

1. A feltételek érvényessége Jelen feltételek az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) PrivateMed Group csoportos egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek. 2. Fogalmak 1. Álaltalános járóbeteg-szakellátás: a beteg lakóhelyén, tartózkodási helyén, illetve annak közelében a beteg választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül folyamatos egészségügyi ellátást nyújtó szolgáltatás (házi orvosi szolgáltatás). 2. Általános járóbeteg-szakellátás: a beteg folyamatos ellátását végző orvos beutalása vagy a beteg jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmasszerű egészségügyi ellátás. 3. Az ellátásszervezővel nem szerződött egészségügyi szolgáltató: bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel nem köt szerződést. 4. Az ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltató: bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel szerződést köt. 5. Beavatkozás: azon megelőző, diagnosztikus, terápiás vagy más célú fizikai, kémiai, biológiai eljárás, amely a beteg szervezetében változást idéz vagy idézhet elő. 6. Biztosítási év: két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszak. 7. Biztosított: az a természetes személy, akinek az egészségi állapotával, testi épségével kapcsolatos biztosítási eseményre a szerződés létrejön. 8. Csoportos biztosítás: olyan személyekre jön létre, akik valamilyen ismérv alapján (egy szervezethez való tartozásuk, a biztosítottak és a szerződő között fennálló jogviszony vagy egyéb kapcsolat) egy csoportba sorolhatók. Egy szerződésben minimum 6 fő biztosított lehet. 9. Egészségügyi dokumentáció: A beteg vizsgálatával és gyógykezelésével kapcsolatos adatokat az egészségügyi dokumentáció tartalmazza. Az egészségügyi dokumentációt úgy kell vezetni, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát. a) Az egészségügyi dokumentációban fel kell tüntetni: – a beteg személyazonosító adatait, – cselekvőképes beteg esetén az értesítendő személy, kiskorú, illetve gondnokság alatt álló beteg esetében a törvényes képviselő nevét, lakcímét, elérhetőségét, – a kórelőzményt, a kórtörténetet, – az első vizsgálat eredményét, – a diagnózist és a gyógykezelési tervet megalapozó vizsgálati eredményeket, a vizsgálatok elvégzésének időpontját, – az ellátást indokoló betegség megnevezését, a kialakulásának alapjául szolgáló betegséget, a kísérőbetegségeket és szövődeményeket, egyéb, az ellátást közvetlenül nem indokoló betegség, illetve a kockázati tényezők megnevezését, – az elvégzett beavatkozások idejét és azok eredményét, – a gyógyszeres és egyéb terápiát, annak eredményét, – a beteg gyógyszer-tulérzékenységére vonatkozó adatokat, – a bejegyzést tévő egészségügyi dolgozó nevét és a bejegyzés időpontját, – a betegnek, illetőleg tájékoztatásra jogosult más személynek nyújtott tájékoztatás tartalmának rögzítését, – a beleegyezés, illetve visszautasítás tényét, valamint ezek időpontját, – minden olyan egyéb adatot és tényt, amely a beteg gyógyulására befolyással lehet. b) Az egészségügyi dokumentáció részeként meg kell őrizni: – az egyes vizsgálatokról készült leleteket, – a gyógykezelés és a konzílium során keletkezett iratokat, – az ápolási dokumentációt, – a kiegészítő diagnosztikus eljárások felvételeit, valamint – a beteg testéből kivett szövettmintákat, illetve azok szövettani eredményeit. Több résztvevőből álló, összefüggő ellátási folyamat végén, vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást követően írásbeli összefoglaló jelentést (zárójelentést) kell készíteni, és azt a betegnek át kell adni. 10. Egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység: az egészségügyi szolgáltatások közé tartozik a gyógyító-megelőző ellátás keretében végzett, valamint a társadalombiztosítási ellátá-	sok igénylésével összefüggő egészségügyi szakértői tevékenység, így különösen a) a munkára, illetőleg a szakmára való egészségi alkalmasságnak, b) a keresőképességnek, c) a rokkantság fokának és a megmaradt munkaképesség mértékének és minőségének, illetve a további foglalkoztatás feltételeinek egészségügyi elbírálása, illetőleg véleményezése. 11. Egészségügyi ellátás: a beteg adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége. 12. Egészségügyi szolgáltatás: az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély birtokában végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, amely az egyén egészségének megőrzése, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedés következtében kialakult állapot javítása vagy a további állapotromlás megelőzése céljából a beteg vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a beteg vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul, ideértve a gyógyszerekkel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos külön jogszabály szerinti tevékenységet. 13. Egészségügyi szolgáltató: a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet. 14. Egynapos sebészet: olyan tervezett beavatkozás, kisebb műtét, melyet jogszabály alapján bizonyos járóbeteg-ellátást illetve fekvőbeteg-ellátást végző intézmények végezhetnek, és amelynek – probléma nélküli esetben – a beavatkozás utáni elbocsátási idő egyetlen nap is lehet. 15. Ellátásszervező: az a szervezet, amely a biztosítóval kötött külön szerződés alapján jogosult arra, hogy az egészségügyi szolgáltatókkal szerződést kössön, és a biztosítottak által igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokat megszervezze, a szolgáltatást lebonyolítsa a biztosítottak számára. 16. Éves szolgáltatási limit: a biztosító a PrivateMed Group biztosítási szerződés szolgáltatásaira éves szolgáltatási limitet alkalmaz, melynek mértékét a Szolgáltatási limitek nyomtatvány tartalmazza. 17. Jelen biztosítás szempontjából nem minősülnek fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatóknak a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, elmebetegkegyógy- és gondozóintézetek, geriatríai intézetek, szociális otthonok, illetve a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai. 18. Kezelőorvos: a beteg adott betegségével, illetve egészségi állapotával kapcsolatos vizsgálati és terápiás tervet meghatározó, továbbá ezek keretében beavatkozásokat végző orvos, illetve orvosok, akik a beteg gyógykezeléséért felelősséggel tartoznak. 19. Kockázatelbírálás: a biztosító azon tevékenysége, amellyel felméri a biztosított egészségi állapotát, mielőtt a biztosítási kockázatot elvállalja. 20. Költségtérítés: a biztosítási eseménnyel, szolgáltatással kapcsolatban felmerült tényleges költségek megtérítése a szerződésben meghatározott mértékig. 21. Speciális járóbeteg-szakellátás: olyan betegségek ellátására szervezett egészségügyi ellátás, amely különleges szakutadást, illetve speciális anyagi, tárgyi és szakmai felkészültséget igényel. 22. Sürgős szükség: az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne. 23. Szűrővizsgálat: olyan vizsgálat, amelynek célja a betegség tüneteit nem mutató (tünetmentes) személy esetleges betegségének vagy kórmegelőző állapotának – ideértve a betegségre hajlamosító kockázati tényezőket is – korai felismerése. 24. Táppénzes napok átlagos száma: egy szerződés biztosítottjaira vonatkoztatva a biztosítási szerződés kezdetét megelőző naptári évben, saját jogon eltöltött táppénzes napoknak az átlaga. 25. Várakozási idő: a kockázatviselés kezdetének szerződéses elhalasztását jelenti. Az egyes kockázatokra vonatkozó várakozási időt a Különös Biztosítási Feltételek tartalmazzák. Ha a szerződésben a felek várakozási időt kötöttek ki, és a biztosítási esemény a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott okból és az ott meghatározott időtartam alatt következik be, akkor a biztosító teljesítése részleges, és akkor áll be, ha a biztosítási esemény baleset miatt vagy balesettel okozati összefüggésben következett be.
--	---

