

# Az NN 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. és 2. 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 NN 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 szerződéseknél 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.

zásukat 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 szabályzat 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 a 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 kockázatviselés ideje alatt éri, és amellyel összefüggésben a Biztosított az egyes kockázatoknál meghatározott időn belül a meghatározott károsodást szenved el. Jelen általános szabályzat szerint **nem minősül balesetnek:**

- megemelés,
- rándulás,
- habituális ficam,
- patológiás törés,
- fagyás,
- kihűlés,
- napszúrás, nap általi égés,
- hőséguta,
- 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 kötvé van.

**Biztosítási díj:** a Biztosító kockázatvállalásának ellenértéke, melyet a Szerződő köteles megfizetni. A továbbiakban biztosítási 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 rendszeresített 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 azzal, 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, tesztúra, raliverseny, quad használata, roncsautó (auto-crash), sport barlangászat, szikla- és hegymászás III. foktól, magashegyi expedíció, búvárkodás, 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 útviszonyok 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 teljesítő-képesség megőrzése vagy növelése céljából végez. Jelen általános szabályzat vonatkozásában nem minősül hobby, szabadidős sporttevékenységnek az extrém sport.

**Jármű:** a közlekedésben részt vevő 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 gyermekocsi és a talicska. Az ilyen eszközökkel közlekedő személyek gyalogosoknak minősülnek.

**Kiegészítő biztosítás:** önállóan nem, csak az alapbiztosítással együtt, egy időben 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 kórház<sup>1</sup>
- a szanatóriumok, rehabilitációs intézmények, rehabilitációs osztályok,
- pszichiátriai intézetek, pszichiátriai osztályok,
- gyógyfürdők, gyógyfürdő-kórházak, gyógyüdülők,
- elmebetegek gyógy- és gondozóintézetek,
- geriátriai (időskori) ellátók, szociális otthonok,
- alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények,

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

- hospice tevékenységet<sup>2</sup> 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.

**Közlekedési baleset:** az a baleset, amely azáltal 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 légitforgalmi eszközt az utazási feltételeknek megfelelően használ,
- utasként tömegközlekedési eszközt az utazási (szállítási) feltételeknek megfelelően használ,
- gyalogosként 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 bekövetkezésében 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 díjfizetés elmaradása, illetve a szerződésnek a biztosítási összeg kifizetése nélküli megszűnése esetében fennmaradnak.

**Műtét:** a Biztosított számára káros betegségi vagy bal- eseti 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, és erről műtéti leírással, kórházi zárójelentéssel vagy a beavatkozás ambuláns naplóban rögzített dokumentációjával kell rendelkezni.

**Rendelő:** az a helyiség, amely a mindenkori illetékes

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 haláláig való megőrzése.

hatósági 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 jogszabály<sup>3</sup> szabályozza. Jelen általános szabályzat hatálybalépésekor 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. § A csoportos biztosítási szerződés alanyai

- (1) **Biztosító:** NN 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 fogyasztónak<sup>4</sup> nem minősülő természetes személy vagy szervezet lehet.

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

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

- (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 ismérveinek 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. § 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 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 bejelentésére 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 lejáratát 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 változásbejelentési kötelezettsége

- (11) A Szerződő köteles a csoportos biztosítási szerződés tartama 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 Biztosítottat nem mentesíti a változásbejelentési kötelezettsége alól.
- (13) A Biztosító a változásbejelentési kötelezettség megsértéséből eredő jogait az érintett biztosítási kockázatra vonatkozóan csak a változásbejelentési határidő leteltét követő 5 éven belül gyakorolhatja.
- (14) Amennyiben az egészségi kockázatelbírálást érintő Biztosított Csoportban a Biztosítottak személye változik, akkor a Szerződő köteles az újonnan megjelölt Biztosította(ka)t a változás időpontjától számított 15 napon belül a Biztosítónak írásban bejelenteni.
- (15) Ha a létszám szerint meghatározott Biztosított Csoport létszáma – a Biztosító részére utoljára írásban közölt létszámhoz képest – 10%-nál nagyobb mértékben változik, akkor a Szerződő köteles a Biztosítónak 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 változásbejelentési 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 évében gyakorolhatja.

