

Aegon Csoportos Biztosítások

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 kockázati élet-, baleset-, betegség- és speciális szolgáltatású egészségbiztosításokat nyújt. A Biztosító a Szerződésben meghatározott kockázatra nyújt fedezetet, és a kockázatviselés kezdetét követően bekövetkező biztosítási esemény bekövetkezése után a Szerződésben meghatározott szolgáltatást teljesíti. Biztosítási szerződést az köthet, aki a biztosítandó személy(ek)hez fűződő jogviszony alapján a biztosítási esemény elkerülésében - életkor elérésére, születésre vagy házasságkötésre szóló életbiztosítás esetén a biztosítási esemény bekövetkezésében - érdekelt, vagy aki a szerződést az érdekelt személy javára köti meg. Az e rendelkezés ellenére kötött szerződés semmis.

Nem válik a Szerződés tartalmává bármely olyan szokás, amelynek alkalmazásában a Szerződő és a Biztosító korábbi üzleti kapcsolatukban megegyeztek és más gyakorlat, amelyet egymás között kialakítottak, hacsak az előbbiek alkalmazásában a Szerződésben nem állapodnak meg. Nem válik továbbá a Szerződés tartalmává a biztosítási szektorban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás akkor sem, ha a Szerződés azzal ellentétes kikötést nem tartalmaz, vagy arról nem rendelkezik.

A Szerződés részét képezi:

- a jelen Általános Feltételek,
- a Speciális Feltételek, amelyek a jelen Általános Feltételek Függelékét képezik (I.3. pont)
- az Ajánlat, amely
 - a Mellékletből (I.4. pont)
 - a Biztosítotti Nyilatkozatból (I.6. pont),
 - és az Adatközlőből (I.5. pont) áll,
- az Adatvédelmi tájékoztató csoportos biztosításokhoz nevű dokumentumból,
- továbbá a Szerződés létrejöttét igazoló Kötvény.

- I.2. A Szerződés – a Szerződő írásbeli ajánlata alapján – a Szerződő és a Biztosító írásbeli megállapodásával jön létre, mely megállapodásról a Biztosító fedezetet igazoló dokumentumot (továbbiakban: Kötvény) állít ki. A biztosítás alanyai**

I.2.1. Szerződő

Szerződő lehet bármely Magyarországon működő jogi személy, vagy egyéb gazdálkodó szervezet, amely az érdekkörébe tartozó természetes személyek számára a Biztosítóval a Szerződésben meghatározottak szerint csoportos biztosítást köt, és a díjfizetést teljesíti.

A Szerződő érdekkörébe tartozó természetes személy lehet különösen – Szerződésben megjelölve - a Szerződő munkaviszony keretében foglalkoztatott munkavállalója, megbízottja, tagja, tisztségviselője, annak hozzátartozója.

I.2.2. Biztosított

Biztosított az lehet, akit a Szerződő az Adatközlőben - az I.5. pont szerint - biztosításra jelöl, és egyidejűleg megfelel az alábbiaknak:

- a) életkora 14 és 65 év között van;
- b) részére rokkantsági ellátást vagy rehabilitációs ellátást nem állapítottak meg, illetve munkaképesség csökkenésének megállapítására irányuló kérelem elbírálása az illetékes magyar szakigazgatási szervnél nincs folyamatban;
- c) jogviszonya illetve egyéb kapcsolata a Szerződővel az Ajánlaton részletezettek szerint fennáll.

Ha a Szerződés bármilyen speciális szolgáltatású egészségbiztosítást is tartalmaz, vagy arra a későbbiekben kiterjesztik, úgy

d) a Szerződővel munkaviszonyban áll, vagy a Szerződő által kölcsönzött munkaerő.

A Szerződés adott Biztosítottra vonatkozó teljes körű érvényességéhez a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Ezen hozzájárulását a Biztosított a Biztosítotti Nyilatkozat kitöltésével és annak sajátkezű aláírásával teszi meg.

Amennyiben a Biztosított a Biztosítotti Nyilatkozatot nem írja alá, vagy az abban foglaltakhoz megfelelő formában nem járul hozzá, a Szerződés rá vonatkozóan létrejöhet, de abban a kedvezményezett-jelölés nem érvényes.

A Szerződésbe a Biztosított szerződőként nem léphet be, csak a Szerződő -Biztosítóval egyeztetett – rá vonatkozó engedélye alapján.

Ha a Biztosított életkora a 18 évet nem éri el, akkor a Szerződés megkötéséhez a törvényes képviselőt gyakorló szülő engedélye is szükséges.

I.2.3. Kedvezményezett

A Biztosított életében járó valamennyi biztosítási szolgáltatás *kedvezményezettje* maga a Biztosított, feltéve, hogy a Biztosítotti Nyilatkozatban erről másképp – a Szerződővel egyetértésben – nem rendelkezik.

A Biztosított halála esetén a szolgáltatás(ok) igénybevételére a Biztosítotti Nyilatkozaton erre írásban megjelölt – Szerződő által is elfogadott – kedvezményezett(ek) jogosult(ak). Amennyiben együttes kedvezményezett jelölésre nem került sor, úgy a halál esetén járó szolgáltatási összeg(ek) a Biztosított örökösét/örököseit illeti(k) meg.

A kedvezményezés bármely szolgáltatás vonatkozásában a Szerződő és a Biztosított a Biztosítóhoz intézett egybehangzó nyilatkozatával változtatható meg.

