

MKB Életbiztosító Zrt.
MKB Globál Csoportos Védőháló Élet-, Egészség- és
Balesetbiztosítási
Általános Szerződési Feltételek

1. Általános rendelkezések

- 1) Jelen Csoportos Élet-, Egészség- és Balesetbiztosítási Általános Feltételek (a továbbiakban: Csoportos Általános Feltételek) ellenkező szerződéses kikötés hiányában az MKB Életbiztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) csoportos élet-, egészség- és balesetbiztosítási szerződéseire (a továbbiakban: csoportos biztosítási szerződés), illetve egyéb csoportos biztosításainak élet-, egészség- és balesetbiztosítást tartalmazó részeire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést ezen feltételekre való hivatkozással kötötték.
- 2) Jelen Általános Feltételekben, valamint a Különös Feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezései, valamint a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.
- 3) Az érintett szerződéshez tartozó Különös Szerződési Feltételek Általános Szerződési Feltételektől való eltérése esetén a Különös Szerződési Feltételekben rögzítettek az irányadók.
- 4) A Biztosító ezen biztosítását a Magyarországon működő minden olyan csoportnak ajánlja, amelyek munkaviszony, tagsági jogviszony vagy tartós megbízásos viszony keretében szerveződtek, vagy egyéb jól meghatározott csoportot alkotnak.
- 5) A csoportos szerződés megkötésének előfeltétele, hogy a leendő Szerződő írásban ajánlatot tegyen a Biztosítónak.
- 6) A Biztosító az ajánlat elfogadása esetén a választott szolgáltatásokról kötvényt állít ki a Szerződőnek, amelynek tartalmáról a Szerződő a Biztosítottakat kötelező jelleggel tájékoztatja.
- 7) Az ajánlat elutasítását a Biztosító nem köteles megindokolni.

2. A biztosítási szerződés alanyai

- 1) A Biztosító az a jogi személy (MKB Életbiztosító Zrt., 1133 Budapest, Váci út 76.), amely a befizetett díj ellenében vállalja az élet-, egészség- vagy balesetbiztosítási kockázatot és a Különös Feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.
- 2) A Szerződő fél az a személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz és teljesíti a mindenkor esedékes díjak egy összegben történő átutalását.
- 3) Biztosítottak azok a természetes személyek, akik a Szerződővel az 1. fejezet (3) pontja szerinti jogviszonyban állnak, őket a Szerződő fél az ajánlatban megadott ismérvek alapján kijelöli, és akiknek a biztosítási tartamon belüli élet-, egészség- vagy balesetbiztosítási eseményeire a csoportos biztosítási szerződés létrejön, amennyiben a biztosítási szerződés fennállása alatt 18 és 62 év közöttiek, nem nyugdíjasok, nem részesülnek rokkantsági nyugdíjban vagy rehabilitációs járadékban.
- 4) **Továbbá csak olyan személy lehet Biztosított aki a szerződés megkötésének napján nem áll orvosi, kórházi, rehabilitációs kezelés alatt és nincsen betegszabadságon vagy táppénzen. Nem lehet biztosított akinek részére rehabilitációs vagy baleseti rehabilitációs járadékot, rokkantsági vagy baleseti rokkantsági járadékot, rokkantsági nyugdíjat, szociális járadékot állapítottak meg, illetve akivel kapcsolatban rokkantsítási, egészségkárosodási eljárás folyamatban van.**
- 5) A Szerződő a Biztosítottak köréről aktuális listát készít a biztosítás megkötésekor, amely tartalmazza a Biztosítottak azonosításához szükséges adatokat (név, leánykori név, anyja neve, születési dátum, lakcím), amelyet írásban és elektronikus adathordozón a Biztosító számára eljuttat. A Szerződő köteles az adatközlő adatait a fizetési gyakorisággal megegyezően, a díjfizetés esedékessége előtt 20 nappal frissíteni, vállalva a 16. fejezet (7), (8), (9) pontjában leírtakat. Az adatközlő kézhezvétele közötti időszakban a Szerződő/ munkáltató által kiállított igazolás alapján történik a szolgáltatás.
- 6) A Biztosítottak köre nem térhet el a szerződővel munkaviszonyban, tagsági vagy megbízásos jogviszonyban lévőek létszámának a Biztosító által meghatározott százalékánál.
- 7) *Nem terjed ki a biztosítás a szerződőnél időnymunkásként vagy alkalmi munkásként és az 1 évnél rövidebb határidővel megbízásos jogviszonyban foglalkoztatottakra, valamint a szünetidőben ideiglenesen foglalkoztatott diákokra.*
- 8) Kedvezményezett az a személy, aki a biztosítási szolgáltatásra jogosult.
- 9) A kedvezményezett jelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal.

- 10) A csoportos biztosítási szerződés kedvezményezettje lehet:
 - a) a Biztosított,
 - b) a Szerződő,
 - c) a szerződésben megnevezett más személy(ek).
 - d) a Biztosított törvényes örökösei
- 11) *A Biztosított életében esedékes szolgáltatások kedvezményezettje a Biztosított, ha a szerződésben más kedvezményezettet nem neveztek meg. A Biztosított halála esetén a kedvezményezett a Biztosított örököse, ha a szerződésben más kedvezményezettet nem neveztek meg, vagy ha a kedvezményezett jelölés hatályát veszítette, illetve érvénytelen.*
- 12) A kedvezményezett jelölése a Szerződő részéről történik. A Szerződő döntése alapján a kedvezményezettek kijelölése történhet a Biztosítottak részéről is. Amennyiben a Szerződő kedvezményezettként a Biztosítottól, vagy a Biztosított örököseitől eltérő személyt jelöl meg, a kedvezményezett jelölése csak abban az esetben érvényes, ha a Biztosított ahhoz a kedvezményezett jelölésével egyidejűleg írásban hozzájárul. A Biztosított hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek a Biztosított személyétől eltérő kedvezményezett kijelölését tartalmazó része semmis. Ilyen esetben kedvezményezettnek a Biztosítottat, illetőleg örököseit kell tekinteni, aki azonban az ennek folytán neki járó biztosítási összegből a Szerződő fél költségeit, beleértve a kifizetett biztosítási díjakat köteles megtéríteni.
- 13) A Biztosítottak a csoportos biztosítási szerződés megkötésekor írásban nyilatkoznak arról, hogy elfogadják-e a javukra szóló biztosítás megkötését, ha a kedvezményezettet a Szerződő jelöli meg, akkor annak személyéhez hozzájárulnak-e, továbbá nyilatkoznak az egészségi állapotukról a Biztosító által feltett kérdések alapján. Azok a személyek, akik elutasítják a javukra szóló biztosítás megkötését, a biztosítás tartama alatt nem biztosíthatóak. Azok a személyek, akik nem járulnak hozzá a Szerződő által megjelölt kedvezményezett jelöléséhez, a Szerződő a Biztosítóval írásban közölt döntése alapján válhatnak csak biztosítottá.
- 14) A Szerződő fél az eredetileg kijelölt kedvezményezett helyett, a Biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával bármikor más kedvezményezettet nevezhet meg a Biztosított(ak) írásbeli beleegyezésével.

