

Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítás

Csoportos személybiztosítás

Ügyfél-tájékoztató

Allianz 

Tisztelt leendő Partnerünk!

Engedje meg, hogy néhány szóban bemutassuk csoportos élet-, baleset-, és egészségbiztosításunkat.

Ez az ügyfél-tájékoztató, amit most a kezében tart, nem helyettesíti a biztosítási feltételeket, pusztán az Ön bővebb előzetes informálását szolgálja.

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.

Biztosítási esemény

A szerződő által választott kockázati elemektől függően, biztosítási események, amelyek bekövetkezte esetén társaságunk szolgáltatást nyújt, a következők:

I. Életbiztosítás

- a) A biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkezett halála.

II. Baleset-biztosítás

A biztosított balesetből eredő,

- b) a baleset bekövetkeztétől számított egy éven belüli halála,
- c) az attól számított két éven belül megállapított, 10%-ot meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodása,
- d) orvosilag indokolt és szükséges, a szerződő által választott önrésznapot (0, 3 vagy 8 nap) meghaladó, a baleset bekövetkeztétől számított 1 éven belüli fekvőbeteg-gyógyintézetben történő folyamatos gyógykezelése,
- e) orvosilag indokolt és szükséges, a baleset bekövetkeztétől számított 1 éven belüli műtéte,
- f) a keresőképtelenség megállapítására jogosult orvos által igazolt, és a szerződő által választott önrésznapokat (0, 7, 14 vagy 21 nap) meghaladó, a baleset bekövetkeztétől számított 1 éven belüli folyamatos keresőképtelensége,
- g) a baleset bekövetkeztétől számított 1 éven belüli csonttörése, csontrepedése vagy 28 napot meghaladó keresőképtelensége,
- h) baleseti rokkantsági alapon társadalombiztosítási III. rokkantsági csoportba tartozó rokkanttá válása, ha ezt az országos orvosszakértői intézet szakvéleménye alapján a társadalombiztosítási szerv a baleset bekövetkeztétől számított 2 éven belüli megállapítja, azzal a kikötéssel, hogy a biztosítási eseményhez vezető

balesetnek a kockázatviselési időszakban kell bekövetkeznie.

III. Egészségbiztosítás

A biztosított balesetből vagy betegségből eredő,

- i) orvosilag indokolt és szükséges, a szerződő által választott önrésznapot (3 vagy 8 nap) meghaladó, a baleset vagy betegség bekövetkeztétől számított 1 éven belüli fekvőbeteg-gyógyintézetben történő folyamatos gyógykezelése,
- j) keresőképtelenség megállapítására jogosult orvos által igazolt, és a szerződő által választott önrésznapokat (14 vagy 28 nap) meghaladó, a baleset vagy betegség bekövetkeztétől számított 1 éven belüli folyamatos keresőképtelensége,
- k) orvosilag indokolt és szükséges, a baleset vagy betegség bekövetkeztétől számított 1 éven belüli műtéte,
- l) orvosilag indokolt és szükséges 7, 14, illetve 21 napot meghaladó, a baleset vagy betegség bekövetkeztétől számított 1 éven belüli fekvőbeteg-gyógyintézetben történő folyamatos gyógykezelése,
- m) rokkantsági vagy baleseti rokkantsági alapon társadalombiztosítási I. vagy II. rokkantsági csoportba tartozó rokkanttá válása, ha ezt az országos orvosszakértői intézet szakvéleménye alapján a társadalombiztosítási szerv a baleset vagy betegség bekövetkeztétől számított 2 éven belüli megállapítja, azzal a kikötéssel, hogy a biztosítási eseményhez vezető balesetnek és betegségnek a kockázatviselési időszakban kell bekövetkeznie.
- n) A kritikus betegségekre vonatkozó kockázati elem esetén a biztosítási esemény akkor következik be, amikor
- a biztosítottnál rosszindulatú daganatot diagnosztizálnak, a diagnózis felállításának időpontjában;
 - a biztosítottnál szívinfarktust diagnosztizálnak, a szívinfarktus bekövetkeztének a kezelőorvos által megállapított időpontjában;
 - a biztosítottnál agyi érkatasztrófát diagnosztizálnak, és a szakorvosi vélemény szerint az idegrendszeri károsodás a diagnózis felállításától számított 60 napon túl is fennáll;
 - a biztosítottnál krónikus veseelégtelenség áll fenn, és a beteg a diagnózis megállapításától számított legalább 60 napig tartós dialíziskezeltésre szorul;
 - a biztosított szervátültetést hajtanak végre, a műtét időpontjában;