A kedvezményezett jelölés hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezte előtt meghal. Gazdálkodó szervezet kedvezményezettként jelölése esetén a jogutód nélkül megszűnés jelenti a jelölés hatálytalanná válását. Amennyiben új kedvezményezett jelölésre nem került sor, úgy a halál esetén járó szolgáltatási összeg(ek) a Biztosított örökösét/örököseit, a Biztosított életében esedékes szolgáltatások pedig a Biztosítottat illeti(k) meg.

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 Speciális Feltételek csak az Általános Feltételekkel együttesen, és az egyértelmű felsorolásban szereplő kockázatokra és Biztosítottakra érvényesek.

I.4. A Melléklet tartalma

A Melléklet tartalmazza:

- a) azon csoportok meghatározását (munkakörök, besorolások, kapcsolatok stb.), amelyekre a Szerződő a Biztosítóval a Biztosítási Szerződés keretében biztosítást köt,
- b) az egyes csoportokhoz kapcsolódó biztosítási termékek felsorolását,
- c) kockázati élet-, baleset- és betegségbiztosítások esetében az egyes csoportokra vonatkozó biztosítási összegek nagyságát az adott biztosítási termék(ek) szerint. A biztosítási összegek lehetnek azonos mértékűek (fixek), vagy bérarányosak, de adott csoporton belül szolgáltatásonként minden csoporttagra azonosnak kell lennie,

- d) speciális szolgáltatású egészségbiztosítások esetében az egyes csoportokra vonatkozó limiteket az adott biztosítási termék szerint,
- e) a biztosítási időszakok meghatározását,
- f) az Adatközlő adattartalmának meghatározását a díjszámítás és az elszámolás vonatkozásában,

A Melléklet tartalmazza továbbá azon záradékokat, amelyek a Biztosítási Szerződés fennállásának, megújításának, a Biztosító kockázatvállalásának, valamint az elszámolás módjának az Általános és Speciális Feltételektől eltérő, illetve azokat kiegészítő, közös megegyezéssel elfogadott szerződési feltételeit tartalmazzák.

I.5. Az Adatközlő tartalma

Az Adatközlő tartalmazza az egyes biztosításra jelölt személyek besorolását a Mellékletben megadott csoportokba, valamint a Biztosító által kért és a Mellékletben meghatározott szükséges adatokat.

I.6. A Biztosított Nyilatkozatok

A Biztosított Nyilatkozatok tartalmazzák a kedvezményezettek megjelölését és a biztosításra jelöltek (vagy törvényes képviselőt gyakorló szülőjük) beleegyező nyilatkozatait.

II. A csoportos biztosítási Szerződés létrejötte és tartama

- II.1.** A Szerződés a Szerződő által aláírt Ajánlat valamennyi elemének a Biztosítóhoz való beérkezését követően, a Mellékletben meghatározott nap 0. órájával lép hatályba, feltéve, hogy az Ajánlat utóbb a Biztosító által is elfogadásra kerül. Az Ajánlat kézhezvételétől számított 15 napon belül a Biztosító kockázat-elbírálásra jogosult.

A Szerződés a kockázat-elbírálási határidő leteltével visszamenőlegesen akkor is létrejön, ha az Ajánlat elfogadásáról a Biztosító addig nem nyilatkozik.

A Szerződés a Mellékletben meghatározott tartamra, ezen belül ugyancsak a Mellékletben definiált hosszúságú (legfeljebb egy éves) biztosítási időszakokra jön létre. Az első biztosítási időszak – az ajánlat aláírásának időpontjától függően – törtidőszak is lehet. A szerződéskötést követő minden biztosítási időszak első napja az aláírást követő hónap elseje, egyben a Szerződés fordulónapja (továbbiakban: fordulónap), egyben megszűnésének napja is, ha a felek a Szerződés feltételeiben a következő évre nem tudtak megállapodni.

- II.2.** A Szerződés minden biztosítási időszakra a Szerződő és a Biztosító írásbeli megállapodásával, az előző időszakban bekövetkezett változások figyelembevételével, az új időszakra esedékes szolgáltatások és díjak vonatkozásában megújítható (VI. fejezet).

III. A Biztosító kockázatvállalása

- III.1.** A Szerződő vállalja, hogy biztosításra jelöli mindazon – az érdekkörébe tartozó – személyeket, akik megfelelnek az I.2.2 pontban meghatározott feltételeknek, és akik a Mellékletben meghatározott, biztosítani kívánt csoportokba tartoznak.

- III.2.** Az Ajánlatban közöltektől függően - a Mellékletben meghatározottak szerint - a Biztosító az egyes csoportokra vonatkozóan egészségi nyilatkozatot kérhet.

- III.3.** A Biztosítónak az Ajánlat kézhezvételétől, illetve a Szerződés hatályba lépését követően beléptetendő Biztosítottak esetében a biztosításra jelölés kézhezvételétől (III.7.) számított 15 napon belül jogában áll a biztosításra jelölt személyek vonatkozásában

kockázatsúlyosbítást alkalmazni, kockázatviselésének mértékét korlátozni, illetve a kockázat vállalását megtagadni.

III.4. Azon Biztosítottak esetében, akikre vonatkozóan a Biztosító a Mellékletben meghatározottak szerint egészségi nyilatkozatot kért, a Biztosító a kockázat-elbírálás lezárását követően vállal fedezetet a III.3. pontban meghatározottak szerint.

