

Az ING Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosításainak Általános Szabályzata

1.§ Általános rendelkezések

- (1) Jelen csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási általános szabályzatban és az annak részét képező, mindenkor hatályos *1. számú mellékletben*, valamint a mindenkor hatályos *Csoportos biztosítási szerződésekre vonatkozó kiegészítő ügyfél-tájékoztatóban* foglalt rendelkezések, az adott biztosítási fedezetre vonatkozó különös feltételekkel együtt – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – az ING Biztosító Zrt. (székhelye: 1068 Budapest, Dózsa György út 84/B, a továbbiakban Biztosító) csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződéseinek feltételeit képezik, feltéve, hogy a csoportos biztosítási szerződést a jelen általános csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási általános szabályzatra és az adott különös feltételekre hivatkozva kötötték. A jelen csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási általános szabályzat a továbbiakban **általános szabályzat**. Az általános szabályzathoz a csoportos biztosítási szerződésben megjelölt biztosítási fedezetre/szolgáltatásra vonatkozó különös szerződési feltételek kapcsolódnak (a továbbiakban együttesen **különös feltételek**). A különös feltételek az általános szabályzattól eltérhetnek, az általános szabályzat és a különös feltételek eltérése esetén a különös feltételek rendelkezései az irányadóak.
- (2) Jelen általános szabályzat alapján csoportos biztosítási szerződést az köthet, aki valamely vagyoni vagy személyhez fűződő jogviszony alapján a csoportos biztosítási szerződést az érdekelt személy javára köti meg (**biztosítási érdek**). Az e rendelkezés ellenére kötött kárbiztosítási és csoportos összegbiztosítási szerződés semmis. Csoportos biztosítás esetén a Biztosítottak meghatározása valamely szervezethez való tartozásuk, a Biztosítottak és a Szerződő között fennálló jogviszony vagy egyéb kapcsolat alapján történik, és a Biztosító kockázatának vizsgálatára és vállalására a csoportra tekintettel kerül sor.
- (3) **Minden olyan szokás és gyakorlat, amelynek alkalmazásában a csoportos biztosítási szerződés alanyai korábbi üzleti kapcsolatukban megegyeztek, és amelyet egymás között kialakítottak, a jelen általános szabályzat hatálya alatt létrejött csoportos biztosítási szerződésekben nem irányadóak, további alkalmazásukat a szerződő felek kizárják.** Ezen túlmenően, az életbiztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokások sem válnak a csoportos biztosítási szerződés részévé, alkalmazásukat a szerződő felek szintén kizárják üzleti kapcsolatukban.
- (4) Jelen általános szabályzatban, illetve az adott csoportos biztosítási szerződés különös feltételeiben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény rendelkezései, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

2.§ Fogalmak és meghatározások

A jelen paragrafusban meghatározott fogalmak az adott csoportos biztosítási szerződésre vonatkozó jelen általános sza-

bályzat és a különös feltételek értelmezése vonatkozásában alkalmazandók.

Adatlap: a Biztosító által rendszeresített „Adatlap a csoportos biztosítási ajánlat elkészítéséhez” elnevezésű nyomtatvány, amelynek célja, hogy összefoglalja azokat a Szerződőre, Biztosítottakra, Biztosított Csoportokra, továbbá a csoportos biztosítási szerződésre vonatkozó adatokat és információkat, amely alapján a Biztosító a biztosítási kockázatot elbírálja, és a csoportos biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz a Szerződőnek.

Alapbiztosítás: a G01 jelű csoportos kockázati életbiztosítás, amelyhez a Szerződő kiegészítő biztosításokat köthet.

Alkoholizmus: a szesztartalmú italok rendszeres, tartós, mértéktelen fogyasztása következtében kialakuló jellegzetes szomatikus-pszichés, kóros elváltozások együttese; amikor a testi-lelki megbetegedés kóros tényezőjeként az alkohol jelölhető meg.

Alkoholos állapot: alkoholos állapotnak tekintendő az 1,5 ezreléket meghaladó véralkohol koncentráció (0,70 mg/l-t meghaladó légalkohol-koncentráció), járművezetés közben a 0,5 ezreléket meghaladó mértékű véralkohol koncentráció (0,25 mg/l-t meghaladó légalkohol-koncentráció).

Baleset: az a hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a Biztosítottat akaratától függetlenül a Biztosított az egyes kockázatoknál meghatározott időn belül a meghatározott károsodást szenvedni el. Jelen általános szabályzat szerint **nem minősül balesetnek:**

- megemelés,
- rándulás,
- habituális ficam,
- patológiás törés,
- fagyás,
- kihűlés,
- napszúrás, nap általi égés,
- hóguta,
- szilárd, folyékony, légnemű anyagok bevétele miatti szándékos mérgezés, illetve sérülés,
- rovarcsípés,
- fertőző vagy fertőzéssel keletkezett betegség,
- a Biztosított elme vagy tudatzavarával összefüggésben bekövetkező esemény,
- öngyilkosság vagy öngyilkossági kísérletből eredő sérülés,
- a Biztosított fegyverviselésének vagy fegyverhasználatának során, azzal összefüggésben bekövetkezett esemény,
- orvosi műhiba.

Biztosítási ajánlat: a csoportos biztosítási szerződést megalapozó, a csoportos biztosítási szerződés létrejöttéhez szükséges minden lényeges adatot tartalmazó írásbeli dokumentum, amelyen a Biztosító, mint ajánlattevő biztosítási ajánlatot tesz a csoportos biztosítási szerződés megkötésére. Az ajánlattevő a biztosítási ajánlatához annak megtételétől számított 15 napig kötve van.

Biztosítási díj: a Biztosító kockázatvállalásának ellenértéke, melyet a Szerződő köteles megfizetni. A továbbiakban biztosí-

tási díj alatt az alap- és kiegészítő biztosítások együttes összegét kell érteni.

Biztosítási esemény: az alap- és kiegészítő biztosítások különös feltételeiben megnevezett események, melyek bekövetkezése kiváltja a Biztosító szolgáltatása iránti igény érvényesítését. Biztosítási esemény lehet a csoportos biztosítási szerződés szerint különösen:

- a) a Biztosított halála,
- b) a Biztosított testi sérülését, rokkantságát vagy halálát okozó baleset, betegség vagy egyéb egészségkárosító esemény, vagy emiatt szükséges orvosi beavatkozás, kezelés,
- c) a Biztosított egészségének megóvására irányuló egészségügyi szolgáltatások, szűrővizsgálatok igénybevétele, a felmerülő költségek megtérítése, vagy
- d) más a különös feltételekben meghatározott esemény bekövetkezése.

Biztosítási év: két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszak.

Biztosítási évforduló: minden naptári évben a kockázatviselés kezdetének naptári napja, amennyiben az adott hónapban nincs ilyen nap, akkor a hónap utolsó napja.

Biztosítási fedezet/szolgáltatás: A Biztosítónak a csoportos biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási kockázatokra, illetve e kockázatokkal összefüggésben bekövetkező biztosítási események alapján nyújtandó biztosítási szolgáltatásra vonatkozó kötelezettségvállalása – alapbiztosítás, illetve kiegészítő biztosítás formájában –, melyet a Biztosító a biztosítási díj megfizetése ellenében vállal.

Biztosítási hónap: két egymást követő biztosítási hónapforduló közötti időszak.

Biztosítási hónapforduló: minden naptári hónapban a kockázatviselés kezdetének megfelelő naptári nap; amennyiben az adott hónapban nincs ilyen nap, akkor a hónap utolsó napja.

Biztosítási időszak: az az időszak, amelyre a biztosítási díj vonatkozik. A biztosítási időszak egy biztosítási év, amely minden évben a biztosítási évforduló napján kezdődik és ettől számított egy évig tart.

Biztosítási kötvény: a Biztosító által kibocsátott, a csoportos biztosítási szerződés létrejöttét és a biztosítási fedezet tartalmát igazoló dokumentum.

Egészségi vizsgálat: a Biztosított – a Biztosító által rendszerített formanyomtatványon benyújtott, vagy telefonbeszélgetésről hangfelvétellel rögzített – egészségi nyilatkozata, illetve a Biztosított orvosi vizsgálata alapján elvégzett egészségi kockázatfelmérés. Az orvosi vizsgálatot a Biztosító javaslatára a Biztosított a Biztosítóval szerződött egészségi szolgáltatónál kezdeményezheti.