- a biztosított szívkoszorúér-műtétet (bypass) hajtának végre, a műtét időpontjában;
- a biztosított AIDS (HIV) betegségben megbetegszik, a HIV betegség megállapításának időpontjában;

azzal a kikötéssel, hogy a biztosítási esemény – és a biztosítási eseményhez vezető baleset is – a kockázatviselési időszakban előzmény nélkül következik be, és a bekövetkezés időpontját követően a biztosított legalább 30 napig életben van.

A biztosítási szolgáltatások

A biztosító a csoportos személybiztosítás kockázati elemeinek megléte esetén a szerződésben meghatározott összegű biztosítási szolgáltatásokat nyújtja a következők szerint:

- A biztosított halála esetén a biztosítási összeget fizeti ki a kedvezményezettnek.
- A biztosított baleseti eredetű halála esetén a biztosítási összeget fizeti ki a kedvezményezettnek. A biztosítási összeg helyett, a biztosító a biztosítási összeg 200%-át téríti meg, ha a biztosított halála orvosilag igazoltan, közvetlenül égési sérülésből eredően következett be, illetve 150%-át téríti meg amennyiben a biztosított halála közlekedési baleset következménye.
- A biztosító a biztosított baleseti eredetű, marandó
 - teljes, 100%-os egészségkárosodása esetén a biztosítási összeg 200%-át,
 - 67-99% közötti egészségkárosodása esetén a biztosítási összeg kétszeresének a károsodás mértékével arányos részét,
 - 11-66% közötti egészségkárosodása esetén a biztosítási összeg károsodás mértékével arányos részét, fizeti ki a biztosítottnak.
- A biztosított balesetből eredő, orvosilag indokolt és szükséges, a szerződő által választott önrésznapot (0, 3 vagy 8 nap) meghaladó, a baleset bekövetkeztétől számított 1 éven belüli fekvőbeteg-gyógyintézetben történő folyamatos gyógykezelése esetén napi térítést nyújt a biztosítottnak a biztosítási eseménynek minősülő gyógykezelés időtartamára, annak kezdetétől a befejezéséig, legfeljebb azonban a gyógyintézeti tartózkodás kezdetétől számított 365. napig.
- A biztosított balesetből eredő, orvosilag indokolt és a balesettel okozati összefüggésben szükséges, a baleset bekövetkeztétől számított 1 éven belüli
 - kiemelt műtete esetén a biztosítási összeg 200%-át,
 - nagyműtete esetén a biztosítási összeget,
 - közepes műtete esetén a biztosítási összeg 50%-át,
 - kisműtete esetén a biztosítási összeg 20%-át fizeti ki a biztosítottnak,

A műtéti lista szerint „nem térítendő műtétnek” minősülő beavatkozás esetén a biztosító nem nyújt szolgáltatást.
- A biztosított balesetből eredő, orvos által igazolt, és

a szerződő által választott önrésznapot (0, 7, 14 vagy 21 nap) meghaladó, a baleset bekövetkeztétől számított, 1 éven belüli folyamatos keresőképtelensége esetén a biztosító napi térítést fizet az. 1., 8., 15., vagy 22. naptól kezdődően, a szerződő által önrészként választott 0., 7., 14., vagy 21. napot követő folyamatos táppénzes napokra, legfeljebb azonban 180 napig.

