

Munkavállalói és egyéb csoportos személybiztosítás (csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítás) általános szerződési feltételei

1. A jelen általános szerződési feltételek azokat a rendelkezéseket tartalmazzák, amelyeket az Allianz Hungária Biztosító Rt. (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között létrejött Munkavállalói és egyéb csoportos személybiztosítás elnevezésű csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződésekre alkalmazni kell, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozva kötötték meg.

A biztosítás tárgya

2. A biztosító a biztosítási díj megfizetése ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezte esetén a jelen szerződési feltételek szerint a biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatást teljesíti.

A biztosítási szerződés alanyai

3. A csoportos biztosítás szerződője az, aki a biztosítottak 4. pontban meghatározott csoportjára a szerződést megkötö. A szerződő jogosult a szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozatok megtételére. A biztosító a szerződőhöz intézi jognyilatkozatait. A biztosítási díj megfizetésére a szerződő kötelezett.
4. A szerződésben biztosított az, akinek a személyével kapcsolatos biztosítási eseményre a szerződés létrejött.
Biztosított lehet a szerződés létrejöttkor legalább 18, de legfeljebb 65 éves belépési korú természetes személy. A biztosítottak körének meghatározását a szerződés tartalmazza.
A biztosító a szerződéskötéskor a biztosított belépési korát úgy állapítja meg, hogy a biztosítási tartam kezdetének évszámából levonja a biztosított születésének évszámát. A szerződéskötést követően a biztosító a biztosított csoportba bekerülő új biztosított belépési korát úgy állapítja meg, hogy a csoportba való belépés évének évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.
5. Kedvezményezett az a személy, aki a biztosítási szolgáltatásra jogosult.
Ellenkező megállapodás hiányában a biztosító szolgáltatására – a biztosított halála esetére szóló szolgáltatás kivételével – a biztosított jogosult. A haláleseti szolgáltatásra a szerződő kedvezményezettet jelölhet, ebben az esetben a

kedvezményezett a biztosító haláleseti szolgáltatására jogosult. A kedvezményezett jogi személy is lehet.

6. Ha a szerződő nem jelölt ki kedvezményezettet, vagy a kedvezményezett kijelölés a biztosítási esemény bekövetkeztekor nincs hatályban, akkor a kedvezményezett a biztosított örököse. A kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezte előtt meghal (illetőleg a jogi személy kedvezményezett jogutód nélkül megszűnik).
7. A szerződő fél az eredetileg kijelölt kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal a biztosítási esemény bekövetkezte előtt más kedvezményezettet is megnevezhet. A kedvezményezett kijelöléséhez, illetőleg a kedvezményezés megváltoztatásához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

A szerződés létrejötte

8. A biztosítási szerződés a szerződő felek írásbeli megállapodásával jön létre. Az írásbeli megállapodást, illetőleg a biztosító elfogadó nyilatkozatát a biztosítási kötvény kiállítása pótolja. Ha a kötvény tartalma a szerződő ajánlatától eltér, és az eltérést a szerződő 15 napon belül nem kifogásolja, a szerződés a kötvény tartalma szerint jön létre. Ezt a rendelkezést a lényeges eltérésekre – ideértve különösen azt az esetet, amikor a biztosító a kockázat elbírálása alapján az ajánlatban rögzítetthez képest emelt díjat határoz meg – csak akkor lehet alkalmazni, ha a biztosító az eltérésre a szerződő fél figyelmét a kötvény kiszolgáltatásakor írásban felhívja. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.
9. Ha a kötvény kibocsátása az ajánlat átadásától számított 15 napon belül megtörténik, a szerződés a biztosítási kötvény kiállításának napján jön létre.
10. A biztosítási szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatra 15 napon belül nem nyilatkozik. Ilyen esetben a szerződés az ajánlatnak a biztosító vagy képviselője részére történt átadása időpontjára visszamenő hatállyal jön létre.
11. A biztosító az ajánlatot az átadásától számított 15 napon belül írásban elutasíthatja. Az elutasítást nem köteles megindokolni.

12. A biztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. A biztosított hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek a kedvezményezett kijelölését tartalmazó része semmis. Ilyen esetben kedvezményezettnek a biztosítottat, illetőleg örökösét kell tekinteni.
13. A biztosítás megkötését a szerződő a biztosító által rendszeresített ajánlati formanyomtatvány kitöltésével kezdeményezi. A biztosító egyedi esetekben (pl. magas biztosítási összeg választása esetén) egészségi nyilatkozat kitöltését vagy orvosi vizsgálat elvégzését is előírhatja.