Az orvosi vizsgálat lefolytatását, annak költségeit a Biztosító viseli. Ha a Szerződő az orvosi vizsgálat elvégzése után a Biztosító élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződés megkötésére irányuló biztosítási ajánlatát nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem nyilatkozik (így az elutasítottnak minősül), a Biztosító az orvosi vizsgálat költségeit a Szerződőre terhelheti azaz, hogy erről a Biztosító az Adatlapon a Szerződőt tájékoztatni köteles.

Extrém sport: jelen általános szabályzat alkalmazásában különösen veszélyes (extrém) sporttevékenységnek minősül az autó- és motorsportverseny és edzés, teszttúra, raliverseny, quad használata, roncsautó (auto-crash), sport barlangászat, szikla- és hegymászás III. foktól, magashegyi expedíció, bűvárkodás, jetski, a motorcsónakkal vontatott sporteszközök használata (ideértve az ejtőernyőt, a paplanernyőt és a vízisít is), vadvízi evezés, rafting, hydrospeed, tengeri kajak, kitesurf, bungee

jumping és rocky jumping, canyoning, bázisugrás, ejtőernyőzés, vadászat, valamint a motor nélküli légi jármű, a segédmotoros vitorlázó repülőgép, a sárkányrepülő, a hőlégballon használata, műrepülés, az egyszemélyes, félkezes és nyílttengeri vitorlázás, falmászás, valamint a harci és küzdősportok.

Hegymászásnak minősül a hegyvidéken történő túrázás, ha annak során a Biztosított a kijelölt turistaútról letér, vagy az útvonalon speciális felszerelés használatát indokolják (pl. kötélbiztosítás, hágóvas, jégcsákány stb.). Hegymászásnak minősül továbbá a „Klettersteig” („via ferrata”) típusú útvonalakon, valamint a 3500 méteres magasság felett végzett túrázás.

Hivatásos sportoló: az a Biztosított, aki sportszervezettel létesített munkaviszony vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony, továbbá egyéni vállalkozás keretében jövedelemszerzési céllal sporttevékenységet folytat és rendelkezik a sportági szakszövetség feltételei szerint megszerzett hivatásos sportolói engedéllyel.

Hobby, szabadidős sporttevékenység: az a sporttevékenység, amelyet a Biztosított nem hivatásos sportolóként és nem versenyző sportolóként szabadidőben kikapcsolódás, felfrissülés, illetve az egészség megóvása, a fizikai teljesítőképesség megőrzése vagy növelése céljából végez. Jelen általános szabályzat vonatkozásában nem minősül hobby, szabadidős sporttevékenységnek az extrém sport.

Jármű: a közlekedésben résztvevő, szárazföldi, vasúti vagy légi, illetve gépi meghajtású vízi szállító vagy vontató eszköz, továbbá önjáró vagy vontatott munkagép. Nem minősül járműnek a mozgáskorlátozottak közlekedésére szolgáló, emberi erővel tolt vagy hajtott kerekesszék és a gépi meghajtású kerekesszék, ha sík úton önerejéből 10 km/óra sebességnél gyorsabban haladni nem képes, továbbá a gyermekkocsi és a talicska. Az ilyen eszközökkel közlekedő személyek gyalogosoknak minősülnek.

Kiegészítő biztosítás: önállóan nem, csak az alapbiztosítással együtt, egyidőben köthető.

Kórház: működési, hatósági engedéllyel rendelkező, fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll. Jelen általános szabályzat és a különös feltételek szempontjából **nem minősülnek kórháznak** még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg-ellátást végeznek:

- nappali kórház¹
- a szanatóriumok, rehabilitációs intézmények, rehabilitációs osztályok,
- pszichiátriai intézetek, pszichiátriai osztályok,
- gyógyfürdők, gyógyfürdő-kórházak, gyógyüdülők,
- elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei,
- geriatríai (időskori) ellátók, szociális otthonok,
- alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények,
- hospice tevékenységet² végző intézmények,
- ápolási intézetek, egyéb „krónikus” fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézetek, illetve kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai, osztályrészei feltéve, hogy a Biztosított az osztály ezen jellegének megfelelő szolgáltatásban részesült.

¹ Nappali kórház: olyan napközbeni kezelést nyújtó kórház vagy kórházi osztály, ahol a beteg csak napközben tartózkodik és nem tölti bent az éjszakát.

² Hospice tevékenység: haldokló egyén olyan gondozó (főleg palliatív) ellátása, amelynek célja nem pusztán a fájdalom csillapítása, hanem a hosszú lefolyású, halálhoz vezető betegségben szenvedő páciens testi, lelki ápolása-gondozása, életminőségének javítása, szenvedéseinek enyhítése és emberi méltóságának halálig való megőrzése.

Közlekedési baleset: az a baleset, amely általában következik be, hogy a Biztosított

- közúti járművet vezet,
- utasként szárazföldi, vasúti vagy vízi járművet vesz igénybe a szállítási, utazási feltételeknek megfelelően,
- légi utasként menetrend szerinti, illetve charter légiforgalmi eszközt az utazási feltételeknek megfelelően használ,
- utasként tömegközlekedési eszközt az utazási (szállítási) feltételeknek megfelelően használ,
- gyalogként vagy kerékpárosként közterületen vagy közforgalom által el nem zárt magánterületen más közlekedési eszközzel okozott baleset sérültje lesz.

Nem minősül közlekedési balesetnek:

- a gyalogost érő olyan baleset, amelynek bekövetkeztében semmilyen mozgó jármű nem hatott közre,
- a kerékpárost érő olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos közlekedése nem hatott közre,
- a jármű vezetőjét, utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű vagy más jármű haladásával, illetve megállásával összefüggésben következett be.

Maradékjogok: a jelen általános szabályzatban meghatározott azon jogok, amelyek a csoportos biztosítási szerződésnek a biztosítási összeg kifizetése nélküli megszűnése esetében fennmaradnak.

Műtét: a Biztosított számára káros betegségi vagy baleseti következmények elkerülésére vagy mérséklésére orvosilag szükségesnek tartott és szakorvos által végzett eljárás, valamint a betegség pontosabb okának megállapítása érdekében végzett sebészeti beavatkozás, amelyeket az orvosszakmai szabályok betartásával végeznek. A műtétet kórházban, illetve orvosi rendelőben kell elvégezni, s erről műtéti leírással, kórházi zárójelentéssel vagy a beavatkozás ambuláns naplóban rögzített dokumentációjával kell rendelkezni.

Rendelő: az a helyiség, amely a mindenkori illetékes hatóság előírásoknak megfelelő érvényes engedéllyel rendelkezik, és a biztosítási eseményként megjelölt műtét elvégzésére az engedély alapján jogosult.

Üzemi baleset: az üzemi baleset fogalmát a társadalombiztosításról szóló mindenkor hatályos jogszabály³ szabályozza. Jelen általános szabályzat hatályba lépésekor üzemi baleset az a baleset, amely a Biztosítottat a foglalkozása körében végzett munka közben vagy azzal összefüggésben éri (munkahelyi baleset). Üzeminek minősül az a baleset is, amelyet a Biztosított munkába vagy onnan lakására (szállására) menet közben szenved el (munkahelyi úti baleset). A jogszabályi meghatározástól függetlenül azonban **jelen általános szabályzat alapján nem minősül üzemi balesetnek a Biztosítottat közcélú munka végzése vagy egyes társadalombiztosítási ellátások igénybevétele során ért baleset.**

Verseny sporttevékenység: az a sporttevékenység, amelyet a Biztosított nem hivatásos sportolóként végez, feltéve, hogy versenyen (pl. bajnokságon, meccsen stb.) is indul, függetlenül a verseny jellegétől (függetlenül pl. attól, hogy helyi, kerületi, megyei, területi, országos, nemzetközi, stb. vagy, hogy barátságos-e a verseny, mi a tétje, stb.). Versenyző sportoló lehet élvonalbeli versenyző sportoló, regionális szinten versenyző sportoló vagy területi szinten versenyző sportoló.

- Élvonalbeli versenyző sportoló az a Biztosított (a továbbiakban: élvonalbeli versenyző sportoló), aki nemzetközi, országos (nemzeti) versenyen indul.

- Regionális szinten versenyző sportoló az a Biztosított (a továbbiakban: regionális szinten versenyző sportoló), aki több megyét érintő versenyen indul, feltéve, hogy nem élvonalbeli versenyző sportoló.
- Területi szinten versenyző sportoló az a Biztosított, aki nem regionális szinten versenyző sportoló és nem élvonalbeli versenyző sportoló.