26. Vizsgálat: az a tevékenység, amelynek célja a beteg egészségi állapotának felmérése, egészségének megőrzése, a betegségek, illetve kockázatok felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének, valamint a halál bekövetkeztének és a halál okának megállapítása. 3. A biztosítási szerződés alanyai 3.1. Biztosító A biztosító az a jogi személy, amely a biztosítási ajánlat elfogadása után a feltételekben meghatározott kockázatokra fedezetet nyújt, és a kockázatviselés kezdetét követően bekövetkező biztosítási eseményekre, a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal. 3.2. Szerződő A szerződő az a jogi személy, aki a biztosítás megkötésére ajánlatot tesz, és a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal. 3.3. Biztosított Az a természetes személy, akinek az egészségi állapotával, testi épségével kapcsolatos biztosítási eseményre a szerződés létrejön. A biztosított életkora a szerződés létrejöttékor 14 és 64 év között lehet; a szerződés lejáratákor legfeljebb 65 éves lehet. 3.4. Kedvezményezett A biztosítási szerződésben megjelölt szolgáltatások igénybevételeire jogosult személy minden esetben a biztosított. 4. A biztosítási szerződés létrejötte 4.1. A biztosítás a szerződő által a biztosító nyomtatványán előterjesztett ajánlat alapján a felek írásbeli megállapodása alapján jön létre. A szerződő ajánlatához annak megtételétől számított 15 napig, egészségügyi vizsgálat esetén 60 napig kötve van. 4.2. A biztosító jogosult az ajánlattételkor a biztosítás első díjának beszedésére, amelyet kamatmentes előlegként kezel. Ha a szerződés létrejön, a biztosító az előleget a biztosítási díjba beszámítja. 4.3. A biztosító az ajánlat elfogadása előtt kockázatelbírálást végezhet, melyhez a szerződő nyilatkozatát, a biztosított egészségi nyilatkozatát, orvosi vizsgálatát és egyéb nyilatkozatát kérheti. A biztosító jogosult ezen adatokat ellenőrizni. 4.4. A kockázatelbírálás eredményeként a biztosító az ajánlatot elfogadja, módosító javaslatot tesz arra vagy elutasítja. A biztosító a döntését nem köteles megindokolni. 4.5. Amennyiben a biztosító az ajánlatot elfogadja, és a szerződés létrejön, a biztosító erről a biztosítási fedezetet igazoló dokumentumot (kötvényt) állít ki. A szerződés a kötvény kiállításának napján jön létre. Ha a kötvény a szerződő fél ajánlatától eltér, és az eltérést a szerződő fél a kötvény kézhezvételét követően késelelem nélkül nem kifogásolja, a szerződés a kötvény szerinti tartalommal jön létre. Ez a rendelkezés lényeges eltérésekre akkor alkalmazható, ha a biztosító az eltérésre a szerződő fél figyelmét a kötvény átadásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre. 4.6. Ha a biztosító az ajánlatot annak beérkezésétől számított 15, egészségügyi vizsgálat esetén 60 napon belül (kockázatelbírálási idő) írásban visszatartja, a szerződés nem jön létre. Az ajánlat elutasítását a biztosító nem köteles indokolni. 5. A biztosítás tartama, területi és időbeli hatálya 5.1. A biztosítás kizárólag a Magyarországon bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki, kivéve, ha a Különös Biztosítási Feltételek másként nem rendelkeznek. 5.2. A szerződés határozott tartamra, egy évre jön létre. Amennyiben a tartam lejártát megelőző 30 nappal egyik fél sem tájékoztatja a másik felet írásban arról, hogy nem kívánja a szerződés automatikus meghosszabbítását, úgy a szerződés újabb egy évre meghosszabbodik. 6. A biztosítási szerződés kezdete, a kockázatviselés kezdete, hatályba lépése, a várakozási idő 6.1. A biztosítás kezdete a biztosítási ajánlat aláírását követő hónap első napja. A szerződés kockázatviselésének kezdete szintén ez a nap, feltéve, hogy a biztosítás első díja megfizetésre került. A biztosítás évfordulójának napja megegyezik a biztosítás kezdő napjával. 6.2. Amennyiben a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására vagy a szerződést írásban 30 nappal felmondhatja. Ha a szerződő fél a módosító javaslatot nem fogadja el vagy arra a kézhezvételtől számított 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30.	napon megszűnik, ha a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő fél figyelmét felhívta. 