(18) **A közlésre vagy a változásbejelentésére 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 változásbejelentési kötelezettség megsértése csak egyes Biztosítottakkal összefüggésben merül fel, a Biztosító a közlésre vagy a változásbejelentésére 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 változásbejelentési 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 kockázatbírálása alapján a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, úgy a Biztosító a tudomás szerzéstől 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 következőképpen a módosító javaslat megtételekor 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 (2) bekezdésében meghatározott jogait a többi személy vonatkozásában nem gyakorolhatja.

(4) **Jelentős kockázatnövekedésnek minősül különösen, de nem kizárólagosan, ha a Biztosító a tudomására jutott lényeges körülmény alapján a csoportos biztosítási szerződésre vonatkozóan a kockázatbírálás 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 egy időben 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 az 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. §-ában 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 szer-



ződés 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 létrejöttékor 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 egy összegben, 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 létrejötté 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 esedékességétől számított 60 napig viseli, ez idő alatt a Szerződő az elmulasztott időszakos díjat – a mindenkori törvényes késedelmi kamattal megnövelve – pótolhatja.
- (2) Amennyiben az adott díjrészlet esedékességétől 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. §-ában 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:
- ha a Biztosított nem felel meg a Biztosítottra vonatkozó meghatározott feltételek (ismérvek) bármelyikének, a változást követő nap 0:00 órájakor,

- 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 egyéves 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 Biztosító-nál, 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 a [www.nn.hu](http://www.nn.hu) honlapon értesíti a Szerződőt. A mindenkor aktuális 1. számú melléklet a [www.nn.hu](http://www.nn.hu) honlapon található.**
- (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 adatszerzés és tudakozódás költségei, amelyek a halál okának, a Biztosított halálát okozó betegség időpontjának és lefolyásának, a halál közelebbi körülményeinek vagy a Biztosított egészségi 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 repülőtevékenység (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 eseményekkel<sup>5</sup> 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, felvonuláson, sztrájkon való jogserű részvételt, ha a Biztosított a kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettségének eleget tett;
    - radioaktív, illetve ionizáló sugárzással, kivéve az orvosilag 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 kör-

<sup>5</sup> Harci eseménynek minősül a háború, polgárháború, határvillongás, forradalom, zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskíséret, idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás vagy csak tengeri akció), kommandótámadás, terrorcselekmény.

repülésen való részvétel következménye, amelyen a Biztosított a légi forgalomban engedélyezett légi jármű utasaként, személyzeteként 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) **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,**
- b) **a biztosítási esemény alkoholizmus és/vagy alkoholos befolyásoltság következtében történt,**
- c) **kábítószer, kábító hatású anyag vagy gyógyszer hatása alatt állt, kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták,**
- d) **olyan saját üzemeltetésű, illetve hozzátartozója által üzemeltetett gépjárművet vezetett, amelynek nem volt érvényes forgalmi engedélye, vagy nem rendelkezett érvényes vezetői engedéllyel,**
- 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) **a biztosítási esemény alkoholizmus és/vagy alkoholos befolyásoltság következtében történt,**
- b) **a biztosítási esemény rendszeres alkoholfogyasztás következtében történt,**
- c) **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**

(1) 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.

(2) **A biztosításközvetítő 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.**

(3) 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 **Csoportos biztosítási szerződésekre vonatkozó Kiegészítő ügyfél-tájékoztatóban** foglaltak az irányadóak.

#### **18. § A személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók**

A jelen általános szabályzat 2. számú mellékletében kerültek meghatározásra a személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók, amelyeket a Biztosító bármikor egyoldalúan megváltoztathat, amennyiben arra jogszabály módosítás miatt szükség van. A Biztosító a változásról a változtatást megelőzően 30 nappal, vagy ha a jogszabály módosítás hatálybalépése ezt nem teszi lehetővé, akkor a jogszabály hatálybalépést követő 30 napon belül a honlapján értesíti a Szerződőt. **A 2. számú mellékletben történt változásokkal kapcsolatban a www.nn.hu honlapon elérhető, a mindenkor aktuális 2. számú melléklet az irányadó.**

#### **19. § A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése**

(1) Ha a biztosítási kötvény elveszett vagy megsemmi-

sült, a Szerződő köteles e körülményt a Biztosítónak a tudomásszerzéstől 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 tényt a másodlaton záradékban fel kell tüntetni. E szabályok az irányadók a további kötvény-másodlatokra vagy egyéb okiratok másodlataira is.