3.5 A csoportos biztosítási szerződés alanyai

- (1) **Biztosító:** ING Biztosító Zrt. A Biztosító székhelye és a kötvénykiállításra jogosult helye: 1068 Budapest, Dózsa György út 84/B.
- (2) **Szerződő:** az a fél, aki a csoportos biztosítási szerződést a Biztosítóval megkötö és aki a biztosítási díj megfizetésére kötelezettséget vállal. Jelen általános szabályzat alapján létrejövő csoportos biztosítási szerződés Szerződője kizárólag a fogyasztónak⁴ nem minősülő természetes személy, vagy szervezet lehet.
- (3) **Biztosított:** a csoportos biztosítási szerződésben meghatározott feltételeknek megfelelő 18-64 év közötti természetes személy, akinek az életével, egészségi állapotával kapcsolatos biztosítási eseményre a csoportos biztosítási szerződés létrejön.

A Biztosító a Biztosított belépési életkorát úgy állapítja meg, hogy a Biztosított születésének évszámát levonja annak a naptári évnek az évszámából, amely évben adott Biztosított vonatkozásában a kockázatviselés megkezdődik.

A Biztosítottak a Szerződő rendelkezése értelmében egy-egy Biztosított Csoport tagjai.

- (4) **Biztosított Csoport:** jelen általános szabályzat alapján létrejövő csoportos biztosítási szerződésben a Szerződő rendelkezése szerint több Biztosított Csoport képezhető. A választott biztosítási fedezet és a biztosítási összeg Biztosított Csoportonként eltérő lehet.

A Biztosított Csoportok elnevezéseinek megadására és a Biztosított Csoportok ismerveinek kialakítására a Szerződőnek az ajánlattételt megelőzően az „Adatlap a csoportos biztosítási ajánlat elkészítéséhez” elnevezésű nyomtatvány (továbbiakban Adatlap) kitöltésekor van lehetősége.

A Biztosított Csoportokra további szabályozás a jelen általános szabályzat 4.§ (10) bekezdés alatt található.

- (5) **Kedvezményezett:** az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító szolgáltatására jogosult:
 - a) a Biztosított, ha a szolgáltatás a Biztosított életében válik esedékessé,
 - b) a Biztosított örököse, ha a szolgáltatás a Biztosított halála miatt válik esedékessé.

Szerződmódosítás esete

A Biztosított a csoportos biztosítási szerződésbe Szerződként nem léphet be.

4.5 A csoportos biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

- (1) A csoportos biztosítási szerződés a szerződő felek között létrejött jogviszony, mely egy vagy több, a különös feltételekben szabályozott biztosítási fedezetből áll. A Biztosító a

³ A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény és annak végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Kormányrendelet.

⁴ Fogyasztó: a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy.

biztosítási szerződés rendelkezései szerint köteles a csoportos biztosítási szerződésben meghatározott kockázatra fedezetet nyújtani, és a kockázatviselés kezdetét követően bekövetkező biztosítási esemény bekövetkezése esetén a csoportos biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatást teljesíteni; a Szerződő a biztosítási díj fizetésére kötelezett.

- (2) A Szerződő köteles tájékoztatni a Biztosítottakat a csoportos biztosítási szerződés tartalmáról, továbbá az abban bekövetkező valamennyi a Biztosítottakat érintő változásról.
- (3) A közlésre és változás-bejelentésre irányuló kötelezettség egyaránt terheli a Szerződőt és a Biztosítottat; egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a Biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.
- (4) A Szerződő a csoportos biztosítási szerződés tartamának lejáratára előtt 30 nappal köteles adatot szolgáltatni a Biztosítónak. A szolgáltatandó adatok körét a Biztosító a biztosítási kötvényben határozza meg.

A Szerződő és a Biztosított közlési kötelezettsége

- (5) A Szerződő és a Biztosított köteles a szerződéskötéskor, továbbá a csoportos biztosítási szerződéssel kapcsolatos szolgáltatási igény bejelentésekor közlési kötelezettségének eleget tenni.
- (6) A közlési kötelezettség alapján a Szerződő az Adatlap kitöltésekor köteles a kockázat elvállalása, a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a Biztosítóval írásban közölni, amelyeket ismert, vagy ismernie kellett.
- (7) Egészségi vizsgálat esetén a Biztosított a Biztosító valamennyi kérdésére a valóságnak megfelelően köteles nyilatkozni. A Biztosító által feltett kérdések és az azokra adott válaszok a csoportos biztosítási szerződés részét képezik.
- (8) A Biztosító írásban közölt vagy hangfelvételen rögzített kérdéseire adott és a valóságnak megfelelő válaszokkal a felek a közlési kötelezettségüknek eleget tesznek.
- (9) A Biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére és e célból a Biztosított egészségi állapotára, tevékenységére, életkörülményeire, pénzügyi helyzetére vonatkozó további kérdéseket tehet fel, orvosi vizsgálatot írhat elő. Az orvosi vizsgálat elvégzése a Biztosítottat nem mentesíti a közlési kötelezettsége alól.
- (10) A Szerződőnek lehetősége van az Adatlapon különböző Biztosított Csoportok meghatározására, amelyek egymástól eltérhetnek. Az adott Biztosított Csoportok esetében a Szerződő köteles a Biztosítottak vonatkozásában az alábbiakban részletezett adatokat megadni.

I. Egészségi vizsgálat alá nem eső Biztosított Csoport esetében

- a) a létszám szerint meghatározott Biztosított Csoportok esetében a csoportba tartozó Biztosítottak nemenkénti átlagéletkorát és létszámát, valamint foglalkozását (kockázati kategória), bruttó átlagjövedelmét.
- b) a név szerint meghatározott Biztosított Csoportok esetén a csoportba tartozó Biztosítottak vezeték- és keresztnévét, nemét, születési dátumát, adóazonosító jelét vagy anyja nevét, havi bruttó jövedelmét, valamint foglalkozását (kockázati kategória).

II. Egészségi vizsgálat alá eső Biztosított Csoport esetében

A Biztosított Csoportba tartozó Biztosítottak vezeték- és keresztnévét, nemét, születési dátumát, adóazonosító jelét vagy anyja nevét, foglalkozását (kockázati kategória), valamint a Szerződő köteles beszerezni a Biztosítottak egészségi nyilatkozatát.

A Szerződő és a Biztosított változás-bejelentési kötelezettsége

- (11) A Szerződő köteles a csoportos biztosítási szerződés tartalma alatt **a tudomásszerzéstől számított 5 munkanapon belül írásban** a Biztosítónak bejelenteni a Szerződő Adatlapon közölt saját, illetve a tényleges tulajdonos, azaz a befizetett biztosítási díj valódi tulajdonosa személyében beállott változásokat.
- (12) A Biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére és e célból a Biztosított egészségi állapotára, tevékenységére, életkörülményeire vonatkozó további kérdéseket tehet fel, orvosi vizsgálatot írhat elő. Az orvosi vizsgálat elvégzése a Biztosítottan nem mentesíti a változás-bejelentési kötelezettsége alól.
- (13) A Biztosító a változás-bejelentési kötelezettség megsértéséből eredő jogait az érintett biztosítási kockázatra vonatkozóan csak a változás-bejelentési határidő leteltét követő 5 éven belül gyakorolhatja.
- (14) Amennyiben az egészségi kockázatbírálást érintő Biztosított Csoportban a Biztosítottak személye változik, akkor a Szerződő köteles az újonnan megjelölt Biztosította(k) a változás időpontjától számított 15 napon belül a Biztosítóval írásban bejelenteni.
- (15) Ha a létszám szerint meghatározott Biztosított Csoport létszáma – a Biztosító részére utójára írásban közölt létszámhoz képest – 10%-nál nagyobb mértékben változik, akkor a Szerződő köteles a Biztosítóval írásban 15 napon belül a következő adatokat megadni:
 - a) a Biztosított Csoport neve és kódja,
 - b) a 10%-ot meghaladó változás időpontja,
 - c) a változás időpontjában a módosult biztosított létszám és életkor (nemek szerinti megbontásban).
- (16) A Biztosító a bejelentett, megváltozott körülmények hatására bekövetkező kockázatváltozás miatt díjmódosítást alkalmazhat. Amennyiben a Biztosító díjmódosítást alkalmaz, abban az esetben a jelen paragrafus (14)-(15) bekezdésében meghatározott megváltozott körülmények bejelentését követő 15 napon belül csoportos biztosítási kötvénymódosítással írásban tájékoztatja a Szerződőt az új biztosítási díjról. A Biztosító a módosított díjról számlát állít ki, amelyet a Szerződő köteles a díjszámlán feltüntetett fizetési határidőig kiegyenlíteni. Amennyiben a díjszámlán előírt határidőig a módosított díj nem kerül kiegyenlítésre, a jelen általános szabályzat 11. §-ának (1) és (2) bekezdésében meghatározottak az irányadóak. A módosult díj a bejelentést követő biztosítási hónapfordulótól válik esedékessé.

