

Az Aegon Csoportos Biztosítások Általános és Különös Feltételeinek Kiegészítő Záradéka az E.ON Otthonangyal Partner Csoportos Balesetbiztosítási Szerződéshez

Az E.ON Otthonangyal Partner Csoportos Balesetbiztosítás (a továbbiakban: Csoportos Balesetbiztosítás) tekintetében az AEGON Csoportos Biztosítások Általános és Különös Feltételei (a továbbiakban: Biztosítási Feltételek) a jelen Kiegészítő Záradékban foglalt eltérésekkel érvényesek az alábbiak szerint:

A Biztosítási Feltételek és a jelen Záradék közötti eltérés esetén a Záradék, a Záradékban nem szabályozott kérdésekben a Biztosítási Feltételek irányadó(k).

A Biztosítási Feltételek azon rendelkezései, amelyek a Csoportos Balesetbiztosítás által fedezetbe nem vett kockázatokra vonatkoznak, a Csoportos Balesetbiztosítást illetően nem hatályosak, illetve azokra a Csoportos Balesetbiztosítás érvényesen ki nem terjeszthető.

A Biztosítási Feltételek következőkben felsorolt pontjai a Csoportos Balesetbiztosításra az alábbi eltéréssel alkalmazandók:

I. ALAPVETŐ MEGHATÁROZÁSOK

I.2.2 Biztosított

A Csoportos Balesetbiztosítás biztosítottja a Lakossági Ügyfél Biztosított és Családi Csomag választása esetén a Lakossági Ügyfél Biztosított Közeli Hozzá tartozója is.

Lakossági Ügyfél Biztosított az E.ON Csoport azon, a Csoportos Balesetbiztosításhoz való csatlakozás idején a 73. életévét, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában pedig a 75. életévét be nem töltött lakossági ügyfele, aki

- érvényes áramellátási egyetemes szolgáltatási szerződéssel rendelkezik, vagy
- érvényes áram kereskedelmi szolgáltatási szerződéssel rendelkezik az E.ON Csoport valamely magyarországi tagjával, vagy
- érvényes földgáz-kereskedelmi szolgáltatási szerződéssel rendelkezik az E.ON Energiakereskedelmi Kft-vel
- a fogyasztási helyre nem rendelkezik előrefizetés mérővel
- folyószámla egyenlege a Csoportos Balesetbiztosításhoz való csatlakozása során nem mutat lejárt tartozást, és
- az általa tett csatlakozási nyilatkozattal kezdeményezte a Csoportos Balesetbiztosítás hatályának

a kiterjesztését saját magára, mint Biztosítotttra, illetve Család Csomag választása esetén a Közeli Hozzá tartozókra is.

Közeli Hozzá tartozó a Lakossági Ügyfél Biztosított házastársa, élettársa, egyenes ágbeli rokona, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermeke, örökbefogadó-, mostoha- és nevelőszülője, valamint testvére, aki a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában a 75. életévét még nem töltötte be.

A Csoportos Balesetbiztosításhoz a Lakossági Ügyfél Biztosított

- a Szerződő call centerén keresztül (rögzített telefonbeszélgetés során) telefonon, vagy
- a Szerződő internetes felületen megtett, vagy
- a Szerződő személyes értékesítést végző megbízottjának közreműködésével tett, vagy
- postai úton megküldött nyilatkozata alapján csatlakozik, melyet a Biztosító a biztosított jogviszony létrehozására alkalmas hatályos jognyilatkozatnak fogad el.

A Csoportos Balesetbiztosítás esetében a Biztosító a Biztosítási Feltételek biztosítotttra vonatkozó I.2.2. pont a), b), c) és d) alpontjait nem alkalmazza.

A Biztosító és a Szerződő a Biztosítottak belépését a Csoportos Balesetbiztosításba a Polgári Törvénykönyv 6:442. § (3) bekezdésében biztosított jogokkal élve kizárják.

I.2.3 Kedvezményezett

A Csoportos Balesetbiztosítás szolgáltatásaira jogosult személy. A Biztosított halála esetén örököse, a Biztosított életében esedékes szolgáltatások esetén pedig maga a Biztosított a kedvezményezett. A Szerződő nem kezdeményezi és nem járul hozzá, hogy a Biztosított maga vagy örökösei helyett más kedvezményezettet jelöljön.

III. A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSE

A Biztosító kockázatviselése a Csatlakozási Nyilatkozat megtételének napját követő nap 0.00 órájától kezdődik, kivéve a postai úton megküldött Csatlakozási Nyilatkozat esetén, ahol a kockázatviselés kezdete a Csatlakozási Nyilatkozat Szerződő általi érkeztetését követő nap 0:00 órája.

Az Aegon Csoportos Biztosítások Általános és Különös Feltételeinek Kiegészítő Záradéka az E.ON Otthonangyal Partner Csoportos Balesetbiztosítási Szerződéshez

A Biztosítottak biztosítási jogviszonyának tartama határozatlan, és a tartamon belül biztosítási időszakokra oszlik. A biztosítási időszak 1 év, amely a kockázatviselés kezdetét követő hónap első napján veszi kezdetét.

IV. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ÉS A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSÉNEK MEGSZŰNÉSE

IV.1. Minden Biztosított vonatkozásában megszűnik a Biztosító kockázatviselése, ha

- a Biztosító és a Szerződő a Biztosítási Szerződés közös megegyezéssel való megszüntetésében megállapodnak;
- a Szerződő a Biztosítási Szerződést - legkorábban annak hatályba lépésétől számított két év elteltét követően - bármelyik hónap végére felmondja;
- a Biztosító a Biztosítási Szerződést - legkorábban annak hatályba lépésétől számított két év elteltét követően - a biztosítási időszak utolsó napjára felmondja;
- a Biztosító vagy a Szerződő a Biztosítási Szerződést - a másik fél súlyos szerződésszegése esetén - azonnali hatállyal felmondja.

IV.2. A Biztosítási Szerződés megszűnése esetén, a Biztosító kockázatviselése Biztosítottanként az utolsó díjjal fedezett díjfizetési időszak utolsó napján 24 órákor szűnik meg.

IV.3. A Biztosító kockázatviselésének fenti IV.1 pont szerinti megszűnése ellenére sem szűnik meg a Biztosítottak biztosítási jogviszonya, ha a Biztosító és a Szerződő megállapodnak abban, hogy a Biztosítási Szerződésből eredő jogokat és kötelezettségeket – ún. állomány-átruházás keretében – egy másik biztosítótársaság vállalja át, mely esetben a Biztosítottak biztosítási jogviszonya változatlan tartalommal marad hatályban azzal, hogy a Biztosító helyébe egy másik biztosítótársaság lép.

IV.4. Az egyes Biztosítottak vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik az alábbi esetekben:

- Ha a Lakossági Ügyfél Biztosított a Biztosítóhoz intézett és az E.ON címére eljuttatott írásbeli nyilatkozattal, a biztosítási időszak végére, a fordulónapot megelőző 30. napig a Csatlakozási Nyilatkozatának visszavonásával a biztosítási jogviszonyát felmondja.

- Ha a Lakossági Ügyfél Biztosított távértékesítés útján – telefonon, vagy internetes felületen keresztül – csatlakozik a Csoportos Balesetbiztosítási Szerződéshez, és a csatlakozását követő 14. napig postára adott (postacím: 9002 Győr, Pf. 205) vagy telefaxon (faxszám: 06/96 521 735), vagy e-mail formájában (otthonangyal@eon-hungaria.com) elküldött, a Szerződőhöz intézett nyilatkozatával visszavonja a csatlakozási nyilatkozatát, a visszavonó nyilatkozat hatályosulásával;
- Ha a Lakossági Ügyfél Biztosított a fogyasztási helyen előfizetés mérőre tér át, az átállás hónapjának utolsó napján 24 órákor.
- Ha a Lakossági Ügyfél Biztosított az biztosítási díjat az esedékességtől számított 30 napon belül nem fizette meg. Ennek tényéről az E.ON a Biztosítót az esedékességtől számított 30. nap 24. órájáig tájékoztatja.
- Ha a Lakossági Ügyfél Biztosított áramellátási egyetemes szolgáltatási szerződése, vagy földgáz kereskedelmi szolgáltatási szerződése az E.ON Csoport valamely magyarországi tagjával bármely okból megszűnik.
- Családi Csomag esetén a Közeli Hozzá tartozó(k) vonatkozásában a Lakossági Ügyfél Biztosított biztosítási jogviszonyának megszűnésével, kivéve, ha a biztosítás díját folyamatosan megfizetik, mely esetben az utolsó díjjal fedezett díjfizetési időszak utolsó napján 24 órákor;
- A Lakossági Ügyfél Biztosított 75. életévének betöltésével, az életkor betöltése hónapjának utolsó napján 24 órákor, de csak a Lakossági Ügyfél Biztosított vonatkozásában, mert Családi Csomag esetén a 75. életévüket be nem töltött Közeli Hozzá tartozók vonatkozásában érvényben marad;

V. DÍJFIZETÉS

A biztosítási díj megfizetésére a Lakossági Ügyfél Biztosított köteles, melyet a Szerződő számláz ki és szed be a jelen csoportos biztosítási szerződéshez csatlakozó Lakossági Ügyfél Biztosítottaktól.

Az Aegon Csoportos Biztosítások Általános és Különös Feltételeinek Kiegészítő Záradéka az E.ON Otthonangyal Partner Csoportos Balesetbiztosítási Szerződéshez

VI. A SZERZŐDÉS MEGÚJÍTÁSA

A Csoportos Balesetbiztosítás határozatlan tartamára tekintettel a Biztosító a Biztosítási Feltételeknek a

szerződés megújításra vonatkozó VI. pontját nem alkalmazza.

A Biztosító szolgáltatásának általános szabályai azon biztosítások esetében, amelyek Speciális Feltételeiben erre a szakaszra hivatkozás történik: A Biztosított a 24 órás telefonos orvosi asszisztencia szolgáltatást a +36/1 461 15 81-es telefonszámon veheti igénybe.