III.5. A Biztosító a Szerződésben szereplő egyes biztosításokkal kapcsolatban várakozási időt köthet ki. A Biztosító a várakozási időt az egyes Biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számítja. **A várakozási idő alatt bekövetkezett biztosítási eseményekre a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll fenn.**

III.6. A Szerződés megkötésekor azok esetében,

- akiket a III.1. pont alapján a Szerződő biztosításra jelölt,
- akik a Szerződés megkötésekor megfelelnek az I.2.2 pont alatt definiált a)-c) pontokban foglaltaknak,
- akik - amennyiben a Szerződés speciális szolgáltatású egészségbiztosítást is tartalmaz - a Szerződés megkötésekor megfelelnek az I.2.2. pont d) pontban foglaltaknak,
- és akiket a Biztosító a III.3. pont alapján nem utasít el,

a Biztosító kockázatviselése – várakozási idő kivételével - a Szerződés hatályba lépésével (II.1 pont) kezdődik.

III.7. A Szerződés hatályba lépését követően biztosításra jelölt személy az azt követő nap 0. órájától válik biztosítottá, amikor

- a Szerződő őt a III.1. pont alapján a Biztosított Nyilatkozatnak és az Adatközlő rá vonatkozó kiegészítésének a Biztosítóhoz történő eljuttatásával biztosításra jelöli, és
- rá nézve a I.2.2 pont alatt definiált a)-c) feltételek teljesülnek, feltéve, hogy a III.3. pont szerint a Biztosító a kockázat vállalását nem tagadja meg.

Amennyiben a Szerződés speciális szolgáltatású egészségbiztosítást is tartalmaz, a biztosításra jelölt személyeknek meg kell felelniük az I.2.2. pont alatt definiált d) pontban foglalt feltételeknek. Ilyen esetben az adott biztosításra jelölt személy az azt követő hónap 1. napjának 0. órájától válik biztosítottá, hogy a Szerződő őt a III.1. pont alapján a Biztosított Nyilatkozatnak és az Adatközlő rá vonatkozó kiegészítésének a Biztosítóhoz történő eljuttatásával biztosításra jelöli.

IV. A Szerződés és a kockázatviselés megszűnése

IV.1. A Szerződés megszűnik:

- a) a tartam végén, kivéve, ha a felek megállapodnak a Szerződés újabb határozott tartamra történő meghosszabbításáról a megújítási eljárás (VI. fejezet) szabályai szerint; vagy
- b) díj nemfizetés esetén az V.3, V.4 pontban foglaltak szerint; vagy
- c) ha a Szerződő jogutód nélkül megszűnik, úgy a jogutód nélküli megszűnés időpontjával; vagy
- d) a biztosítási időszak végével, megújítási megállapodás (VI. fejezet) hiányában, ha a felek halasztásban (VI.3.) sem állapodtak meg; vagy
- e) a halasztási időszak végével a VI.3. pontban foglaltak szerint, ha a felek ugyan halasztásban megállapodtak, de megújítási megállapodás (VI. fejezet) nem jött létre.

A felek a d) és e) pontban foglaltakat a Szerződés közös megegyezéssel történő megszüntetésének tekintik.

Abban az esetben, ha a Szerződés a b) pontban foglaltak szerint a díj meg nem fizetése következtében szűnt meg, a Szerződő a megszűnés napjától számított százhusz napon belül írásban kérheti a Biztosítót a kockázatviselés helyreállítására. A Biztosító a biztosítási fedezetet a megszűnt Szerződés feltételei szerint helyreállíthatja, feltéve, hogy mind a korábban esedékessé vált, mind az eltelt időszakra járó biztosítási díjat a Szerződő megfizeti.

IV.2. Az egyes Biztosítottak vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik az alábbi esetekben:

- a) ha a IV.1. pontban szereplő megszűnési ok bármelyike bekövetkezik, és a Szerződővel kötött Szerződés megszűnik;
- b) ha a Biztosítottra vonatkozóan az I.2.2 pont alatt definiált a)-b) feltételek bármelyike már nem áll fenn, úgy a feltétel megszűnése hónapjának végével;
- c) ha a Biztosított már nem tartozik egyik biztosításra jogosító csoportba sem, úgy
 - kockázati élet-, baleset- és betegségbiztosítás esetében a csoportokba tartozás megszűnését követő nap 0. órájától;
 - speciális szolgáltatású egészségbiztosítás esetében a csoportokba tartozás megszűnését követő hónap 1. napjának 0. órájától;
- d) közlési kötelezettség megsértése esetén a IX.5. pontban foglaltak szerint;
- e) a Biztosított halálával.

IV.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 kockázati élet, illetve baleseti halál esetére szóló biztosítás kivételével a többi biztosítás automatikusan megszűnik, függetlenül attól, hogy a határozat később módosításra, visszavonásra kerül-e vagy sem.

V. Díjfizetés

V.1. A Biztosító a csoportos biztosítás érvényes díját a vállalt kockázatok alapján a díjszabások szerint a Mellékletben rögzített biztosítási időszakokra vonatkozóan állapítja meg. Az első díj a Mellékletben meghatározott napon esedékes, a folytatólagos díjak pedig a biztosítási időszakok első napján esedékesek.