6.3. A szerződéskötés különös szabályai 6.3.1. A biztosítónak a szerződő felet kell tájékoztatnia, a szerződő fél a jelen megállapodás biztosítottakat érintő rendelkezéseiről, a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkező változásokról köteles a biztosítottakat tájékoztatni. 6.3.2. Jelen biztosítás létrejöttéhez a biztosított írásbeli hozzájárulása, azaz biztosítotti nyilatkozat szükséges. 6.3.3. A biztosítotti nyilatkozat az a dokumentum, amely tartalmazza a biztosítottnak a szerződés hatályának reá történő kiterjesztésére vonatkozó hozzájáruló nyilatkozatát, így különösen a hatóságokra, intézményekre vonatkozó titoktartási kötelezettség alóli felmentést. A biztosítotti nyilatkozat a szerződés részét képezi. A biztosítotti nyilatkozatot – eltérő megállapodás hiányában – a Szerződő köteles megőrizni, s a Biztosító kérésére azt a biztosító rendelkezésére bocsátani. 6.3.4. A biztosítottnak a nyilatkozatokat a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell kitöltenie. A biztosított a szerződés megkötéséhez, illetőleg a biztosított jogviszonya létesítéséhez adott hozzájárulását (biztosítotti nyilatkozatát) írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a biztosító kockázatviselése adott biztosított vonatkozásában – eltérő megállapodás hiányában – a visszavonás biztosítóhoz történő beérkezését követő hónap első napjának 0. órájától megszűnik. 7. Várakozási idő 7.1. A felek a szerződésben kiköthetik, hogy a biztosító valamely biztosítási esemény kockázatát csak a szerződés létrejöttét követő későbbi időponttól vállalja, vagy – ha a biztosítási esemény a kikötött várakozási időn belül következik be – jogosult a szolgáltatást csökkenteni. A várakozási idő legfeljebb hat hónap lehet; a kikötött várakozási idő ezt meghaladó része semmis. 7.2. Amennyiben a biztosítandó személy valamely tartós betegsége szerződéskötéskor mindegyik, a szerződésben szereplő fél által ismert volt, a felek jelen megállapodásban és a Különös feltételekben legfeljebb három évi várakozási időt köthetnek ki. 7.3. Új biztosított belépése esetén a rá vonatkozó kockázatviselés a belépését követő hónap első napjának 0. órájakor kezdődik, feltéve, hogy a rá vonatkozó kockázatot a biztosító nem utasította vissza, a díjat a biztosító számlájára befizették, vagy a felek a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodtak meg, figyelembe véve a várakozási időt is. Új biztosított belépése esetén a biztosító által kikötött várakozási idő tartama ugyanúgy, a biztosított belépésétől kerül alkalmazásra. 7.4. A kockázatot a PrivateMed Group csoportos egészségbiztosítás Adatközlő, változásbejelentő nevű táblázatban felsorolt személyek vonatkozásában vállalja a biztosító. 8. A szerződés megszűnésének esetei 8.1. A szerződés megszűnik egy biztosítottra vonatkozóan az alábbi esetekben: 8.1.1. a biztosított halála esetén, 8.1.2. a kilépő biztosított vonatkozásában a biztosított minőségének megszűnését követő hónap első napjának 0. órájától. Azaz: – a biztosított nem felel meg a 3.3. pontban felsorolt követelményeknek, – megszűnik a munkavállalói / megbízási / tagsági viszonya a szerződőnél, – a szerződő a rá vonatkozó biztosítási díjat nem fizette meg. 8.2. A teljes szerződés megszűnik az alábbi esetekben: 8.2.1. Díj nemfizetés miatt a 14. pontban foglaltak szerinti napon. 8.2.2. A határozott tartam utolsó napjával. 8.2.3. Bármely szerződő fél jogutód nélküli megszűnésével. 9. A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei 9.1. A szerződő joga és kötelezettsége (közlési kötelezettség) 9.1.1. A szerződő és a biztosított a szerződés létrejöttékor köteles a kockázat elvállalása szempontjából minden lényeges körülményt közölni a biztosítóval, illetve a biztosítás tartama alatt a szerződésben meghatározott lényeges körülmények tekintetében változás-bejelentési kötelezettséggel tartozik, melyet nyomtatott és elektronikus formában kell megtenni. 9.1.2. A szerződő a biztosítottakról havonta adatot szolgáltat a biztosító részére. Az adatszolgáltatás tartalmát a PrivateMed Group csoportos egészségbiztosítás Adatközlő, változásbejelentő nevű táblázata tartalmazza. 9.1.3. A szerződő javaslatot tehet a szerződés módosítására, új biztosított megjelölésére, illetve biztosítási védelem megszüntetésére az általa meghatározott biztosítottak vonatkozásában (kilépő biztosított).
--	---