VII. ELSZÁMOLÁS

A Csoportos Balesetbiztosításra a Biztosító a Biztosítási Feltételek elszámolásra vonatkozó VII. pontját nem alkalmazza.

Aegon Csoportos Biztosítások Általános Feltételek

I. ALAPVETŐ MEGHATÁROZÁSOK

- I.1.** A jelen feltételek alapján létrejövő szerződés (továbbiakban: Szerződés) keretében az AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt. (továbbiakban: Biztosító) csoportos kockázati élet-, baleset-, egészség- és speciális szolgáltatású egészségbiztosításokat nyújt. A Biztosítási szerződés alapján a biztosító a szerződésben meghatározott kockázatra fedezetet nyújt, és a kockázatviselés kezdetét követően bekövetkező biztosítási esemény bekövetkezése után a szerződésben meghatározott szolgáltatást teljesíti. Biztosítási szerződést az köthet, aki a biztosítandó személy(ek)hez fűződő jogviszony alapján a biztosítási esemény elkerülésében - életkor elérésére, születésre vagy házasságkötésre szóló életbiztosítás esetén a biztosítási esemény bekövetkezésében - érdekelt, vagy aki a szerződést az érdekelt személy javára köti meg. Az e rendelkezés ellenére kötött szerződés semmis.

A Szerződés részét képezi:

- a jelen Általános Feltételek,
- a Speciális Feltételek, amelyek a jelen Általános Feltételek Függelékét képezik (I.3. pont)
- az Ajánlat, amely
 - a Mellékletből (I.4. pont) és az annak részét képező Biztosítotti Nyilatkozatból (I.6. pont),
 - és az Adatközlőből (I.5. pont) áll,
- továbbá a szerződés létrejöttét igazoló Kötvény.

A Biztosítási Szerződés – a Szerződő írásbeli ajánlata alapján – a Szerződő és a Biztosító írásbeli megállapodásával jön létre, mely megállapodásról a Biztosító Fedezetet igazoló dokumentumot (továbbiakban: **Kötvény**) állít ki.

I.2. A biztosítás alanyai

I.2.1. Szerződő

Szerződő lehet bármely Magyarországon működő jogi személy, vagy egyéb gazdálkodó szervezet, amely az érdekkörébe tartozó természetes személyek számára a Biztosítóval a Szerződésben meghatározottak szerint csoportos biztosítást köt, és a díjfizetést teljesíti.

A Szerződő érdekkörébe tartozó természetes személy lehet különösen – szerződésben megjelölve - a Szerződő munkaviszony keretében foglalkoztatott

munkavállalója, megbízottja, tagja, tisztségviselője, annak hozzátartozója.

I.2.2. Biztosított

Biztosított az lehet, akit a Szerződő az Adatközlőben az I.5. pont szerint biztosításra jelöl, és egyidejűleg megfelel a Biztosító kockázatvállalási feltételeinek (III. fejezet), valamint az alábbiaknak:

- a) életkora 14 és 65 év között van;
- b) részére rokkantsági ellátást vagy rehabilitációs ellátást nem állapítottak meg, illetve munkaképesség csökkenésének megállapítására irányuló kérelem elbírálása az illetékes magyar szakigazgatási szervnél nincs folyamatban;
- c) jogviszonya illetve egyéb kapcsolata a Szerződővel az Ajánlaton részletezettek szerint fennáll. Ha a Szerződés bármilyen speciális szolgáltatású egészségbiztosítást is tartalmaz, vagy arra a későbbiekben kiterjesztik, úgy
- d) a Szerződővel munkaviszonyban áll, vagy a Szerződő által kölcsönzött munkaerő.

A Szerződés adott Biztosítottra vonatkozó teljes körű érvényességéhez a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Ezen hozzájárulását a Biztosított a Biztosítotti Nyilatkozat kitöltésével és annak sajátkezű aláírásával teszi meg.

A mennyiben a Biztosított a hozzájárulást nem írja alá, vagy ahhoz megfelelő formában nem járul hozzá, a szerződés rá vonatkozóan létrejöhet, de abban a kedvezményezett- jelölés nem érvényes.

A Szerződésbe a Biztosított szerződőként nem léphet be, csak a – Szerződő Biztosítóval egyeztetett – rá vonatkozó engedélye alapján.

Ha a Biztosított életkora a 18 évet nem éri el, akkor a Szerződés megkötéséhez a törvényes képviselőt gyakorló szülő engedélye is szükséges.

I.2.3. Kedvezményezett

A Biztosított életében járó valamennyi biztosítási szolgáltatás kedvezményezettje maga a Biztosított, feltéve, hogy a Biztosítotti Nyilatkozatban erről másképp – a Szerződővel egyetértésben – nem rendelkezik.

Aegon Csoportos Biztosítások Általános Feltételek

A Biztosított halála esetén a szolgáltatás(ok) igénybevételére a Biztosítotti Nyilatkozaton erre írásban megjelölt – Szerződő által is elfogadott – kedvezményezett(ek) jogosult(ak). Amennyiben együttes kedvezményezett jelölésre nem került sor, úgy a halál esetén járó szolgáltatási összeg(ek) a Biztosított örökösét/örököszeit illeti(k) meg.

A kedvezményezés bármely szolgáltatás vonatkozásában a Szerződő és a Biztosított a Biztosítóhoz intézett egybehangzó nyilatkozatával változtatható meg.

A kedvezményezett jelölés hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal, gazdálkodó szervezet kedvezményezettként jelölése esetén a jogutód nélkül megszűnés jelenti a jelölés hatálytalanná válását. Amennyiben új kedvezményezett jelölésre nem került sor, úgy a halál esetén járó szolgáltatási összeg(ek) a Biztosított örökösét/örököszeit, a biztosított életében esedékes szolgáltatások pedig a biztosítottat illeti(k) meg.

I.3. A Függelék tartalma

A Függelék tartalmazza azon biztosítási termékek Speciális Feltételeit (biztosítási események, biztosítási szolgáltatások, kiegészítő feltételek), amelyeket a Szerződő a Szerződés keretében választhat.

A Speciális Feltételek az adott biztosításokra csak az Általános Feltételekkel együttesen és az egyértelmű felsorolásban szereplő kockázatokra és Biztosítottakra érvényesek.

I.4. A Melléklet tartalma

A Melléklet tartalmazza:

- azon csoportok meghatározását (munkakörök, besorolások, kapcsolatok stb.), amelyekre a Szerződő a Biztosítóval a Szerződés keretében biztosítást köt,
- az egyes csoportokhoz kapcsolódó biztosítási termékek felsorolását a Függelékben foglaltak alapján,
- kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosítások esetében az egyes csoportokra vonatkozó biztosítási összegek nagyságát az adott biztosítási termék(ek) szerint. A biztosítási összegek lehetnek azonos mértékűek (fixek), vagy bérarányosak, de adott csoporton belül szolgáltatásonként minden csoporttagra azonos szabályt kell alkalmazni,

- speciális szolgáltatású egészségbiztosítások esetében az egyes csoportokra vonatkozó limiteket az adott biztosítási termék szerint,
- a biztosítási időszakok meghatározását,
- az Adatközlő adattartalmának meghatározását a díjszámítás és az elszámolás vonatkozásában,
- a Biztosítotti Nyilatkozatok tartalmát.

A Melléklet tartalmazza továbbá azon záradékokat, amelyek a Szerződés fennállásának, megújításának, a Biztosító kockázatvállalásának, valamint az elszámolás módjának az Általános és Speciális Feltételektől eltérő, illetve azokat kiegészítő, közös megegyezéssel elfogadott szerződési feltételeit tartalmazzák.

I.5. Az Adatközlő tartalma

Az Adatközlő tartalmazza az egyes biztosításra jelölt személyek besorolását a Mellékletben megadott csoportokba, valamint a Biztosító által kért és a Mellékletben meghatározott, szükséges adatokat.

I.6. A Biztosítotti Nyilatkozatok

A Biztosítotti Nyilatkozatok tartalmazzák a kedvezményezettek megjelölését, a biztosításra jelöltek (vagy törvényes képviselőt gyakorló szülőjüket) beleegyező nyilatkozatait, valamint a biztosítás elvállalására és a kockázatviselésre vonatkozóan az I.4. pont f) alpontjában a Mellékletben meghatározott információkat.

II. A CSOPORTOS BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE ÉS TARTAMA

- A Szerződés a Szerződő által aláírt Ajánlat valamennyi elemének a Biztosítóhoz való beérkezését követően, a Mellékletben meghatározott nap 0. órájával lép hatályba, feltéve, hogy az utóbb a Biztosító által is elfogadásra kerül. Az Ajánlat kézhezvételétől számított 15 napon belül a Biztosító kockázat-elbírálásra jogosult.
A Szerződés a kockázat-elbírálási határidő leteltével visszamenőlegesen akkor is létrejön, ha az Ajánlat elfogadásáról a Biztosító addig nem nyilatkozik.
A Szerződés a Mellékletben meghatározott tartamra, ezen belül ugyancsak a Mellékletben definiált hosszúságú (legfeljebb egy éves) biztosítási időszakokra jön létre. Az első biztosítási időszak – az ajánlat aláírásának időpontjától függően – törtidőszak is

Aegon Csoportos Biztosítások Általános Feltételek

lehet. A szerződéskötést követő minden biztosítási időszak első napja az aláírást követő hónap elseje egyben a Szerződés fordulónapja (továbbiakban: fordulónap), egyben megszűnésének napja is, ha a felek a szerződés feltételeiben a következő évre nem tudtak megállapodni.

- II.2.** A Szerződés minden biztosítási időszakra a Szerződő és a Biztosító írásbeli megállapodásával, az előző időszakban bekövetkezett változások figyelembevételével, az új időszakra esedékes szolgáltatások és díjak vonatkozásában megújítandó (VI. fejezet).