V.2. A szerződő felek részletfizetésben is megállapodhatnak. A részletfizetésnek megfelelő díjfizetési gyakoriságot a Melléklet tartalmazza. Az egyes díjrészletek mindig a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő időszakok első napján előre esedékesek, bármely részlet elmaradása az egész időszakra eső díjat egy összegben teszi esedékessé.

V.3. A csoportos biztosítás díját az összes Biztosítottra vonatkozóan – a díj (díjrészlet) esedékességének megfelelően – egyösszegben kell megfizetni. Amennyiben a Szerződő a biztosítás érvényes díjánál (díjrészleténél) kevesebbet fizet, úgy a díj nemfizetés esetére vonatkozó szabályok lépnek életbe (V.4. pont).

V.4. Ha a Szerződő a csoportos biztosítás érvényes díját (díjrészletét) 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, és a Biztosító a követelését bírósági úton nem érvényesíti, vagy a

felek halasztásban sem állapotnak meg, úgy a Szerződés az első elmaradt esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik.

- V.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.6.** Amennyiben a Szerződés a IV.1. c) pontban foglaltak miatt megszűnik és a Szerződő az időarányos díjnál több díjat fizetett be, úgy a Biztosító a díjtöbbletet köteles visszatéríteni. A díjtöbblet megállapítására rendkívüli elszámolás keretében kerül sor a VII. pontban leírtak szerint.
- V.7.** A Biztosító a teljes biztosítási időszakra járó díjat az első évben bírósági úton érvényesítheti. Ezt követően csak akkor élhet e jogával, ha abban az évben a Szerződő a díjfizetést már megkezdte vagy a díjfizetés halasztásában állapotnak meg.
- V.8.** Amennyiben a Szerződő a díjat – díjtételre biztosítói meghatalmazással rendelkező – többes ügynöknek fizette – legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon – a Biztosító számlájára vagy pénztárába beérkezettnek kell tekinteni, a Szerződő azonban bizonyíthatja, hogy a díj korábban érkezett be.

VI. A Szerződés megújítás

- VI.1.** A Szerződés megújítása, az új biztosítási időszakban érvényes szolgáltatásokra és díjra vonatkozó megállapodás az előző biztosítási időszakban bekövetkezett változások figyelembevételével.

A soron következő biztosítási időszakra vonatkozó megújítás esetén (II.2. pont) a Szerződő a Mellékletben meghatározott időpontig köteles a Biztosító számára megújítási szándékát írásban jelezni, ehhez csatoltan pedig új Ajánlatot benyújtani. Az új Ajánlatnak a korábbi Ajánlattól való eltéréseket kell tartalmaznia.

- VI.2.** Az új Ajánlat valamennyi szükséges elemének kézhezvételétől számított 15 napon belül a Biztosító kockázat-elbírálásra jogosult (III.3. pont). A kockázat-elbírálást követően az új Ajánlatnak a Biztosító általi írásbeli elfogadásával létrejön a szerződő felek megállapodása a Szerződés megújításáról, így az új érvényes díjról és biztosítási szolgáltatásokról is.

A megújítási megállapodás a fenti határidő leteltével akkor is létrejön, ha az új Ajánlat elfogadásáról a Biztosító addig nem nyilatkozik.

- VI.3.** Amennyiben a Szerződés megújításáról a fordulónapot megelőzően nem jön létre megállapodás, úgy a szerződő felek a fordulónapot megelőzően írásban megegyezhetnek az aktuális megújítás határidejének, egyben hatálybalépésének valamely egész hónappal történő elhalasztásáról.

Halasztás esetén, annak időtartama alatt a Biztosító szolgáltatásait a megelőző biztosítási időszakban érvényes biztosítási összeg(ek) szerint nyújtja. Ezen összeg(ek) és a Biztosító rendelkezésére álló, a Biztosítottakra vonatkozó információk alapján meghatározásra kerül a halasztás időszakára érvényes biztosítási díj, melynek megfizetése a halasztási időszak első napján előre és egyösszegben esedékes.

Amennyiben a halasztás időszaka alatt sem jön létre megállapodás a Szerződés megújításáról, úgy a Szerződés a halasztási időszak végével megszűnik.

- VI.4.** A halasztási időszak alatt létrejövő megújítási megállapodás szerinti érvényes díj első esedékessége megegyezik a megújítás hatályba lépésével, a további díj, illetve díjrészletek pedig az V.1., illetve az V.2. pont szerint esedékesek.

VI.5. Ha a szerződéskötést követően a biztosítási Szerződésre tekintettel igénybe vehető adókedvezményre vagy adójóváírásra jogosító jogszabályi feltételek megváltoznak, a Biztosító a jogszabályváltozás hatálybalépését követő 60 napon belül javaslatot tehet a Szerződés vagy az ennek részét képező Általános Feltételek megváltozott szabályozásra tekintettel történő módosítására annak érdekében, hogy a Szerződés tartalma az adókedvezmény vagy adójóváírás igénybevételére jogosító feltételeknek megfeleljen.

Ha a Szerződő a módosító javaslatot az arról szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül nem utasítja el, a Szerződés a módosító javaslatban meghatározott feltételekkel a jogszabályváltozás hatálybalépésének időpontjával módosul.

A módosító javaslat Szerződő általi elutasítása nem adhat alapot a Szerződés Biztosító általi felmondására.

VII. Elszámolás

VII.1. A Szerződő a fordulónapot követő 30 napon belül köteles a Biztosító számára az Adatközlő azon adatait megküldeni, amelyek a lezárt biztosítási időszakokra vonatkoznak.