3. A szerződés létrejötte

- 1) A szerződés a Szerződő és a Biztosító megállapodása alapján jön létre, amelyet a Szerződő a Biztosítóhoz benyújtott ajánlattal kezdeményez.
- 2) A biztosítotti nyilatkozat az a dokumentum, amely tartalmazza a Biztosítottnak a szerződés megkötésére vonatkozó hozzájáruló nyilatkozatát; a hatóságokra, intézményekre vonatkozó titoktartási kötelezettség alóli felmentést, valamint a Biztosítottnak a kedvezményezett megjelölésére vonatkozó hozzájárulását. A biztosítotti nyilatkozat a szerződés elválaszthatatlan részét képezi.
- 3) A Biztosító az ajánlat elfogadása előtt kockázat elbírálást végezhet, amelyhez a Biztosított egészségi nyilatkozatát vagy orvosi vizsgálatát, illetve egyéb írásos nyilatkozatait is kérheti. A Biztosító jogosult az így tudomására jutott adatokat ellenőrizni.
- 4) A Biztosítottnak a nyilatkozatokat a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell kitöltenie. A Biztosító által feltett kérdéseket tartalmazó nyilatkozatok az ajánlat részét képezik.
- 5) A kockázat elbírálás eredményétől függően a Biztosító az ajánlatot elfogadja, elutasítja, vagy az ajánlatra módosító javaslatot tesz. Az ajánlat esetleges elutasítását, illetve a módosító javaslatot a Biztosító nem köteles megindokolni.
- 6) A Szerződő a módosító javaslatot annak közlésétől számított 15 napon belül írásban elutasíthatja.
- 7) A szerződés létrejön, ha a Biztosító az ajánlatot elfogadja és kötvényt állít ki.
- 8) A szerződés akkor is létrejön, ha a Biztosító a formai követelményeknek megfelelő, aláírt ajánlatra az ajánlat átvételétől számított 15 napon belül nem nyilatkozik.

4. A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete

- 1) *A Biztosító kockázatviselése az ajánlat aláírását követő nap 0. órájakor kezdődik visszamenőleges hatállyal, feltéve, hogy a biztosítási díj az ajánlat aláírását követő 15 napon belül a Biztosító számlájára beérkezik, a biztosított személyek kijelölésre kerültek és a Biztosítottak adatait tartalmazó lista (2. fejezet), valamint a biztosítotti nyilatkozatok a Biztosító számára átadásra kerültek, továbbá a nyilatkozatok és az ajánlat a kockázat elbírálási szempontoknak megfelelnek. Ellenkező esetben a kockázatviselés valamennyi iratnak és a biztosítási díjnak a Biztosítóhoz történő beérkezését követő nap 0. órájakor kezdődik. A Szerződő felek a fentiekől eltérő megállapodást is köthetnek a kockázatviselésre vonatkozóan.*

- 2) *Ha a Szerződő az első vagy éves díjat a csoportos szerződés hatálybalépése előtt fizeti meg, ezt az összeget a hatálybalépés időpontjáig a Biztosító kamatmentes előlegként kezeli, amelyet a biztosítási kötvény kibocsátása után a biztosítási díjba beleszámít. Ha a csoportos szerződés nem jön létre, a Biztosító a befizetett díjelőleget a Szerződőnek 15 napon belül kamatmentesen visszafizeti.*
- 3) A Biztosító a szerződésben várakozási időt köthet ki [5. fejezet (1)]. A Biztosító kockázatviselése a várakozási idő alatt részleges, kizárólag a balesetekre, illetve a balesettel okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre terjed ki.
- 4) A Biztosító kockázatviselése az új Biztosított (13. fejezet) vonatkozásában annak belépése napjától kezdődik, figyelemmel a várakozási időre, feltéve, hogy az új Biztosított a belépése utáni legkorábbi adatközlőben lejelentésre kerül a Biztosító részére, valamint a rá vonatkozó biztosítási díjat megfizetik.
- 5) A Biztosító a 13. fejezet (1) pontja szerint új belépők esetén csak akkor vállalja a kockázatot visszamenőlegesen, ha a Szerződő az általa képviselt csoportot teljes körűen biztosítja.
- 6) A Biztosító kockázatviselése megszűnik a kilépő Biztosított (13. fejezet) vonatkozásában a biztosított minőséget megalapozó körülmény megszűnését követő hónap első napjának 0. órájától.
- 7) Az egyes Biztosítottak vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése megszűnik az alábbi esetekben is:
 - a) a Biztosított halála esetén
 - b) a közlésre, illetve változás bejelentésére vonatkozó kötelezettség megsértése esetén a 15. fejezet (3) pontja szerint
 - c) a Különös Feltételekben szabályozott egyéb esetekben.

5. A várakozási idő

- 1) *A várakozási idő alatt azt az időszakot kell érteni, amely az orvosi vizsgálat (6. fejezet) nélkül kötött szerződések esetén a szerződés hatálybalépésétől a kockázatviselés kezdetéig tart. A Biztosító a várakozási időt egyéb kikötés hiányában 6 hónapban állapítja meg. A várakozási idő alatt a Biztosító kockázatviselése nem vagy csak korlátozottan áll fenn.*
- 2) *A Biztosító előírhatja a Biztosítottak korának és a választott biztosítási összegnek függvényében az orvosi vizsgálat elvégzését. A Biztosító eltekint a várakozási időtől, ha a Biztosított az előírt orvosi vizsgálatot elvégezteti és a vizsgálatok eredményét a Biztosító rendelkezésére bocsátja.*
- 3) *A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, amennyiben a biztosítási esemény a várakozási időn belül következik be kivéve a következő pontban foglalt eseteket. Ebben az esetben a Biztosító az adott személyre vonatkozó díjat a biztosítási esemény bejelentésétől számított 15 napon belül visszatéríti, és a díjvisszatérítéssel a biztosítás az adott Biztosított vonatkozásában megszűnik.*
- 4) *Nem vonatkozik a várakozási idő a biztosítási időtartam alatt bekövetkező balesetekre és azok következményeire.*
- 5) *A várakozási idő tartamának az Általános Feltételektől eltérő szabályozása a Különös Feltételekben található.*

6. Orvosi vizsgálat

- 1) *A csoportos egészségbiztosítási szerződés megkötéséhez a Biztosító a Biztosítottak egészségi állapotától, a biztosítási összeg nagyságától, a biztosítási terméktől, valamint a Biztosítottak életkorától függően előírhatja az orvosi vizsgálat lefolytatását. Amennyiben a Biztosító a szerződés megkötéséhez a Különös Feltételekben előírja az orvosi vizsgálat lefolytatását, annak költségeit a Biztosító viseli. Ha a Szerződő az orvosi vizsgálat elvégzése után eláll a biztosítási szerződés megkötésétől, a Biztosító az orvosi vizsgálat költségeit a Szerződőre terheli.*
- 2) *Az orvosi vizsgálat nélkül kötött egészségbiztosítás esetén is kötelesek a biztosítottak az egészségügyi nyilatkozat kitöltésére, ettől azonban a Biztosító eltekinthet. Orvosi vizsgálat nélkül a Biztosító várakozási időt írhat elő, amelynek nagyságát a Különös Feltételek szabályozzák.*

7. Biztosítási esemény

- 1) *Élethbiztosítási esemény a szerződés szerint a Biztosított halála.*
- 2) *Balesetbiztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselési ideje alatt elszenvedett balesetének következményeként kórházi / orvosi ellátása, ápolása, a rajta elvégzett műtéti beavatkozások, valamint a Biztosított 1 éven belüli halála, tartós, maradandó egészségkárosodása (rokkantsága).*

Balesetbiztosítási eseménynek minősülnek továbbá a vízbefúlás, égési sérülések, leforrázás, villámcsapás vagy elektromos áram behatásai. A betegségek nem minősülnek balesetnek, a fertőző betegségek még balesetek következményeként sem minősülnek balesetnek. Nem minősül balesetnek a megemelések, rándulások, fagyás, napszúrás, hőség, porckorong-sérülés, hasfal rétegeit érintő sérv, agyvérzés, továbbá a nem baleseti eredetű vérzés. Nem tekinthető balesetnek az öngyilkosság vagy öngyilkossági kísérlet folytán bekövetkező egészségkárosodás még akkor sem, ha azt a biztosított elme, illetve tudatzavarban követte el.