A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete

14. Ha a felek másként nem állapodnak meg, a biztosítás
 - a) a biztosítási (díjfizetési) tartam kezdetén (lásd a 19. pontot) 0 órakerül lép hatályba, feltéve, hogy a szerződő az első biztosítási díjat a számlán feltüntetett fizetési határidőig (a díjesedékesség időpontja), illetőleg az attól számított 30 napon belül a biztosító részére megfizette, vagy
 - b) az azt követő napon 0 órakerül lép hatályba, amikor felek a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodnak meg, vagy a biztosító a díj iránti igényét bírósági úton érvényesíti.
15. Ha a szerződő a díjat a biztosító képviselőjének (ügynökének) fizette, a biztosítás a díjnak a biztosító számlájára vagy a biztosító pénztárába való beérkezését követő napon 0 órakerül lép hatályba. Ez esetben a díjat legkésőbb a biztosító képviselője részére teljesített fizetés napjától számított negyedik napon kell a biztosító számlájára, illetőleg pénztárába beérkezettnek tekinteni, a szerződő azonban bizonyíthatja, hogy a díj korábban érkezett be.
16. A biztosító kockázatviselése a szerződés hatálybalépésével kezdődik meg, feltéve, hogy a szerződés már létrejött, vagy utóbb létrejön, és az egyes biztosítási kockázati elemekre vonatkozó különös szabályok másként nem rendelkeznek.
17. A biztosító a szerződések haláleseti kockázatot tartalmazó életbiztosítási, illetve egészségbiztosítási elemei esetén várakozási időt köthet ki, melynek időtartamát a szerződésben (ajánlaton és kötvényen) szereplő záradék tartalmazza. A várakozási időn belül a biztosító kockázatviselése csak a balesettel (lásd: 48. pont) okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre terjed ki.
18. A szerződőnek joga van a biztosítottak körének megváltoztatására, új biztosított(ak)nak a biztosítási csoportba való beléptetésére, illetve a biztosítási csoportban lévő biztosított(ak) biztosítási védelmének megszüntetésére.

Ha a szerződő a biztosítónak írásban bejelenti a biztosított körbe belépő, illetve a biztosított körből kilépő személyek nevét, születési idejét, anyja nevét és foglalkozását, akkor a biztosítottak köre a szerződő e nyilatkozatának megfelelően módosul a bejelentést követő hónap első napjának 0 órájától, ami egyben a biztosított be-, illetve kilépése napjának tekintendő. Az új biztosított belépésének napja egyben az új biztosítottra vonatkozó díjfizetési tartam kezdete. A biztosító ettől az időponttól számolja el az új biztosítottra vonatkozó és annak belépését követően megfizetett biztosítási díjat. A belépéssel megkezdődik, a kilépéssel pedig megszűnik a biztosító kockázatviselése.

Ha a felek várakozási időt kötöttek ki, a belépéssel a várakozási idő és a biztosító baleseti kockázatviselése kezdődik meg.

A biztosítási tartam és a biztosítási évforduló

19. A biztosítási tartam az ajánlat aláírását és a biztosító vagy képviselője (ügynöke) részére történt átadását – az ajánlattételt – követő hó első napján 0 órakerül kezdődik, ha a felek másként nem állapodnak meg.
20. A díjfizetési tartam kezdete a biztosítási tartam kezdetével azonos. A díjfizetési tartam kezdete a díj részletekben történő megfizetése esetén az első részletfizetési időszak kezdetével azonos, függetlenül az első díjrészlet megfizetésének esedékességétől. A biztosítót a díjfizetési tartam kezdetétől illeti meg a díj.
21. A biztosítási tartam 1 év, kivéve, ha a felek rövidebb időtartamban állapodnak meg. A biztosítás tartamát a felek a szerződésben rögzítik. A biztosítási időszak a biztosítási tartammal egybeesik.
22. Az egyéves tartamra kötött szerződés tartama évente további egy évvel automatikusan meghosszabbodik, ha bármelyik fél a tartam lejártá előtt legalább 60 nappal ezzel ellentétes igényét írásban nem közli a másik féllel.
23. A meghosszabbított tartamú szerződés biztosítási évfordulója a tartamon belül minden évben annak a hónapnak az első napja, amely hónapban a biztosítási tartam eredetileg megkezdődött.

A biztosítás területi és időbeli hatálya

24. A biztosító kockázatviselése kiterjed a biztosítás hatálya alatt a világon bárhol, bármikor bekövetkező biztosítási eseményekre.

Az értékkövetés

25. A biztosítás értékének megőrzése érdekében a felek megállapodnak a biztosítás díjának és a biztosítási összegnek – a kárgyakoriságtól függetlenül – az árszínvonal változásához való hozzáigazításában (a továbbiakban: értékkövetés), amely évente, a

biztosítási évfordulón történik, amennyiben a felek a szerződést meghosszabbították. Az értékkövetés során a biztosítási összeg és a biztosítási díj azonos arányban növekszik.