A közlési és változás-bejelentési kötelezettség megsértése

- (17) Ha a Biztosító a szerződéskötést követően szerez tudomást a szerződéskötéskor már fennállt lényeges körülményről, az ebből eredő jogokat a csoportos biztosítási szerződés megkötését követő 5 évben gyakorolhatja.

- (18) **A közlésre vagy a változás-bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a Szerződő és/vagy a Biztosított bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.**
- (19) Amennyiben a közlési vagy változás-bejelentési kötelezettség megsértése csak egyes Biztosítottakkal összefüggésben merül fel, a Biztosító a közlésre vagy a változás-bejelentésre irányuló kötelezettség megsértésére a többi személy esetén nem hivatkozhat.
- (20) A közlési és változás-bejelentési kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége, ha a csoportos biztosítási szerződés megkötésétől, illetve a változás-bejelentési kötelezettség bejelentésének határidejétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.
- (21) A jelen paragrafus (18) bekezdésében meghatározott esetben a bizonyítási teher a Szerződőt, illetve adott esetben a Biztosítottat vagy a Kedvezményezettet terheli.

5.§ A Biztosító szerződésmódosítási és felmondási lehetősége új, lényeges körülmények felmerülése, megváltozása esetén (a biztosítási kockázat jelentős növekedése)

- (1) Ha a Biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a csoportos biztosítási szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá ha lényeges körülmények változását közlik, és ezek a körülmények a Biztosító kockázatelbírálása alapján a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, úgy a Biztosító a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül javaslatot tehet a csoportos biztosítási szerződés módosítására, vagy a csoportos biztosítási szerződést 30 napra írásban felmondhatja.
- (2) Ha a Szerződő a Biztosító módosító javaslatát nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a csoportos biztosítási szerződés, vagy annak a módosított javaslattal érintett része a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha a Biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételkor a Szerződő figyelmét felhívta.
- (3) Amennyiben a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése a Biztosítottak közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a Biztosító a jelen paragrafus (1) és a (2) bekezdésében meghatározott jogait a többi személy vonatkozásában nem gyakorolhatja.
- (4) **Jelentős kockázatonövekedésnek minősül különösen, de nem kizárólagosan, ha a Biztosító a tudomására jutott lényeges körülmény alapján a csoportos biztosítási szerződésre vonatkozóan a kockázatelbírálás során díjnövelést, kizárást vagy elutasítást alkalmazna.**

6.§ A csoportos biztosítási szerződés létrejötte és a kockázatviselés kezdete

- (1) A csoportos biztosítási szerződés a Szerződő és a Biztosító írásbeli megállapodásával jön létre.
- (2) A Biztosító vagy a Biztosító biztosításközvetítője a Szerződő biztosítási igényeinek megfelelő díjkalkulációt készít, és

ezzel egyidőben tájékoztatja a Szerződőt az Adatlappal együtt benyújtandó dokumentumok köréről.

- (3) A Szerződő a Biztosító által rendszeresített, a biztosítási ajánlat elkészítéséhez szükséges Adatlap és a választott biztosítási fedezettől függően az Egészségi vizsgálat dokumentumait a Biztosító részére megküldi. A Szerződő az Adatlapon adja meg a biztosítottá válás feltételeit (ismérveit). A Biztosító jogosult a kockázatfelméréshez szükséges egyéb dokumentumok, írásos nyilatkozatok bekérésére is.
- (4) Az Adatlap és a választott biztosítási fedezettől függően az Egészségi vizsgálat dokumentumai alapján – amennyiben a Biztosító a kockázatot vállalhatja – a Biztosító elkészíti a biztosítási ajánlatot. A biztosítási ajánlat elkészítésére a Biztosító nem kötelezett, és amennyiben nem kíván biztosítási ajánlatot tenni, az elutasítást nem köteles megindokolni.
- (5) A Szerződő által benyújtott Adatlap és a Biztosító által az egészségi nyilatkozaton feltett kérdésekre – Biztosítottak által – adott válaszok, továbbá egyéb dokumentumok és nyilatkozatok a csoportos biztosítási szerződés részét képezik.
- (6) **A Szerződőnek a biztosítási ajánlat átvételét követően 15 napon belül írásban nyilatkoznia kell arról, hogy a biztosítási ajánlatot elfogadja-e.** Amennyiben a Szerződő a biztosítási ajánlat kézhezvételétől számított 15 napon belül nem nyilatkozik, a Biztosító azt a biztosítási ajánlat elutasításának tekinti. A biztosítási ajánlat elutasítása esetén a csoportos biztosítási szerződés nem jön létre. **Az ajánlattól lényeges kérdésben eltérő tartalmú elfogadás vagy módosítási igény a Szerződő részéről nem minősül új ajánlatnak,** ebben az esetben a Biztosító új biztosítási ajánlatot tehet.
- (7) A Szerződő elfogadó nyilatkozatát követően a Biztosító a biztosítási ajánlat tartalma szerint kiállítja a biztosítási kötvényt. A csoportos biztosítási szerződés a Szerződő elfogadó nyilatkozatának a Biztosító székhelyére történő beérkezésének napjával jön létre, amelyről a Biztosító biztosítási kötvényt állít ki.
- (8) A Biztosító **kockázatviselése a biztosítási ajánlaton megjelölt nap 0:00 órájkor kezdődik, feltéve, hogy az első biztosítási díj a Biztosító számlájára megérkezett, továbbá feltéve, hogy a csoportos biztosítási szerződés létrejött, vagy utóbb létrejön.**
- (9) A szerződő felek az első biztosítási díj tekintetében halasztásban állapodnak meg, amelyet a Szerződőnek a jelen általános szabályzat 10.§-ának (7) bekezdésében meghatározott díjfizetési határidőig kell teljesítenie.
- (10) Amennyiben a Szerződő a csoportos biztosítási szerződés létrejöttét követően kezdeményezi a csoportos biztosítási szerződés hatályának új Biztosítottakra történő kiterjesztését, úgy ezen Biztosítottak tekintetében a Biztosító kockázatviselése – a szerződő felek eltérő megállapodásának hiányában – az alábbi időpontokban kezdődik meg:

I. Egészségi vizsgálat alá nem eső Biztosított Csoport esetében

- a) Amennyiben a Szerződő jelen általános szabályzat 4.§ (15) bekezdésében meghatározott bejelentési kötelezettsége nem áll fenn, az új Biztosított vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése a biztosítási kötvényen megjelölt

Biztosítottá válás feltételeinek (ismérvek) maradéktalan teljesülése első napjának 0:00 órájkor kezdődik.

- b) Amennyiben a Szerződő jelen általános szabályzat 4.§ (15) bekezdésében meghatározott bejelentési kötelezettsége fennáll (10%-ot meghaladó változás) az új Biztosított(ak) vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése az erre irányuló **bejelentés Biztosító székhelyére történő beérkezését követő nap 0:00 órájkor kezdődik.**

II. Egészségi vizsgálat alá eső Biztosított Csoport (Biztosított) esetében

- a) A Szerződő jelen általános szabályzat 4.§ (14) bekezdésében meghatározott bejelentési kötelezettségének teljesítése esetén az új Biztosított vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése a **kockázatbírálás lezárását követő nap 0:00 órájkor** kezdődik, feltéve, hogy a Biztosított megfelel a biztosítási kötvényen megjelölt **Biztosítottá válás feltételeinek, ellenkező esetben** a Biztosító kockázatviselése a biztosítási kötvényen megjelölt **Biztosítottá válás feltételeinek (ismérvek) maradéktalan teljesülése első napjának 0:00 órájkor** kezdődik, ha a Biztosító a kockázatviselést egyébként vállalja. Jelen esetben a kockázatbírálási határidő a Egészségi vizsgálat dokumentumainak Biztosító székhelyére történő beérkezését követő 15 nap. A Biztosító az egyes Biztosítottakra vonatkozó kockázatbírálás eredményéről a Szerződőt írásban tájékoztatja. Amennyiben a Biztosító adott Biztosított vonatkozásában a kockázatot nem vállalja, azt nem köteles megindokolni.
- (11) A csoportos biztosítási szerződés megkötéséhez, illetve módosításához a Biztosított hozzájárulására nincs szükség.