VII.2. A Biztosító az Adatközlő tartalma alapján, a kézhezvételtől számított 30 napon belül díjelszámolást küld a Szerződőnek a lezárt biztosítási időszakokra vonatkozóan. Az elszámolás a lezárt biztosítási időszak során a Biztosítottak körében bekövetkezett változások miatti díjtúlfizetést, illetve díjmaradást tartalmazza. A Szerződő és a Biztosító a Mellékletben megállapodhatnak a biztosítási időszakon belüli elszámolásról is.

VII.3. A díjelszámolás pénzügyi rendezése annak a Szerződőhöz való megküldésétől számított 30 napon belül esedékes.

VIII. A biztosítási kockázat jelentős növekedése

VIII.1. Ha a Biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a Szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított tizenöt napon belül javaslatot tehet a Szerződés módosítására, vagy a Szerződést 30 napra írásban felmondhatja.

VIII.2. Ha a Szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a Szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha a Biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a Szerződő figyelmét felhívta.

VIII.3. Ha a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése csak egyes Biztosítottakkal összefüggésben merül fel, úgy a Biztosító a VIII.1 és VIII.2. pontban leírtakat kizárólag az érintett Biztosított(ak) vonatkozásában gyakorolhatja.

IX. Közlési kötelezettség és megsértésének következményei

IX.1. a) A Szerződő és a Biztosított a szerződéskötés és a Szerződés fennállása során köteles a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt, adatot a valóságnak megfelelően közölni a Biztosítóval, amelyet ismert vagy ismernie kellett, és amelyre vonatkozóan a Biztosító kérdést tett fel. A közlési kötelezettség a Szerződőt és a Biztosítottat egyaránt terheli.

b) A Szerződő a Szerződés fennállása során köteles a következő lényeges körülményeket a bekövetkezésüket követő első Adatközlőben a Biztosító tudomására hozni:

- amennyiben az illetékes magyar szakigazgatási szerv az adott Biztosítottra vonatkozóan határozatot hozott az I.2.2. b) pontban foglaltak vonatkozásában;

- amennyiben az adott Biztosított munkaviszonya szünetel az I.2.2. d) pont szerint (kizárólag abban az esetben, ha a Szerződés speciális szolgáltatású egészségbiztosítást is tartalmaz, vagy arra kiterjesztik).

IX.2. A Szerződő és a Biztosított kötelesek az általuk közölt adatok ellenőrzését a Biztosító részére lehetővé tenni.

IX.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.

IX.4. Amennyiben szerződői, vagy biztosított közlés alapján vagy annak hiányában a szükségesnél alacsonyabb biztosítási díj kerül megállapításra, úgy az adott Biztosított vonatkozásában a biztosítási esemény bekövetkezésekor a tényleges díjfizetésnek a díjkalkuláció szerint megfelelő biztosítási összeg kerül kifizetésre. Ha a megállapított díj meghaladja a szükséges mértéket, úgy a díjtúlfizetés az elszámolás során beszámításra kerül.

IX.5. Ha a közlési kötelezettség megsértéséről a Biztosító a biztosítás fennállása alatt szerez tudomást, akkor a tudomására jutástól számított 15 napon belül a Szerződés adott Biztosítottra vonatkozó módosítására javaslatot tehet, vagy a Biztosítottra vonatkozó Szerződést felmondhatja.

Amennyiben a javaslatot a Szerződő 15 napon belül elfogadta, úgy a Szerződés az adott Biztosított(ak) vonatkozásában a Biztosító javaslata szerint módosul. Ha a Szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, úgy az adott Biztosítottra vonatkozó Szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik.

IX.6. Élet- és egészségbiztosítási szolgáltatás tekintetében a közlési kötelezettségsértés következményeit az adott Biztosítottra folyamatosan fennálló Szerződés első öt évében lehet alkalmazni, a közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító kötelezettsége, ha az adott Biztosítottra vonatkozó Szerződés létrejöttétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt.

X. Kizárások a kockázatviselésből, mentesülések

X.1. A csoportos biztosítási Szerződés nem nyújt fedezetet 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) terrorizmus, terrorcselekmény;
- c) sugárfertőzés;
- d) a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 2 éven belül elkövetett öngyilkossága, öngyilkossági kísérlete;
- e) a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye;
- f) baleset és egészségbiztosítás esetén a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyos gondatlansága.

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

X.2. Amennyiben a Biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszti életét, a Biztosító az örökös részére fizeti ki a

szolgáltatást, és abból a kedvezményezett akkor sem részesülhet, ha egyébként örökös volna.

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.

XI. Vegyes rendelkezések

XI.1. A Biztosító teljesítésének feltételei kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosítások esetében az alábbiak:

- 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, 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 kideríthetetlenül 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 kedvezményezetség megállapításához szükséges okirat, beleértve a Biztosított Nyilatkozatot, illetve kedvezményezett-jelölés hiányában az I.2.3. pont szerinti kedvezményezett(ek)et igazoló okirat (jogerős közjegyzői végzés, öröklési bizonyítvány, bírósági ítélet);
 - hatósági eljárás esetén az eljárást megtagadó vagy megszüntető határozat, illetve ítélet, határozat.
- c) A Biztosító a szolgáltatása teljesítésének esedékességét csak olyan okirat bemutatásától teheti függővé, amely a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértéknek meghatározásához szükséges.
- d) A Biztosító a biztosítási szolgáltatás teljesítésének esedékességét a bejelentett biztosítási esemény tekintetében indult büntető- vagy szabálysértési eljárás jogerős befejezéséhez nem kötheti.
- e) a Biztosítottnak minden esetben joga van azonban olyan további bizonyítékok felmutatására, amelyeket – a bizonyítás általános szabályai szerint – követelésének érvényesítéséhez szükségesnek lát.
- f) A Biztosító szolgáltatásait az elbíráláshoz szükséges összes irat kézhezvételétől számított 30 napon belül köteles teljesíteni. A Biztosító a kifizetést forintban, illetve assistance szolgáltatás esetében természetben teljesíti.