- 3) Jelen Általános Feltételek szempontjából balesetnek minősül a biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő olyan külső behatás, amely a kockázatviselés tartama alatt a biztosított halálát, egészségkárosodását vagy rokkantságát idézi elő.
- 4) Jelen Általános Feltételek szempontjából munkahelyi baleset az a baleset, amely a Biztosítottat a foglalkozása körében végzett tevékenysége közben vagy azzal összefüggésben éri. Nem számít munkahelyi balesetnek az engedély nélkül végzett munkával okozati összefüggésben bekövetkezett baleset.
- 5) Jelen Általános Feltételek szempontjából munkahelyi úti baleset az olyan baleset, amely a Biztosítottat a lakásról (szállásról) munkavégzés helyére (munkába), illetőleg a munkavégzés helyéről (munkából) lakásra (szállásra) menet közben a legrövidebb útvonalon közlekedve éri.
- 6) Egészségbiztosítási eseménynek számítanak a Biztosítotton orvosilag szükséges és indokolt vizsgálatok, beavatkozások, műtétek, ápolások, amelyeket a Különös Feltételek határoznak meg, és amelyek elvégzése a Biztosítotton hitelesen bizonyított. Jelen Általános Szerződési feltételek alkalmazásában a Betegség az élő szervezet életfolyamatainak abnormális állapota, az egészség ellentéte, a szervezet egyensúlyának felborulása, a test olyan állapota, amely valamely funkció rendellenes működésében nyilvánul meg.
- 7) A biztosítási eseményeket és a Biztosító szolgáltatásait termékenként a Csoportos Élet-, Egészség- és Balesetbiztosítási Különös Feltételek határozzák meg.

8. A biztosítási összeg

- 1) A Szerződő a csoportos biztosítási szerződés megkötésekor a Biztosító által meghatározott mértékig, szabadon megválaszthatja a biztosítási összeget a biztosított csoportok vonatkozásában.

9. A biztosítás tartama

- 1) Élet-, egészség- vagy balesetbiztosítás maximum 3 éves határozott tartamra köthető.
- 2) Biztosítási időszaknak egy év tekintendő.
- 3) A határozott tartamra kötött szerződés megállapodás szerinti tartama legalább egy év. A szerződés a határozott idő lejártával megszűnik.
- 4) Ha az egy évnél hosszabb határozott tartamú vagy a határozatlan időre kötött biztosítási szerződést a felek valamelyike a biztosítási évfordulót legalább 30 nappal megelőzően írásban nem mondja fel, úgy a biztosítási szerződés annak felmondásáig illetve a határozott tartam végéig hatályban marad. Ebben az esetben a felek a biztosítási évfordulót megelőző 30 napon egyeztethetnek a biztosítás szolgáltatásával és díjával kapcsolatban. Amennyiben a felek 30 napon belül nem jutnak egyezsége a szerződés feltételei tekintetében, a szerződés az eredeti tartalommal marad hatályban.
- 5) Ha a Biztosító tudomást szerez a biztosítási szerződésben meghatározott lényeges körülmények változásáról, akkor a biztosítási évfordulót megelőző tizenöt napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg ha a kockázatot a szabályzat értelmében nem vállalhatja a szerződést harminc napra írásban felmondhatja. Ha a Szerződő a Biztosító módosító javaslatát nem fogadja el, vagy arra tizenöt napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított harmincadik napon megszűnik. Erre a következményre a Szerződőt a módosító javaslat megtételekor figyelmeztetni kell.

10. A biztosítás területi és időbeli hatálya

- 1) A csoportos élet- és egészségbiztosítási szerződés hatálya ellenkező kikötés hiányában, melyeket az egyes termékek Különös Feltételei tartalmaznak, 24 óráig és az egész világra kiterjed.

11. A Biztosítottak kora

- 1) *A csoportos élet- és egészség és balesetbiztosítás megköthető a Biztosítottak 18 -62 éves kora között.*

12. A szerződés megszűnése, felmondása

- 1) *A biztosítási szerződés szolgáltatás és díjvisszatérítés nélkül megszűnik, ha a Szerződő a biztosítási díjat az esedékességtől számított 30 napon belül nem egyenlíti ki, és díjfizetési halasztást [12 fejezet (2)] nem, de a díjmaradásról értesítőt kapott, illetőleg a Biztosító díjkövetelését bírósági úton nem érvényesítette, a Szerződő jogutód nélkül megszűnik (meghal), a szerződésben meghatározott biztosítási tartam lejár, illetve **megszűnik az adott Biztosított vonatkozásában, a Biztosított meghal, a Biztosított élet- egészség és balesetbiztosítási termékeknél betölti 62. életévét, továbbá, ha a Biztosított jogviszonya [1. fejezet (3)] a Szerződéssel megszűnik,** a közlésre, illetve változás bejelentésére vonatkozó kötelezettség megsértése esetén a 15. fejezet (2) pontja szerint.*
- 2) *A Biztosító a csoportos biztosítási szerződés megszűnését és a bírósági út igénybevételeinek határidejét további 30 nappal meghosszabbíthatja, ha az esedékességtől számított 30 nap eltelte előtt ennek a körülménynek a közlésével a Szerződőt a fizetésre írásban felszólítja.*
- 3) *A biztosítási szerződés megszűnését a Biztosító a Különös Feltételekben az Általános Feltételektől eltérően is szabályozhatja.*
- 4) *A csoportos baleset- és egészségbiztosítási szerződést mindkét fél a biztosítási időszak végére, 30 napra írásban felmondhatja. A csoportos életbiztosítási szerződést a Szerződő mondhatja fel a biztosítási évfordulót 30 nappal megelőzően.*

13. A Szerződő jogai és kötelezettségei

- 1) *A Szerződő javaslatot tehet a szerződés módosítására, új Biztosított megjelölésére, illetve a biztosítási védelem megszüntetésére az általa meghatározott Biztosított (a továbbiakban: kilépő Biztosított) vonatkozásában.*
- 2) *A szerződés megkötéséhez és módosításához-ettől eltérő megállapodás hiányában- a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges, melyet a Biztosított a Biztosított nyilatkozat kitöltésével és aláírásával tesz meg. A Szerződő köteles a Biztosított nyilatkozatokat beszerezni és átadni a Biztosítónak, kivéve, ha a Biztosító ettől eltekint.*
- 3) *A Szerződő köteles tájékoztatni a Biztosítottakat a szerződés tartalmáról és az abban bekövetkező valamennyi változásról.*
- 4) *A Szerződő a Biztosított írásbeli hozzájárulásával az ajánlattételkor, illetve a tartamon belül bármikor kedvezményezettet jelölhet meg és módosíthat.*
- 5) *A Szerződő a biztosítottak köréről a biztosítás megkötésekor aktuális listát készít, amelyet nyomtatott (aláírt) és elektronikus adathordozón a Biztosító számára eljuttat.*

14. A Biztosított kötelezettségei a biztosítási esemény bekövetkezése után

- 1) *A Biztosítottnak a betegség vagy baleset után mindent meg kell tennie a kár enyhítése érdekében: haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe vennie és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatnia kell. Ugyanígy gondoskodnia kell az ápolásról és a következmények lehetőség szerinti elhárításáról és enyhítéséről is.*
- 2) *A Biztosítottnak a biztosítási eseménnyel foglalkozó intézményeket, orvosokat, egészségügyi intézményeket és hatóságokat fel kell kérnie, illetve fel kell hatalmaznia arra, hogy a Biztosító számára a biztosítási eseménnyel kapcsolatos információkat megadják.*