7.§ A csoportos biztosítás tartama

Az alapbiztosítás és a hozzá köthető kiegészítő biztosítások tartama egy év. Az alapbiztosítás és a hozzá köthető kiegészítő biztosítások tartamát a szerződő felek a tartam lejáratával évente, a jelen általános szabályzat 8.§-ban meghatározottak szerint további egy évre megújíthatják. A megújítás a csoportos biztosítási szerződés ismételt létrejöttét jelenti.

8.§ A csoportos biztosítási szerződés megújítása

- (1) A Szerződő a csoportos biztosítási szerződés megújítására irányuló szándékát a biztosítási tartam vége előtt 30 nappal írásban jelzi a Biztosítónak, a Biztosító Adatlap formanyomtatványán. A megújítás során a Szerződőnek joga van új Biztosított Csoportot megjelölni, meglévőt módosítani vagy a Biztosított Csoportokhoz tartozó szolgáltatások körét módosítani. A Szerződő rendelkezhet úgy is, hogy a csoportos biztosítási szerződés és annak szolgáltatásai változatlan tartalommal kerüljenek megújításra.
- (2) A megújított csoportos biztosítási szerződés létrejöttére a jelen általános szabályzat 6.§-ában meghatározott rendelkezések az irányadók.
- (3) Ha a csoportos biztosítási szerződés a Biztosított egészségi vizsgálatával jött létre, úgy a Biztosító a csoportos biztosítási szerződés megújításához a Biztosított ismételt egészségi nyilatkozatát, illetve orvosi vizsgálatát kérheti.

9.§ Területi hatály

A Biztosító kockázatviselése a csoportos biztosítás tartamán belül területi korlátozás nélkül érvényes, azonban **a különös feltételek ettől eltérően is rendelkezhetnek.**

10.§ A csoportos biztosítás díja

- (1) A biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének ellenértéke, melynek kiszámításánál a Biztosító figyelembe veheti a Biztosítottak életkorát, nemét, egészségi állapotát, kórelőzményét, foglalkozását, tevékenységeit (sport, hobbi), továbbá a biztosítási összeget és a Biztosított Csoport nagyságát.
- (2) A biztosítás díja a csoportos szerződés létrejöttkor esedékes. A biztosítás éves díjfizetésű, de a Biztosító lehetővé tesz havi, negyedéves és féléves díjfizetési gyakoriságnak megfelelő fizetést is (rendszeres díjfizetés). Rendszeres díjfizetés esetén a biztosítás díja annak a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik. A biztosítás díja forintban fizetendő.
- (3) A havi díjfizetéstől eltérő díjfizetési módok esetén, valamint a biztosítási díj nagyságától függően a Biztosító díjengedményt adhat, ami a biztosítási díjban érvényesítésre kerül.
- (4) **Biztosítási díj alatt az alap- és kiegészítő biztosítások díjának együttes összegét kell érteni. A csoportos biztosítási szerződésben szereplő alap- és kiegészítő biztosítások rendszeres díja együttesen, valamennyi Biztosítottra vonatkozóan egyösszegben, a választott díjfizetési gyakoriságnak megfelelően fizetendő.** A díjfizetési kötelezettség alap-, illetve kiegészítő biztosítás tekintetében külön-külön vagy Biztosítottak szerint megbontva nem teljesíthető.
- (5) A Biztosító az egy főre jutó biztosítás díját Biztosított Csoportonként határozza meg. Alapesetben adott Biztosított Csoporton belül a biztosítási szolgáltatás és a Biztosítottak egy főre jutó biztosítási díja azonos, de adott Biztosított Csoport(ok)ra vagy Biztosított(ak)ra vonatkozóan a csoportos biztosítási szerződés másként is rendelkezhet.
- (6) A Biztosítottak számának változása a biztosítási díj változását vonhatja maga után. A megváltozott biztosítási díj a változást követő biztosítási hónapfordulótól esedékes. Havi díjfizetési gyakoriságtól eltérő díjfizetés esetén a Biztosító a biztosítási díj különbözetéről díjszámlát állít ki.
- (7) **A csoportos biztosítási szerződés díját a Biztosító által megküldött díjszámlán megjelölt fizetési határidőig kell megfizetni.**
- (8) **A biztosítási díj kizárólag banki átutalással a Biztosító által kiállított díjszámlán megjelölt bankszámlaszámra teljesíthető.** Az átutalás közlemény rovatában a számla sorszámának feltüntetése az átutalt díj beazonosításához szükséges és elengedhetetlen. **A biztosítási díj átvételére és kezelésére a biztosításközvetítő nem jogosult.**
- (9) **A Biztosító a biztosítás díját azon a napon tekinti megérkezettnek, amikor a díjat a Biztosító számláján jóváírják.**
- (10) **Amennyiben a biztosítási díj a Szerződőnek felróható módon a Biztosító számlájára nem érkezik be,**

vagy a díj nem azonosítható be, ennek felelősségét a Szerződő viseli.

- (11) Abban az esetben, ha a Szerződő az első biztosítási díjat a csoportos biztosítási szerződés létrejötte előtt megfizeti, ezt az összeget a Biztosító a csoportos biztosítási szerződés létrejöttének napjáig kamatmentes előlegként kezeli. Ha a csoportos biztosítási szerződés létrejön, a Biztosító a díjelőleget a biztosítás díjába beszámítja, amennyiben azonban nem jön létre, abban az esetben a Biztosító azt a biztosítási ajánlat elutasításának napjától, illetve ennek hiányban a biztosítási ajánlat elfogadására vagy elutasítására nyitva álló **határidő leteltét követő 60 napon belül kamatok nélkül** (amennyiben a kifizetéshez szükséges információk a vállalt határidőn belül a Biztosító rendelkezésére állnak) fizeti vissza a Szerződő részére.
- (12) Amennyiben a Szerződő a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő aktuális biztosítási díjat az esedékességet megelőzően befizeti, a Biztosító az így megfizetett biztosítási díjat az esedékesség időpontjáig kamatmentes díjelőlegként kezeli. A díjesedékességkor a Biztosító a díjelőleget a biztosítás díjába beszámítja.
- (13) A csoportos biztosítási szerződés megszűnése esetén a biztosítási díj annak a biztosítási hónapnak a végéig fizetendő, amelyben a Biztosító kockázatviselése véget ért.
- (14) A biztosítási tartamon túli, illetve a csoportos biztosítási szerződés megszűnésének egyéb eseteiben történő túlfizetéssel keletkezett díjakat a Biztosító a megszűnéstől számított 60 napon belül kamatok nélkül (amennyiben a kifizetéshez szükséges információk a vállalt határidőn belül a Biztosító rendelkezésére állnak) fizeti vissza a Szerződő részére.

11.§ Fizetési késedelem

- (1) Ha a Szerződő a csoportos biztosítás első és rendszeres díját a díjszámlán meghatározott határidőig nem egyenlíti ki, további halasztást sem kapott és a Biztosító a díjat bírósági úton nem érvényesíti, a Biztosító a kockázatot az adott díjrészlet esedékességtől számított 60 napig viseli, ezidő alatt a Szerződő az elmulasztott időszakos díjat – a mindenkor törvényes késedelmi kamattal megnövelve – pótolhatja.
- (2) Amennyiben az adott díjrészlet esedékességtől számított 60 napon belül nem érkezik meg a Biztosító számlájára, a csoportos biztosítási szerződés a 61. napon megszűnik, erről a Biztosító a Szerződő részére írásos értesítést küld.
- (3) A Biztosító kockázatviselése az első díj tekintetében a biztosítási ajánlaton meghatározott kockázatviselés kezdő időpontjára, rendszeres díj esetén pedig az adott díjrészlet esedékességének időpontjára visszamenő hatállyal megszűnik, szolgáltatási kötelezettsége biztosítási esemény kapcsán nem keletkezik.
- (4) Díjfizetési késedelem időtartama alatt bekövetkezett biztosítási esemény esetén a Biztosító a biztosítási szolgáltatás teljesítését mindaddig felfüggeszti, amíg a Szerződő a jelen paragrafus (1) bekezdésében meghatározottak szerint a díjhátralék megfizetését nem pótolja.