26. Az értékkövetés mértéke a Központi Statisztikai Hivatal által a tárgyévben hivatalosan közzétett, a megelőző évre vonatkozó éves fogyasztói árindex, azzal a kikötéssel, hogy a biztosító ettől +/-10 százalékkal eltérhet. Amennyiben a közzétett éves fogyasztói árindex 5%-nál alacsonyabb, a biztosító az értékkövetés mértékét szabadon, maximum 5%-os értékben határozza meg.
27. A biztosító a tárgyévi biztosítási évforduló előtt legalább 45 nappal írásban értesíti a szerződőt az értékkövetés mértékéről és az évforduló napjától érvényes biztosítási összegről, valamint a biztosítási díjról.
28. A szerződő a biztosító értékkövetéséről szóló értesítésének a kézhezvétele után, a biztosítási évforduló előtti 30. napig írásban értesítheti a biztosítót, hogy a díjemelést elutasítja. Elutasítás esetén a biztosítás változatlan biztosítási összeggel és díjjal marad érvényben mindaddig, ameddig a biztosító kezdeményezése alapján a biztosítási összeg és a díj egyidejű emelése lehetővé nem válik.
29. Ha a szerződő az értékkövetés elutasítására vonatkozóan a biztosítási évforduló előtti 30. napig nem nyilatkozik, a biztosítási szerződés az évfordulótól kezdődően a megemelt biztosítási összeggel és díjjal lesz érvényben.

A biztosítási díj

30. A biztosítási díjat a szerződő felek a szerződésben rögzítik. A szerződő által fizetendő biztosítási díj a különös szerződési feltételekben meghatározott egyes kockázati elemek díjának összege, figyelembe véve a 32. és 33. pontban foglaltakat is. Az egyes kockázati elemek díját a biztosító a díjszabás alapján, a biztosítottak létszámától, belépési korától, egészségi állapotától, foglalkozásától, tevékenységétől, a biztosítási összegtől, a biztosítási tartamtól és a díjfizetés gyakoriságától függően állapítja meg.
31. Ha a biztosított(ak) az átlagosnál veszélyesebb tevékenységet folytat(nak) (ideértve a munkavégzésre irányuló és a szabadidőben folytatott tevékenységet is), a biztosító a díjszabásban meghatározott esetekben és mértékben – tekintettel az átlagosnál nagyobb kockázatra – a baleset- és egészségbiztosítási kockázati elemek tekintetében magasabb díjat állapít meg. Ha a szerződés hatálya alatt a biztosított foglalkozása megváltozik, és ezáltal a díjszabás alapján más kockázati csoportba kerül, akkor a díj a változás bejelentését követő díjesedékesség időpontjától ennek megfelelően módosul.
32. A biztosítási díj egy összegben vagy a felek megállapodása szerint éves, féléves, negyedéves vagy havi részletekben (díjfizetési gyakoriság) fizetendő. A biztosított a havitól eltérő díjfizetési gyakoriság választása esetén díjkedvezményre jogosult. A biztosító a szerződés megkötésekor jogosult gyakoriság szerinti minimális biztosítási díjat meghatározni.
33. A biztosító az esedékes biztosítási díjról számlát állít ki, a szerződő pedig e számla alapján fizeti a díjat. Az egyösszegű biztosítási díjat, valamint részletfizetés esetén az első díjrészletet a számlán megjelölt fizetési határidőig (a díjesedékesség időpontja) kell megfizetni, ha a felek másként nem állapodnak meg. Minden későbbi díj annak a felek megállapodása szerinti – évi, félévi, negyedévi vagy havi – időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik. A díjfizetési tartam kezdetét követően megfizetett díjat a biztosító a díjfizetési tartam kezdetétől számolja el.
34. A szerződő köteles a biztosítási díj megállapításához szükséges, a biztosító által kért adatokat (a biztosított személyek száma, korcsoporti megoszlása, személyes adataik, foglalkozásuk, az átlagosnál veszélyesebb szabadidős tevékenységük) a szerződéskötéskor, illetve egyéb megállapodás hiányában a biztosított(ak) tartamon belüli változása (belépése, illetve kilépése) esetén azt legalább 15 nappal megelőzően a biztosító rendelkezésére bocsátani.
35. Ha a szerződő felek másként nem állapodnak meg, a biztosított csoportba belépő, illetve kilépő biztosítottakra tekintettel a be-, illetve kilépés időpontjától kezdődően a biztosítási díj az adott biztosítási csoportra vonatkozóan a be-, illetve kilépők számának megfelelően módosul.
36. A szerződő felek megállapodhatnak abban, hogy a be-, illetve kilépő biztosítottakra vonatkozóan a biztosítási díjjal évente egyszer, a biztosítási évfordulón (lásd a 76. pontot), vagy a biztosítási szerződés negyedéves fordulónapjain (lásd a 77. pontot) elszámolnak egymással.
- Ebben az esetben a biztosítási évre vonatkozó díj elszámolásához szükséges, a biztosító által kért adatokat a szerződőnek a biztosítási évfordulót vagy a negyedéves fordulónapot követő 8 napon belül kell a biztosító részére megadnia.
37. A biztosítási tartam meghosszabbításakor a biztosító a korábban fizetett díjhoz képest új díjat állapíthat meg az adott csoportra vonatkozó kockázati viszonyok alakulásától függően.
- A biztosító a díjmódosításról a biztosítási évforduló előtt 45 nappal írásban értesíti a szerződőt. Ha a szerződő az értesítésben foglalt díjat nem fogadja el,

a szerződést a biztosítási évfordulóra – 30 napos felmondási idővel – írásban felmondhatja.