15. Közlési kötelezettség

- 1) A Szerződő és a Biztosítottak kötelesek a szerződéskötéskor a biztosítás elvállalása szempontjából minden olyan lényeges körülményt a Biztosítóval közölni, amelyeket ismertek vagy ismerniük kellett. A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító kötelezettsége, ha a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt. Az ajánlattételkor írásban feltett kérdésekre adott, a valóságnak megfelelő válasszal közlési kötelezettségüknek eleget tesznek. A kérdések megválaszolatlanul hagyása egymagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.
- 2) Ha a Biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, 15 napon belül írásban javaslatot tehet a csoportos biztosítási szerződés módosítására, illetve ha ezek ismeretében a kockázatot nem vállalhatja, a szerződést 30 napon belül felmondja.
- 3) A közlési kötelezettség megsértése esetén a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve ha bizonyítják, hogy a Biztosító az elhallgatott körülményt a szerződéskötéskor ismerte, vagy ha az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.
- 4) Azt, hogy a 15. fejezet (3) pontban leírt körülmények valamelyike fennáll, annak a félnek kell bizonyítania, aki azokra hivatkozik.
- 5) A Szerződő köteles jogállásának bármينemű megváltozásáról a Biztosítót 8 munkanapon belül írásban értesíteni. Ennek elmulasztása esetén a jogkövetkezményeket a Szerződő viseli.
- 6) Adatvédelmi, titoktartási kötelezettség alóli felmentés: az a nyilatkozat, amellyel a Szerződő és a Biztosított az ajánlattételkor felhatalmazza a Biztosítót, hogy a szerződés megkötésével, fenntartásával és a Biztosító szolgáltatásával összefüggő adatokat beleértve a Biztosított egészségügyi állapotára vonatkozó adatokat is a Biztosító beszeresse és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja. Együttal felmentik az ezen adatokat szolgáltató és a Biztosított adatait kezelő egészségügyi intézményeket, hatóságokat és személyeket a titoktartási kötelezettség alól. A Biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni és időbeli korlátozás nélkül megőrizni.

16. A biztosítási díj

- 1) *A biztosítási díj kiszámítása a Biztosító díjszabása alapján történik, melynél a Biztosító figyelembe veheti a biztosítottak életkorát, egészségi állapotát, kórelőzményét, foglalkozását, valamint a biztosítás időtartamát, a biztosítási összeget és a csoport nagyságát.*
- 2) A Biztosító csoportos biztosítás esetén minimális biztosítási összegeket, illetve a Biztosítottak előzetesen bejelentett létszámának megfelelő minimális díjakat, minimális biztosított csoport-létszámot köthet ki.
- 3) A Biztosítottak belépési korát a Biztosító úgy állapítja meg, hogy a biztosítás kezdetének évszámából levonja a Biztosítottak születésének évszámát.
- 4) Amennyiben a Biztosító figyelembe veszi az életkort, annak helytelen bevállása esetén a Biztosító a Biztosítottak valódi életkorának megfelelő biztosítási összeget fizeti ki, ténylegesen befizetett díj figyelembevételével.
- 5) A biztosítás első díja a szerződés aláírásától számított 15 napon belül esedékes, minden későbbi díj pedig annak az időszaknak az első napján, amelyre a díj vonatkozik.
- 6) *A biztosítás éves díjfizetésű, de a Biztosító lehetőséget ad az éves díj, negyedéves és féléves díjrészletekben történő megfizetésére is. Az évesnél gyakoribb díjfizetés esetén a Biztosító pótlékot számít fel, melynek mértéke változhat. A Biztosító a pótlék mértékének változásáról legalább 60 nappal előtte írásban értesíti a Szerződőt.*
- 7) *A Biztosító a Szerződő által választott elszámolási gyakoriságnak megfelelően vizsgálja felül a 2. fejezet (4) pontban említett adatközlő tartalma alapján az aktuális időszak biztosítási díját. A Biztosító az így kiszámolt díjváltozást az elszámolást követő díjfizetéskor érvényesíti. Amennyiben a vizsgálat eredményeként a Szerződőnek túlfizetése van, úgy a Biztosító azt díjelőlegként kezeli.*
- 8) Amennyiben a Szerződő az aktuális adatközlőt nem küldi meg a 2. fejezet (4) pontja szerinti határidőig, úgy a Biztosító a szolgáltatásait a legutolsó adatközlő tartalmának megfelelően nyújtja.
- 9) Amennyiben a szerződéskötéskor leadott Biztosított lista és Biztosított nyilatkozat az ajánlattételkor korábban megadott adatokkal ellentétes információt tartalmaz, akkor a Biztosító fenntartja a jogot az ajánlattételkor megadott díj megváltoztatására.

- 10) Egy évnél hosszabb tartamú vagy határozatlan tartamra kötött biztosítás esetén a Biztosító az előző évek tapasztalatai alapján, az esetlegesen megváltozott biztosítási kockázatnak megfelelően módosító javaslatot tehet a biztosítási díj emelésére vagy csökkentésére.

17. A díjfizetés elmulasztásának következményei

- 1) Amennyiben a Szerződő a biztosítási díjat az esedékesség időpontjáig nem egyenlíti ki, és a befizetésre halasztást sem kapott, vagy a Biztosító a biztosítási díj iránti igényét bírósági úton nem érvényesíti, a Biztosító az első elmaradt díj esedékességétől számított 90 napig viseli a kockázatot, azt követően a szerződés megszűnik. Ez alatt az idő alatt a Szerződő az elmaradt díjat pótolhatja.

18. A Biztosító mentesülése

- 1) A Biztosító mentesül a biztosítási szolgáltatás kifizetése alól, ha a Biztosított halála, balesete vagy betegsége, illetve ezek következményei az alábbiakban felsoroltakkal állnak összefüggésben: terhesség, kóros elmebeli és pszichés állapot, a Biztosított által (szándékosan) elkövetett bűncselekmény, a Biztosított HIV fertőzöttsége, a jogszabály szerint ionizáló vagy annak minősülő sugárzás, nukleáris energia, valamely betegség, illetőleg egészségi állapot a szerződés-kötés előtti, a Biztosítottnál fennálló, de a Biztosító előtt elhallgatott, a Biztosító által szerződés-kötéskor nem ismert megléte, a Biztosított halálának oka a szerződés hatálybalépésének napjától számított két éven belül elkövetett öngyilkossága, a Biztosított öngyilkossági kísérletének következtében bekövetkező biztosítási események a biztosítási tartam egészében, a Biztosított, a Szerződő vagy a kedvezményezett jogellenes, szándékosan elkövetett vagy súlyosan gondatlan magatartása. Jogellenes, súlyosan gondatlan magatartás az alkohol vagy kábító illetőleg bódítószer hatása alatti állapot, illetve ha a baleset a jogosítvány nélküli vagy ittas (0 ezreléket meghaladó véralkoholszint) szárazföldi, légi vagy vízi járművezetés közben következett be.
- 2) Mentesül a Biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól, ha bizonyítást nyer, hogy a biztosítási eseményt a Kedvezményezett vagy a Biztosított által elkövetett szándékos bűncselekmény vagy annak kísérlete okozta.