9.2. A biztosító joga és kötelezettsége 9.2.1. A biztosító az ajánlat elfogadása előtt kockázatbírálást végezhet, melyhez a szerződő nyilatkozatát kérheti a biztosítottakat érintő tárgyévet megelőző évre vonatkozó saját jogú, egy főre jutó táppénzes napjainak átlagát, a biztosított egészségi nyilatkozatát, orvosi vizsgálatát és egyéb nyilatkozatát. A biztosító jogosult ezen adatokat ellenőrizni és további kérdéseket feltenni a kockázatvállaláshoz. 9.2.2. A kockázatbírálás eredményeként a biztosító az ajánlatot elfogadja, módosító javaslatot tesz arra vagy elutasítja. A biztosító a döntését nem köteles megindokolni. 9.2.3. Amennyiben a biztosítottnak a szerződéskötés idején fennálló tényleges egészségi állapota, életviteli szokásai nem felelnek meg a kockázatbírálás során tett egészségi nyilatkozatában foglaltaknak, úgy a biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében, illetve a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt. 9.2.4. Ha a biztosító a szerződéskötést követően szerez tudomást a szerződéskötéskor már fennállt lényeges körülményről, az ebből eredő jogokat a szerződés fennállásának az első 5 évében gyakorolhatja. 9.2.5. A közlési kötelezettség megsértése ellenére is beáll a biztosító kötelezettsége, ha a szerződéskötéstől a biztosítási esemény bekövetkeztéig már 5 év eltelt. 9.2.6. A 9.2.4. és 9.2.5. pontok rendelkezéseit a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változására vonatkozó bejelentési kötelezettség megsértésének következményeire is alkalmazni kell. A biztosító ezzel kapcsolatos jogainak gyakorlására nyitvaálló 5 éves időszak a változásbejelentési határidő leteltét követő napon kezdődik. 9.2.7. A közlési kötelezettség vagy a változás bejelentési kötelezettség megsértése esetében a biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a szerződő fél bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében, illetve a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt, illetve a változás bejelentési határidő leteltét követő naptól 5 év eltelt. 9.2.8. A biztosító kockázatbírálási és kárrendezési szerveivel szemben a biztosítottat az orvosi titoktartás alóli felmentés érdekében külön nyilatkozattételre hívja fel. 9.2.9. A biztosítási szerződés megkötését követően a biztosító a szerződés létrejöttétől számított 30 napon belül a kötelezettségvállalás tagállamának hivatalos nyelvén köteles a szerződőt tájékoztatni a biztosítási szerződés létrejöttéről. 9.3. A szerződő a fenti tájékoztatás kézhezvételétől számított 15 napon belül a biztosítási szerződést írásbeli nyilatkozattal felmondhatja. 9.4. A szerződő felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően a biztosító köteles 15 napon belül a szerződő által a biztosítási szerződéssel kapcsolatban bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel elszámolni. 10. A biztosított belépése a szerződésbe A biztosított jelen csoportos biztosítási szerződésbe nem jogosult a szerződő helyébe lépni. 11. A biztosító szolgáltatása A biztosító szolgáltatása a Különös és Kiegészítő Biztosítási Feltételekben meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén meghatározott összeg megfizetése. A tényleges egészségügyi ellátást a 2.13. pontban meghatározott egészségügyi szolgáltató nyújtja, melynek tevékenységére és felelősségére az egészségügyi törvény rendelkezései alkalmazandók, az orvosi és egészségügyi tevékenység hibás teljesítéséből felmerülő károkért a szolgáltató, és nem a biztosító tartozik helytállni. A biztosító az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások minőségével, a szolgáltatás színvonalával és az esetleges orvosszakmai hibákkal kapcsolatos panaszokat az ellátást végző szervezethez továbbítja, tekintettel arra, hogy ezen szolgáltatások ellenértékét csak megfizeti, de ténylegesen a szolgáltatást nem ő nyújtja. 12. Szolgáltatási limit A biztosítási szerződés alapján a biztosító a szerződésben meghatározott kockázatokra éves szolgáltatási limitet határoz meg, melynek mértékét a Szolgáltatási limitek táblázat tartalmazza. 