- A biztosított balesetből eredő, a baleset bekövetkeztétől számított 1 éven belüli csonttörése, csontrepedése vagy 28 napot meghaladó keresőképtelensége esetén a biztosítási összeget fizeti ki.
- A biztosított balesetből eredő, baleseti rokkantsági alapon társadalombiztosítási III. rokkantsági csoportba tartozó rokkanttá válása esetén, ha ezt az országos orvosszakértői intézet szakvéleménye alapján a társadalombiztosítási szerv a baleset bekövetkeztétől számított 2 éven belül megállapítja, a biztosító egyösszegű szolgáltatás nyújt.
- Kritikus betegségre szóló kockázati elemre vonatkozóan a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződésben meghatározott összegű biztosítási összeget fizeti ki.
- A biztosított balesetből vagy betegségből eredő, orvosilag indokolt és szükséges, a szerződő által választott önrésznapot (0, 3 vagy 8 nap) meghaladó, a baleset vagy betegség bekövetkeztétől számított 1 éven belüli fekvőbeteg-gyógyintézetben történő folyamatos gyógykezelése esetén napi térítést nyújt a biztosítottnak a biztosítási eseménynek minősülő gyógykezelés időtartamára, annak kezdetétől a befejezéséig, legfeljebb azonban a gyógyintézeti tartózkodás kezdetétől számított 365. napig.
- A biztosított balesetből vagy betegségből eredő, orvosilag indokolt és a balesettel vagy betegséggel okozati összefüggésben szükséges, a baleset vagy betegség bekövetkeztétől számított 1 éven belüli
 - kiemelt műtete esetén a biztosítási összeg 200%-át,
 - nagyműtete esetén a biztosítási összeget,
 - közepes műtete esetén a biztosítási összeg 50%-át,
 - kisműtete esetén a biztosítási összeg 20%-át fizeti ki a biztosítottnak,

A műtéti lista szerint „nem térítendő műtétnek” minősülő beavatkozás esetén a biztosító nem nyújt szolgáltatást.
- A biztosított balesetből vagy betegségből eredő, orvos által igazolt, és a szerződő által választott önrésznapot (14 vagy 28 nap) meghaladó, a baleset vagy betegség bekövetkeztétől számított 1 éven belüli folyamatos keresőképtelensége esetén napi térítést fizet a 15., vagy 29. naptól kezdődően, a szerződő által önrészként választott 14., vagy 28. napot követő folyamatos táppénzes napokra, legfeljebb azonban 180 napig.
- A biztosított balesetből vagy betegségből eredő, orvosilag indokolt és szükséges 7 napot meghaladó fekvőbeteg-gyógyintézetben történő folyamatos gyógykezelése esetén a biztosítási összeget, vagy 14 napot

meghaladó gyógykezelése esetén a biztosítási összeg 200%-át, vagy 21 napot meghaladó gyógykezelése esetén a biztosítási összeg 300%-át fizeti ki,

- n) A biztosított balesetből vagy betegségéből eredő, rokkantsági vagy baleseti rokkantsági alapon társadalombiztosítási I. vagy II. rokkantsági csoportba tartozó rokkanttá válása esetén, ha ezt az országos orvosszakértői intézet szakvéleménye alapján a társadalombiztosítási szerv a baleset vagy a betegség bekövetkeztétől számított 2 éven belül megállapítja, a biztosító egyösszegű szolgáltatást nyújt.

Kérjük, hogy tájékozódjon a szerződőtől az Önre érvényes szerződésben foglalt konkrét biztosítási összeg(ek)ről, biztosítási esemény(ek)ről és szolgáltatás(ok)ról.

A biztosítási szolgáltatások teljesítésének módja, ideje

A biztosítási eseményt a bekövetkezésétől számított 8 munkanapon belül írásban be kell jelenteni társaságunkhoz. A szolgáltatáshoz szükséges utolsó irat beérkezését követő 30 napon belül a biztosító kifizeti a biztosítottnak, illetve a kedvezményezettnek az őt megillető összeget.

A biztosítási szerződés létrejötte

A szerződés úgy jön létre, hogy a szerződő ajánlatot tesz, amelyet társaságunk elbírál. Döntésünket az ajánlat átadásától számított 15 napon belül kell meghoznunk. Ha a rendelkezésünkre álló kockázat-elbírálási határidőn belül nem nyilatkozunk, az az ajánlat hallgatólagos elfogadását jelenti.

Ha a biztosító a kockázat-elbíráláshoz szükséges adatok hiánya miatt a szerződő ajánlatát a rendelkezésre álló 15 napos határidő alatt nem tudja elbírálni, és emiatt az ajánlatot el kellene utasítani, akkor a 15 napos ajánlat elbírálási határidő további 15 nappal meghosszabbodik, ha ehhez a szerződő az ajánlaton hozzájárult, és a biztosító az ajánlattételtől számított 15 napon belül értesítette a szerződőt a kockázat-elbírálásához szükséges adatok hiányáról. Ha a biztosító a meghosszabbított határidő alatt az ajánlatra nem nyilatkozik, a szerződés az ajánlat szerint létrejön, az ajánlatnak a biztosító vagy képviselője részére történő átadása időpontjára visszamenő hatállyal. Az ajánlat elfogadása esetén a biztosító kötvényt állít ki.