Nem válik a Szerződés tartalmává bármely olyan szokás, amelynek alkalmazásában a Szerződő és a Biztosító korábbi üzleti kapcsolatukban megegyeztek, és más gyakorlat, amelyet egymás között kialakítottak, hacsak az előbbieik alkalmazásában a Szerződésben nem állapodnak meg. Nem válik továbbá a Szerződés tartalmává a biztosítási szektorban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás, akkor sem, ha a Szerződés azzal ellentétes kikötést nem tartalmaz, vagy arról nem rendelkezik.

III. A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVÁLLALÁSA

- III.1.** A Szerződő vállalja, hogy biztosításra jelöli mindazon – az érdekkörébe tartozó – személyeket, akik megfelelnek az I.2.2 pontban meghatározott feltételeknek, és akik a Mellékletben meghatározott, biztosítani kívánt csoportokba tartoznak.
- III.2.** Az Ajánlatban közöltektől függően – a Mellékletben meghatározottak szerint – a Biztosító az egyes csoportokra vonatkozóan egészségi nyilatkozatot kérhet.
- III.3.** A Biztosítónak az Ajánlat kézhezvételétől, illetve a Szerződés hatályba lépését követően beléptetendő Biztosítottak esetében a biztosításra jelölés kézhezvételétől (III.7.) számított 15 napon belül jogában áll a biztosításra jelölt személyek vonatkozásában kockázatszűlyösbitást alkalmazni, kockázatviselésének mértékét korlátozni, illetve a kockázat vállalását megtagadni.
- III.4.** Azon Biztosítottak esetében, akikre vonatkozóan a Biztosító a Mellékletben meghatározottak szerint egészségi nyilatkozatot kért a Biztosító a kockázat-elbírálás lezárását követően vállal fedezetet a III.3. pontban meghatározottak szerint.

- III.5.** A Biztosító a Szerződésben szereplő egyes biztosítással kapcsolatban várakozási időt köthet ki. A Biztosító a várakozási időt az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számítja. A várakozási idő alatt bekövetkezett biztosítási eseményekre a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll fenn.

- III.6.** A Szerződés megkötésekor azok esetében,
- akiket a III.1. pont alapján a Szerződő biztosításra jelölt,
 - akik a Szerződés megkötésekor megfelelnek az I.2.2 pont alatt definiált a)-c) pontokban foglaltaknak,
 - amennyiben a Szerződés speciális szolgáltatású egészségbiztosítást is tartalmaz, a biztosításra jelölt személyeknek meg kell felelniük az I.2.2. pont d) pontban foglaltaknak is,
 - és akiket a Biztosító a III.3. pont alapján nem utasít el, a Biztosító kockázatviselése – várakozási idő kivételével - a Szerződés hatályba lépésével (II.1 pont) kezdődik.

- III.7.** A Szerződés hatályba lépését követően biztosításra jelölt személy az azt követő nap 0. órájától válik biztosítottá, amikor
- a Szerződő őt a III.1. pont alapján a Biztosított Nyilatkozatnak és az Adatközlő rá vonatkozó kiegészítésének a Biztosítóhoz történő eljuttatásával biztosításra jelöli, és
 - rá nézve a I.2.2 pont alatt definiált a)-c) feltételek teljesülnek, feltéve, hogy a III.3. pont szerint a Biztosító a kockázat vállalását nem tagadja meg.

Amennyiben a Szerződés speciális szolgáltatású egészségbiztosítást is tartalmaz, a biztosításra jelölt személyeknek meg kell felelniük az I.2.2. pont alatt definiált d) pontban foglalt feltételeknek. Ilyen esetben az adott biztosításra jelölt személy az azt követő hónap 1. napjának 0. órájától válik biztosítottá, hogy a Szerződő őt a III.1. pont alapján a Biztosított Nyilatkozatnak és az Adatközlő rá vonatkozó kiegészítésének a Biztosítóhoz történő eljuttatásával biztosításra jelöli.

Aegon Csoportos Biztosítások Általános Feltételek

IV. A SZERZŐDÉS ÉS A KOCKÁZATVISELÉS MEGSZŰNÉSE

IV.1. A Szerződés megszűnik:

- a tartam végén, kivéve, ha a felek megállapodnak a Szerződés újabb határozott tartamra történő meghosszabbításáról a megújítási eljárás (VI. fejezet) szabályai szerint; vagy
 - díjnemfizetés esetén az V.3, V.4 pontban foglaltak szerint; vagy
 - ha a Szerződő jogutód nélkül megszűnik, úgy a jogutód nélküli megszűnés időpontjával; vagy
 - a biztosítási időszak végével, megújítási megállapodás (VI. fejezet) hiányában, ha a felek halasztásban (VI.3.) sem állapodtak meg; vagy
 - a halasztási időszak végével a VI.3. pontban foglaltak szerint, ha a felek ugyan halasztásban megállapodtak, de megújítási megállapodás (VI. fejezet) nem jött létre.
- A felek a d) és e) pontban foglaltakat a Szerződés közös megegyezéssel történő megszüntetésének tekintik.

Abban az esetben, ha a szerződés a b) pontban foglaltak szerint a díj meg nem fizetése következtében szűnt meg, a szerződő fél a megszűnés napjától számított százhusz napon belül írásban kérheti a biztosítót a kockázatviselés helyreállítására. A biztosító a biztosítási fedezetet a megszünt szerződés feltételei szerint helyreállíthatja, feltéve, hogy mind a korábban esedékesé vált mind az eltelt időszakokra járó biztosítási díjat a szerződő megfizeti.

IV.2. Az egyes biztosítottak vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik az alábbi esetekben:

- ha a IV.1. pontban szereplő megszűnési ok bármelyike bekövetkezik, és a szerződővel kötött szerződés megszűnik
- ha a Biztosítottra vonatkozóan az I.2.2 pont alatt definiált a)-b) feltételek bármelyike már nem áll fenn, úgy a feltétel megszűnése hónapjának végével;
- ha a Biztosított már nem tartozik egyik biztosításra jogosító csoportba sem, úgy
 - kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosítás esetében a csoportokba tartozás megszűnését követő nap 0. órájától;

- speciális szolgáltatású egészségbiztosítás esetében a csoportokba tartozás megszűnését követő hónap 1. napjának 0. órájától;
- közlési kötelezettség megsértése esetén a IX.5. pontban foglaltak szerint;
 - a Biztosított halálával.

IV.3. Az egyes Biztosítottak vonatkozásában a biztosítási Szerződés fennállása során a Biztosító kockázatviselése az alábbiak szerint megváltozik:

50%-os vagy ezt meghaladó egészségkárosodás (rokkantság) miatti, rokkantsági vagy rehabilitációs ellátás megállapítását tartalmazó szakigazgatási határozat jogerőre emelkedésével az adott Biztosítottra vonatkozóan a fennálló kockázati élet-, illetve baleseti halál esetére szóló biztosítás kivételével a többi biztosítás automatikusan megszűnik, függetlenül attól, hogy a határozat később módosításra, visszavonásra kerül-e vagy sem.

V. DÍJFIZETÉS

- A Biztosító a csoportos biztosítás érvényes díját a vállalt kockázatok alapján a díjszabások szerint a Mellékletben rögzített biztosítási időszakokra vonatkozóan állapítja meg. Az első díj a Mellékletben meghatározott napon esedékes a folytatólagos díjak pedig a biztosítási időszakok első napján esedékesek.
- A szerződő felek részletfizetésben is megállapodhatnak. A részletfizetésnek megfelelő díjfizetési gyakoriságot a Melléklet tartalmazza. Az egyes díjrészletek mindig a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő időszakok első napján előre esedékesek, bármely részlet elmaradása az egész időszakra eső díjat egy összegben teszi esedékesé.
- A csoportos biztosítás díját az összes Biztosítottra vonatkozóan – a díj (díjrészlet) esedékességének megfelelően – egyösszegben kell megfizetni. Amennyiben a Szerződő a biztosítás érvényes díjánál (díjrészleténél) kevesebbet fizet, úgy a díj nemfizetés esetére vonatkozó szabályok lépnek életbe (V.4. pont).
- Ha a Szerződő a csoportos biztosítás érvényes díját (díjrészletét) az esedékesség napjáig nem egyenlíti ki, úgy a Biztosító - a következményekre történő figyelmeztetés mellett - a Szerződőt a felszólítás elküldésétől számított harminc napos póthatáridő

Aegon Csoportos Biztosítások Általános Feltételek

tűzésével a díjfizetés teljesítésre írásban felhívja. Amennyiben a Szerződő az elmaradt díjat ezen idő alatt sem fizeti meg, és a biztosító a követelését bírósági úton nem érvényesíti vagy a felek halasztásban sem állapodnak meg, úgy a Szerződés az első elmaradt esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik.

- V.5.** Amennyiben a Biztosító kockázatviselésének ideje alatt biztosítási esemény következik be, úgy az adott biztosítási időszakra járó esetlegesen elmaradt díjat a Biztosítónak jogában áll a kifizetésre kerülő szolgáltatás(ok) összegéből levonnia.
- V.6.** Amennyiben a szerződés a IV.1. c) pontban foglaltak miatt megszűnik és a szerződő az időarányos díjnál több díjat fizetett be, úgy a biztosító a díjtöbbletet köteles visszatéríteni. A díjtöbblet megállapítására rendkívüli elszámolás keretében kerül sor a VII. pontban leírtak szerint.
- V.7.** A Biztosító a teljes biztosítási időszakra járó díjat az első évben bírósági úton érvényesítheti. Ezt követően csak akkor élhet e jogával, ha abban az évben a szerződő fél a díjfizetést már megkezdte vagy a díjfizetés halasztásában állapodtak meg.
- V.8.** Amennyiben a Szerződő a díjat – díjátvételre biztosítói meghatalmazással rendelkező – többes ügynököknek fizette – legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon – a biztosító számlájára vagy pénztárába beérkezettnek kell tekinteni, a szerződő fél azonban bizonyíthatja, hogy a díj korábban érkezett be.