- (2) A másodlatok kiállításával kapcsolatban felmerült költségek a Szerződőt terhelik.

## 20. § Elévülés

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

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

- (1) A csoportos biztosítási szerződés és az ügyintézés nyelve a magyar.
- (2) **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 megegyeztek, 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 összeségét 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.**

2016. január 1.

## 1. számú melléklet

# 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 <b>minden esetben</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A Biztosító által rendszeresített, vagy azzal megegyező tartalmú, kitöltött és a bejelentő és a Kedvezményezett által aláírt igénybejelentő nyomtatvány</li><li>• A Szerződő nyilatkozata a Biztosított biztosított jogviszonyának igazolásáról és a Biztosítotti Csoport megnevezéséről</li><li>• Idegen nyelvű iratok hivatalos magyar fordítása</li><li>• Hivatalos bizonyítvány másolata a Biztosított születésének napjáról</li><li>• A Kedvezményezett jogosultságát igazoló okiratok: jogerős hagyatékátadó végzés, jogerős öröklési bizonyítvány, feltéve, hogy a Kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg</li><li>• Kiskorú és gondnokolt Kedvezményezett esetén a törvényes képviselő nyilatkozata</li><li>• A gyámot vagy a gondnokot kirendelő határozat és/vagy bírósági ítélet másolata</li><li>• Kedvezményezett aláírásával ellátott nyilatkozat a biztosítási összeg rendeltetési helyéről (bankszámlaszám vagy laccím), ahová a biztosítási összeg kifizethető</li><li>• Kifizetésnél a Pénzmosási törvény szerinti azonosító adatokat tartalmazó irat (személyi igazolvány, vagy útlevel, vagy kártya formátumú vezetői engedély és laccímkártya) másolata vagy személyes bemutatása</li><li>• 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, röntgenlelet, ápolási dokumentáció, teljes kórházi kórlap, szövettani lelet, kontrolleredmények</li><li>• Baleset, közlekedési baleset esetén:<ul style="list-style-type: none"><li>– A baleset körülményeinek rövid leírása</li><li>– Baleset utáni orvosi jelentés (Biztosító nyomtatványa)</li><li>– Rendőrségi határozat vagy bírósági végzés<sup>6</sup> másolata</li><li>– Munkahelyen bekövetkező baleset esetén a Munkahelyi baleseti vagy Üzemi baleseti jegyzőkönyv másolata</li><li>– Baleseti táppénz megállapítására jogosult szerv (kifizetőhely vagy a regionális egészségbiztosítási pénztár) határozatának másolata</li></ul></li></ul>
Halál és baleseti halál esetén	<ul style="list-style-type: none"><li>• Halotti anyakönyvi kivonat másolata</li><li>• Halottvizsgálati bizonyítvány másolata</li><li>• Boncjegyzőkönyv másolata</li><li>• Haláleset vagy baleset utáni orvosi jelentés (Biztosító nyomtatványa)</li><li>• Hitelfedezeti termék vagy hitelfedezeti záradékos szerződés esetén banki igazolás a hitelszerződés adatairól (pl. hitelszerződés létrejöttének dátuma, fennálló tartozás mértéke stb.)</li></ul>
Rokkantság, baleseti rokkantság esetén	<ul style="list-style-type: none"><li>• A biztosítási eseményből eredő egészségkárosodás mértékét megállapító szakértői/szakhatósági orvosi bizottság szakvéleményének másolata</li><li>• Megváltozott munkaképességű személyek ellátásra vonatkozó határozat másolata</li></ul>

<sup>6</sup> A szolgáltatási igény elbírálásához a büntetőeljárársban vagy a szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozatot csak abban az esetben kéri be a Biztosító, ha az a szolgáltatási igény bejelentésekor már rendelkezésre áll.



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

A felsorolt okiratokon kívül a Szerződőnek, illetve a Biztosítottak, 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.

2016. január 1.