A biztosítás tartama

A biztosítás tartama egy év, kivéve, ha a felek rövidebb időtartamban állapodtak meg. A biztosítási tartam az ajánlat aláírását és a biztosító vagy képviselője részére történt átadását – az ajánlattételt – követő hó első napján 0 órakor kezdődik, ha a felek másként nem állapodtak

meg. Az egyéves időtartamra kötött szerződés tartama további egy évvel automatikusan meghosszabbodik, ha a szerződő felek a szerződés meghosszabbítására vonatkozó igényüket a tartam lejárta előtt legalább 60 nappal írásban nem közlik egymással.

A kockázatviselés kezdete

A biztosító kockázatviselése a szerződés hatálybalépésével kezdődik meg, feltéve, hogy a szerződés már létrejött, vagy utóbb létrejön.

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

A biztosítási szerződés hatálybalépése

Ha a felek ellenkezően nem állapodnak meg a biztosítás a biztosítási (díjfizetési) tartam kezdetén 0 órakor lép hatályba, feltéve, hogy a szerződő az első biztosítási díjat a számlán feltüntetett fizetési határidőig (a díjesedékeség időpontja), illetőleg az attól számított 30 napon belül a biztosító részére megfizette. Ugyanakkor, ha a felek a díj megfizetésére vonatkozóan díjhalasztásban állapodtak meg, vagy a biztosító a díj iránti igényét bírósági úton érvényesíti, a szerződés a megállapodást, illetve a díj érvényesítését követő napon lép hatályba.

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 órakor 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.

A biztosítási évforduló

Az eredetileg egyéves tartamra kötött és a továbbiakban évente automatikusan meghosszabbodott tartamú szerződés biztosítási évfordulója a biztosítási tartamon belül minden évben annak a hónapnak az első napja, amely hónapban a biztosítási tartam megkezdődött.

A biztosítási díj

A biztosítási díjat a felek a szerződésben rögzítik. Az egyes kockázati elemek biztosítási díja függ a biztosítási összegtől és a szerződő által választott díjfizetési gyakoriságtól. A biztosítási díj konkrét mértékéről üzletkötőink, hálózati egységeink részletes felvilágosítással szolgálnak.

A biztosítási díjat a szerződő fizeti. 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 díjrészt 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 szerződő havi, negyedéves, féléves vagy éves díjfizetési gyakoriságot választhat. A szerződő által fizetendő biztosítási díj az egyes kockázati elemek biztosítási díjának összege.

Ha a biztosított(ak) az átlagosnál veszélyesebb tevékenységet folytat(nak) (ideértve mind a munkavégzésre irányuló, mind a szabadidőben folytatott tevékenységet is), a biztosító a díjszabásban meghatározott esetekben és mértékben – tekintettel a nagyobb kockázatra – a baleset-, illetve egészségbiztosítások 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. A csoportra vonatkozó kockázati viszonyok alakulásától függően a biztosítás díja a biztosítási tartam meghosszabbításakor is módosulhat, mely díjmódosításról a biztosító a biztosítási évforduló előtt 45 nappal írásban értesíti a szerződőt.

Az értékkövetés módja és mértéke

A biztosítás értékének megőrzése érdekében a felek a szerződésben megállapodnak a biztosítás díjának és a biztosítási összegnek az árszínvonal változásához való hozzáigazításában (értékkövetés), ami évente, a biztosítási évfordulón történik, amennyiben a felek a szerződést meghosszabbították. Az értékkövetés során a biztosítási összeg és a biztosítási díj azonos arányban növekszik.

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.

A szerződő a biztosító értékkövetéséről szóló értesítésének a kézhezvétele után, a biztosítási évforduló előtti 30. napig írásban értesítheti a biztosítót, hogy a díjemelést elutasítja.

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.

Tekintettel arra, hogy a biztosítási termék kockázati, és nem befektetési jellegű életbiztosítási kockázatot tartalmaz, a biztosító nem vállal tőke-, illetve hozamgaranciát.

Mentesülések

Társaságunk mentesül az életbiztosítási szolgáltatási kötelezettség alól, ha a biztosított halála

- a kedvezményezett szándékos magatartásának következménye,
- a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, vagy
- a szerződés létrejöttét követő, illetőleg a biztosított(ak) személyének tartamon belüli változása esetén az új biztosított belépésétől számított 2 éven belül elkövetett öngyilkosság miatt következett be.