VI. A SZERZŐDÉS MEGÚJÍTÁS

- VI.1.** A Szerződés megújítása az új biztosítási időszakban érvényes szolgáltatásokra és díjra vonatkozó megállapodás az előző biztosítási időszakban bekövetkezett változások figyelembevételével.

A soron következő biztosítási időszakra vonatkozó megújítás esetén (II.2. pont) a Szerződő a Mellékletben meghatározott időpontig köteles a Biztosító számára megújítási szándékát írásban jelezni, ehhez csatoltan pedig új Ajánlatot benyújtani. Az új Ajánlatnak a korábbi Ajánlattól való eltéréseket kell tartalmaznia.

- VI.2.** Az új Ajánlat valamennyi szükséges elemének kézhezvételétől számított 15 napon belül a Biztosító kockázat-elbírálásra jogosult (III.3.). A kockázat-

elbírálást követően az új Ajánlatnak a Biztosító általi írásbeli elfogadásával létrejön a szerződő felek megállapodása a Szerződés megújításáról, így az új érvényes díjról és biztosítási szolgáltatásokról is.

A megújítási megállapodás a fenti határidő leteltével akkor is létrejön, ha az új Ajánlat elfogadásáról a Biztosító addig nem nyilatkozik.

- VI.3.** Amennyiben a Szerződés megújításáról a fordulónapot megelőzően nem jön létre megállapodás, úgy a szerződő felek a fordulónapot megelőzően írásban megegyezhetnek az aktuális megújítás határidejének, egyben hatálybalépésének valamely egész hónappal történő elhalasztásáról.

Halasztás esetén, annak időtartama alatt a Biztosító szolgáltatásait a megelőző biztosítási időszakban érvényes biztosítási összeg(ek) szerint nyújtja. Ezen összeg(ek) és a Biztosító rendelkezésére álló, a Biztosítottakra vonatkozó információk alapján meghatározásra kerül a halasztás időszakára érvényes biztosítási díj, melynek megfizetése a halasztási időszak első napján előre és egyösszegben esedékes.

Amennyiben a halasztás időszaka alatt sem jön létre megállapodás a Szerződés megújításáról, úgy a Szerződés a halasztási időszak végével megszűnik.

- VI.4.** A halasztási időszak alatt létrejövő megújítási megállapodás szerinti érvényes díj első esedékessége megegyezik a megújítás hatályba lépésével, a további díj, illetve díjrészek pedig az V.1., illetve az V.2. pont szerint esedékesek.

- VI.5.** Ha a szerződéskötést követően a biztosítási szerződésre tekintettel igénybe vehető adókedvezményre vagy adójóváírásra jogosító jogszabályi feltételek megváltoznak, a Biztosító a jogszabályváltozás hatálybalépését követő 60 napon belül javaslatot tehet a Szerződés vagy az ennek részét képező Általános Feltételek megváltozott szabályozásra tekintettel történő módosítására annak érdekében, hogy a Szerződés tartalma az adókedvezmény vagy adójóváírás igénybevételére jogosító feltételeknek megfeleljen.

Ha a Szerződő a módosító javaslatot az arról szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül nem utasítja el, a Szerződés a módosító javaslatban

Aegon Csoportos Biztosítások Általános Feltételek

meghatározott feltételekkel a jogszabályváltozás hatálybalépésének időpontjával módosul. A módosító javaslat Szerződő általi elutasítása nem adhat alapot a Szerződés Biztosító általi felmondására.

VII. ELSZÁMOLÁS

VII.1. A Szerződő a fordulónapot követő 30 napon belül köteles a Biztosító számára az Adatközlő azon adatait megküldeni, amelyek a lezárult biztosítási időszakra vonatkoznak.

VII.2. A Biztosító az Adatközlő tartalma alapján, a kézhezvételtől számított 30 napon belül díjelszámolást küld a Szerződőnek a lezárult biztosítási időszakra vonatkozóan. Az elszámolás a lezárult biztosítási időszak során a Biztosítottak körében bekövetkezett változások miatti díjtúlfizetést, illetve díjelmaradást tartalmazza. A Szerződő és a Biztosító a Mellékletben megállapodhatnak a biztosítási időszakon belüli elszámolásról is.

VII.3. A díjelszámolás pénzügyi rendezése annak a Szerződőhöz való megküldésétől számított 30 napon belül esedékes.

VIII. A BIZTOSÍTÁSI KOCKÁZAT JELENTŐS NÖVEKEDÉSE

VIII.1. Ha a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított tizenöt napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.

VIII.2. Ha a szerződő fél a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított tizenöt napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított harmincadik napon megszűnik, ha a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő fél figyelmét felhívta.

VIII.3. Ha a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése csak egyes Biztosítottakkal összefüggésben merül fel, úgy a Biztosító a VIII.1 és VIII.2. pontban leírtakat kizárólag az érintett Biztosított(ak) vonatkozásában gyakorolhatja.

IX. KÖZLÉSI KÖTELEZETTSÉG ÉS MEGSÉRTÉSÉNEK KÖVETKEZMÉNYEI

- IX.1.** a) A Szerződő és a Biztosított a szerződéskötés és a Szerződés fennállása során köteles a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt, adatot a valóságnak megfelelően közölni a Biztosítóval, amelyet ismert vagy ismernie kellett, és amelyre vonatkozóan a Biztosító kérdést tett fel. A közlési kötelezettség a Szerződőt és a Biztosítottat egyaránt terheli.
- b) A Szerződő a Szerződés fennállása során köteles a következő lényeges körülményeket a bekövetkezésüket követő első Adatközlőben a Biztosító tudomására hozni:
- amennyiben az illetékes magyar szakigazgatási szerv az adott biztosítottra vonatkozóan határozatot hozott az I.2.2. b) pontjában foglaltak vonatkozásában;
 - amennyiben az adott Biztosított munkaviszonya szünetel az I.2.2. d) pont szerint (kizárólag abban az esetben, ha a Szerződés speciális szolgáltatású egészségbiztosítást is tartalmaz, vagy arra kiterjesztik).

IX.2. A Szerződő és a Biztosított kötelesek az általuk közölt adatok ellenőrzését a Biztosító részére lehetővé tenni.

IX.3. Közlési kötelezettség megsértése esetén a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító ismerte, illetve, hogy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.

IX.4. Amennyiben szerződői, vagy biztosított közlés alapján vagy annak hiányában a szükségesnél alacsonyabb biztosítási díj kerül megállapításra, úgy az adott Biztosított vonatkozásában a biztosítási esemény bekövetkezésekor a tényleges díjfizetésnek a díjalkuláció szerint megfelelő biztosítási összeg kerül kifizetésre. Ha a megállapított díj meghaladja a szükséges mértéket, úgy a díjtúlfizetés az elszámolás során beszámításra kerül.

IX.5. Ha a közlési kötelezettség megsértéséről a Biztosító a biztosítás fennállása alatt szerez tudomást, akkor a tudomására jutástól számított 15 napon belül a Szerződés adott biztosítottra vonatkozó módosítására javaslatot tehet, vagy a biztosítottra vonatkozó szerződést felmondhatja.

Aegon Csoportos Biztosítások Általános Feltételek

Amennyiben a javaslatot a Szerződő 15 napon belül elfogadta, úgy a Szerződés az adott Biztosított(ak) vonatkozásában a Biztosító javaslata szerint módosul. Ha a szerződő fél a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított tizenöt napon belül nem válaszol, úgy az adott Biztosítottra vonatkozó szerződés a módosító javaslat közlésétől számított harmincadik napon megszűnik.

- IX.6.** Élet- és egészségbiztosítási szolgáltatás tekintetében a közlési kötelezettségsértés következményeit az adott Biztosítottra folyamatosan fennálló Szerződés első öt évében lehet alkalmazni, a közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a biztosító kötelezettsége, ha az adott Biztosítottra vonatkozó szerződés létrejöttétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt.

X. KIZÁRÁSOK A KOCKÁZATVISELÉSBŐL, MENTESÜLÉSEK

- X.1.** A csoportos biztosítási Szerződés nem nyújt fedezetet azon eseményekre, amelyek bekövetkezése, illetve mértéke, súlyossága okozati összefüggésben van a következőkben felsoroltak bármelyikével:

- államok közötti fegyveres összeütközés, polgárháború, vagy más harci cselekmény;
- sugárfertőzés;
- a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 2 éven belül elkövetett öngyilkossága, öngyilkossági kísérlete;
- a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye;
- baleset és egészségbiztosítás esetén a biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyos gondatlansága.

A Szerződés szempontjából öngyilkoságnak, öncsonkításnak számít az is, ha azt a Biztosított tudatzavarban vagy kábítószeres befolyásoltság állapotában követte el.

- X.2.** Amennyiben a Biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszti életét, a Biztosító az örökös részére fizeti ki a szolgáltatást, és abból a kedvezményezett akkor sem részesülhet, ha egyébként örökös volna.

Amennyiben a Biztosított életében esedékes valamely szolgáltatásra nem a Biztosított jogosult, és a biztosítási esemény a kedvezményezett szándékos magatartása következtében következik be, úgy a biztosítási szolgáltatásra a kedvezményezett helyett a Biztosított a jogosult.

XI. VEGYES RENDELKEZÉSEK

- XI.1.** A Biztosító teljesítésének feltételei kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosítások esetében az alábbiak.