12.§ A csoportos biztosítási szerződés és az egyes Biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése

- (1) A csoportos biztosítási szerződés megszűnik:

- a) a biztosítási tartam végén,
 - b) a díjfizetés elmaradása esetén a jelen általános szabályzat 11.§-ban meghatározott feltételek szerint,
 - c) jelen általános szabályzat 5.§-ában foglalt esetekben.
- (2) Az egyes Biztosítottak vonatkozásában a kockázatviselés a jelen paragrafus (1) bekezdésében felsoroltakon túl megszűnik:
 - a) ha a Biztosított nem felel meg a Biztosítottra vonatkozó meghatározott feltételek (ismérvek) bármelyikének, a változást követő nap 0:00 órájkor,
 - b) a Biztosított halálával, a halál időpontjában,
 - c) a biztosítási érdek megszűnése esetén,
 - d) a különös feltételekben szabályozott egyéb esetekben és módon.

13.§ A Szerződő felmondási joga

A Szerződő a csoportos biztosítási szerződést a biztosítás egy éves határozott tartamára való tekintettel nem mondhatja fel.

14.§ A biztosítási esemény bejelentése, a Biztosító teljesítésének esedékessége

- (1) A Biztosító a csoportos biztosítási szerződés alapján, az abban meghatározott feltételek szerint, a biztosítási esemény bekövetkezésekor a csoportos biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás teljesítésére köteles, amennyiben a szolgáltatási kötelezettsége egyébként fennáll.
- (2) **A biztosítási esemény bekövetkezését a Szerződőnek és/vagy a Biztosítottak/Kedvezményezettnek 15 napon belül írásban kell bejelentenie a Biztosítóknál,** a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.
- (3) A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, amennyiben a fenti határidőt nem tartják be, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak, továbbá akkor is mentesül a Biztosító, ha a szükséges felvilágosítást nem adják meg, vagy a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését nem teszik lehetővé és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.
- (4) **A szolgáltatási igény teljesítéséhez szükséges dokumentumokat jelen általános szabályzat mindenkor aktuális 1. számú melléklete tartalmazza, amelyet a Biztosító bármikor egyoldalúan megváltoztathat, amelyről a változtatást megelőzően 30 nappal írásban értesíti a Szerződőt.**
- (5) A Biztosító szükség esetén bizonyos kérdések tisztázására maga is beszerezhet adatokat.
- (6) A Szerződő köteles lehetővé tenni, hogy a Biztosító a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges adatokat a Szerződő nyilvántartásaiban a helyszínen ellenőrizze.
- (7) A külföldön bekövetkezett biztosítási esemény bejelentéséhez a Biztosító a biztosítási eseményt igazoló dokumentumok hivatalos magyar nyelvű fordítását kérheti.
- (8) Az előálló költségeket annak kell viselni, aki igényét a Biztosítóval szemben érvényesíti. Minden olyan adatszerezés és tudakozódás költségei, amelyek a halál okának, a Biztosított halálát okozó betegség időpontjának és lefolyásának, a halál közelebbi körülményeinek, vagy a Biztosított egész-

ségi állapotának tisztázásához nem voltak szükségesek, a Biztosítót terhelik.

- (9) A Biztosító szolgáltatásának teljesítése a jelen általános szabályzat mindenkor aktuális 1. számú mellékletében meghatározott valamennyi olyan dokumentumnak – amely a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához valamint az ügyfél-azonosítás elvégzéséhez szükséges – a Biztosító székhelyére való beérkezése után 30 napon belül történik.
- (10) Amennyiben a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, be kell nyújtani az eljárás során keletkezett, illetve az eljárás anyagának részét képező iratokat, továbbá az eljárást befejező határozatot (különösen az eljárást megszüntető határozatot, vagy a jogerős bírósági határozatot). A büntetőeljárásban vagy a szabálysértési eljárásban meghatározott jogerős határozatot csak abban az esetben kéri be a Biztosító, ha az a szolgáltatási igény bejelentésekor már rendelkezésre áll.
- (11) Amennyiben a Biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy újból hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt, illetőleg a biztosítási eseményt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el vagy elutasíthatja.
- (12) A Biztosító a csoportos biztosítási szerződés alapján történő bármilyen kifizetés esetén a fizetendő összegből levonja mindazon közterhek összegét, amelyeket a hatályos jogszabályok szerint a Biztosító, mint kifizető, köteles megfizetni, illetve a magánszemélytől levonni és megfizetni.
- (13) A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez a Szerződőnek igazolnia kell, hogy az adott Biztosított vonatkozásában a biztosított jogviszony a biztosítási esemény bekövetkezésekor fennállt.

15.§ Mentésülés a teljesítési kötelezettség alól

- (1) **A Biztosító** a biztosítási összeg kifizetése alól **mentesül, ha a Biztosított a Kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét.** A kifizetés ebben az esetben a Biztosított örököseit illeti meg, és a Kedvezményezett abból nem részesülhet.
- (2) **A biztosítási fedezet az adott Biztosított vonatkozásában a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, ha a Biztosított**
- szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, vagy
 - adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdőnapjától számított két éven belül elkövetett öngyilkosság következtében halt meg.
- (3) Az (1) és (2) bekezdésben említett esetek nem érintik a Biztosítónak a csoportos biztosítási szerződés többi Biztosítottja felé fennálló kötelezettségét.

16.§ Kockázatkizárások

Általános kockázatkizárások

- (1) **A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha:**
- a **biztosítási esemény extrém sporttevékenység végzése során következik be;**

- a **biztosítási esemény gépi erővel hajtott szárazföldi, vízi vagy légi járműben országos vagy nemzetközi sportversenyen való részvétel következtében vagy ilyen versenyre való felkészülés (edzés) során következik be;**
 - a **Biztosított halála, balesete, betegsége olyan, a jelen paragrafus (2) bekezdésében nem szereplő egyéb jellegű repülő tevékenység (különösen, de nem kizárólagosan az ejtőernyős ugrás, sárkányrepülés, egyéb sportrepülés, mezőgazdasági repülés stb.) során következik be;**
 - a **biztosítási esemény** – függetlenül annak bekövetkezési helyétől – **közvetlenül összefüggésben áll:**
 - harci eseményekkel⁵ vagy más háborús cselekményekkel;
 - felkelésekkel, lázadásokkal vagy zavargásokkal;
 - munkahelyi rendbontás, tüntetés, felvonulás, sztrájk, kivéve ha a hatályos jogszabályok rendelkezéseinek megfelelően előre bejelentett és lebonyolított tüntetésen, felvonulásos, sztrájkon való jogszerű részvételt, ha a Biztosított a kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettségének eleget tett;
 - radioaktív, illetve ionizáló sugárzással, kivéve az orvosi előírt terápiás célú sugárkezelést.
- (2) A Biztosító a teljes kockázatot viseli, ha a biztosítási esemény a szervezett légi utas- vagy áruforgalom keretében végrehajtott olyan légi úton vagy körrepülésen való részvétel következménye, amelyen a Biztosított a légi forgalomban engedélyezett légi jármű utasaként, személyzetként vagy az előbbi járműre vezetői engedéllyel rendelkező, hivatásszerűen tevékenykedő vezetőként vett részt.

A kiegészítő baleset- és egészségbiztosításokra vonatkozó további kockázatkizárások

- (3) A kiegészítő baleset- és egészségbiztosítások vonatkozásában **a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási eseményt a Szerződő vagy az adott Biztosított, illetve a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk, üzletvezetésre jogosult tagjuk vagy különös feltételben meghatározott munkakört betöltő alkalmazottjuk, tagjuk vagy megbízottjuk jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással okozta.**
- (4) **A Biztosított súlyosan gondatlanul jár el a kiegészítő balesetbiztosítások vonatkozásában, különösen, ha**
- a baleset bekövetkeztekor igazoltan alkoholos állapotban, vagy kábító hatású szer hatása alatt állt, kivéve, ha a baleset igazoltan, ezen állapottól függetlenül harmadik személy magatartása miatt következett be,
 - a biztosítási esemény alkoholistus és/vagy alkoholos befolyásoltság következtében történt,
 - kábítószer, kábító hatású anyag vagy gyógyszer hatása alatt állt, kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták,
 - olyan saját üzemeltetésű, illetve hozzátartozója által üzemeltetett gépjárművet vezetett, amelynek nem volt érvényes forgalmi engedélye, vagy nem rendelkezett érvényes vezetői engedéllyel,

⁵ Harci eseménynek minősül a háború, polgárháború, határviellongás, forradalom, zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskíséret, idegen ország korlátozott célú hadicsselekményei (pl. csak légi csapás vagy csak tengeri akció), kommandó támadás, terrorcselekmény.