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

- ha a biztosított halála a kedvezményezett szándékos magatartásának következménye,
- ha a biztosítási esemény a biztosított olyan balesetével függ össze, amelyet jogellenesen a biztosított, a szerződő vagy a szerződővel, illetve a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozó szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott.

A biztosító mentesül az egészségbiztosítási szolgáltatási kötelezettség alól, ha a biztosítási esemény a biztosított olyan sérülésével, betegségével, illetőleg balesetével függ össze, amelyet jogellenesen a biztosított, a szerződő vagy a szerződővel, illetőleg a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozó szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott.

Az alkalmazott kizárások

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

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

A biztosító nem teljesít baleset-, illetve egészségbiztosítási szolgáltatást akkor sem, ha a biztosítási esemény a biztosított

- orvosi javaslat nélküli vagy nem az előírt adagolásban való gyógyszereszedése miatt,

- ittas vagy kábító-, illetve bódítószer hatása alatti állapota miatt,
- elme- vagy tudatzavarával, bármilyen okú eszméletvesztésével, illetve öngyilkosságával vagy annak kísérletével okozati összefüggésben,
- saját maga vagy hozzájárulásával mások által végzett gyógyító célú kezelés és beavatkozás folytán előidézett testi károsodása következtében (kivéve, ha erre valamely biztosítási esemény miatt került sor), valamint
- jogosítvány nélküli gépjárművezetése miatt következett be, illetve
- hivatásosan gyakorolt sporttevékenység során elszenvedett balesetének, valamint szervezett tömegsporttevékenység közben történt balesetének (sportbalesetnek) a következménye.

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

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

Nem minősül balesetnek a megemelés, rándulás, fagyás, napszúrás, hóguta, porckorongsérülés, sérv, agyvérzés, továbbá a nem baleseti eredetű vérzés.

A baleseti eredetű fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelésre szóló kockázati elem esetén a biztosító szolgáltatására vonatkozóan **további kizáró okok:**

A biztosított

- krónikus, rehabilitációs vagy rekreációs fekvőbeteg-gyógyintézeti osztályon (részlegén, ágyon) való ellátása,
- terápiás célból nem indokolt esztétikai beavatkozás miatti fekvőbeteg-gyógyintézeti tartózkodása, illetve
- fizioterápiás, fürdőgyógyászati, pszichoterápiás, akupunktúrás, természetgyógyászati és egyéb paramedikális kezelése.

A baleseti vagy betegségi eredetű fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelésre, illetve gyógyulási támogatásra vonatkozó kockázati elemek esetén a biztosító nem nyújt szolgáltatást a biztosított

- nem orvosi indikáció alapján végzett terhesség-megszakítása,
- megtermékenyítést elősegítő bármilyen orvosi beavatkozás (beleértve a mesterséges megtermékenyítést is),
- krónikus, rehabilitációs vagy rekreációs fekvőbeteg-gyógyintézeti osztályon (részlegén, ágyon) való ellátása,

- pszichiátriai intézetben (illetve igazoltan pszichiátriai ágyon) való ellátása,
 - alkohol- és kábítószer-elvonó intézményben történő tartózkodása,
 - terápiás célból nem indokolt esztétikai beavatkozás, fogyókúra kezelés miatti fekvőbeteg-gyógyintézeti tartózkodása,
 - fizioterápiás, fürdőgyógyászati, pszichoterápiás, akupunktúrás, természetgyógyászati és egyéb paramedikális kezelése
- esetén sem.

A baleseti vagy betegségi eredetű keresőképtelenségére szóló kockázati elem esetén a biztosító nem nyújt szolgáltatást továbbá a biztosított

- terhesség, terhesség-megszakítás, vetélés és szülés miatti,
- megtermékenyítést elősegítő bármilyen orvosi beavatkozás (beleértve a mesterséges megtermékenyítést is) miatti, illetve
- törvényes foglalkoztatási tilalom alatti munkavállalásból eredő keresőképtelenség esetén, valamint
- gyermek nevelése vagy szülő ápolása okán igénybe vett társadalombiztosítási szolgáltatás esetén.