- A biztosítási esemény bekövetkeztét – a szolgáltatás iránti igénygel együtt – 30 napon belül kell a Biztosítónak bejelenteni. A biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a szerződő fél, illetve a biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését 30 napon belül a biztosítónak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlenülé válik.
- A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás(ok) kifizetéséhez – a vonatkozó Speciális Feltételekben meghatározottakon kívül – az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:
 - a szolgáltatás iránti igénybejelentés; a biztosítás adott biztosítottra vonatkozó érvényességének és szükség esetén a díjfizetésnek az igazolása;
 - a kedvezményezetttség megállapításához szükséges okirat, beleértve a Biztosított nyilatkozatot, illetve kedvezményezett-jelölés hiányában az I.2.3. pont szerinti kedvezményezett(ek)et igazoló okirat (jogerős közjegyzői végzés, öröklési bizonyítvány, bírósági ítélet);
 - hatósági eljárás esetén az eljárást megtagadó vagy megszüntető határozat, illetve ítélet, határozat.
- A Biztosító a szolgáltatása teljesítésének esedékességét csak olyan okirat bemutatásától teheti függővé, amely a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértéknek meghatározásához szükséges.
- A Biztosító a biztosítási szolgáltatás teljesítésének esedékességét a bejelentett biztosítási esemény tekintetében indult büntető- vagy szabálysértési eljárás jogerős befejezéséhez nem kötheti.
- a Biztosítottnak minden esetben joga van azonban olyan további bizonyítékok felmutatására, amelyeket – a bizonyítás általános szabályai szerint – követelésének érvényesítéséhez szükségesnek lát.

Aegon Csoportos Biztosítások Általános Feltételek

- f) A Biztosító szolgáltatásait az elbíráláshoz szükséges összes irat kézhezvételétől számított 30 napon belül köteles teljesíteni. A Biztosító a kifizetést forintban, illetve assistance szolgáltatás esetében természetben teljesíti.
- XI.2.** A Biztosító szolgáltatásának általános szabályai azon biztosítások esetében, amelyek Speciális Feltételeiben erre a szakaszra hivatkozás történik:
- a) A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Speciális Feltételekben meghatározott olyan orvosi és egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki, amelyeket a Biztosítóval szerződésben álló szolgáltatók (a továbbiakban: Egészségügyi Szolgáltató) nyújtanak.
- b) A Biztosítottnak a Biztosító által a Szerződésben foglaltak szerint nyújtott speciális szolgáltatású egészségbiztosításra vonatkozó igényét a 06/1 461 15 17-es „Aegon Doktor” telefonszámon kell bejelentenie. A Szerződésben foglalt szolgáltatásoknak más úton történt bejelentése nem minősül elfogadható bejelentésnek, annak eredményeként szolgáltatás igénybe nem vehető.
- c) Az „Aegon Doktor” a Biztosító által nyújtott speciális szolgáltatású egészségbiztosítások alapja. Az „Aegon Doktor” napi 24 órában, megszakítás nélkül működő telefonos assistance szolgáltatás, melyen keresztül a Biztosított egészségügyi végzettségű személyzettől szakmai tanácsokat és egészségügyi szolgáltatásokkal, valamint közegészségügyi intézményekkel kapcsolatos információkat kérhet, továbbá a Szerződésben foglalt speciális szolgáltatású egészségbiztosításokkal kapcsolatban igényt jelenthet be. Az „Aegon Doktor” szolgáltatás nyújtója a Szerződésben szereplő speciális szolgáltatású egészségbiztosítások szervezője (a továbbiakban: Szolgáltatásszervező).
- d) A biztosítási eseménynek minősülő és a Szolgáltatásszervező által nyújtott egészségügyi szolgáltatások igénybevételét nem kell külön bejelenteni a Biztosítónak.
- e) A Szolgáltatás nyújtása illetve megszervezése megtagadható, ha a Szerződésben, különösen az Általános és Speciális Feltételekben szereplő feltételek bármelyike (biztosítás hiánya, megszűnése, illetve mentesülés vagy kizárás) nem teljesül, vagy az esemény nem biztosítási esemény).
- f) A Szolgáltatásszervező és a Biztosító nem vállal felelősséget akár javasolt, akár más, harmadik egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások szakmai minőségéért, illetve annak során esetleg a Biztosítottnak okozott károkért.
- g) A Biztosító a Szolgáltatásszervezővel kötött megállapodás alapján jogosult megismerni akár a biztosított igényének, akár a Szolgáltatásszervező biztosítással kapcsolatos tevékenységének elbírálásához szükséges iratokat (ideértve a kiszervezési szerződésben, a biztosítási feltételekben meghatározott dokumentumokat, illetve hatósági eljárás esetén az azt megtagadó vagy megszüntető határozatot, illetve ítéletet vagy bírósági és más hatósági határozatot).
- XI.3.** A csoportos biztosításból eredő igények elévülési ideje 2 év.
- XI.4.** A Szerződés hatálya alá tartozó biztosítások kockázati életbiztosításnak, illetve kiegészítő csoportos baleset- és egészségbiztosításoknak minősülnek. Nem vásárolhatók vissza, nem díjmentesíthetők, és rájuk kölcsön sem igényelhető, megszűnésük esetén maradékjogok nem keletkeznek.
- XI.5.** A Szerződés hatálya alá tartozó biztosítások esetében az adott biztosított vonatkozásában, az adott biztosítási időszakra vonatkozó biztosítási összeg az ugyanazon biztosítási időszakban bekövetkezett biztosítási esemény miatt kifizetett összeggel csökken. Fedezetfeltöltésre lehetőség nincs. A szerződő kérheti a teljes díj befizetésével a fedezet ismételt megadását.
- XI.6.** A Biztosító a Szerződőt évente írásban tájékoztatja a biztosítás aktuális állapotáról, valamint az Általános és Speciális Feltételek módosításáról.
- XI.7.** A kitöltött Biztosítotti Nyilatkozatoknak, valamint a Biztosítóhoz való minden bejelentésnek a Biztosítóhoz történő eljuttatása a Szerződő kötelessége. A Biztosító a biztosítási Szerződéssel kapcsolatos minden közlést a Szerződőhöz intézi. A Szerződő köteles a hozzá intézett nyilatkozatokról, a biztosítási Szerződés tartalmáról, az abban bekövetkező valamennyi változásról a Biztosítottakat tájékoztatni.

Aegon Csoportos Biztosítások Általános Feltételek

- XI.8.** a) A Szerződő a Szerződés aláírásával hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosító a Szerződés körében a személyes és különös adatokat kezelje, és a 2014. évi LXXXVIII. törvény (továbbiakban Bit) 135-150. 1. §-ai alapján azokat jogszerűen harmadik személynek átadja.
- b) A Biztosító a személyes adatokat a Szerződés részét képező, a Szerződő aláírásával elfogadott „Tájékoztatás és nyilatkozat az adatkezelésről” okirat figyelembevételével kezeli.
- XI.9.** A Szerződés megkötését megelőzően a Biztosító vagy annak megbízott közvetítője elvégezte a biztosítási igények felmérését, amelyre tekintettel a szerződő életbiztosításokra vonatkozóan átvette a termékismertetőt, aláírásával hitelesítve.
- XI.10. Biztosítási titok**
- a) A biztosító vagy a viszontbiztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet.
- b) Az a) bekezdésben meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést biztosító vagy viszontbiztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány, és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.
- c) A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül - ha törvény másként nem rendelkezik - titoktartási kötelezettség terheli a biztosító vagy viszontbiztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.
- XI.11.** Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvényben (a továbbiakban: Eüak.) meghatározott egészségügyi adatokat a biztosító a XI.10. a) bekezdésben meghatározott célokból, az Eüak. rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.
- XI.12.** Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha
- a) a Biztosító vagy a viszontbiztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
- b) e törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.
- XI.13.** A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége
- a) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn
- aa) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- ab) a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel,
- ac) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási határozatok bírósági felülvizsgálata során eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal,
- ad) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
- ae) a b) bekezdésben foglalt esetekben az adóhatósággal, af) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal, ag) a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal, ah) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- ai) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel,
- aj) törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- ak) a viszontbiztosítóval, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- al) a törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvény-nyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervvel, a kártörténeti nyilvántartást vezető kárnyilvántartó szervvel, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárművekkel kapcsolatos közúti közlekedési igazgatási feladatokkal összefüggő hatósági ügyekben a közlekedési igazgatási hatósággal,

Aegon Csoportos Biztosítások Általános Feltételek

- valamint a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatalával,
- am) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében - az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint - az átvevő biztosítóval,
- an) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében és az ezen adatok egymás közti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát és a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, továbbá - a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján - a károkozóval,
- ao) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,
- ap) fióktelep esetében - ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal - a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel,
- aq) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,
- ar) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal, as) a mezőgazdasági biztosítási szerződés díjához nyújtott támogatást igénybe vevő biztosítottak esetében az agrárkár-megállapító szervvel, a mezőgazdasági igazgatási szervvel, az agrárkár-enyhítési szervvel, valamint az agrárpolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium irányítása alatt álló, gazdasági elemzésekkel foglalkozó intézménnyel.
- b) Az a) bekezdés ae) pontja alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.
- c) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a Hpt.-ben meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját.
- d) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA-törvény) alapján az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.
- e) A biztosító vagy a viszontbiztosító az a) és g) bekezdésekben, a XI.12., a XI.13. és a XI.14. a)-b) pontokban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja.
- f) A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül az a) bekezdésben meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.
- g) A biztosító vagy a viszontbiztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az ügyészség, továbbá az ügyész jóváhagyásával a nyomozó hatóság írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul, írásban tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet
- ga) a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerezellel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal való visszaéléssel, terrorcselekménnyel,

Aegon Csoportos Biztosítások Általános Feltételek

- robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
- gb) a Btk. szerinti kábítószer-keresedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal való visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.
- h) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító vagy a viszontbiztosító az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.
- i) Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.
A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn továbbá abban az esetben, ha
- j) a magyar bűnüldöző szerv - nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából - írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot,
- k) 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.
- aa) ha a biztosító ügyfele (a továbbiakban: adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
ab) 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 (a továbbiakban: Infotv.) 8. § (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.
- b) A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.
Nem jelenti továbbá a biztosítási titok sérelmét
- c) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- d) fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
- e) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
- f) a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.
- g) A c)-f) pontokban meghatározott adatok átadását a biztosító és a viszontbiztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

XI.15. Adatkezelés, adattovábbítás, adatszolgáltatás

XI.14. A biztosítási titok sérelme

- a) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító és a viszontbiztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben:

- a) Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított öt év elteltével, a XI.11. pont alá eső adatok vagy az Infotv. szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén húsz év elteltével törölni kell.
- b) A biztosító és a viszontbiztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a XI.12. a) bekezdés ab), af) és aj) pontjai, illetve a XI.13. g) bekezdése alapján végzett adattovábbításokról.
- c) A biztosító és a viszontbiztosító a személyes adatokat a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig

Aegon Csoportos Biztosítások Általános Feltételek

a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

- d) A biztosító és a viszontbiztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.
- e) A biztosító 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.
- f) E törvény alkalmazásában az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.
- g) Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.
- h) Biztosító és a viszontbiztosító jogutód nélküli megszűnése esetén a biztosító és a viszontbiztosító által kezelt üzleti titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított hatvan év múlva a levéltári kutatások céljára felhasználható.
- i) Nem lehet üzleti titokra vagy biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó - az Infotv.-ben meghatározott - adatszolgáltatási kötelezettség esetén.
- j) Az üzleti titokra és a biztosítási titokra egyebekben a Ptk.-ban foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.