38. Ha a szerződő az első díjrészletet követő folytatólagos biztosítási díjat annak esedékességekor nem egyenlíti ki, a biztosító a kockázatot az esedékességtől számított 30 napig viseli, amely idő alatt a szerződő az elmaradt díj befizetését pótolhatja. Az elmaradt díj esedékességétől számított 30 nap elteltével a szerződés megszűnik, ha addig a hátralékos díjat nem fizetik meg, és a szerződő ezen 30 napon belül halasztást sem kapott, illetőleg a biztosító a díjkövetelést bírósági úton nem érvényesítette.

Ha a szerződő az első biztosítási díjat annak esedékességekor nem egyenlíti ki, a biztosítási szerződés az esedékességtől számított harmincadik nap elteltével megszűnik anélkül, hogy a biztosító kockázatviselése megkezdődött volna.

Halasztott első díj esetén a biztosítás a halasztott első díj befizetésére megállapított határidő lejártától számított 30 nap elteltével szűnik meg díj nemfizetés miatt.

A közlési és változásbejelentési kötelezettség

39. A szerződő és a biztosított köteles a szerződéskötéskor, majd azt követően a szerződés tartama alatt a biztosítóval a valóságnak megfelelően közölni minden olyan, a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges körülményt és ezek változását, amelyre a biztosító a szerződéskötéskor kérdést tett fel, és amelyet a szerződő vagy a biztosított ismert, vagy ismernie kellett. A biztosított köteles a közölt adatok ellenőrzését a biztosító részére lehetővé tenni.
40. Az orvosi vizsgálat nem mentesíti a biztosítottat közlési kötelezettsége alól.
41. A közlési kötelezettség megsértése esetén a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy a be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében. A közlési kötelezettség megsértése ellenére is beáll a haláleseti kockázatot tartalmazó életbiztosítási elem tekintetében a biztosító teljesítési kötelezettsége, ha a szerződés létrejöttétől, illetve a biztosított(ak) személyének tartamon belüli változása esetén az új biztosított belépésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.
42. A közlési, illetőleg a változásbejelentési kötelezettség a szerződőt és a biztosítottat egyaránt terheli, egyikük sem védekezhet olyan körülmény vagy változás nem tudásával, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni vagy neki

bejelenteni, noha arról tudnia kellett, és azt közölni, illetőleg bejelenteni köteles lett volna.

43. Ha a biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá ha a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását közli vele, tizenöt napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg – ha a kockázatot a szerződési feltételek értelmében nem vállalhatja – a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.

Ha a szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra tizenöt napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított harmincadik napon megszűnik. Erre a következményre a szerződőt a biztosító a módosító javaslat megtételekor figyelmezteti.

Ha a biztosító e jogával nem él, a szerződés az eredeti tartalommal hatályban marad.

A biztosító szolgáltatása

44. A biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási díj megfizetése ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási eseménynek a biztosítás hatálya (a kockázatviselés ideje) alatti bekövetkezése esetén a biztosítás különös szerződési feltételeinek megfelelően, a biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatást teljesíti a biztosítottnak, halála esetén pedig a halál esetére megnevezett kedvezményezettnek. A biztosító az aktuális biztosítási szolgáltatást teljesíti, ha a biztosítási tartam meghosszabbodott, és a szerződő az értékkövetést elfogadta.
45. A szerződő által választható kockázati elemeket a Munkavállalói és egyéb csoportos személybiztosítás különös szerződési feltételei tartalmazzák. A szerződésnek a halálesetre vagy a baleseti eredetű halálesetre vonatkozó kockázati elemet minden esetben tartalmaznia kell, a további kockázati elemek pedig a szerződő által külön-külön és együttesen is, tetszés szerinti variációban választhatók. A választott kockázati elemeket a szerződő felek a biztosítási szerződésben rögzítik.
46. A kezdeti biztosítási összeget a szerződő felek a biztosítási szerződésben rögzítik. Az aktuális biztosítási összeg az adott biztosítási időszakra vonatkozó, az értékkövetés folytán emelkedett biztosítási összeg.
47. A szerződő felek a biztosítási szolgáltatás összegét biztosítottanként azonos, de egyes biztosított csoportokra nézve akár eltérő összegben is megállapíthatják. A biztosítási összeg évente az értékkövetéstől függetlenül is módosítható a felek közös megegyezésével. A szerződő a biztosítási összeg módosítását a biztosítónak a biztosítási

évforduló előtt legalább 30 nappal megküldött írásbeli nyilatkozattal kezdeményezheti. A szerződő nyilatkozatát a biztosító új ajánlatként kezeli. A módosított biztosítási összeg a biztosítási évforduló napját követő napon 0 órától hatályos. Ha a módosítás a biztosítási összeg emelkedését eredményezi, a jelen szerződési feltételeknek a várakozási időre vonatkozó rendelkezései e különbséti biztosítási összegre alkalmazandók.