A baleseti vagy betegségi eredetű műtéti térítésre vonatkozó kockázati elem esetén a biztosító nem teljesít biztosítási szolgáltatást a biztosított

- nem betegség vagy baleset miatt végzett plasztikai műtét,
- betegség miatt végzett, bármilyen kis- és közepes műtétnek minősülő fogászati, szájsebészeti beavatkozás,
- diagnosztikus célból végzett bármilyen beavatkozás, beleértve a kimetszéseket, az endoscopos vagy punkciós mintavételeket, a katheteres vizsgálatokat is,
- bármilyen okból történő méhkaparás, terhesség-megszakítás, megszakadt terhesség befejezése, szülés megindítása vagy megindult szülés ellátása, teherbe esést vagy a terhesség megtartását célzó bármilyen beavatkozás esetén sem.

A biztosító kötelezettsége nem áll be a közlési kötelezettség megsértése esetén, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt társaságunk a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

A közlési kötelezettség megsértése ellenére is beáll a halálesi 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.

A szerződés megszűnésének esetei

A szerződés a következők miatt szűnhet meg:

- a tartam lejártával, ha azt a felek nem hosszabbították meg,
- díjnemfizetés miatt,
- felmondással.

A szerződés felmondása

- A biztosítási tartam meghosszabbításakor a biztosító a kockázati viszonyok alakulásától függően új díjat állapíthat meg, amiről 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.
- 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 nappal írásban felmondhatja.

A biztosítási szerződésnek nincsenek maradékjogai, azaz a szerződés nem vásárolható vissza, és díjnemfizetés miatti díjmentesítésre sincs mód.

A biztosítási titokról és a biztosítási titoknak minősülő adatok továbbíthatóságáról

A biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (Bit.) értelmében a biztosítót és ügynökét titoktartási kötelezettség terheli minden olyan rendelkezésre álló adat tekintetében, amely ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy társaságunkkal kötött szerződéseire vonatkozik.

Biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosító csak akkor adhat ki harmadik személynek, ha

- a biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad, vagy;
- a törvény alapján nem áll fenn titoktartási kötelezettség.

A titoktartási kötelezettség a Bit. 157. § értelmében bizonyos szervezetek esetében nem áll fenn. E szervezeteknek a biztosító az ügyfelek adatait adott esetekben továbbíthatja az ügyfelek erre vonatkozó írásos hozzájárulása nélkül is. E szervezetek a következők:

- a feladatkörében eljáró Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete;
- a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozóhatóság és ügyészség;

- büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bíróság, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtó;
- a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző;
- adóügyben az adóhatóság, ha annak felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha a biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről szóló törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli;
- a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálat;
- a verseny-felügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatal;
- a feladatkörében eljáró gyámhatóság;
- az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben foglalt egészségügyi hatóság;
- a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésre felhatalmazott szerv;
- a viszontbiztosító, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítók;
- az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosító;
- a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végző;

ha a fent felsorolt személyek vagy szervek írásbeli megkereséssel fordulnak a biztosítóhoz, mely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

A biztosító a nyomozó hatóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet kábítószer-kereskedelemmel, terrorizmussal, illegális fegyverkereskedelemmel vagy pénzmosás bűncselekményével van összefüggésben.

A biztosító a nyomozó hatóságot a „halaszthatatlan intézkedés” jelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyészi jóváhagyást nélkülöző megkeresésére is köteles tájékoztatni az által kezelt az adott ügygel összefüggő biztosítás titoknak minősülő adatokról.

Társaságunk a működésével kapcsolatban tudomására jutott biztosítási titoknak is minősülő üzleti titkot köteles megtartani, azt harmadik személynek nem adhatja ki. Az üzleti titok megtartásának kötelezettsége – a Bit. 157. §-ban felsorolt szerveken túl – nem áll fenn:

I. a feladatkörében eljáró

- Magyar Nemzeti Bankkal,
- Állami Számvevőszékkel,

- a központi költségvetési pénzeszközök felhasználásának szabályszerűségét és célszerűségét ellenőrző Kormányzati Ellenőrzési Hivatallal,
- vagyonellenőrrel, szemben.