13. A biztosítási díj 13.1. A biztosítási díj a biztosító kockázatviselésének, illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke.	13.2. A biztosítási díj kiszámítása a biztosítottak egészségi állapotának, a szolgáltatás jellegének és a biztosítottak átlagéletkorának a figyelembevételével történik. 13.3. A biztosítottak életkorát úgy kell megállapítani, hogy a biztosítás kezdeti évszámából levonják a biztosított születésének évszámát. 13.4. Az életkor helytelen bevallása miatt, ha a tényleges életkor szerint a biztosítás nem jöhetett volna létre, úgy a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó rendelkezések az irányadók. 13.5. A biztosított életkorától függő kockázatokra fizetendő díjak háromévente újra megállapításra kerülnek a biztosított csoport aktuális átlagéletkorának megfelelően, amennyiben az eltelt 3 év alatt nem érkezett a szerződőtől Változásbejelentő a biztosítóhoz. Egy adott biztosított vonatkozásában az életkor előrehaladása nem eredményez díjnövekedést. 13.6. A biztosító a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 30 nappal javaslatot tehet a következő biztosítási évre érvényes díjak módosítására. 13.7. Ha a biztosító új díjra vonatkozó javaslatát a szerződő nem fogadja el, a biztosítási szerződés évfordulóra megszűnik. 13.8. A biztosítás folyamatos díjú. A díjfizetési időszak egy év. Ellenkező megállapodás hiányában a biztosítás díját havonta, legkésőbb a hónap 5. napjáig kell megfizetni. A biztosítás havonta fizetendő átlagdíja a biztosítottak ki és belépése miatt megváltozott átlagkor miatt változhat. 13.9. A biztosítás első díja az ajánlat aláírásával egyidejűleg fizetendő. 14. A díjfizetés elmulasztásának jogkövetkezményei Ha a szerződő az esedékes biztosítási díjat nem fizeti meg, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a szerződőt a felszólítás elküldésétől számított 30 napos póthatáridő tűzésével teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a biztosító a díjkövetelését késedelem nélkül bírói úton érvényesít. 15. A biztosítási esemény bejelentésének határideje A biztosított köteles a biztosítási eseményt a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározottak szerint bejelenteni. Ha a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározottakat nem tartják be, a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól. 16. A biztosító teljesítésének esedékessége A biztosító a hozzá bejelentett szolgáltatási igényt a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározottak szerint teljesíti. Abban az esetben, ha a biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy hiányosan teljesítik, a biztosító a szolgáltatást elutasíthatja, vagy a rendelkezésére álló dokumentumok alapján teljesíti. 17. Reaktiválás A díjfizetés elmulasztása miatt megszűnt biztosítás nem reaktiválható. 18. Maradékjogok A biztosítási szerződés nem rendelkezik maradékjogokkal. 19. A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól 19.1. A biztosító mentesül a szolgáltatási összeg kifizetése alól abban az esetben, ha a biztosítási eseményt a kedvezményezett szándékosan jogellenesen, vagy a szerződő, illetve biztosított jogellenesen súlyosan gondatlanul okozta. A biztosított súlyosan gondatlanul jár el különösen, ha: a) a biztosítási esemény rendszeres alkoholfogyasztás miatt, illetve esetileg a biztosított súlyos fokú alkoholos befolyásoltságával okozati összefüggésben (2,6 ezreléket elérő vagy meghaladó) történt, b) a biztosítási esemény kábítószer fogyasztása, kábítószer hatású anyag vagy gyógyszer szedése következtében történt, kivéve, ha ezt az utóbbit a kezelőorvos javaslatára az előírásnak megfelelően alkalmazták. 19.2. A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha: a) biztosítási esemény okozati összefüggésben áll a biztosított öngyilkossági kísérletével, még akkor is, ha az a biztosított zavart tudatállapotában következett be, b) a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben jön létre. 20. A biztosító mentesülése a szolgáltatási kötelezettség alól közlési és változás bejelentési kötelezettség megsértése esetén 20.1. A közlési és változás-bejelentési kötelezettség megsértése esetén a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, kivéve, ha bizonyítást nyer, hogy:
---	---