XI.2. A Biztosító szolgáltatásának általános szabályai azon biztosítások esetében, amelyek Speciális Feltételeiben erre a szakaszra hivatkozás történik:

- a) A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Speciális Feltételekben meghatározott olyan orvosi és egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki, amelyeket a Biztosítóval szerződésben álló szolgáltatók (a továbbiakban: Egészségügyi Szolgáltató) nyújtanak.
- b) A Biztosítottnak a Biztosító által a Szerződésben foglaltak szerint nyújtott speciális szolgáltatású egészségbiztosításra vonatkozó igényét a 06-1-461-1517-es „Aegon Doktor” telefonszámon kell bejelentenie. A Szerződésben foglalt szolgáltatásoknak más úton történt bejelentése nem minősül elfogadható bejelentésnek, annak eredményeként szolgáltatás igénybe nem vehető.

- c) Az „Aegon Doktor” a Biztosító által nyújtott speciális szolgáltatású egészségbiztosítások alapja. Az „Aegon Doktor” napi 24 órában, megszakítás nélkül működő telefonos assistance szolgáltatás, melyen keresztül a Biztosított egészségügyi végzettségű személyzettől szakmai tanácsokat és egészségügyi szolgáltatásokkal, valamint közegészségügyi intézményekkel kapcsolatos információkat kérhet, továbbá a Szerződésben foglalt speciális szolgáltatású egészségbiztosításokkal kapcsolatban igényt jelenthet be. Az „Aegon Doktor” szolgáltatás nyújtója a Szerződésben szereplő speciális szolgáltatású egészségbiztosítások szervezője (a továbbiakban: Szolgáltatásszervező).
- d) A biztosítási eseménynek minősülő és a Szolgáltatásszervező által nyújtott egészségügyi szolgáltatások igénybevételét nem kell külön bejelenteni a Biztosítónak.
- e) A Szolgáltatás nyújtása illetve megszervezése megtagadható, ha a Szerződésben, különösen az Általános és Speciális Feltételekben szereplő feltételek bármelyike (biztosítás hiánya, megszűnése, illetve mentesülés vagy kizárás) nem teljesül, vagy az esemény nem biztosítási esemény).
- f) A Szolgáltatásszervező és a Biztosító nem vállal felelősséget akár javasolt, akár más, harmadik egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások szakmai minőségéért, illetve annak során esetleg a Biztosítottak okozott károkért.
- g) A Biztosító a Szolgáltatásszervezővel kötött megállapodás alapján jogosult megismerni akár a Biztosított igényének, akár a Szolgáltatásszervező biztosítással kapcsolatos tevékenységének elbírálásához szükséges iratokat (ideértve a kiszervezési szerződésben, a biztosítási feltételekben meghatározott dokumentumokat, illetve hatósági eljárás esetén az azt megtagadó vagy megszüntető határozatot, illetve ítéletet vagy bírósági és más hatósági határozatot).

XI.3. A csoportos biztosításból eredő igények **elévülési ideje 2 év.**

XI.4. A Szerződés hatálya alá tartozó biztosítások kockázati életbiztosításnak, illetve kiegészítő csoportos baleset- és egészségbiztosításnak minősülnek. Nem vásárolhatók vissza, nem díjmentesíthetők, és rájuk kölcsön sem igényelhető, megszűnésük esetén maradékjogok nem keletkeznek.

XI.5. A Szerződés hatálya alá tartozó biztosítások esetében az adott Biztosított vonatkozásában, az adott biztosítási időszakra vonatkozó biztosítási összeg az ugyanazon biztosítási időszakban bekövetkezett biztosítási esemény miatt kifizetett összeggel csökken. Fedezetfeltöltésre lehetőség nincs. A Szerződő kérheti a teljes díj befizetésével a fedezet ismételt megadását.

XI.6. A Biztosító a Szerződőt évente írásban tájékoztatja a biztosítás aktuális állapotáról, valamint az Általános és Speciális Feltételek módosításáról.

XI.7. A kitöltött Biztosítotti Nyilatkozatoknak, valamint a Biztosítóhoz való minden bejelentésnek a Biztosítóhoz történő eljuttatása a Szerződő kötelessége. A Biztosító a biztosítási Szerződéssel kapcsolatos minden közlést a Szerződőhöz intéz. A Szerződő köteles a hozzá intézett nyilatkozatokról, a biztosítási Szerződés tartalmáról, az abban bekövetkező valamennyi változásról a Biztosítottakat tájékoztatni.

XI.8.

- a) A Szerződő a Szerződés aláírásával hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosító a Szerződés körében a személyes és különös adatokat kezelje, és a **2014. évi LXXXVIII. törvény** (továbbiakban Bit) **135-150. 1. §-ai** alapján azokat jogszerűen harmadik személynek átadja.