II. az eljárás alapját képező ügyre vonatkozóan a feladatkörében eljáró

- a feljelentés kiegészítése keretében a nyomozó hatósággal, ügyésséggel,
- az önkormányzati adósságrendezi eljárás keretében a bírósággal, szemben.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben, ha a biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, és a harmadik országbeli adatkezelőnél a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli adatkezelő székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg, továbbá a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a Pénzügyminisztérium részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása. Az ilyen adatok átadását a biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

Társaságunk biztosítási szolgáltatásai során igénybe vesz külső közreműködőket olyan esetekben, amikor a szolgáltatás nyújtásához szerződéses partnerünk speciális szakértelmére van szükség, vagy ha külső cég igénybevételevel szolgáltatásunkat azonos minőségben, ám kisebb költségekkel és alacsonyabb árakon nyújthatjuk.

Ügyfeleink tájékoztatása céljából ezért az ügyfélforgalom számára nyitva álló helyiségeinkben kifüggesztjük szerződéses partnereink listáját, akik közreműködnek a biztosítási tevékenység végzésében, s ezáltal személyes és biztosítási adatokat is megismernek. A társaságunk megbízása alapján eljáró e cégekről és vállalkozásokról információt kérhet telefonos ügyfélszolgálatunknál is a 06-40-421-421-es telefonszámon.

Ezek a szolgáltatók a biztosítási tevékenységre vonatkozó törvény, valamint az adott szakmára vonatkozó speciális titokvédelmi jogszabályok szerint, továbbá a biztosítótársaságunkkal kötött megbízási szerződések alapján kötelesek a tudomásukra jutott biztosítási titkot időbeli korlátozás nélkül megőrizni, azt harmadik személyeknek nem adhatják át.

Panaszügyintézésről tájékoztatás

Ha kérdése vagy panasza merül fel, kérjük forduljon bizalommal a lakóhelye szerinti területi egységünkhöz, valamint a vezérigazgatóságon működő Központi ügyfélszolgálati Irodához (1054 Budapest, Bajcsy-Zsilinszky út 52., Levelezési címünk: 1368 Budapest, Pf. 191.), ahol készséggel állnak rendelkezésére.

Amennyiben panaszára nem kapott kielégítő választ, valamint szolgáltatásukkal kapcsolatosan továbbra sem elégedett, panaszát a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéhez (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.), a Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőséghez vagy a békéltető testületekhez terjesztheti elő, vagy bírói utat vehet igénybe.

A személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók

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 Zrt. és a jogosult által megnevezett bank adatfeldolgozónak 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 veszi 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.

Néhány szó az Allianz Hungária Biztosító Zrt-ről

Társaságunk az Allianz AG-nak, Európa vezető és a világ egyik legnagyobb biztosítócsoportjának a tagja. Az Allianz Hungária Biztosító Zrt. Magyarország piacvezető biztosítójaként sokéves hazai és nemzetközi tapasztalattal áll ügyfelei rendelkezésére. Társaságunk 1990-től részvénytársasági formában működik.

Székhelyünk: 1054 Budapest, Bajcsy-Zsilinszky út 52.

Levelezési címünk: 1368 Budapest, Pf. 191.

Cégjegyzékszám: Fővárosi Bíróság, mint Cégbíróság Cg. 01-10-041356

Székhely állama: Magyarország

Felügyeleti szervünk a Pénzügyi Szervezetek Állami

Felügyelete (címe: 1013 Budapest, Krisztina körút 39.).

Biztosítási termékeinkre vonatkozó tudnivalókkal és egyéb kérdésekkel kapcsolatban területi igazgatóságaink ügyfélszolgálatain és vezérigazgatóságunk központi ügyfélszolgálati irodájában munkatársaink készséggel állnak az érdeklődők rendelkezésére.

Központi ügyfélszolgálati irodánk címe: 1054 Budapest, Bajcsy-Zsilinszky út 52.

Tájékoztatjuk, hogy a Csoportos személybiztosításra a magyar jog rendelkezései az irányadók.

A szerződésre vonatkozó adójogszabályok

A mindenkor hatályos személyi jövedelemadóról szóló törvény, valamint, ha a társasági és osztalékadóról szóló törvény hatálya alá tartozó vállalkozó szervezet köti meg a biztosítást, akkor a mindenkor hatályos társasági és osztalékadóról szóló törvény.

További információk

További információk telefonszolgálatunktól a 06-40/421-421-es számon kaphatók, valamint honlapunkon a www.allianz.hu címen érhetők el.

Bízunk abban, hogy tájékoztatónk felkeltette érdeklődését termékünk iránt, s így hamarosan Önt is ügyfeleink között üdvözölhetjük.

Tisztelettel

Allianz Hungária Biztosító Zrt.