<u>Baleseti műtéti térítés</u>	10 000 Ft	20 000 Ft	30 000 Ft
<u>Baleseti eredetű csonttörés</u>	10 000 Ft	20 000 Ft	30 000 Ft
<u>Baleseti eredetű égés</u>	30 000 Ft	60 000 Ft	90 000 Ft