Eltérés a korábbi szerződési gyakorlattól

A "Varia É", "Varia BB" és Varia II. elnevezésű termékeinktől eltérően az új módozat életbiztosítási, baleset-biztosítási, illetve egészségbiztosítási kockázati modulokat egyaránt tartalmaz. A szerződésnek a halálesetre szóló életbiztosítási, avagy a baleseti eredetű halálra vonatkozó baleset-biztosítási modult minimálisan tartalmaznia kell.

A baleset fogalma

48. A jelen szerződési feltételek alkalmazásában balesetnek a biztosított akaratán kívül hirtelen fellépő olyan külső behatás minősül, amelynek következtében a biztosított

- a) mûlékony sérülést szenved, vagy
- b) legkésőbb egy éven belül meghal, vagy
- c) legkésőbb két éven belül maradandó egészségkárosodása alakul ki.

49. A jelen szerződési feltételek szerint nem minősül balesetnek a megemelés, rándulás, fagyás, napszúrás, hõguta, porckorongsérülés, sérv, agyvérzés, továbbá a nem baleseti eredetű vérzés.

A biztosító mentesülése

50. A biztosító mentesül az életbiztosítási szolgáltatási kötelezettség alól, ha a biztosított halála

- a) a kedvezményezett szándékos magatartásának következménye,
- b) a biztosított szándékosan elkövetett, súlyos bûncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, vagy
- c) a szerződés létrejöttét követõ, illetõleg a biztosított(ak) személyének tartamon belüli változása esetén az új biztosított belépésétõl számított 2 éven belül elkövetett öngyilkosság miatt következett be.

51. A biztosító a baleset-biztosítási szolgáltatási kötelezettség alól akkor mentesül,

- a) ha a biztosított halála a kedvezményezett szándékos magatartásának következménye,
- b) ha a biztosítási esemény a biztosított olyan balesetével függ össze, amelyet jogellenesen a biztosított, a szerzõdõ vagy a szerzõdõvel,

illetõleg a biztosítottal közös háztartásban élõ hozzátartozó szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott.

52. A biztosító mentesül az egészségbiztosítási szolgáltatási kötelezettség alól, ha a biztosítási esemény a biztosított olyan sérülésével, betegségével, illetõleg balesetével függ össze, amelyet jogellenesen a biztosított, a szerzõdõ vagy a szerzõdõvel, illetõleg a biztosítottal közös háztartásban élõ hozzátartozó szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott.

Kizárások

53. A biztosító nem teljesít élet-, baleset és egészségbiztosítási szolgáltatást, ha a biztosítási esemény a biztosítottnak

- a) harci eseményekben, háborús vagy polgárháborús cselekményekben, felkelésben, lázadásban, zavargásban való részvétele miatt, vagy
- b) atommag szerkezeti módosulása, illetõleg radioaktív sugárzás vagy egyéb ionizáló sugárforrás hatása miatt (ha azt nem terápiás célból alkalmazták) következett be.

54. A biztosító az 53. pontban foglaltakon túl nem teljesít baleset-, illetve egészségbiztosítási szolgáltatást akkor sem, ha biztosítási esemény a biztosított

- a) orvosi javaslat nélküli vagy nem az elõírt adagolásban való gyógyszereszedése miatt,
- b) ittas vagy kábító-, illetve bódítószerek hatása alatti állapota miatt,
- c) elme- vagy tudatzavarával, bármilyen okú eszméletvesztésével, illetve öngyilkosságával vagy annak kísérletével okozati összefüggésben,
- d) saját maga vagy hozzájárulásával mások által végzett gyógyító célú kezelés és beavatkozás folytán elõidézt testi károsodása következtében (kivéve, ha erre valamely biztosítási esemény miatt került sor), valamint
- e) jogosítvány nélküli gépjármûvezetése miatt következett be, illetve
- f) hivatásosan gyakorolt sporttevékenység során elszenvedett balesetének, valamint szervezett tömegsport-tevékenység közben történt balesetének (sportbalesetnek) a következménye.

55. Nem teljesít a biztosító szolgáltatást, ha a biztosított a balesettel, valamint a betegséggel összefüggésben elõírt orvosi kezelésnek nem vetette alá magát, vagy nem követte az orvosi utasításokat, és ezzel gyógyulását akadályozta, illetve a betegség ennek a következménye.

56. A baleset-biztosítási kockázati elemek tekintetében a baleset elõtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek és testrészek a biztosító kockázatviselésébõl ki vannak zárva.

57. Hivatásosan gyakorolt sporttevékenységnek minősül, ha a biztosított sportszervezettel létesített munkaviszony vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony, továbbá vállalkozás keretében jövedelemszerzési céllal sporttevékenységet folytat, és rendelkezik hivatásos sportolói igazolvánnyal.