XI.9. A Szerződés megkötését megelőzően a Biztosító vagy annak megbízott közvetítője elvégezte a biztosítási igények felmérését, amelyre tekintettel a Szerződő életbiztosításokra vonatkozóan átvette a termékismertetőt, aláírásával hitelesítve.

XI.10. Biztosítási titok

- a) A Biztosító vagy a viszontbiztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, 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 az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet.
- b) Az a) bekezdésben meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést Biztosító vagy viszontbiztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány, és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.
- c) A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül - ha törvény másként nem rendelkezik - titoktartási kötelezettség terheli a Biztosító vagy viszontbiztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

XI.11. Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvényben (a továbbiakban: Eüak.) meghatározott egészségügyi adatokat a Biztosító a XI.10. a) bekezdésben meghatározott célokból, az Eüak. rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

XI.12. Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

- a) a Biztosító vagy a viszontbiztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
- b) e törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

XI.13. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége

- a) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn
 - aa) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
 - ab) a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel,
 - ac) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási határozatok bírósági felülvizsgálata során eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal,
 - ad) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
 - ae) a b) bekezdésben foglalt esetekben az adóhatósággal,
 - af) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
 - ag) a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
 - ah) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
 - ai) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel,
 - aj) törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
 - ak) a viszontbiztosítóval, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
 - al) a törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető kötvénnyilvántartó szervvel, a kártörténeti nyilvántartást vezető kárnyilvántartó szervvel, továbbá a járműnyilvántartásban

- nem szereplő gépjárművekkel kapcsolatos közúti közlekedési igazgatási feladatokkal összefüggő hatósági ügyekben a közlekedési igazgatási hatósággal, valamint a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatalával,
- am) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében - az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint - az átvevő biztosítóval,
- an) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében és az ezen adatok egymás közti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát és a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, továbbá - a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján - a károkozóval,
- ao) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,
- ap) fióktelep esetében - ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal - a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel,
- aq) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,
- ar) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal,
- as) a mezőgazdasági biztosítási szerződés díjához nyújtott támogatást igénybe vevő biztosítottak esetében az agrárkár-megállapító szervvel, a mezőgazdasági igazgatási szervvel, az agrárkár-enyhítési szervvel, valamint az agrárpolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium irányítása alatt álló, gazdasági elemzésekkel foglalkozó intézménnyel.
- b) Az a) bekezdés ae) pontja alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a Biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.
- c) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a Hpt.-ben meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a Biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját.
- d) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a Biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA-törvény) alapján az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.
- e) A Biztosító vagy a viszontbiztosító az a) és g) bekezdésekben, a XI.12., a XI.13. és a XI.14. a)-b) pontokban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja.
- f) A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül az a) bekezdésben meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.

- g) A Biztosító vagy a viszontbiztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az ügyészség, továbbá az ügyész jóváhagyásával a nyomozó hatóság írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul, írásban tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet
 - ga) a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal való visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
 - gb) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal való visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.
- h) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a Biztosító vagy a viszontbiztosító az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.
- i) Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn továbbá abban az esetben, ha

- j) a magyar bűnüldöző szerv - nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából - írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot,
- k) a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot.

XI.14. A biztosítási titok sérelme

- a) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Biztosító és a viszontbiztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben:
 - aa) ha a Biztosító ügyfele (a továbbiakban: adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
 - ab) ha - az adatalany hozzájárulásának hiányában - az adattovábbításnak törvényben meghatározott adatköre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban a személyes adatok védelmének megfelelő szintje az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (a továbbiakban: Infotv.) 8. § (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.
- b) A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell

alkalmazni.

Nem jelenti továbbá a biztosítási titok sérelmét

- c) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- d) fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
- e) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
- f) a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.
- g) A c)-f) pontokban meghatározott adatok átadását a Biztosító és a viszontbiztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

XI.15. Adatkezelés, adattovábbítás, adatszolgáltatás

- a) Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított öt év elteltével, a XI.11. pont alá eső adatok vagy az Infotv. szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén húsz év elteltével törölni kell.
- b) A Biztosító és a viszontbiztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a XI.12. a) bekezdés ab), af) és aj) pontjai, illetve a XI.13. g) bekezdése alapján végzett adattovábbításokról.
- c) A Biztosító és a viszontbiztosító a személyes adatokat a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.
- d) A Biztosító és a viszontbiztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelheti, ameddig a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.
- e) A Biztosító és a viszontbiztosító 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.
- f) E törvény alkalmazásában az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.
- g) Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.
- h) Biztosító és a viszontbiztosító jogutód nélküli megszűnése esetén a Biztosító és a viszontbiztosító által kezelt üzleti titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított hatvan év múlva a levéltári kutatások céljára felhasználható.

- i) Nem lehet üzleti titokra vagy biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó - az Infotv.-ben meghatározott - adatszolgáltatási kötelezettség esetén.
- j) Az üzleti titokra és a biztosítási titokra egyebekben a Ptk.-ban foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.

XI.16. A veszélyközösség védelme érdekében:

A Biztosító (e pont alkalmazásában: megkereső biztosító) - a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében - a jogszabályokban foglalt vagy a Szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és Szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz az e Biztosító által - a XI.10. pontban meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével - kezelt és a paragrafusban meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, ha a megkereső biztosító erre vonatkozó jogosultsága a biztosítási Szerződésben rögzítésre került.