a) a biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosítási esemény előtt már ismerte vagy b) az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében. Azt, hogy valamelyik fennáll, annak kell bizonyítani, aki erre hivatkozik. 20.2. Ha a szerződés létrejötté után szerződést érintő lényeges körülményről a biztosító tudomást szerez, 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg a szerződést 30 napra írásban felmondhatja. 20.3. Ha a szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra a kézbesítéstől számított 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon (az adott biztosított vonatkozásában) megszűnik, feltéve, hogy a biztosító erre a jogkövetkezményre a biztosított figyelmét a módosító javaslat közlésekor írásban felhívta. 21. A kockázatviselésből kizárt kockázatok 21.1. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll: – harci eseményekben vagy más háborús cselekményekben valamely fél mellett történő aktív részvétellel, – vagy az állam elleni bűncselekményben való részvétellel. 21.2. Jelen feltételek szempontjából háborúnak minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, a határvillongás, a felkelés, a forradalom, a zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskíséret, polgárháború, idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás vagy csak tengeri akció), kommandótámadás, terrorcselekmény. (A kommandótámadás és a terrorcselekmény esetén nem minősül háborús cselekményben való aktív részvételnek, ha a biztosított az áldozatok érdekében lép fel.) 21.3. E szerződés szerint állam elleni bűncselekmény az, amit a Büntető Törvénykönyv annak minősít, így különösen: lázadás, kémkedés, rombolás. 21.4. Nem téríti meg a biztosító azon károkat, amelyek közvetlen vagy közvetett összefüggésben állnak atomkárokkal (nukleáris hasadás vagy fúzió, nukleáris reakció, radioaktív izotópok sugárzása, ionizáló vagy lézersugárzás, valamint ezek szennyezése). 21.5. Nem térít a biztosító olyan esetekben sem, amely esetekben a gyógykezelés során nem tartották be az orvosszakmai előírásokat, és ezen ismelt műtétekre, kezelésekre emiatt került sor, illetve a jelen szerződésben meghatározott egyéb biztosítási esemény következett be az orvosszakmai előírások be nem tartása miatt (orvosi műhiba). 21.6. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll: – a terhesség ideje alatt és a szülés, valamint a szülést követő egy éven belül bekövetkező egészségkárosodás következményével abban az esetben, ha a fogamzás a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt történt (a fogamzás időpontja alatt a szüléstől visszafelé számított 270. napot kell érteni); – az egészségügyi ellátás, az orvosi ellátás következtében, annak következményeként elszenvedett ártalom miatt létrejött egészségkárosodással; – olyan orvosi beavatkozással, amelynek célja esztétikai változtatás, kozmetikai kezelés. 21.7. A kockázatviselés kezdete előtt bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrészek és szervek, illetve ezen sérülések későbbi következményei a biztosításból ki vannak zárva. 22. Fedezetfeltöltés Jelen szerződés vonatkozásában a fedezet nem tölthető fel, hacsak a Különös Biztosítási szerződési feltételek másként nem rendelkeznek. 23. Adatkezelés, biztosítási titok 23.1. Személyes adat az olyan adat, adatból levonható következtetés, mely kapcsolatba hozható egy meghatározott (azonosított vagy azonosítható) természetes személlyel (a továbbiakban: érintett). Ha a személyes adat egészségügyi állapotra, kóros szenvedélyre, illetve szexuális életre vonatkozik, akkor az a hatályos jogszabályok értelmében különleges adatnak minősül, és kizárólag az érintett írásos hozzájárulása alapján kezelhető. Az adatszolgáltatás önkéntes, de egyes személyes adatok közlése nélkülözhetetlen a biztosítási szerződés létrejöttéhez. 23.2. A biztosító jogosult az ügyfelek jogszerűen tudomására jutott adatait, ideértve a különleges adatokat is az információk önrendelkezési jogáról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (Info törvény) rendelkezései szerint, a Biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvényben (a továbbiakban: Bit.) foglaltakkal összhangban kezelni.	23.3. Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a biztosító a 23.5. pontban meghatározott célból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti. 23.4. A biztosító jogosult a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges – banktitoknak minősülő – adatokat kezelni. Az adatok továbbítására a Bit. rendelkezéseiben meghatározott módon, az ügyfél, számlatulajdonos hozzájárulása alapján kerülhet sor. 23.5. A biztosító a szerződő, biztosított illetve kedvezményezett személyes adatait a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggésben vagy a Bit. által meghatározott egyéb célból kezeli. 23.6. A biztosító a személyes – és azon belül a különleges – adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződésekkel kapcsolatban is csak addig kezelheti a tudomására jutott adatokat, amíg a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. Telefonon történő panaszkezelés esetén a szolgáltató és az ügyfél közötti telefonos kommunikációt a szolgáltató hangfelvétellel rögzíti, és a hangfelvételt egy évig megőrzi. A biztosító 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. 23.7. Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja. 23.8. Az ügyfél adatait kizárólag a biztosító erre feljogosított munkatársai, megbízott biztosításközvetítői, illetve a biztosító részére külön szerződés keretében adatfeldolgozási- vagy kiszervezett tevékenységet végző személyek, szervezetek ismerhetik meg, a biztosító által meghatározott terjedelemben és a tevékenységük végzéséhez szükséges. A biztosító kötelezettséget vállal arra, hogy megfelelő technikai adatvédelemmel, nyilvántartással rendelkezik, amely megvalósítja a biztosítási titok védelmét. 23.9. A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és a Bit. szerint biztosítási titokként kezelni. Biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó – a biztosító rendelkezésére álló adat, mely a biztosító egyes ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik. A biztosító titoktartási kötelezettségére a Bit. 153–161.§ és 165. §-ban foglalt szabályok az irányadók. 23.10. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha a törvény másképp nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak. 23.11. A Bit. 78 § (3) bekezdése alapján amennyiben a kiszervezett tevékenység keretében a biztosító az ügyfeleinek személyes adatait is továbbítja a kiszervezett tevékenységet végző személyeknek, úgy a kiszervezett tevékenységet végző a biztosító adatfeldolgozójának minősül és titoktartási kötelezettség terheli. Adatfeldolgozási tevékenységet kizárólag erre irányuló megbízási szerződés alapján, kiszervezett tevékenység keretében jogosultak harmadik személyek végezni. 23.12. 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. 23.13. A titoktartási kötelezettség nem áll fenn: a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel, b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel, c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel, e) adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkoztatói, illetve biztosítási szer-
--	---

a) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,

g) a biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselőével, ezek érdekeképiseleti szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelületi feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,

h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,

i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal,

j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervevel,

k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együtbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,

l) az e törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető kötvénnyilvántartó szervevel,

m) az állomány-áthúzás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,

n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, továbbá ezek egymásközi átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát, illetve a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, illetve a károkozóval, amennyiben az önrendelkezési jogával élve a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adataihoz kíván hozzáférni,

o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,

p) fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adata nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel, szaktanácsadóval,

q) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,

r) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal,

s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló rendeletben meghatározott kártörténeti adata és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval

szemben, ha az a)–j), n), s) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a k)–m) és p)–r) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

A továbbított személyes adatokat az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatok vagy az Info. törvény szerint különleges adatnak minősülő adatok esetén 20 év elteltével a biztosító köteles törölni.

A biztosító illetve a szerződő a nyomozó hatóság, a nemzetbiztonsági szolgálat és az ügyészség írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet

a) a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel való visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal való visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel való visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerral való visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,

b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal való visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel való visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerral való visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

A biztosító az ügyfelet nem tájékoztathatja a nyomozó hatóság és ügyészség, a nemzetbiztonsági szolgálat, valamint a külön törvény

23.17. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító, biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.

23.18. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha

- a) a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól,
- b) a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.

23.19. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét:

- a) Az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- b) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
- c) a Biztosítási Törvény Nyolcadik részének III. és III/A. fejezetében foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás,
- d) a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben:
 - ha a biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
 - ha – az adatalany hozzájárulásának hiányában – az adattovábbításnak törvényben meghatározott adatköre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban a személyes adatok védelmének megfelelő szintje az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény 8.§ (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.

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

23.21. Az érintett a biztosító adatkezelésével kapcsolatban az alábbi jogokkal élhet:

- tájékoztatás kérése,
- helyesbítés,
- törlés,
- zárolás,
- nyilvánosságra hozatal.

23.22. Amennyiben a biztosítási szerződés feltétele a leendő ügyfél orvosi vizsgálata, akkor az ügyfél az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál ismerheti meg.

23.23. Az Infót. értelmében a jogszabályban meghatározott esetekben az érintett tiltakozhat személyes adatainak kezelése ellen. A Biztosító, mint adatkezelő köteles a bejelentéseket a törvény előírása szerint kivizsgálni és a kérelmezőt írásban tájékoztatni. Az érintett jogainak megsértése esetén az adatkezelővel szemben bírósághoz fordulhat. A Biztosító, mint adatkezelő köteles megtéríteni az érintett igazolt kárát is, amennyiben azt jogellenes adatkezeléssel, vagy a technikai adatvédelem követelményeinek megszegésével okozta.

24. Jognyilatkozatok

24.1. A biztosító nyilatkozatait írásban juttatja el a szerződőnek illetve a szolgáltatási igény bejelentése esetén a biztosítottnak az általuk megadott, és a biztosító által ismert utolsó értesítési címre.

24.2. A biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. A nyilatkozat akkor hatályos, ha az a biztosítóhoz megérkezett.

25. Elévülés

A szolgáltatási igény a biztosítási, illetve kockázatviselési időszakon belül bekövetkezett biztosítási események esetében legkésőbb a biztosítási időszakot követő egy év alatt évül el.

26. A kapcsolattartás és az ügyfél-tájékoztatás nyelve

A biztosító és a szerződő kapcsolattartása, valamint a biztosítottak tájékoztatása magyar nyelven történik.