A biztosítási esemény bejelentése, a biztosító teljesítése

58. A biztosítási eseményt a bekövetkeztétől számított 8 munkanapon belül be kell jelenteni a biztosítónak.

59. A biztosító szolgáltatásának igénybevételéhez a biztosító rendelkezésére kell bocsátani mindazokat az iratokat, amelyek a szolgáltatás iránti igény bizonyításához és elbírálásához szükségesek, a biztosító által kért felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését. A biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a szerződő vagy a biztosított e kötelezettségének nem tesz eleget, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

60. A biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához az alábbi iratok bemutatása szükséges:

- a) a biztosítási esemény leírását tartalmazó részletes kárbejelentés,
- b) halál esetén halotti anyakönyvi kivonat és a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány,
- c) ha a biztosított halálával kapcsolatban rendőrhatalósági vagy bírósági eljárást is folytattak, a nyomozást megszüntető vagy megtagadó jogerős határozat, illetve a jogerős bírósági határozat,
- d) egyéb hatósági eljárás esetén a hatósági értesítés, igazolás vagy határozat,
- e) ha kijelölt kedvezményezett hiányában az örökös a kedvezményezett, az öröklésről szóló jogerős közjegyzői vagy bírósági határozat, illetőleg öröklési bizonyítvány,
- f) baleseti eredetű egészségkárosodás esetén az azt igazoló orvosi dokumentumok,
- g) kórházi tartózkodás esetén az azt igazoló iratok, műtét esetén a kórházi zárójelentés,
- h) munkaképtelenség esetén az azt igazoló iratok,
- i) a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy azonosságát igazoló okirat,
- j) a különös szerződési feltételekben előírt iratok, valamint
- k) minden olyan más, a biztosító által kért dokumentum, amely a tényállás további tisztázásához, illetve az igény megalapozottságának igazolásához és a jogalap tisztázásához szükséges.

61. A biztosító megvizsgálja a biztosítási esemény bekövetkezte kapcsán benyújtott orvosi dokumentumok tartalmát, valamint szükség esetén felülvizsgálja a biztosított egészségi állapotát, az

orvosi eljárás szükségességét és a gyógytartamot. A biztosított vállalja, hogy aláveti magát a biztosító orvosa által végzett vizsgálatnak azzal, hogy egyedi esetekben a biztosító külső orvos szakértőt is felkérhet véleményadásra.

62. A biztosító a biztosítási összeget a szolgáltatás iránti igény igazolásához szükséges utolsó irat, okmány kézhezvételét követő 30 napon belül fizeti ki az arra jogosultnak.

A biztosítási szerződés megszűnése

63. A szerződés megszűnik a tartam lejáratával, ha azt a felek nem hosszabbították meg.

64. A biztosítási szerződés megszűnik
a) díjnemfizetés miatt (lásd a 38. pontot) és
b) felmondással (lásd a 37. és 43. pontot).

65. A biztosító kockázatviselése a biztosítási tartam utolsó napján 24 órákor, vagy a szerződés korábbi megszűnése esetén a megszűnés napján 24 órákor ér véget.

Egyéb rendelkezések

66. A szerződő köteles a szerződés tartama alatt bekövetkezett címváltozását a biztosítónak 5 napon belül bejelenteni. A bejelentés elmulasztása esetén a biztosító az általa ismert utolsó címre joghatályosan küldhet nyilatkozatot.

67. A biztosító ügynöke kizárólag az ajánlatok és a díjak átvételére jogosult. Az ügynök szerződéskötésre nem jogosult, és a szerződő (biztosított) jognyilatkozatot nem intézhet hozzá érvényesen.

68. A biztosítóhoz intézett jognyilatkozat a biztosítóval szemben akkor hatályos, ha azt írásban teszik, és a biztosító valamely szervezeti egységének a tudomására jut.

69. A biztosítónak a szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozata abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor a posta azt az érdekeltnek ajánlott levélben kézbesítette, illetve – személyesen átadott nyilatkozat esetén – az átvételt az érdekelt írásban elismerte, illetőleg akkor is, ha a fenti esetekben az átvételt a címzett igazolhatóan megtagadta.

70. A biztosítási díj azon a napon tekintendő megfizetettnek, amikor az a biztosító pénztárába vagy számlájára megérkezik. Ha a díjat a biztosító képviselőjének (ügynökének) fizették, a 15. pont szabályai az irányadók.

71. A biztosítási szerződésből eredő igények az esedékességtől számított két év elteltével elévülnek.

A jelen pont alkalmazása szempontjából az igény esedékességének időpontja:

- a) azonnali halál, illetve végtagok, szervek azonnali elvesztése, csonttörés, csontrepedés, vagy a kritikus betegségek esetén a biztosítási esemény napja,
- b) később bekövetkezett – egy éven belüli – halál esetén az elhalálozás napja,
- c) maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodás esetén az egészségkárosodás százalékos mértéke orvosi megállapíthatóságának napja,
- d) 28 napot meghaladó keresőképtelenség esetén a keresőképtelenség 29. napja,
- e) fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelés esetén az 1., a 4. vagy a 9. nap,
- f) műtét esetén a műtét napja,
- g) keresőképtelenség esetén a 8., 15., 22. vagy 29. nap,
- h) társadalombiztosítási I., II. vagy III. csoportba tartozó rokkantság esetén a rokkantság társadalombiztosítási szerv általi megállapításának napja,
- i) Gyógyulási támogatás esetén fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelés 8., vagy 15., vagy 22. napja.