## 2. számú melléklet

### I. Tájékoztató a személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalókról

- 1.1. A Biztosító, biztosításközvetítő és viszontbiztosító adatkezelésének jogalapját a biztosítási tevékenységről szóló 2014. LXXXVIII. törvény (a továbbiakban Bit.) és az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (a továbbiakban Info tv.) teremti meg.
- 1.2. Személyes adat kizárólag meghatározott célból, jog gyakorlása és kötelezettség teljesítése érdekében kezelhető. Az adatkezelésnek minden szakaszában meg kell felelnie az adatkezelés céljának, az adatok felvételének és kezelésének tisztességesnek és törvényesnek kell lennie.
- 1.3. Csak olyan személyes adat kezelhető, amely az adatkezelés céljának megvalósulásához elengedhetetlen, a cél elérésére alkalmas. A személyes adat csak a cél megvalósulásához szükséges mértékben és ideig kezelhető.
- 1.4. A jelen általános szabályzat és a szerződésre vonatkozó különös feltételek alapján létrejött biztosítási szerződésekkel kapcsolatos személyes adatok tekintetében a Biztosító minősül adatkezelőnek.

### II. A biztosítási titok és a titoktartási kötelezettség

- 2.1. Biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a Biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a Biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő ügyfeleinek – ideértve a károsultat is – személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a Biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.
- 2.2. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a Biztosító, biztosításközvetítő és a viszontbiztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval, biztosításközvetítővel kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.
- 2.3. Biztosítási titoknak csak akkor adhatja ki harmadik személynek, ha
  - a) a Biztosító, a biztosításközvetítő, a viszontbiztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve erre vonatkozóan írásban felmentést ad, vagy
  - b) a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

**Az ügyfél biztosítási titoknak minősülő adatainak továbbítása és a titoktartási kötelezettség alóli mentesülés szabályai a Csoportos biztosítási szerződésekre vonatkozó Kiegészítő ügyfél-tájékoztatóban található.**

### III. Az adatkezelés jogalapja, célja és időtartama

- 3.1. A Biztosító, a biztosításközvetítő és a viszontbiztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek.
- 3.2. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítás fenntartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a Bit. által meghatározott egyéb cél lehet.
- 3.3. Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvényben (a továbbiakban: Eüak.) meghatározott egészségügyi adatokat a Biztosító az előbbieken meghatározott célokból, az Eüak. rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.
- 3.4. Fentiektől eltérő célból végzett adatkezelést a Biztosító, a biztosításközvetítő, a viszontbiztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás az érintett akaratának önkéntes és határozott kinyilvánítása. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány, és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny. Az Info tv.-ben, és a Bit.-ben meghatározott esetben az adatkezelés a hozzájárulás hiányában is megvalósulhat.
- 3.5. A jelen mellékletben meghatározottak szerint a biztosításközvetítő jogosult az ügyfél biztosítási titkát megismerni és azt kezelni. A biztosítási jogviszony fennállása alatt a biztosításközvetítő személyében beállt bármilyen változás esetén a Biztosító jogosult az ügyfél adatait a jelen mellékletben meghatározott célból a vele biztosításközvetítői jogviszonyban álló más biztosításközvetítő részére átadni.

- 3.6. A Biztosító, a biztosításközvetítő és a viszontbiztosító a személyes adatokat a biztosítási, viszontbiztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, viszontbiztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.
- 3.7. A Biztosító megbízásából eljáró függő biztosításközvetítő (ügynök és többes ügynök) az előző pontban meghatározott ideig, legfeljebb azonban a Biztosítóval fennálló jogviszonya megszűnéséig kezelheti az ügyfelek biztosítási titoknak minősülő adatait.
- 3.8. A Biztosító, a biztosításközvetítő és a viszontbiztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. Az Info tv. 6. § (5) bekezdésében foglaltak alapján, az ott meghatározott körben, a hozzájárulás visszavonását követően is jogosult a személyes adatok kezelésére.
- 3.9. A Biztosító, a biztosításközvetítő és a viszontbiztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.
- 3.10. A jelen mellékletben meg nem határozott, a jogszabályokban meghatározottaktól eltérő célú adatkezelés esetében a Biztosító az adatfelvétel idején, az adatkezelésre vonatkozó hozzájárulás megadása előtt ad külön tájékoztatást.