- e) a baleset bekövetkeztekor legalább kettő közlekedésrendészeti szabályt szegett meg,
- f) **a baleset a Biztosított munkavégzése során, a munkavédelmi szabályoknak adott Biztosított általi súlyos megsértése miatt következett be.**
- (5) **A Biztosított súlyosan gondatlanul jár el a kiegészítő egészségbiztosítások vonatkozásában, különösen, ha**
- a biztosítási esemény alkoholizmus és/vagy alkoholos befolyásoltság következtében történt,
 - a biztosítási esemény rendszeres alkoholfogyasztás következtében történt,
 - a biztosítási esemény kábítószer, kábító hatású anyag vagy gyógyszer szedése következtében történt, kivéve ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták.
- (6) A jelen paragrafus (3)-(5) bekezdéseiben meghatározott rendelkezéseket a kármegelőzési és a kárenyhítési kötelezettség megszegésére is alkalmazni kell.
- (7) A kockázatkizárások egyéb eseteit az egyes különös feltételek tartalmazzák.
- (8) A jelen paragrafusban meghatározott esetekben a Biztosító – egyéb megállapodás hiányában – kifizetést nem teljesít.

17.§ Jognyilatkozatok, a biztosítási ügynök jogállása

- A Biztosító által a Szerződőnek, a Biztosítottnak vagy egyéb jogosultnak a Biztosító által ismert utolsó címére levélben elküldött jognyilatkozata abban az időpontban tekinthető megérkezettnek, amikor azt a címzettnek kézbesítették.
- A biztosítási ügynök szerződéskötésre, a csoportos biztosítás díjának átvételére és kezelésére nem jogosult, valamint arra sem, hogy a Szerződő jognyilatkozatait érvényesen hozzá intézze. A biztosítási ügynök a Biztosító nevében jognyilatkozatot nem tehet. Amennyiben az ügynök tudomást szerzett egy adott tényről, az nem jelenti azt, hogy a Biztosító is tudomást szerzett róla.**
- A Biztosító a csoportos biztosítási szerződés megkötésekor vagy azt követően hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. **A nyilatkozat akkor hatályos, ha az a Biztosító székhelyére megérkezett.** A panaszbejelentésre a jelen paragrafus (4) bekezdésében foglaltak az irányadóak.
- A csoportos biztosítási szerződés alanyai esetleges **panaszukkal az ING Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság Ügyfélszolgálati Igazgatóságához** (székhely: 1068 Budapest, Dózsa György út 84/B, levelezési cím: 1364 Budapest, Pf.: 247, e-mail cím: biztosito.panasz@ing.hu telefonszám: 06-40-464-464 (ING TeleCenter), faxszám: 06-1-267-4833), illetve a **Magyar Nemzeti Bankhoz** (levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank 1534 Budapest BKKP Pf.: 777, telefon: 06-1-4899-100, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbn.hu) fordulhatnak. A panasz Biztosító általi elutasítása esetén, illetve ha az Ügyfél a Biztosító válszával nem ért egyet, a **Magyar Nemzeti Banknál** fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet, vagy a csoportos biztosítási szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival

és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén bírósághoz fordulhat, vagy a **Pénzügyi Békéltető Testület** eljárását kezdeményezheti (levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank 1525 Budapest BKKP Pf.: 172., telefon: 06-1-4899-100, e-mail cím: pbt@mnbn.hu, ügyfélkapun keresztül: www.magyarorszag.hu).

18.§ Adatkezelés

- A Biztosító a Szerződő, a Biztosított és a Kedvezményezett által bármilyen formában megadott személyes adatot – értve ezalatt az egészségi állapotra vonatkozó személyes adatot is – biztosítási titokként kezeli és dolgozza fel.
- A személyes adatokat a Biztosító a csoportos biztosítási szerződések létrejöttével, nyilvántartásával és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével kapcsolatos eljárása, a biztosítási szolgáltatási tevékenységének elősegítése, valamint a jogszabályokban meghatározott adatszolgáltatási kötelezettségének teljesítése érdekében használja fel.
- Az adatkezelésre vonatkozó részletes szabályokat a csoportos biztosítási szerződésekre vonatkozó kiegészítő ügyfél-tájékoztató tartalmazza.

19.§ A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése

- Ha a biztosítási kötvény elveszett vagy megsemmisült a Szerződő köteles e körülményt a Biztosítóknak a tudomás-szerzéstől számított 30 napon belül bejelenteni, ez esetben a Biztosító másodlatot állít ki, amely másodlat az eredetivel egyező. A másodlat kibocsátásával az eredeti biztosítási kötvény érvénytelenné válik, e tény a másodlaton záradékban fel kell tüntetni. E szabályok az irányadóak a további kötvénymásodlatokra vagy egyéb okiratok másodlataira is.
- A másodlatok kiállításával kapcsolatban felmerült költségek a Szerződőt terhelik.

20.§ Elévülés

- A biztosításból eredő igények elévülési ideje 2 év.**
- Az elévülési idő alatt a nem kifizetett szolgáltatási összeget a Biztosító kamatmentes letétként kezeli.

21.§ Egyéb rendelkezések és a jogviták rendezése (kizárólagos illetékesség)

- A csoportos biztosítási szerződés és az ügyintézés nyelve a magyar.
- A csoportos biztosítási szerződésből származó valamennyi perre kizárólagosan a Budai Központi Kerületi Bíróság, illetve a hatáskörtől függően a Székesfehérvári Törvényszék az illetékes.**

22. § A Polgári Törvénykönyvtől, valamint a Biztosító korábbi gyakorlatától eltérő szabályok

Jelen fejezet összefoglalóan tartalmazza a jelen általános szabályzat azon rendelkezéseit, amelyek a Polgári Törvénykönyvről

szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.) rendelkezéseitől, valamint a Biztosító korábbi gyakorlatáról lényegesen eltérnek.

- (1) Jelen általános szabályzat 1. § (3) bekezdése alapján a felek **kizárnak minden olyan szokást és gyakorlatot, amelyek alkalmazásában a csoportos biztosítási szerződés alanyai korábbi üzleti kapcsolatukban meggyeztek és amelyet egymás között kialakítottak, továbbá az életbiztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokások sem válnak a szerződés részévé.**
- (2) A jelen általános szabályzat 2. §-a alapján **a Biztosító, mint ajánlattevő biztosítási ajánlatához – még ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre is van szükség – 15 napig van kötve.**
- (3) A jelen általános szabályzat **2.§-ában meghatározott fogalmak** a jelen általános szabályzat és a különös feltételek alapján létrejövő csoportos biztosítási szerződések, biztosítási jogviszonyok vonatkozásában kerültek meghatározásra, ezért eltérhetnek a Ptk-ban, illetve egyéb jogszabályban meghatározottaktól, valamint a Biztosító korábbi gyakorlatától.
- (4) A jelen általános szabályzat 3.§ (2) bekezdése alapján a csoportos biztosítási szerződés **Szerződője kizárólag a fogyasztónak nem minősülő természetes személy vagy szervezet lehet.**
- (5) Jelen általános szabályzat 3. §-a alapján **a Biztosított nem léphet be a szerződésbe.**
- (6) Jelen általános szabályzat 5. § (4) bekezdése alapján **jelentős kockázatnövekedésnek** minősül **különösen, de nem kizárólagosan, ha a Biztosító tudomására jutott lényeges körülmény alapján a csoportos biztosításra vonatkozóan a kockázatelbírálás során díjnövelést, kizárást vagy elutasítást alkalmazna.**
- (7) A jelen általános szabályzat 6. §-ában meghatározott **új szerződéskötési folyamat**, amely során **a csoportos biztosítási szerződés a Szerződő és a Biztosító írásbeli megállapodása alapján jön létre, amelynek megkötésére a Biztosító, mint ajánlattevő tesz biztosítási ajánlatot. A biztosítási ajánlatot a Szerződőnek a kézhezvételt követő 15 napon belül el kell fogadnia, ennek hiányában a csoportos biztosítási szerződés nem jön létre. Az ajánlattól lényeges kérdésben eltérő tartalmú elfogadás nem minősül új ajánlatnak, ebben az esetben a Biztosító új ajánlatot tesz.**
- (8) A jelen általános szabályzat 6. §. (11) bekezdése alapján a csoportos **biztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához a Biztosított hozzájárulására nincs szükség.**
- (9) A jelen általános szabályzat 10. § (4) bekezdésben meghatározottak szerint **a biztosítási díj alatt az alap- és kiegészítő biztosítások díjának együttes összegét kell érteni.**
- (10) Jelen általános szabályzat 10. § (13) bekezdése alapján, **a biztosítási szerződés megszűnése esetén a biztosítási díj annak a biztosítási hónapnak a végéig fizetendő, amelyben a kockázatviselés véget ért.**
- (11) Jelen általános szabályzat 11. §-a alapján, amennyiben az adott díjrészlet az esedékességétől számított 60 napon belül nem érkezik meg a Biztosító számlájára, **a Biztosító fizetési felszólítást nem küld, további póthatáridőt nem ad, hanem a csoportos biztosítási szerződés megszűnik a 61. napon, az adott díjrészlet esedékességének időpontjára visszamenő hatállyal.**
- (12) Jelen általános szabályzat 16. §-ában valamint az egyes különös feltételekben a **kockázatkizárások köre bővült.**
- (13) Jelen általános szabályzat 16. §. (3)-(6) bekezdése alapján a kiegészítő baleset-és egészségbiztosítási fedezetek esetében **nem mentesülési ok, hanem kizárt kockázatnak minősül, amennyiben a biztosítási eseményt a Szerződő vagy az adott Biztosított, illetve a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk, üzletvezetésre jogosult tagjuk vagy különös feltételben meghatározott munkakört betöltő alkalmazottjuk, tagjuk vagy megbízottjuk jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással okozta.**
- (14) A jelen általános szabályzat 20. § (1) bekezdése alapján a **biztosításból eredő igények 2 év elteltével elévülnek.**