72. A biztosítással összefüggő iratokat, valamint a biztosító által végeztetett orvosi vizsgálatok leleteit a biztosító jogosult megőrizni.

A személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók

73. **Személyes adat** az olyan adat, adatból levonható következtetés, amely egy meghatározott természetes személlyel (továbbiakban: érintett) kapcsolatba hozható. A személyes adat biztosítási titoknak minősül.

A biztosító személyes adatokat a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggésben kezel. Az adatszolgáltatás önkéntes, de a biztosítási ajánlaton rögzített egyes személyes adatok közlése nélkülözhetetlen a biztosítási szerződés létrejöttéhez. Az adatkezelés céljával összefüggésben a biztosító tudomására jutott adatokat a biztosító a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (továbbiakban: Bit.) értelmében az Ügyfél külön hozzájárulása nélkül kezelheti. E törvényi felhatalmazás kizárólag azon személyes adatokra vonatkozik, amelyek nem minősülnek különleges adatnak.

Amennyiben a személyes adat az egészségi állapotra, a kóros szenvedélyre vonatkozik, úgy az a hatályos jogszabályok értelmében **különleges adatnak** minősül, a **különleges adat** kizárólag az Ügyfél írásbeli hozzájárulása alapján kezelhető. A különleges adatok kezelésére vonatkozó, írásbeli hozzájárulását az Ügyfél a személyes adatok

védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvény (továbbiakban: Avtv.) 3. §-ának (7) bekezdése értelmében a szerződés keretei között is megteheti, mely rendelkezés alapján **szükséges hozzájárulást** a szerződés részét képező ajánlati nyilatkozat tartalmazza.

Az adatkezelés **időtartama**: a biztosító a személyes (és azon belül a különleges) adatokat a biztosítási jogviszony fennállása alatt, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

A biztosító mint adatkezelő az adatok feldolgozásával leányvállalatát, a Hungária Biztosító Számítástechnikai Kft.-t (Cg. 01–09–069554, 1553 Budapest, Pf. 40.) bízta meg, amely szervezet az adatokat nyilvántartja. A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez igénybevett – posta útján történő utalás vagy banki átutalás esetén – a Magyar Posta Rt. és a jogosult által megnevezett bank adatszolgáltatónak minősül.

A biztosító és az ügynöke, illetve megbízottja tevékenysége során tudomására jutott, biztosítási titoknak minősülő adatokat (személyes és vagyoni adatokat, a szerződéses adatokat) – a jogszabályban meghatározott eseteket kivéve – csak akkor hozhatja harmadik személy tudomására, ha a titoktartási kötelezettsége alól az érintett ügyféltől vagy annak törvényes képviselőjétől a kiszolgáltatható titokkört megjelölve írásban felmentést kapott. Nem sért biztosítási titokra vonatkozó szabályt a biztosító, amennyiben jogszabály alapján történő megkeresés vagy kötelező adatszolgáltatás teljesítése során biztosítási titoknak minősülő adatokat bocsát a jogszabályban meghatározott szerv(ezet) rendelkezésére. Az ügyfél-tájékoztató tartalmazza azon szerv(ezet)ek és személyek felsorolását, amelyeknek a biztosító az adatokat továbbítani jogosult és köteles.

A biztosító egyes biztosítási szolgáltatások során igénybe vesz külső közreműködőket olyan esetekben, amikor a szolgáltatás nyújtásához a megbízott speciális szakértelmére van szükség. A kiszervezett biztosítási tevékenységet végző megbízott személyes adatokat kezel és a törvény alapján titoktartásra kötelezett.

A biztosító ügyfele saját személyes, nyilvántartott illetve továbbított adatairól – a hivatkozott törvényekben rögzített korlátozásokkal – jogosult tájékoztatást kapni, kérésére adatait a biztosító nyilvántartásában módosítja.

A biztosító és ügynöke a személyes adatokat a biztosítási, illetve megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási és megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító és ügynöke köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt.

Az ügyfél jogellenes adatkezelés esetén élhet tiltakozási jogával, illetve bírósághoz is fordulhat. A

biztosító mint adatkezelő köteles a bejelentést a törvény előírása szerint kivizsgálni és az ügyfelet írásban tájékoztatni.

74. A szerződő tudomásul veszi, hogy a szerződéses kapcsolat fennállása alatt a megadott adataiban bekövetkezett változásokról a tudomásszerzésétől számított 5 munkanapon belül a biztosítót értesítenie kell.

75. A biztosító és a szerződő fél között a jelen szerződési feltételek alapján létrejött szerződésre az itt nem szabályozott kérdésekben a Polgári törvénykönyv rendelkezései, valamint a hatályos magyar jogszabályok ide vonatkozó rendelkezései az irányadók.