19. Kizárások

- 1) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amely biztosítási események a biztosítottnak

- elme, vagy tudatzavarával, bármilyen okú eszméletvesztésével, illetve öngyilkosságával vagy annak kísérletével okozati összefüggésben,
- a testen saját maga vagy hozzájárulásával mások által végzett gyógyító célú kezelés és beavatkozás folytán előidézett testi károsodás következtében (kivéve, ha erre valamely biztosítási esemény miatt került sor), illetve
- hivatásosan gyakorolt sporttevékenység során elszenvedett balesetével összefüggésben következett be.

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

- 2) Külön megállapodás (vagyis amikor a biztosító a magasabb kockázatot ismerte, és azt a díjszámításnál figyelembe vette) hiányában az alábbi eseményekhez kapcsolódó kockázatok esetén sem kerül sor szolgáltatásra:

- a repüléshez kapcsolódó események, a szervezett légi forgalomban történő, utasként való részvétel kivételével
- gépi erővel hajtott szárazföldi, légi vagy vízi járművel helyi, országos vagy nemzetközi sportversenyeken, vagy az ügyességet és/vagy bátorságot próbára tevő eseményen történő részvétel, vagy ilyen versenyre, eseményre való felkészülés (edzés)
- olyan, külföldi tartózkodással összefüggő megbetegedések, amelyekkel szembeni védőoltást az ÁNTSZ javasolt, de a biztosított azt nem vette igénybe.

- 3) *Háborús kockázat, zavargások, felkelések esetén a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll az alábbi eseményekben történő aktív vagy passzív részvétellel: háború (hadüzenettel vagy anélkül), polgárháború, határvillongás, forradalom, zendülés, puccs vagy puccskísérlés, népi megmozdulás, terrorcselekmény, felvonulás, sztrájk, munkahelyi rendbontás, felkelésben, lázadásban, vagy zavargásban való részvétel, kivéve, ha erre belföldön valamilyen hivatali vagy közszolgálati kötelességteljesítés közben kerül sor. Jelen Feltétel alkalmazása szempontjából terrorcselekménynek minősül, különösen az olyan erőszakos, erőszakkal fenyegető, az emberi életre, a materiális, immateriális javakra vagy az infrastruktúrára veszélyes cselekmény, amely vagy politikai, vallási, ideológiai, etnikai célok mellett foglalt állást vagy valamely kormány befolyásolására vagy a társadalomban, illetve annak egy részében való félelemkeltésre irányul, illetve arra alkalmas.*
- 4) *A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben a Biztosított olyan betegsége vagy kóros állapota, amely a Biztosító kockázatviselése előtti három évben bizonyíthatóan fennállott, és amelyet a kockázatviselést megelőző három éven belül kórisméztek, vagy amely ez idő alatt gyógykezelést igényelt.*
- 5) *Nem terjed ki a Biztosító kockázatviselése azokra az eseményekre sem, amelyek oka részben vagy egészben a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása. Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha a Biztosított egészségi állapota orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető.*
- 6) *Balesetbiztosítási termékeknél a Biztosító kockázatviselése csak a biztosítási tartam alatt bekövetkező balesetek következményeire terjed ki. A balesetbiztosítási fedezetek esetében nem terjed ki a biztosító kockázatviselése a baleset előtt bármely okból már károsodott, sérült, csonkolt, illetőleg funkciójában korlátozott testrészekre, szervekre.*
- 7) *A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a Biztosított bármilyen rendszerességű alkohol és/vagy tudatmódosító szerek fogyasztásával okozati összefüggésben bekövetkező egészségi- baleseti- és életbiztosítási eseményekre.*

20. A kockázatviselés korlátozása, csökkent biztosíthatóság

- 1) *A Biztosító a biztosítási szolgáltatást csak a bekövetkezett baleset által előidézett következmények esetén nyújtja (baleseti halál, baleseti rokkantság, azaz tartós egészségkárosodás, baleseti kórházi napi térítés és baleseti műtéti térítés).*
- 2) *Amennyiben a baleset előtt meglévő betegségek vagy fogyatékoságok a baleset következményeibe jelentősen közrehatottak (legalább 25%-ig), a Biztosító a fizetendő összeget a közrehatás mértékével csökkenti. Ennek mértékét a Biztosító orvosa határozza meg.*
- 3) *Az idegrendszer szervi eredetű zavarainál a Biztosító csak akkor teljesít kifizetést, ha az visszavezethető a baleset által előidézett károsodásra. Lelki- és magatartászavarok, neurózisok, pszichoneurózisok valamint a poszttraumás szindróma nem minősülnek baleseti következménynek.*
- 4) *A Biztosító csak akkor teljesít kifizetést porckorongsérv esetén, ha bizonyítható, hogy annak előidézője a baleset következtében, a gerincoszlopot ért mechanikai behatás. Amennyiben a porckorongsérv a baleset előtt fennálló állapot súlyosbodása, a Biztosító nem teljesít kifizetést.*
- 5) *Azok a személyek, akik testi fogyatékoságban vagy betegségben szenvednek, súlyos betegségeken vagy műtéten estek át és ennek a baleseti eseményekre kihatása lehet, csak külön szerződési feltételek mellett biztosíthatók. Ezen betegségek, műtétek a következők: szív- és érrendszeri betegségek, a gerincoszlop és a gerincvelő sérülései, betegségei, a csípőízület betegségei, cukorbetegség, rosszindulatú daganatok, valamint a neurológiai betegségek, illetve a felsorolt betegségek következményeként fellépő ájulás, szédülés, erősen korlátozott látás (8 dioptriától).*
- 6) *A Biztosító mentesül a szolgáltatás kifizetése alól, amennyiben a biztosítási esemény okozati összefüggésben áll azzal, hogy a Biztosított a részére előírt orvosi és egészségügyi kezeléseket, műtéteket, diagnosztikus vagy terápiás eljárásokat, beavatkozásokat visszautasítja, vagy maradéktalanul nem tartja be azokat.*

21. A biztosítási esemény bejelentése

- 1) *A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított **8 munkanapon belül** kell írásban a Biztosító kárbejelentő nyomtatványán a Szerződőnek/Biztosítottnak, vagy haláleset kapcsán a közeli hozzátartozónak a Biztosító felé bejelentenie.*

- 2) A bejelentési határidő elmulasztása esetén a Biztosító annyiban tagadhatja meg a biztosítási szolgáltatás kifizetését, amennyiben a késedelem miatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.