#### **IV. A személyes adatok tárolása, adatfeldolgozó igénybevétele**

- 4.1. A személyes adatok tárolása és feldolgozása a Biztosító székhelyén, az NN cégcsoport regionális vagy globális központjában, illetve az adatfeldolgozást végző szolgáltatók székhelyén, telephelyén történhet.
- 4.2. A Biztosító – adminisztrációs feladatai megkönnyítése érdekében – egyes adatkezelési műveletek elvégzése céljából az Info tv.-ben meghatározottak szerint az általa megbízott adatfeldolgozót vesz igénybe, továbbá a Bit.-ben meghatározottak szerint kiszervezett tevékenységet végző szervezetet vesz igénybe. Amennyiben az adatfeldolgozó az Európai Gazdasági Térségen kívüli országokban történik, úgy az érintettek személyes adatait kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulása alapján, vagy a hatályos jogszabályok által megkövetelt egyéb biztosítékoknak (szerződéseknek) megfelelően továbbítható.
- 4.3. Biztosító által megbízott függő biztosításközvetítők is adatfeldolgozónak minősülnek.
- 4.4. A Biztosító által igénybevett adatfeldolgozók és a kiszervezett tevékenységet végzők listáját a [www.nn.hu](http://www.nn.hu) honlapján teszi közzé.

#### **V. Az érintett ügyfél jogai, jogorvoslati lehetőségek**

- 5.1. Az érintett ügyfél bármikor tájékoztatást kérhet személyes adatai kezeléséről, kérheti a személyes adatainak helyesbítését, valamint személyes adatainak – a kötelező adatkezelés kivételével – törlését vagy zárolását.
- 5.2. Az érintett ügyfél kérelmére a Biztosító 30 napon belül tájékoztatást ad az érintett általa kezelt, illetve az általa vagy rendelkezése szerint megbízott adatfeldolgozó által feldolgozott adatairól, azok forrásáról, az adatkezelés céljáról, jogalapjáról, időtartamáról, az adatfeldolgozó nevééről, címéről és az adatkezeléssel összefüggő tevékenységéről, az adatvédelmi incidens körülményeiről, hatásairól és az elhárítására megtett intézkedésekről, továbbá – az érintett személyes adatainak továbbítása esetén – az adattovábbítás jogalapjáról és címzettjéről.
- 5.3. Adatok helyesbítése illetve törlése esetén a Biztosító értesíti az érintett ügyfelet, továbbá mindazokat, akik részére az adatokat korábban adatkezelés / adatfeldolgozás céljából továbbították.
- 5.4. Az érintett ügyfél tiltakozhat személyes adatainak kezelése ellen,
  - a) ha a személyes adatok vagy továbbítása kizárólag az adatkezelőre vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez vagy az adatkezelő, adatátvevő vagy harmadik személy jogos érdekének érvényesítéséhez szükséges, kivéve kötelező adatkezelés esetén;
  - b) ha a személyes adat felhasználása vagy továbbítása közvetlen üzletszerzés, közvélemény-kutatás vagy tudományos kutatás céljára történik; valamint
  - c) törvényben meghatározott egyéb esetben.
- 5.5. A Biztosító a tiltakozást a kérelem benyújtásától számított legrövidebb időn belül, de legfeljebb 30 napon belül megvizsgálja, annak megalapozottsága kérdésében döntést hoz, és döntéséről a kérelmezőt írásban, vagy az érintett ügyfél hozzájárulásával elektronikus úton tájékoztatja.
- 5.6. Az érintett ügyfél a jelen fejezetben meghatározottak vonatkozásában a Biztosítóhoz fordulhat az alábbi

elérhetőségeken:

E-mail cím: [adatvedelem@nn.hu](mailto:adatvedelem@nn.hu);

Levelezési cím: 1364 Budapest, Pf.: 247.

Székhely cím: 1068 Budapest, Dózsa György út 84/B.

- 5.7. Az érintett ügyfél a jogainak megsértése esetén az adatkezelő ellen bírósághoz fordulhat vagy a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál bejelentéssel vizsgálatot kezdeményezhet arra hivatkozással, hogy személyes adatok kezelésével, illetve a közérdekű adatok vagy a közérdekből nyilvános adatok megismeréséhez fűződő jogok gyakorlásával kapcsolatban jogsérelem következett be, vagy annak közvetlen veszélye fennáll.

A Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság elérhetősége:

cím: 1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/c.

postacím: 1530 Budapest, Pf.: 5.

honlap: [www.naih.hu](http://www.naih.hu)

- 5.8. Adatkezeléssel kapcsolatos jogait bíróság előtt is érvényesítheti.

2016. január 1.