XI.17. Az Ajánlat és Biztosított Nyilatkozat aláírásával a Szerződő és a 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.

XI.18. 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.

XI.19. 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. A Biztosító a Szerződés szabályzatának átadásakor aktuális adózási tájékoztatót is átad a Szerződőnek.

XI.20. Jelen Szerződésre a magyar jog érvényes és a Szerződés nyelve a magyar.

XI.21. A Biztosító adatai

a) Cégszűcs

Biztosító neve: Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt.

Biztosító rövidített neve: Aegon Magyarország Zrt.

Társasági formája: Zártkörűen működő Részvénytársaság

A Biztosítót a Fővárosi Törvényszék mint cégbíróság a 01-10-041365 szám alatt tartja nyilván.

Adószám: 10389395-4-44

Biztosító székhelye és címe: 1091 Budapest, Üllői út 1.

Székhelyének állama: Magyarország

Felügyeleti szerve: Magyar Nemzeti Bank, 1054 Budapest, Szabadság tér 8–9.

b) Ügyfélszolgálat

Telefonszám: 06-1-477-4800

E-mail cím: ugyfelszolgalat@aegon.hu

A személyes ügyfélszolgálati irodák listája megtekinthető:
www.aegon.hu/elerhetosegek/kiemelt-ugyfelszolgalati-irodak

- c) A Biztosító köteles évente jelentést közzétenni fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről. A jelentés kötelező tartalma a Biztosító honlapján (www.aegon.hu) először 2017-ben tekinthető meg a 2016-os évre vonatkozóan.

XI.22. Panaszkezelés

Az ügyfél jogosult a Biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) közölni.

A Biztosító „Panaszkezelési szabályzata” elérhető és megtekinthető ügyfélszolgálati irodáiban, illetve a honlapunkon: <https://www.aegon.hu/elerhetosegek/panaszkezelesi-szabalyzat.html>

a) Szóbeli panasz

- aa) személyesen: valamennyi, az ügyfelek számára nyitva álló helyiségben (Ügyfélszolgálati Irodák, Értékesítési pontok), azok nyitvatartási idejében. Az irodák címe, és nyitvatartási ideje a <http://www.aegon.hu> honlapon megtalálható;
- ab) telefonon: 06-1-477-4800 (hétfőn 8-20 óráig, egyéb munkanapokon 8-18 óráig).

b) Írásbeli panasz:

- ab) személyesen vagy más által az ügyfélforgalom számára nyitva álló helyiségben átadott irat útján;
- ab) postai úton: Központi panasziroda 1813 Budapest, Pf. 245.;
- ac) telefaxon: 061-476-5791;
- ad) elektronikus úton: www.aegon.hu honlapon elhelyezett on-line panaszbejelentő lapon vagy a panasz@aegon.hu e-mail címen. E-mailen biztonsági okokból csak általános információkat adunk, a panaszra adott érdemi választ postai úton küldjük meg;
- af) adatkezelési ügyben: elektronikus levélben: adatvedelem@aegon.hu

A panasz teljes vagy részleges elutasítása vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén a fogyasztónak minősülő ügyfél¹ az alábbi jogorvoslati fórumokhoz fordulhat:

XI.23. Jogorvoslati fórumok:

- a) A szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén békéltető testületi eljárást kezdeményezhet, vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.

Pénzügyi Békéltető Testület:

Székhelye: Magyar Nemzeti Bank 1013 Budapest, Krisztina krt. 39. Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank 1525 Budapest, Pf 172., telefon: 06-80-203-776, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu. Bővebben a <https://www.mnbb.hu/bekeltetes> honlapon kaphat tájékoztatást.

Az Aegon a Testület előtt általános alávetési nyilatkozatot nem tett.

Bíróság: az ügyre hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bíróság (www.birosag.hu)

- b) A szolgáltató magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó, 2013. évi CXXXIX. MNB tv. fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése (vagy annak vélelmezése) esetén fogyasztóvédelmi ellenőrzési eljárást kezdeményezhet.

Fogyasztóvédelmi eljárás:

Magyar Nemzeti Bank Székhelye: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39. Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank 1534 Budapest BKKP Pf. 777. telefon: 06-80-203-776, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu. Bővebben a www.mnbb.hu/fogyasztovedelem honlapon kaphat tájékoztatást.

A fogyasztónak minősülő ügyfél a Pénzügyi Békéltető Testület, illetve a Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ előtt megindítható eljárás alapjául szolgáló "Kérelem" nyomtatvány megküldését igényelheti.

Az igénylés módja: Telefonon: 061-477-4800, postai úton: 9401 Sopron, Pf. 22. és e-mailen: panasz@aegon.hu.

A nyomtatványt igazolható módon, költségmentesen kell kiküldeni az ügyfél kérésének megfelelően e-mailen vagy postai úton. A Biztosító a nyomtatványokat elérhetővé teszi a honlapján, a www.aegon.hu weboldalon és az ügyfélszolgálat részére nyitva álló helyiségeiben is.

- c) Fogyasztónak nem minősülő ügyfél esetén:

A fogyasztónak nem minősülő ügyfél panaszának a Biztosítóhoz történő benyújtását követően jogorvoslatért az ügyre hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulhat (www.birosag.hu).

¹ Fogyasztón az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személyt kell érteni.