27. Alkalmazandó jog, eljáró bíróságok Jelen biztosítási szerződésre vonatkozóan a magyar jog rendelkezései az irányadók. A felek a biztosítási szerződésből, valamint a biztosított jogviszonyokból eredő jogviták eldöntésére az általános hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulnak. Az eljárások nyelve magyar. 28. Vítás kérdések rendezése 28.1. A szerződőnek és a biztosítónak mindent meg kell tennie annak érdekében, hogy közvetlen tárgyalások útján rendezzenek minden olyan nézeteltérést vagy vitát, mely közöttük a szerződés keretében vagy a szerződéssel kapcsolatban merül fel. Minden, a szerződés megkötése után felmerülő és a felektől független olyan körülményről, amely a szerződés teljesítését akadályozza, a felek kölcsönösen kötelesek egymást tájékoztatni. 28.2. A biztosító szolgáltatásával kapcsolatban felmerült panaszokat a biztosító részére kell bejelenteni a) írásban vagy telefonon az alábbi elérhetőségein: UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (1082 Budapest, Baross u. 1., tel.: (06-1) 486 4343) b) személyesen az alábbi címen: UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. Központi Ügyfélszolgálati Iroda (1134 Budapest, Váci út 33.) A biztosító a szerződéskötést követően fenti elérhetőségeinek változását az internetes honlapján közléssel.. 28.3. Ha a biztosítási szolgáltatással kapcsolatos esetleges panasz a szerződőhöz érkezik be, a szerződő a biztosítottakat a biztosítóhoz irányítja. 28.4. A biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő harminc napon belül megküldi az ügyfélnek. 28.5. A biztosító felügyeleti szerve: Magyar Nemzeti Bank (1054 Budapest, Szabadság tér 8-9; központi telefonszáma: (06-1) 428-2600) 28.6. Jogok érvényesítésének egyéb fórumai Amennyiben a biztosított a biztosítóhoz benyújtott panaszára adott válasszal nem ért egyet, úgy a) a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény (MNB tv.) szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértésének kivizsgálására irányuló panasz esetén a Magyar Nemzeti Bankhoz fordulhat (levelezési címe: Magyar Nemzeti Bank, 1534 Budapest BKKP Postafiók: 777; helyi tarifával hívható kék szám: (+36-40) 203-776; web: felugyelet.mnb.hu; e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu); b) a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos panasz esetén a fogyasztó a Pénzügyi Békéltető Testület előtt kezdeményezhet eljárást (levelezési cím: H-1525 Budapest BKKP Pf. 172; Telefon: 06-1-489-9100; e-mail: pbt@mnb.hu), vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat. 28.7. A biztosítási szerződésből eredő igények közvetlenül bírósági úton is érvényesíthetők. A panaszügyintézés nem helyettesíti a peres eljárást. 29. Felszámolható költségek A biztosító a többletráfordítások díját kérheti. Ilyen lehet például: a) a díjfizetés késedelme esetén a felszólító levél díja, a biztosítási kötvény utólagos dokumentálása vagy módosítása, b) a biztosítási szerződés átdolgozása, a biztosítási kötvény másodlati példányának kiállítása stb., c) biztosítási események igazolásával kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényt érvényesíteni kívánja. 30. Adózásra vonatkozó jogszabályok Az adózásról szóló részletes tájékoztatást a Különös Feltételek melléklete tartalmazza. 31. Eltérés a szokásos szerződési gyakorlatról ill. a Ptk. rendelkezéseitől A PrivateMed Group Csoportos egészségbiztosítás Általános Biztosítási feltételei az alábbi pontokon lényegesen eltérnek a Polgári Törvénykönyv vonatkozó rendelkezéseitől: – Amennyiben a tartam lejártát megelőző 30 nappal egyik fél sem tájékoztatja a másik felet írásban arról, hogy nem kívánja a szerződés automatikus meghosszabbítását, úgy a szerződés újabb egy évre meghosszabbodik. (5.2. pont) – A biztosított jelen csoportos biztosítási szerződésbe nem jogosult a szerződő helyébe lépni. (10. pont) – A biztosított életkorától függő kockázatokra fizetendő díjak	háromévente újra megállapításra kerülnek a biztosított csoport aktuális átlagéletkorának megfelelően, amennyiben az eltelt 3 év alatt nem érkezett a szerződőtől Változásbejelentő a biztosítóhoz. Egy adott biztosított vonatkozásában az életkor előrehaladása nem eredményez díjnövekedést.(13.5. pont) – A díjfizetés elmulasztása miatt megszűnt biztosítás nem reaktiválható. (17. pont) – Jelen szerződés vonatkozásában a fedezet nem tölthető fel, hacsak a Különös Biztosítási szerződési feltételek másként nem rendelkeznek. (22. pont) – A szolgáltatási igény a biztosítási, illetve kockázatviselési időszakon belül bekövetkezett biztosítási események esetében legkésőbb a biztosítási időszakot követő egy év alatt évül el. (25. pont) UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
---	---