XI.16. A veszélyközösség védelme érdekében:
A Biztosító (e pont alkalmazásában: megkereső biztosító) - a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében - a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz az e biztosító által - a XI.10. pontban meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak figyelembevételével - kezelt és a paragrafusban meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve,

ha a megkereső biztosító erre vonatkozó jogosultsága a biztosítási szerződésben rögzítésre került.

- XI.17.** Az Ajánlat és biztosított nyilatkozat aláírásával a Szerződő és a Biztosított felmenti az orvosi titoktartás alól egyrészt a kezelő és vizsgáló orvosokat, egészségügyi intézményeket, másrészt a társadalombiztosítási igazgatási szerveket azon – az egészségi állapottal, fennálló és korábbi betegségekkel, balesetekkel, esetleges halál bekövetkeztével összefüggő – adatoknak a Biztosító részére való továbbítása tekintetében, amelyek a Biztosító számára a kockázat vagy a szolgáltatási igény elbírálásához szükségesek.
- XI.18.** Ha a Szerződő/Biztosított a biztosítási Szerződés szempontjából lényeges körülmények vonatkozásában a titoktartási kötelezettség alól a kezelőorvosokat nem menti fel, de a Szerződés létrejött, úgy a Biztosító annyiban mentesül a fizetési kötelezettség alól, amelynyiben emiatt a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.
- XI.19.** A Szerződésre a hatályos Személyi jövedelemadóról (továbbiakban: Szja) szóló törvény, és az Adózás rendjéről szóló törvény (továbbiakban: Art) megfelelő rendelkezései érvényesek. Ha a Szerződő az Art. szerint kifizetőnek minősül, akkor – az előbbi két jogszabályon kívül – a Szerződésre mindazon anyagi jogszabályok (pl. társadalombiztosítási járulékról, egészségügyi hozzájárulásról, foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló törvény, stb.) érvényesek, amelyek érintik a biztosítási jogviszonyból származó jövedelem közteherviselési kötelezettségét.
A Biztosító a szerződés szabályzatának átadásakor aktuális adózási tájékoztatót is átad a Szerződőnek.

XI.20. Jelen Szerződésre a magyar jog érvényes és a Szerződés nyelve magyar.

XI.21. A biztosító adatai

a) Céghatár

Biztosító neve:

Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt.

Biztosító rövidített neve:

Aegon Magyarország Zrt.

Társasági formája:

Zártkörűen működő Részvénytársaság

Aegon Csoportos Biztosítások Általános Feltételek

A biztosítót a Fővárosi Törvényszék mint cégbíróság a 01-10-041365 szám alatt tartja nyilván.

Adószám: 10389395-4-44

Biztosító székhelye és címe: 1091 Budapest, Üllői út 1.
Székhelyének állama: Magyarország
Felügyeleti szerve: Magyar Nemzeti Bank, 1054
Budapest, Szabadság tér 8–9.

b) Ügyfélszolgálat

Telefonszám: 06/1 477 48 00

E-mail cím: ugyfelszolg@aegon.hu

A személyes ügyfélszolgálati irodák listája megtekinthető:

www.aegon.hu/elerhetosegek/kiemelt-ugyfelszolgalati-irodak

- c) A Biztosító köteles évente jelentést közzétenni fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről. A jelentés kötelező tartalma a Biztosító honlapján (www.aegon.hu) először 2017-ben tekinthető meg a 2016-os évre vonatkozóan.

XI.22. Panaszkezelés

Az ügyfél jogosult a biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) közölni. A biztosító „Panaszkezelési szabályzata” elérhető és megtekinthető ügyfélszolgálati irodáiban és a biztosító honlapján: www.aegon.hu/elerhetosegek/panaszkezelesi-szabalyzat.html

Központi Panasziroda: 1813 Budapest, Pf. 245.

E-mail: ugyfelszolg@aegon.hu

Online panaszbejelentés: www.aegon.hu/panaszbejelentes/panaszbejelentes.html

XI.23. Jogorvoslati lehetőségek

A panasz teljes vagy részleges elutasítása, vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén, az

ügyfél az alábbi testületekhez, illetve hatóságokhoz fordulhat:

- a) Pénzügyi Békéltető Testület: A szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszüntetésével, továbbá szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén, békéltető testületi eljárást kezdeményezhet.
Székhelye: 1013 Bp. Krisztina krt. 39.
Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank, 1525 Budapest, Pf 172., telefon: 06/40 203 776, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu. Bővebben a <https://www.mnb.hu/bekeltetes> honlapon kaphat tájékoztatást.

Az Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt. a Testület előtt általános alávetési nyilatkozatot nem tett.

- b) Fogyasztóvédelmi eljárás: A szolgáltató magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó, 2013. évi CXXXIX. MNB tv. fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén, fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet. Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank, 1534 Budapest BKKP Pf. 777. telefon: 06/40 203 776, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu. Bővebben a www.mnb.hu/fogyasztovedelem honlapon kaphat tájékoztatást.

A kérelem benyújtásához formanyomtatvány költségmentes megküldését kérheti az alábbi elérhetőségeken: Telefonon: 06/1 477 48 00; postai úton: AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt, 9401 Sopron, Pf. 22.; és e-mailen: ugyfelszolg@aegon.hu

- c) Bíróság: az ügyre hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bíróság (www.birosag.hu).

Aegon Csoportos Biztosítások Baleseti halál esetére szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező halálos kimenetelű balesete.

Jelen biztosítási feltétel szerint **baleset** a szerződés hatálya alatt a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesetet követő 1 éven belül meghal. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális, Mellékletben és Adatközlőben meghatározott, az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki.

3. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek X. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a kedvezményezett szándékos, illetve a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta.

A baleset akkor minősül súlyosan gondatlanul okozottnak, ha

- a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

4. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételehez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:

- halotti anyakönyvi kivonat,
- a halál baleseti eredetét igazoló orvosi bizonyítvány.

5. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Aegon Csoportos Biztosítások

Baleseti eredetű maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodás esetére szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező, még életében a Biztosítóhoz bejelentett és a Biztosító által megállapított maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodását (megrokkánását) okozó balesete.

Jelen biztosítási feltétel szerint **baleset** a szerződés hatálya alatt a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesetet követő 2 éven belül maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodást (megrokkánást) szenved. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális, Mellékletben és Adatközlőben meghatározott, az adott Biztosítotttra vonatkozó biztosítási összegnek az egészségkárosodás fokával megegyező százalékát fizeti ki.

3. Végtagok, illetve szervek elvesztése esetén a maradandó egészségkárosodás mértéke a következő táblázat szerint kerül megállapításra:

Testrészek egészségkárosodása	Az egészségkárosodás mértéke
mindkét szem látóképességének elvesztése	100%
mindkét felkar, alkar vagy kéz elvesztése	100%
egyik kar vagy kéz, és comb vagy lábszár együttes elvesztése (azaz felső végtag és alsó végtag együttes csonkolása)	100%
mindkét comb elvesztése	100%
mindkét lábszár elvesztése	90%
mindkét lábfej elvesztése (boka szintjében)	90%
egyik comb elvesztése	80%
egyik felkar elvesztése	80%
egyik lábszár elvesztése	70%
egyik alkar elvesztése	70%
beszélőképesség teljes elvesztése	70%
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	70%

Az egészségkárosodás mértéke

Testrészek egészségkárosodása

jobb kéz elvesztése (csukló szintjében)	65%
bal kéz elvesztése (csukló szintjében)	50%
egyik lábfej teljes elvesztése (boka szintjében)	40%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	25%

Ha a Biztosított a Biztosítotti Nyilatkozatban nyilatkozik arról, hogy balkezes, úgy a fenti táblázatban a jobb- és balkéz elvesztésére vonatkozó egészségkárosodási százalékok felcserélődnek.

Az itt fel nem sorolt esetekben a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvos-szakértője állapítja meg. E biztosítás szempontjából a baleseti eredetű egészségkárosodás mértékének megállapítása független más orvos-szakértői testület döntésétől.

4. A baleset előtt bármely okból már maradandóan károsodott, vagy nem ép testrészek, szervek a biztosításból ki vannak zárva.

5. A Biztosító szolgáltatásait a táblázatban felsorolt esetekben az elbíráláshoz szükséges iratok beérkezésétől számított 30 napon belül teljesíti. Egyéb esetekben a baleset utáni maradandó egészségkárosodás mértéke általában egy év elteltével, legkésőbb azonban 2 évvel a baleset után kerül megállapításra.