Budapest, 2014. április 30.

1. SZÁMÚ MELLÉKLET

Érvényes: 2014. április 30-tól

TÁJÉKOZTATÓ A BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS ELBÍRÁLÁSÁHOZ BEKÉRHETŐ OKIRATOKRÓL

A Biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához és a szolgáltatási összeg megállapításához az alábbi táblázatban felsorolt okiratokat, dokumentumokat kérheti be:

| | |
|--|--|
| Biztosítási esemény bekövetkezésekor minden esetben | • A Biztosító által rendszeresített, vagy azzal megegyező tartalmú, kitöltött és a bejelentő és a Kedvezményezett által aláírt igénybejelentő nyomtatvány |
| | • A Szerződő nyilatkozata a Biztosított biztosított jogviszonyának igazolásáról és a Biztosított Csoport megnevezéséről |
| | • Idegen nyelvű iratok hivatalos magyar fordítása |
| | • Hivatalos bizonyítvány másolata a Biztosított születésének napjáról |
| | • A Kedvezményezett jogosultságát igazoló okiratok: jogerős hagyatékátadó végzés, jogerős öröklési bizonyítvány feltéve, hogy a Kedvezményezett a szerződésben név szerint nem neveztek meg |
| | • Kiskorú- és gondnokolt kedvezményezett esetén a törvényes képviselő nyilatkozata |
| | • A gyámot vagy a gondnokot kirendelő határozat és/vagy bírósági ítélet másolata |
| | • A Kedvezményezett aláírásával ellátott nyilatkozat a biztosítási összeg rendeltetési helyéről (bankszámlaszám, vagy lakcím), ahová a biztosítási összeg kifizethető |
| | • Kifizetésnél a Pénzmosási törvény szerinti azonosító adatokat tartalmazó irat (személyi igazolvány, vagy útlevel, vagy kártya formátumú vezetői engedély és lakcímkártya) másolata vagy személyes bemutatása |
| | • Teljes orvosi dokumentáció: diagnózis és felállításának időpontját igazoló iratok, orvosi leírás, orvosi szakvélemény/lelet, zárójelentés, kórházi igazolás, elszámolási nyilatkozat, korábbi orvosi iratok, műtéti leírás, ambuláns (járóbeteg ellátási) lap, röntgen lelet, ápolási dokumentáció, teljes kórházi kórlap, szövettani lelet, kontroll eredmények |
| • Baleset, közlekedési baleset esetén: <ul style="list-style-type: none"> • A baleset körülményeinek rövid leírása • Baleset utáni orvosi jelentés (Biztosító nyomtatványa) • Rendőrségi határozat vagy bírósági végzés¹ másolata • Munkahelyen bekövetkező baleset esetén a Munkahelyi baleseti vagy Üzemi baleseti jegyzőkönyv másolata • Baleseti táppénz megállapítására jogosult szerv (kifizetőhely vagy a regionális egészség-biztosítási pénztár) határozatának másolata | |
| Halál és baleseti halál esetén | • Halotti anyakönyvi kivonat másolata |
| | • Halottvizsgálati bizonyítvány másolata |
| | • Boncjegyzőkönyv másolata |
| | • Haláleset vagy baleset utáni orvosi jelentés (Biztosító nyomtatványa) |
| • Hitelfedezeti termék vagy hitelfedezeti záradékos szerződés esetén banki igazolás a hitelszerződés adatairól (pl. hitelszerződés létrejöttének dátuma, fennálló tartozás mértéke, stb.) | |
| Rokkantság, baleseti rokkantság esetén | • A biztosítási eseményből eredő egészségkárosodás mértékét megállapító szakértői/szakhatósági orvosi bizottság szakvéleményének másolata |
| | • Megváltozott munkaképességű személyek ellátásra vonatkozó határozat másolata |

¹ A szolgáltatási igény elbírálásához a büntetőeljárásban vagy a szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozatot csak abban az esetben kéri be a Biztosító, ha az a szolgáltatási igény bejelentésekor már rendelkezésre áll.

| | |
|--------------------------|---|
| Keresőképtelenség esetén | <ul style="list-style-type: none"> • Orvosi igazolás másolata (táppénzes lap) a keresőképtelen állományba vételéről • Orvosi igazolás másolata (táppénzes lap) a keresőképtelenség meghosszabbításáról • A Szerződő nyilatkozata arról, hogy a Biztosított a keresőképtelenség ideje alatt munkát nem végzett. |
| Csonttörés esetén | <ul style="list-style-type: none"> • Röntgen lelet másolata |
| Kritikus betegség esetén | <ul style="list-style-type: none"> • Rosszindulatú daganatos megbetegedés esetén: eredeti kórházi zárójelentés, sebészeti műtéti leírás, onkológiai szakvélemény, szövettani lelet másolata |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Szívinfarktus esetén: eredeti kórházi zárójelentés, EKG görbe, a szívenzim értékek típusos emelkedését igazoló orvosi dokumentumok, szívultrahang vizsgálat lelete |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Agyi érkatasztrófa esetén: eredeti kórházi zárójelentés, ideggyógyászati szakvélemény 60 napon túl fennálló, maradandó neurológiai károsodásról |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Szervátültetés esetén: eredeti kórházi zárójelentés, műtéti leírás, transzplantációs gondozó jelentése, ha külföldön történt a műtét, a Biztosító előzetes hozzájárulásának másolata |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Veseelégtelenség fellépése esetén: eredeti kórházi zárójelentés, nefrológiai gondozó jelentése, dialízis osztály jelentése a legalább 60 napja fennálló dialízis kezeléssel |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Koszorúér műtét esetén: eredeti kórházi zárójelentés, a műtétet megelőzően készített koszorúérfestés lelete (coronariographia) |
| Műtét esetén | <ul style="list-style-type: none"> • Eredeti kórházi zárójelentés |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Műtéti leírás másolata |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Az elvégzett beavatkozás orvos által igazolt (pecsét és aláírás) WHO kódja |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Szövettani eredmény másolata |
| Kórházi kezelés esetén | <ul style="list-style-type: none"> • Eredeti kórházi zárójelentés |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Előzetes igény esetén a megkezdett ápolásról szóló részletes orvosi leírás |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Kórrajz kivonat |

A felsorolt okiratokon kívül a Szerződőnek, illetve a Biztosítottnak, Kedvezményezettnek joga van egyéb okiratokat, dokumentumokat is benyújtani a biztosítási esemény bekövetkezésének és a teljesítendő szolgáltatás mértékének igazolására – a bizonyítás általános szabályai szerint, annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse. Jelen tájékoztató a szerződési feltételek részét képezi, az abban foglaltakkal együtt érvényes.

Budapest, 2014. április 30.