22. A biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez szükséges iratok

- 1) A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak akkor áll be, ha a szolgáltatási igény jogosságának megállapításához szükséges dokumentumokat, igazolásokat rendelkezésére bocsátják. Az élet-, egészség- és balesetbiztosítási szerződésben meghatározott biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a Biztosító a következő iratok bemutatását kéri:
 - értelemszerűen, hiánytalanul kitöltött Szolgáltatási Igénybejelentő nyomtatvány
 - hivatalos bizonyítvány a Biztosított születésének napjáról (személyi igazolvány vagy születési anyakönyvi kivonat),
 - igazolás arról, hogy a biztosítási esemény bekövetkeztek a csoportos biztosítás biztosítottja volt.
 - háziorvosi betegkárton másolata
 - baleset esetén a baleset körülményeit leíró dokumentum, így különösen a rendőrségi, baleseti jegyzőkönyv,
 - a baleset vagy betegség kapcsán a biztosított elvégzett valamennyi orvosi beavatkozás eredeti példányú dokumentációja (Zárójelentések, Ambuláns lapok, Röntgen- és egyéb képalkotó eljárások felvételei, stb.)
 - a biztosított jogosítványa, amennyiben közlekedési baleset esetén a biztosított a balesetben részt vevő járművet vezette,
 - a szolgáltatási igényben megjelölt biztosítási eseménnyel
 - annak tisztázása érdekében, hogy a biztosítási esemény okozati összefüggésben áll-e a szerződéskötést megelőzően a biztosítottnál már fennállt és/vagy diagnosztizált betegséggel/balesettel, az erről készült valamennyi egészségügyi dokumentációt.
 - Országos Egészségbiztosítási Pénztár vagy az annak a hatáskörébe tartozó feladatokat ellátó már szervezet igazolását arról, hogy a biztosított nem részesül vagy részesült rehabilitációs vagy baleseti rehabilitációs járadékban, rokkantsági vagy baleseti rokkantsági járadékban, rokkantsági nyugdíjban, szociális járadékban állapítottak meg, illetve arról, hogy a biztosítottal szemben rokkantsítási, egészségkárosodási eljárás folyamatban van-e.
- 2) Halál bekövetkezte esetén a fentieken túl a Biztosító a következő okmányok bemutatását kéri:
 - halotti anyakönyvi kivonat,
 - halottvizsgálati bizonyítvány,
 - boncjegyzőkönyv másolata (amennyiben készült),
 - az elhunytat utolsóként kezelő orvostól származó részletes orvosi bizonyítvány, vagy ha ilyen kezelésre nem került sor, más
 - olyan orvosi vagy hatósági bizonyítvány, amely tartalmazza a halál okát, a halált okozó betegség kezdetének időpontját, lefolyását, illetőleg a halál körülményeit,
 - külföldön bekövetkezett halál esetén a külföldi hatóság által kiállított hiteles okirat hitelesített magyar fordítása,
 - ha a biztosítási eseménnyel kapcsolatban rendőrhatalósági vagy bírósági eljárást is folytattak, az eljárás olyan érdemi határozata, amely határozat, illetve ítélet, tartalma a biztosító szolgáltatása jogalapjához és/vagy összecszerülésének megállapításához szükséges,
 - a Különös Feltételekben meghatározott egyes betegségekre előírt okmányokat.
 - ha az örökös a kedvezményezett, az öröklésről szóló jogerős közjegyzői vagy bírósági határozat, illetőleg öröklési bizonyítvány,
 - a szolgáltatás igénybevételére jogosult személyazonosságát igazoló okirat.
- 3) A Biztosított a biztosítási szerződés létrejöttével felhatalmazza a Biztosítót, hogy a biztosítási eseménnyel összefüggő információkat
 - az orvosoktól, egészségügyi intézményektől, hatóságoktól, akik, illetve amelyek a Biztosítottat kezelték, vizsgálták, a kért felvilágosításokat, orvosi jelentéseket és dokumentumokat beszeresse.
 - a Biztosított tisztázatlan halála esetén a holttestet megvizsgálta, szükség szerint a boncolását és exhumálását elvégeztette.
- 4) A biztosítási esemény bekövetkeztek, a Biztosított életben léte esetén a Biztosító megkövetelheti, hogy a Biztosított az általa előírt orvosi vizsgálatokon részt vegyen.
- 5) A hiteles orvosi dokumentumokat a Biztosító orvosszakértője bírálja el. Vitás esetekben a Biztosítottnak joga van orvosi bizottság felállítását kérni. A bizottság egyik tagját a Biztosító, másik tagját a Biztosított vagy annak megbízottja, a harmadik tagját pedig a Biztosító és a Biztosított közösen jelölheti meg.
- 6) A Biztosító beszerezhet továbbá egyéb iratokat, melyek a biztosítási esemény és a jogosultság tisztázásához szükségesek a biztosítóról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény titoktartási kötelezettségére vonatkozó rendelkezéseinek betartásával.

- 7) Minden olyan adatszerzés költsége, amely a biztosítási esemény tisztázásához elengedhetetlenül szükséges, azt a felet terheli, aki érdekeit érvényesíteni kívánja.
- 8) Ha a Szerződő által a Biztosító rendelkezésére bocsátott Biztosított listában nem szerepel a Biztosított, akkor a munkaviszonyát, vagy egyéb biztosított jogviszonyát igazoló dokumentumot a kárbejelentéssel egy időben a Szerződőnek kell igazolni.
- 9) Az adott időpontban bekövetkező biztosítási esemény idején a munkáltató által leigazolt munkaviszony tényét a Biztosító bármikor vizsgálhatja oly módon, hogy a munkáltató betekintést enged a mindenkori munkaügyi nyilvántartásába.
- 10) A Biztosító szükség esetén egyéb az egyes biztosítások Különös Feltételeiben előírt igazolásokat is bekérhet, illetve bizonyos kérdések tisztázására maga is beszerezhet adatokat.

23. A Biztosító szolgáltatása

- 1) *A Biztosító a 22. fejezetben jelzett dokumentumok közül az utolsó iratnak a Biztosító Központi Egységéhez történő beérkezésétől számított 30 napon belül teljesíti szolgáltatási kötelezettségét.*
- 2) Az esedékes, de meg nem fizetett díjat, az egyes Különös Feltételek szerint meghatározásra kerülő, még el nem számolt költségeket a Biztosító a megítélt szolgáltatási - összegből levonhatja.
- 3) Az iratok beszerzésének kötelezettsége és az ezzel kapcsolatos költségek azt terhelik, akinek a biztosítási szolgáltatás teljesítése, illetve nem teljesítése céljából a bizonyítás érdekében áll.
- 4) Abban az esetben, ha a Biztosító által kért dokumentumokat nem, vagy hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetőleg a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja azt el.
- 5) A Biztosítási összeget a Biztosító az elévülési időn belül kamatmentesen kezeli, ha a kifizetés elmaradása a jogosult késedelmes igényérvényesítésére vezethető vissza. Az elévülési idő (25. fejezet) leteltével, a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége megszűnik.
- 6) A csoportos biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási szolgáltatásra a kedvezményezett jogosult [2. fejezet (9)].
- 7) A Biztosító a szolgáltatást az arra jogosult személy vagy intézmény számlájára vagy címére átutalással teljesíti.