6. A baleseti maradandó egészségkárosodási szolgáltatások esetében egy Biztosítotttra vonatkozóan a kifizetett szolgáltatások összesített százalékos mértéke nem haladhatja meg a 100%-ot, függetlenül az egészségkárosodást előidéző balesetek, illetve sérülések számától.

7. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek X. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta.

A baleset akkor minősül súlyosan gondatlanul okozottnak, ha

- a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint)

Aegon Csoportos Biztosítások Baleseti eredetű maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodás esetére szóló biztosítás

közvetlen okozati összefüggésben következett be,
vagy

- b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy
ittas gépjárművezetése közben következett
be, és mindkét esetben a biztosított más
közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- c) az a Biztosított kábitó vagy bódító hatású anyag,
vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő
használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt,
vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet
megfelelő engedély nélkül végzett.

8. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevé-
teléhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában meg-
adottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a
Biztosítóhoz:

- a baleseti sérülést és annak következményeit
dokumentáló orvosi igazolások.

9. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos
Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti
kiegészítések mellett.

Aegon Csoportos Biztosítások

Baleseti eredetű csonttörés, csontrepedés esetére szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező balesete, amelynek következtében csonttörést, illetve csontrepedést szenved.

Jelen biztosítási feltételek alkalmazása szempontjából **baleset** a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított 3 hónapon belül megállapíthatóan, de még a tartam alatt csonttörést illetve csontrepedést szenved. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.

Jelen feltételek szempontjából a fogtörés és a veleszületett, ill. időskori csontrendszeri rendellenességből (osztéoporózis, stb.) származó csonttörés nem minősül biztosítási eseménynek.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális, Mellékletben és Adatközlőben meghatározott, az adott Biztosítotttra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki.

3. Ugyanazon balesetből kifolyólag a biztosítási összeg csak egyszeresen kerül kifizetésre függetlenül attól, hogy az adott baleset egy vagy több testrészen okozott sérülést.

4. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek X. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesetet a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta.

A baleset akkor minősül súlyosan gondatlanul okozottnak, ha

- az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

5. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételehez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratot kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:

- csonttörést vagy csontrepedést dokumentáló orvosi igazolások.

6. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Aegon Csoportos Biztosítások

Baleseti eredetű kórházi ápolás esetére szóló, napi térítést nyújtó biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező balesete, amely a Mellékletben meghatározott tartamot elérő, illetve azt meghaladó, folyamatos kórházi ápolását idézi elő.

A tartam választható, ennek rögzítésére a Mellékletben kerül sor.

Jelen biztosítási feltételek alkalmazása szempontjából **baleset** a Biztosított akarától függetlenül, hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében 2 éven belül a Biztosított fekvőbeteg-gyógyintézeti (kórházi) ápolásra szorul, melyet zárójelentéssel igazol. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális, Mellékletben és Adatközlőben meghatározott, az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget minden kórházi ápolási napra kifizeti.

Amennyiben a Biztosított kórházi ápolása a kórház intenzív ellátást biztosító részlegén történik, úgy az intenzív ellátás napjaira a Biztosító az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási összeg 150%-át téríti.

Amennyiben a kórházi ápolás tartama alatt a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosítottra vonatkozóan megszűnik, úgy a megszűnést követő kórházi ápolási napokra a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége is megszűnik.

3. A Biztosító **egy biztosítási évben egy Biztosított vonatkozásában legfeljebb összesen az aktuális Mellékletben meghatározott kórházi napokra** nyújt térítést. Amennyiben az adott naptári évben a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított vonatkozásában nem végig állt fenn, úgy a Mellékletben meghatározott napok száma a kockázatviselés tartamának megfelelően arányosan csökken.

A biztosítási eseményből következő kórházi ápolás napjainak számlálásánál az ápolás minden naptári napja egész napnak számít, így a kórházi felvétel és elbocsátás is.

4. A Szerződés alkalmazása szempontjából **kórháznak** minősülnek az egészségügyi hatóságok által a vonatkozó törvényeknek és jogszabályoknak megfelelően engedélyezett és ilyenként nyilvántartott kórházak, klinikák, amelyek
- működésének elsődleges célja, hogy diagnosztikus és terápiás, orvosi és ápolási kapacitásokat tartson fenn sérült vagy beteg emberek fekvőbeteg-gyógyellátására,
 - állandó orvosi felügyelet és irányítás alatt állnak, és
 - feladataikat folyamatos munkarendben, szakképzett ápolószemélyzet bevonásával látják el.

5. A Szerződés alkalmazása szempontjából **nem minősülnek kórháznak** a szanatóriumok, elmebetegek és nem organikus idegbetegek gyógy- és gondozó intézetei, az utógondozók és elfekvők, az alkohol- és drogelvonók, a gyógyüdülők és gyógyszállók, továbbá az idősek, értelmi fogyatékosok szociális otthonai, intézményei, illetve ezek betegosztályai.

6. **A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek X. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre**, ha bizonyítást nyer, hogy a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesetet a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.

A baleset akkor minősül súlyosan gondatlanul okozottnak, ha

- a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerekként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

7. **Nem biztosítási esemény:** a balesettel összefüggésben kialakuló pszichiátriai betegségek, nem organikus idegbetegségek miatti kórházi ápolás, illetve pszichoterápiás kórházi gyógykezelés.

Aegon Csoportos Biztosítások
Baleseti eredetű kórházi ápolás esetére szóló,
napi térítést nyújtó biztosítás

- 8. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratot kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:**
- kórházi zárójelentés, amely az ápolás baleseti eredetét is igazolja, a nem magyarországi kórházi ellátás esetén a zárójelentés hiteles fordítása.
- 9. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.**

Aegon Csoportos Biztosítások

Balesetből eredő műtétekre szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó - és jelen kockázatra is kiterjedő - kockázatviselésének hatálya alatt történt **balesete következtében** a Biztosítotton a kockázatviselés hatálya alatt orvos által elvégzett és orvosilag indokolt műtét.

Jelen biztosítás szempontjából **műtéten** olyan terápiás célú sebészeti eljárást kell érteni, amelyet kórházban (lásd 3. pont), az érvényes orvos-szakmai szabályok betartásával végeznek, és szerepel a mellékelt Műtéti táblázatban felsorolt műtétek, illetve sebészeti beavatkozások között, és a beavatkozás ugyanott nem kerül kizárásra.

Jelen biztosítási feltételek alkalmazása szempontjából **baleset** a Biztosított akarától függetlenül, hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosítotton 3 hónapon belül orvosilag indokolt műtétet végeznek. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás nem minősül balesetnek.

Nem biztosítási esemény az olyan műtét, amelynek szükségessége okozati összefüggésben áll a Biztosított testrészeinek, illetve szerveinek a biztosítás hatályba lépését megelőzően már kialakult károsodásával.

2. Biztosítási szolgáltatás

A Biztosító a műtéteket a biztosítási szolgáltatás szempontjából a mellékelt Műtéti táblázat szerint négy kategóriába - **kis, közepes, nagy, kiemelt műtétek** - sorolja be.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító az adott Biztosítottra vonatkozóan **műtéti térítést** fizet. A műtéti térítés összege a Biztosítotton végrehajtott műtéti eljárás kategóriájához tartozó - a baleset időpontjában aktuális, Mellékletben és Adatközlőben meghatározott, az adott Biztosítottra vonatkozó - biztosítási összeg.

Ha **egyazon műtét során ugyanazon testrészen, vagy szervén több sebészeti eljárást** végeznek, akkor az adott testrészen, vagy szervén végzett sebészeti eljárások miatt esedékes biztosítási szolgáltatás annak a beavatkozásnak alapján kerül meghatározásra, amely az alkalmazott eljárások közül a legmagasabb térítési kategóriába esik.

Ha **egyazon műtét során több testrészen, vagy szervén** végeznek **sebészeti eljárásokat**, akkor a biztosítási szolgáltatás az egyes testrészeken, vagy

szerveken történt beavatkozások alapján esedékes biztosítási szolgáltatások összege, de nem haladhatja meg a kiemelt műtétekre vonatkozó biztosítási összeget.

Ha **ugyanazon baleset következtében** a balesetet követő egy éven belül **több - időben egymástól elkülönült - műtétre** kerül sor, úgy az adott baleset miatt végzett műtétekre együttesen kifizethető szolgáltatási összeg nem haladhatja meg a kiemelt műtétekre vonatkozó biztosítási összeg kétszeresét.

A Biztosító a szolgáltatás teljesítését a Biztosítottnak a Biztosító orvosa által történő **felülvizsgálat**hoz kötheti.

3.

A Szerződés alkalmazása szempontjából **kórháznak** minősülnek az egészségügyi hatóságok által a vonatkozó törvényeknek és jogszabályoknak megfelelően engedélyezett és ilyenként nyilvántartott kórházak, klinikák, amelyek

- működésének elsődleges célja, hogy diagnosztikus és terápiás, orvosi és ápolási kapacitásokat tartsanak fenn sérült vagy beteg emberek fekvőbeteg- gyógyellátására,
- állandó orvosi felügyelet és irányítás alatt állnak, és
- feladataikat folyamatos munkarendben szakképzett ápolószemélyzet bevonásával látják el.

4.

A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek X. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta.

A baleset akkor minősül súlyosan gondatlanul okozottnak, ha

- a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy

Aegon Csoportos Biztosítások Balesetből eredő műtétekre szóló biztosítás

d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

5. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatni a Biztosítóhoz:

- kórházi zárójelentés, illetve egyéb kórházi, orvosi dokumentum, amely igazolja a műtéti beavatkozás baleseti eredetét és tartalmazza annak pontos megnevezését, illetve leírását,
- a nem magyarországi kórházi ellátás esetén a fentiek hiteles fordítását.

6. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Aegon Csoportos Biztosítások

Balesetből eredő műtétekre szóló biztosítás

Műteti táblázat

a baleseti műtétek szolgáltatási kategóriákba való besorolásához

I. Kis műtétek:

- arctörések zárt helyretétele tűzéssel, szájszészeti, de nem fogászati műtétek
- kisebb érsérülések helyreállítása, perifériás idegvarratok
- kisebb szemműtétek (kötőhártya, szaruhártya, szemhéjsérülések öltése, varrata, idegentest műteti eltávolítása szem felületes rétegeiből)
- kisebb fül-, orrműtétek (pl. lágyszövet-sérülés, dobhártyasérülés ellátása)
- kis területű égés kezelése (testfelület 6%-a alatt, III- ad, IV-ed fokú) kisebb bőrátültetések, bőrplasztika
- mellüreg drainálása, légmell ellátása, idegentest eltávolítása bronchoscóppal, bordaresectio
- egyszerűbb ízületi és csontsérülések ellátása végtagokon, ín és szalagvarratok kézen, lábon arthroszkópos műtétek, kisebb amputációk (kézujj, lábujj)
- külső nemi szervek műtétei a nemi szervek megtartásával

II. Közepes műtétek:

- koponyasérülések műtétei (pl. agyhártyák vérömlenyeinek eltávolítása, koponyatörések ellátása), izolált gerincsérülés műtétei (pl. porckorong eltávolítás, egy csigolyára kiterjedő belső rögzítés)
- részleges arccsont- és állkapocstörések nyílt helyretétele, lágy és kemény szájpad helyreállító műtétei
- érpótlások és érátültetések nagyobb idegvarratok
- helyreállító szemműtétek (pl. íriszplasztika, szemizmon végzett műtétek), szemlencse eltávolítás, szemgolyó eltávolítás
- közepes fül-, orr- és gégeműtétek (pl. gégeresection)
- testfelület 6-20 %-át érintő III-ad, IV-ed fokú égési sérülések műtétei
- mellüregi beavatkozások: rekeszizom ellátása, mellhártyakiirtás, tüdőlebeeny kiirtás, mellműtétek
- máj, hasnyálmirigy, vese, bél sérülésének ellátása lépeltávolítás, veseeltávolítás
- végtagrögzítés (csavar, velőűr-szeg, lemez) csonteltávolítás, csontpótlás ízületeken végzett közepes műtétek: inátültetések, kisebb protézisek beültetése részleges végtag amputációk
- nemi szervek nagyobb műtétei

III. Nagy műtétek:

- agysérüléssel járó koponyasérülések műtétei, kiterjedt gerincsérülések műtétei (pl. több csigolyát érintő belső rögzítés, gerincvelő sérülések műtétei)
- arccsont és állkapocs eltávolítása
- nagyerek helyreállító műtétei, helyreállító idegműtétek, idegátültetések
- testfelület 20-40%-át érintő III-ad, IV- ed fokú égési sérülések műtétei
- féldoldali tüdőkiirtás, mellkasfal helyreállítása
- nagyobb hasüregi beavatkozások (pl. gyomor, vastagbél teljes kiirtása)
- nagy műtétek ízületeken, nagyízületi protézisek behelyezése, teljes végtag amputációk

IV. Kiemelt műtétek:

- súlyos koponya és agysérülések nyílt műtétei
- gerincscatorna műtétei gerinctörés esetén
- testfelület 40%-ánál nagyobb kiterjedésű, III-ad, IV-ed fokú égési sérülések műtétei
- kiterjedt, életmentő, mellüregi műtétek
- szerv transzplantáció

Kizárások:

- bőrvarratok és szövődmenyeik ellátása
- műteti sebek/hegek műtétet követő ellátása (sebtisztítás, váladékvezetés)
- műtét során behelyezett idegen anyagok (pl. lemez, szeg) eltávolítása
- bőrfelszíni és bőr alatti szövetek sérüléseinek műteti ellátása
- idegen test eltávolítása bőr alatti szövetekből, testnyílásokból
- fogászati műtétek, fogeltávolítás
- I-II fokú égések ellátása

Aegon Csoportos Biztosítások Kiegészítő balesetbiztosítás költségtérítésekre

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó, és a jelen kockázatra is kiterjedő kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező – biztosító által téríthető – balesete, amelynek következtében a Biztosítottnak a 2. pontban meghatározott költségei merülnek fel. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a baleset időpontja.

Jelen biztosítási feltételek alkalmazása szempontjából **balesetnek** minősül a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosítottnak a balesettől számított 3 hónapon belül a 2. pontban meghatározott kiadásai keletkeznek. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás, napszúrás, rovarcsípés és mérgezés nem minősül balesetnek.

2. Baleseti költségek

A Biztosító által vállalt, számlával igazolt, a balesettel okozati összefüggésben keletkezett károk indokolt költségei:

- Mentési költség, amennyiben a Biztosított a baleseti sérülése következtében mentésre szorul, vagy balesete következtében meghal, és holtteste csak mentéssel hozzáférhető.
- Szállítási költség, amennyiben a Biztosítottat a baleseti sérülése következtében a kezelésére alkalmas legközelebbi orvoshoz vagy kórházba, illetve orvosi javaslatra onnan hazaszállítják.
- A baleset során megsérült fog, műfog, korona, híd javításának költsége, amennyiben a sérülés igazoltan a baleset következménye, kivéve azt a költséget, amely a baleset előtt már meglévő fog-, műfog-, korona-, hídhiba javítása miatt merül fel, illetve amely kivehető műfogsor sérüléséből adódik.
- Gyógyászati segédeszközök beszerzésének a költsége, amennyiben az a balesetből kifolyólag, orvos által igazoltan vált szükségessé.
- Nem minősül térítendő költségnek az orvosi kezeléssel, valamint a fürdőkúrával és üdüléssel kapcsolatos utazási és tartózkodási költség, és a megrongálódott egyéb tárgyak javítási, újra beszerzési költsége.

3. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító megtéríti a jelen feltételek 2. bekezdésében meghatározott, számlával igazolt költségeket a baleset időpontjában meghatározott és a Mellékletben foglalt biztosítási összeg erejéig a jelen Speciális Feltételekben és a Mellékletben meghatározottak szerint. Egyazon baleset kapcsán felmerülő költségeket ezen biztosítás alapján a Biztosító csak egyszer térít.

4. A Biztosító teljesítésének feltételei

- A Biztosító által téríthetőek azok a költségek, amelyek közvetlenül a bejelentett balesettel összefüggésben merülnek fel, és más módon nem térülnek meg.
- A szolgáltatási igényt a számla keltétől számított 15 napon belül kell a Biztosítóhoz írásban bejelenteni.
- Késedelmes bejelentés esetén, amennyiben lényeges körülmények utóbb kideríthetetlenül váltak, a Biztosító megtagadhatja a biztosítási összeg kifizetését.

5. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltétel X. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta.

A baleset akkor minősül súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak, ha

- az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben keletkezett be, vagy
- azt a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben elkövetett közlekedési szabálysértése során szerezte, vagy
- a biztosítási esemény bekövetkeztében a Biztosított által nem orvosi javallatra, illetve nem az előírt adagolásban szedett gyógyszer, altató-, vagy nyugtatószer, vagy
- kábító- vagy bódítószert hatása, vagy egyéb vegyi anyagok bódítószerként való használata, vagy
- engedélyhez kötött tevékenység engedély nélküli végzése hatott közre.

Aegon Csoportos Biztosítások Kiegészítő balesetbiztosítás költségtérítésekre

- 6. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltétel XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatni a Biztosítóhoz:**
- a baleset bekövetkeztét igazoló baleseti jegyzőkönyvet,
 - a baleseti sérülést igazoló orvosi bizonyítványt,
 - a keletkező költségek kifizetését igazoló eredeti számlákat,
 - a Biztosított hazaszállítása esetén a hazaszállítás szükségességét igazoló orvosi igazolást, kórházi zárójelentést.
- 7. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.**

Aegon Csoportos Biztosítások „Aegon Doktor” orvosi assistance szolgáltatás

1. Biztosítási szolgáltatás

A Biztosító jelen szolgáltatást kiszervezett tevékenységként, **külső szolgáltatóval** (a Szolgáltatásszervezővel) együttműködve nyújtja. A Szolgáltatásszervező jelen biztosítás keretében folyamatosan (heti 7 napban, napi 24 órában) fogadja a Biztosítottak telefonhívásait, és ezek során magyar nyelven és a belföldi (magyar) viszonyoknak megfelelően az alábbi szolgáltatásokat nyújtja:

- felvilágosítás ad a közegészségügyi intézmények (kórházak, rendelőintézetek, házi- és gyermekorvosi rendelők) elérhetőségéről, rendelési idejéről,
- felvilágosítás ad az ismert gyógyszertárak elérhetőségéről és nyitvatartási idejéről,
- telefonos orvosi tanácsadást nyújt gyógyszerek összetételével, alkalmazhatóságával, mellékhatásaival és helyettesíthetőségével kapcsolatban,
- felvilágosítás ad és szolgáltatásszervezés nyújt az adott szerződő által az AEGON Csoportos Biztosítások keretében megkötött speciális szolgáltatású betegségbiztosítási szolgáltatásokkal kapcsolatban a szolgáltatásokra vonatkozó Speciális Feltételek keretei között.

2. Jelen biztosítás az Általános Feltételek I.1-es pontja szerint speciális szolgáltatású egészségbiztosításnak minősül.
3. A fenti szolgáltatások igénybevételéhez a Biztosítottnak a telefonhívás során azonosító adatokat kell megadnia, amelyek alapján a Szolgáltatásszervező ellenőrzi az igénybevétel jogosultságát.
4. A Biztosító és az Egészségügyi Szolgáltató **nem tartozik felelősséggel** a jelen szolgáltatás keretében kapott orvosi vélemény, tanács felhasználásáért. A szolgáltatás során nyújtott információk kizárólag tájékoztató jellegűek, és nem helyettesítik a személyes orvosi vizsgálatot.
5. **A jelen biztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett, különös tekintettel az Általános Feltételek XI.2-es pontjára.**