Záradékok

A jelen szerződési feltételek alapján a felek között létrejött szerződésre az alábbi záradékok közül az vonatkozik, amelyik – kódjának feltüntetésével – a szerződésben szerepel.

76. A díjfizetési kedvezmény záradéka a biztosítási évfordulón történő elszámoláshoz (kód: BKA)

A szerződő felek megállapodnak abban, hogy mindaddig, amíg a biztosítottak száma a biztosítási tartam során 100 fő fölött van, a biztosítási díj elszámolása évente egyszer, a biztosítási évfordulón történik.

77. A díjfizetési kedvezmény záradéka a negyedévente történő elszámoláshoz (kód: BKC)

A szerződő felek megállapodnak abban, hogy mindaddig, amíg a biztosítottak száma a biztosítási tartam során 100 fő fölött van, a biztosítási díj elszámolása a biztosítási szerződés – a tartam kezdetétől számított – negyedéves fordulónapjain történik.

78. A csoportba való be- és kilépési kedvezmény záradéka (kód: BKD)

A szerződő felek megállapodnak abban, hogy mindaddig, amíg a biztosítottak száma a biztosítási tartam során 100 fő fölött van, és az adott csoport teljes körére kiterjed a biztosítás, a biztosítási díj elszámolása évente egyszer, a szerződő munkaügyi kimutatásai alapján a biztosítási évfordulón történik. A csoportba való belépést követő napon 0 órakor az új biztosítottakra nézve automatikusan megkezdődik, a csoportból való kilépés hónapjának utolsó napjával pedig a kilépő biztosítottakra automatikusan megszűnik a biztosító kockázatviselése anélkül, hogy a szerződő a be- és kilépéskor a biztosítónak bejelentené a be-, illetve kilépők nevét, születési idejét, anyja nevét és foglalkozását. A felek megállapodnak, hogy a biztosítási díjat az új belépőkre a csoportba való belépést követő hónap első napjától, a kilépőkre pedig a csoportból való kilépés hónapjának utolsó napjáig kell a szerződőnek megfizetnie.

79. A kockázatviselési kezdet kedvezményének záradéka (kód: BKF)

A szerződő felek megállapodnak abban, hogy ha a biztosítottak száma a biztosítási ajánlat megtételekor 100 fő fölött van, a biztosítási szerződés az ajánlat aláírását és a biztosító vagy képviselője (ügynöke) részére történt átadását – az ajánlattételt – követő napon 0 órakor lép hatályba, feltéve, hogy a szerződő az első biztosítási díjat a számlán feltüntetett fizetési határidőig (a díjeselekesség időpontja), illetőleg az attól számított 30 napon belül a biztosító részére megfizette.

Ha a szerződő a biztosítónak írásban bejelenti a biztosított körbe belépő személyek nevét, születési idejét, anyja nevét és foglalkozását, akkor a biztosítottak köre a szerződő e nyilatkozatának megfelelően módosul a bejelentést követő napon 0 órától, ami egyben a biztosított belépési napjának tekintendő. A biztosított körből kilépő biztosítottak bejelentésével a biztosított kör a bejelentést követő hónap első napján 0 órától módosul, ami egyben a biztosított kilépési napjának tekintendő. A belépéssel megkezdődik, a kilépéssel pedig megszűnik a biztosító kockázatviselése.

Az új biztosítottra vonatkozó díjfizetési tartam kezdete a belépést követő hónap első napján 0 óra. A biztosító ettől az időponttól számolja el az új biztosítottra vonatkozó és annak belépését követően megfizetett biztosítási díjat.

80. A várakozási idő miatti záradék (kód: BKE)

A várakozási idő tartama 2 hónap. Ha a biztosítási esemény a szerződés létrejöttét követő, illetőleg a biztosított(ak) személyének tartamon belüli változása esetén az új biztosított belépésétől számított 2 hónapon belül (várakozási időben) következett be, a biztosító a biztosítási összeg helyett az addig befizetett díjat téríti vissza, kivéve, ha a biztosítási esemény a szerződés létrejöttét, illetőleg a biztosított(ak) személyének tartamon belüli változása esetén az új biztosított belépését követően bekövetkezett baleset következménye, és nem állnak fenn az általános szerződési feltételek 50., 52, 53., 54 és 55. pontjában foglalt kizáró körülmények.

81. A foglalkozás miatti pótdíj záradéka (kód: BFK)

A szerződési feltételekben foglaltak alapján a biztosítottaknak az átlagosnál veszélyesebb foglalkozására tekintettel a biztosítás pótdíjjal jön létre.

82. A szabadidős tevékenység miatti pótdíj záradéka (kód: BSK)

A szerződési feltételekben foglaltak alapján a biztosítottaknak az átlagosnál veszélyesebb szabadidős tevékenységére tekintettel a biztosítás pótdíjjal jött létre.

Allianz Hungária Biztosító Részvénytársaság
1054 Budapest, Bajcsy-Zsilinszky út 52.
Cégjegyzékszám: Fővárosi Bíróság mint Cégbíróság
Cg. 01-10-0411356