24. Személyes adatok kezelése

- 1) *Személyes adat az olyan adat, adatból levonható következtetés, amely kapcsolatba hozható egy meghatározott (azonosított vagy azonosítható) természetes személlyel (a továbbiakban: érintett).*
- 2) *A biztosító személyes adatokat a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggésben kezel. E célokkal összefüggésben a biztosító a tudomására jutott adatokat a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (a továbbiakban: Bit.) értelmében az érintett külön hozzájárulása nélkül kezelheti. Ez a felhatalmazás kizárólag azokra a személyes adatokra vonatkozik, amelyek nem minősülnek különleges adatnak.*
- 3) *Ha a személyes adat egészségi állapotra, kóros szenvedélyre, illetve szexuális életre vonatkozik, akkor az a hatályos jogszabályok értelmében különleges adatnak minősül, és kizárólag az érintett írásos hozzájárulása alapján kezelhető.*
- 4) *A különleges adatok kezelésére vonatkozó írásos hozzájárulását az ügyfél a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvény (a továbbiakban: Avtv.) 3. §-ának (7) bekezdése értelmében a szerződés keretei között is megteheti.*
- 5) *Az e rendelkezés alapján megadható hozzájárulást az ajánlat vagy a biztosítási fedezetekre vonatkozó rendelkező nyilatkozat tartalmazza. Az adatszolgáltatás önkéntes, de a biztosítási ajánlaton szereplő személyes adatok közlése nélkülözhetetlen a biztosítási szerződés létrejöttéhez. 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 a „der GaVI Gesellschaft für angewandte Versicherungs-Informatik mbH“-t*
- 6) *(Sitz: Seckenheimer Strasse 150, D-68165 Mannheim, Bundesrepublik Deutschland, Handelsregisternummer: HRB 9242) bízza meg, amely szervezet az adatokat nyilvántartja.*
- 7) *A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez – postai vagy banki átutalás esetén – igénybe vett Magyar Posta Nyrt. és a biztosítási szolgáltatás jogosultja által megnevezett bank adatfeldolgozónak minősül.*
- 8) *A biztosító az érintett személyes (és különleges) adatait, továbbá biztosítási titoknak minősülő adatait kizárólag az érintettől vagy annak törvényes képviselőjétől kapott írásos hozzájárulás alapján továbbíthatja harmadik személynek, kivéve, ha az adattovábbítás a Bit. által felsorolt szervezetek számára jogszabály alapján végzett megkeresés vagy kötelező adatszolgáltatás teljesítése során történik.*
- 9) *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 versenyfelügyeleti 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(k), valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítók; az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosító; a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végző,
 - feladatkörében eljáró országgyűlési biztossal,
 - fióktelep esetében –ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi szabályozással – a harmadik országbeli biztosító, biztosításközvetítő, szaktanácsadó,
 - az Európai Közösséget létrehozó szerződés 60. cikke alapján elfogadott rendeletek vagy határozatok, illetve az Európai Uniót létrehozó szerződés 15. cikke alapján elfogadott közös álláspontok alapján, az abban foglalt kötelezettségek teljesítése érdekében a Pénzügyminisztérium;
 - az európai uniós támogatások felhasználását ellenőrző Európai Csalásellenes Hivatal (OLAF);
- ha a fent felsorolt személyek vagy szervek olyan írásbeli megkereséssel fordulnak a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét, a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját.

10) A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés, illetőleg az európai közösségi jogi norma 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 ügyési jóváhagyást nélkülöző megkeresésére is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott üggyel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról.

11) A biztosító a tudomására jutott, üzleti titkot köteles megtartani, azt harmadik személynek nem adhatja ki. Az üzleti titok megtartásának kötelezettsége a fentiekben felsorolt szerveken túl nem áll fenn:

I. a feladatkörében eljáró

- Felügyelettel,
- Magyar Nemzeti Bankkal,
- Állami Számvevőszékkel,
- a központi költségvetési pénzeszközök felhasználásának szabályszerűségét és célszerűségét ellenőrző Kormány által kijelölt belső ellenőrzési szervvel,
- nemzetbiztonsági szolgálattal,
- Gazdasági Versenyhivatallal,
- Információs Központtal,
- vagyonellenőrrel szemben.

II. az eljárás alapját képező ügyre vonatkozóan a feladatkörében eljáró

- a nyomozó hatósággal, ügyészséggel szemben a feljelentés kiegészítése keretében,
- a bírósággal szemben az önkormányzati adósságrendelet eljárási keretében.

A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

12) 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

13) adatnak nem minősülő adatok átadása. Az ilyen adatok átadását a biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

14) A biztosító egyes biztosítási szolgáltatások során igénybe vehet (kiszervezés) külső közreműködőket A kiszervezett tevékenységet végző megbízott személyes adatokat kezel, és a törvény alapján titoktartás kötelezi.

15) Tekintettel arra, hogy az Avtv. 3. §-ának (7) bekezdése értelmében a biztosítási szerződésnek félreérthetetlen módon tartalmaznia kell azt, hogy az érintett aláírásával hozzájárul adatainak az Általános Szerződési Feltételekben foglaltak szerinti kezeléséhez, az e rendelkezés alapján megadott hozzájárulást az ajánlat vagy a biztosítási fedezetekre vonatkozó rendelkező nyilatkozat tartalmazza.

- 16) Az érintett tájékoztatást kérhet személyes adatai kezeléséről, valamint kérheti személyes adatainak helyesbítését, illetve – a jogszabályban elrendelt adatkezelés kivételével – törlését. A valóságnak meg nem felelő adatot a biztosító köteles helyesbíteni.
- 17) Az érintett kérelmére a biztosító tájékoztatást ad:
- a) az általa kezelt adatokról, illetve
 - b) a megbízott adatfeldolgozó által feldolgozott adatokról,
 - c) az adatkezelés céljáról,
 - d) az adatkezelés jogalapjáról,
 - e) az adatkezelés időtartamáról,
 - f) az adatfeldolgozó
- nevéről,
 - címéről (székhelyéről),
 - adatkezeléssel összefüggő tevékenységéről, továbbá arról, hogy kik és milyen célból kapják meg vagy kaphatják meg az adatokat.
- 18) Az adatvédelmi kérdésekben történő tájékoztatás iránti kérelmeket a biztosító székhelyére, a biztosító adatvédelmi felelőiséhez kell eljuttatni.
- 19) A biztosítónak az érintettel szemben fennálló tájékoztatási kötelezettségét kizárólag adatkezelést szabályozó jogszabály korlátozhatja.
- 20) A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat addig kezelheti, ameddig a szerződés létrejöttének megíúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.
- 21) A biztosító köteles törölni az ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy a létre nem jött szerződéssel kapcsolatos minden olyan személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényes alap. Az érintett jogellenes adatkezelés esetén élhet tiltakozási jogával, illetve bírósághoz is fordulhat.

25. Egyéb

- 1) A csoportos biztosítási szerződések maradékjogokkal nem rendelkeznek, így nem vonatkozik rájuk a visszavásárlási jog és a díjmentes leszállítási jog, továbbá nincs lehetőség kötvénykölcsön felvételére sem.
- 2) A csoportos biztosítási szerződések többleszámú-visszatérítésben nem részesednek.
- 3) **A csoportos biztosítási szerződésből eredő igények az esedékességtől számított egy év elteltével elévülnek.**
- 4) A csoportos biztosítási szerződésekből származó jogvita esetén a per lefolytatására kizárólag a Pesti Központi Kerületi Bíróság, illetve hatáskörtől függően a Fővárosi Bíróság az illetékes.
- 5) **Panaszbejelentés**
A biztosító szolgáltatásának teljesítésével vagy működésével kapcsolatos panaszokat személyesen vagy telefonon a biztosító székhelyén vagy írásban az alábbi címen lehet bejelenteni:
MKB Életbiztosító Zrt.
(H-1821 Budapest)
info@mkbb.hu
+ 36 (1) 886 6950
- 6) **Felügyeleti szerv**
A biztosító felügyeleti szerve:
Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (1013 Budapest, Krisztina körút 39.)
- 7) **Jogok érvényesítésének egyéb fórumai**
Panaszával Társaságunkhoz fordulhat, amennyiben panaszára nem kapott kielégítő választ, valamint szolgáltatásunkkal továbbra sem elégedett, panaszát felügyeleti szervünkhöz a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéhez (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.) fordulhat, vagy a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete által működtetett Pénzügyi Békéltető Testület (1013 Budapest, Krisztina krt. 39., levelezési cím: H-1534 Budapest BKKP Postafiók: 777.) eljárását kezdeményezheti, illetve bírói utat vehet igénybe.
- 8) **A szerződésre vonatkozó jog**
A biztosítási szerződésre a magyar jog alkalmazandó, a szerződésből származó jogok gyakorlása és kötelezettségek teljesítése, valamint igények érvényesítése során a magyar anyagi és eljárásjog szabályai szerint kell eljárni. A szerződés nyelve magyar, bármely más, annak akár hivatalos fordítása is, kizárólag tájékoztatónak minősül.
- 9) **A szerződésre vonatkozó adó-jogszabályok, Adózási tájékoztató**
A mindenkor hatályos személyi jövedelemadóról szóló törvény, valamint a mindenkor hatályos társasági és osztalékadóról szóló törvény, ha a hatálya alá tartozó gazdálkodó valamint egyéb szervezet köti meg a biztosítást. A biztosítási szerződésre vonatkozó legfontosabb adózási szabályokat a biztosító a jelen szabályzattal együtt átadott Adózási tájékoztatóban részletezi, mely az ÁSZF, és így a biztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezi.
- 10) **A biztosító főbb adatai**
MKB Életbiztosító Zrt.
Székhely: 1133 Budapest, Váci út 76.
Biztosító központi egységének levelezési címe:

H-1821 Budapest
Központi telefonszáma: + 36 (1) 886 6950
Központi fax száma: + 36 (1) 886-6909
E-mail címe: info@mkbb.hu
Weblap címe: www.mkbb.hu
Cégjegyzékszám: Cg. 01-10-045632
Székhely állama: Magyarország

- 11) Az ügyfelek tájékoztatásáról

A jelen Általános Szerződési Feltételek egyben a Bit 10. számú melléklete A) részének megfelelő terméktájékoztatónak minősül. A termék-tájékoztató anyaga dőlt betűs kiemelés formájában olvasható. Az egyéb fontos információkra utaló bekezdések, mondatrészek aláhúzással illetőleg vastagon szedett betűkkel megerősítve olvashatóak.

MKB ÉLETBIZTOSÍTÓ ZRT.

Adózási tájékoztató

A biztosítási tevékenység több ponton is érintkezik adózásra vonatkozó jogszabályokkal, melyek folyamatosan változhatnak. Jelen tájékoztatónkban a 2011. január 1-jétől érvényes leggyakoribb életbiztosításokra vonatkozó adójogszabályokat gyűjtöttük össze. A tájékoztatóban szereplő információk a jövőben megváltozhatnak, ezért tisztelettel javasoljuk ügyfeleinknek, hogy saját érdekükben kísérik figyelemmel az adózási szabályok jövőbeli változásait.

Adókedvezmény:

2009. december 31-ét követően a biztosítási szerződéshez kapcsolódóan befizetett díjak után adókedvezmény **nem érvényesíthető**.

A 2009 december 31 – ét megelőzően befizetett életbiztosítási díjak után a rendelkezési jog gyakorlásának évét megelőző három adóévben adókedvezményként érvényesített összeget azonban a 20% os büntető kamattal növelt értékben akkor is vissza kell fizetnie a magánszemélynek az adóhatóság részére, ha a szerződése 2009 december 31-ét követően, a szerződéskötéstől számított 10 éven belül megszűnt. (a megszűnés módja lehet: visszavásárlás, díj-nemfizetés miatti törlés vagy visszavásárlási érték nélküli megszűnés)

Kamatjövedelem:

Kamatjövedelem keletkezik élet- vagy nyugdíjbiztosítás **lejárat** szolgáltatásából, visszavásárlásából, eseti pénzkivonásból ha

a magánszemély vagy javára más magánszemély által befizetett adókötelesnek minősülő **díjak együttes összegét a biztosítói kifizetés meghaladja**. Kamatjövedelemnek ez utóbbi **pozitív különbség** minősül. Eseti pénzkivonás esetén a befizetett díjakat az eseti pénzkivonás összege és az összes visszavásárlási összeg (felhalmozott tartalék) arányában kell figyelembe venni. A **kamatadó mértéke 16%**, amelyet a biztosító a kifizetés időpontjában levon és befizet az adóhatóságnak. A levont kamatadóról a biztosító írásban értesíti a magánszemélyt. Abban az esetben, ha a kamatadó levonása megtörtént vagy kamatadó nem terheli a jövedelmet, akkor a magánszemélynek az adóbevallásában nem kell szerepeltetnie ezt a jövedelmet.

Magánszemélyek számára

(amennyiben a szerződő és a kedvezményezett is magánszemély) kamatadó-mentesek a biztosítási eseményhez kapcsolt kifizetések, így pl. nem esik a kamatadó hatálya alá a haláleseti, baleseti, vagy betegségi szolgáltatás, illetve nyugdíjbiztosítási szerződés esetében a harmadik évforduló napját követően nyújtott szolgáltatás.

- **Nem adóköteles** teljes **visszavásárlás és lejárat** esetében megszerzett kamatjövedelem, ha a kifizetés a szerződés megkötésének **tizedik fordulónapját követően** történik és a szerződés megszűnik.
- A szerződés megkötésétől számított **5 év eltelte után** kifizetésre kerülő visszavásárlási vagy lejárat érték a hatályos **kamatadó mértékének 50% - val adózik**, ha a szerződés megszűnik.
- Amennyiben a szerződés nem szűnik meg – **eseti pénzkivétel, részvisszavásárlás** esetében – a **kamatadó mértékének 50%- val adózik a jövedelem** a szerződés megkötésétől számított **4 év eltelte után**, ha a díjtartalék-kivonás a kivonást megelőző 4 évnél régebben fizetett díj és az arra arányosan számított hozam terhére történik.
- **Nem adóköteles** a szerződés **hatodik fordulónapját** követően megszerzett jövedelem, amennyiben a **szerződés nem szűnik meg** és a díjtartalék-kivonás a kivonást megelőző 6 évnél régebben fizetett díj és az arra arányosan számított hozam terhére történik.

Biztosításokból származó egyéb jövedelem

Amennyiben a magánszemély annak a biztosításnak a díját költségként számolta el, amelynek a kedvezményezettje saját maga, akkor a bevétel fentiek szerint meghatározott része nem minősülhet kamatjövedelemnek.

Egyéb jövedelme – és nem kamatjövedelme – keletkezik a magánszemélynek akkor, ha szerződőként olyan teljes életre szóló kockázati életbiztosítást vásárol vissza, amelynek díját – részben vagy egészben – korábbi szerződőként a kifizetőnek minősülő adóalany (pl. munkáltató) fizette, és a kifizető által fizetett díj adómentesnek minősült. Ez a jövedelem már nem kamatnak, hanem **összevonandó jövedelemnek** minősül, és az adótábla szerinti adó terheli. A biztosító ilyen esetben a hatályos rendelkezések szerint megállapítja és levonja a személyi jövedelemadó-előleget. A levont adóelőlegről a biztosító igazolást ad a magánszemélynek, és adatot szolgáltat az adóhatóság számára. A magánszemélynek e jövedelmet egyéb jövedelem jogcímen szerepeltetnie kell adóbevallásában. E jövedelem után százalékos egészségügyi-hozzájárulási adókötelezettség is keletkezik, amelyet a biztosító rendez az adóhatóság felé. Amennyiben az előbb említett biztosítást **határozott tartamúra** alakítva a magánszemély **lejáratii szolgáltatásban** részesül, és a kifizető által befizetett adómentes biztosítási díj után korábban adót nem fizetett, akkor ez a biztosítói kifizetés – csökkentve a magánszemély által befizetett díj összegével – szintén összevonandó jövedelem, és az ezzel kapcsolatos adókötelezettségeket a magánszemélynek kell rendeznie.

Amennyiben a biztosítást vállalkozó szervezet köti meg és a biztosított valamint a kedvezményezett az adózóval munkaviszonyban vagy önkéntes jogviszonyban álló magánszemély, az adózó vezető tisztségviselője, tevékenységében személyesen közreműködő tagja, vagy az adózónál jogszabályban meghatározott tanulószerveződés alapján gyakorlati képzésben résztvevő szakképző iskolai tanuló, a biztosítás díja a vállalkozási tevékenység érdekében felmerülő költségnek minősül.