

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 baleset-, betegség- és kockázati életbiztosítási szolgáltatásokat nyújt.

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),
  - az Adatközlőből (I.5. pont)
  - és a Biztosított Nyilatkozatból (I.6. pont) áll,
- és a Kötvény.

## 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 a Szerződő munkaviszony keretében foglalkoztatott munkavállalója.

### I.2.2. Biztosított

Biztosított az lehet, akit a Szerződő az Adatközlőben az I.5. pontja 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 kérelmének elbírálása az illetékes magyar társadalombiztosítási szervnél nincs folyamatban.

Ha a biztosításra jelölt személy munkavállalói minőségében tartozik a Szerződő érdekkörébe, úgy az alábbi feltételnek is teljesülnie kell:

- c) a Szerződővel legalább 3 hónapja folyamatosan főállású munkaviszonyban áll, munkakörében heti munkaideje rendszeresen legalább 30 óra, és munkaviszonya nem szünetel (nem teljesít sorkatonai szolgálatot, nincs GYED-en, illetve GYES-en, nincs három hónapnál hosszabb fizetés nélküli szabadságon).

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

A Szerződésbe biztosított – a szerződő személyére vonatkozó előbbi meghatározások miatt – egyéni szerződőként nem léphet be.

### *I.2.3. Kedvezményezett*

A biztosított életében járó valamennyi biztosítási szolgáltatás *kedvezményezettje* maga a biztosított, feltéve, hogy a Biztosítotti Nyilatkozat erről másképp nem rendelkezik.

A biztosított halála esetén a szolgáltatás(ok) igénybevételére a Biztosítotti Nyilatkozaton megjelölt kedvezményezett(ek) jogosult(ak). Amennyiben kedvezményezett jelölésre nem került sor, úgy a halál esetén járó szolgáltatási összeg(ek) a biztosított örökösét/örököseit illeti(k) meg.

A kedvezményezés bármely szolgáltatás vonatkozásában a Szerződőnek és a biztosítottnak a Biztosítóhoz intézett egybehangzó írásbeli nyilatkozatával megváltoztatható.

### **I.3. A Függelék tartalma**

A Függelék tartalmazza azon biztosítási módozatok Speciális Feltételeit (biztosítási események, biztosítási szolgáltatások, kiegészítő feltételek), amelyeket a Szerződő a Szerződés keretében választhat. A jelen általános és a Speciális Feltételek az adott biztosításokra együttesen érvényesek.

### **I.4. A Melléklet tartalma**

A Melléklet tartalmazza:

- a) azon csoportok meghatározását (munkakörök, besorolások, stb.), amelyekre a Szerződő a Biztosítóval a Szerződés keretében biztosítást köt,
- b) az egyes csoportokhoz kapcsolódó biztosítási módozatok felsorolását a Függelékben foglaltak alapján,
- c) az egyes csoportokra vonatkozó biztosítási összegek nagyságát az adott biztosítási módozat(ok) szerint. A biztosítási összegek lehetnek azonos mértékűek (fixek), vagy bérarányosak, de adott csoporton belül szolgáltatásonként minden csoporttagra azonos szabályt kell alkalmazni,
- d) a biztosítási időszakok meghatározását,
- e) az Adatközlő adattartalmának meghatározását a díjszámítás és az elszámolás vonatkozásában,
- f) 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 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 beleegyező nyilatkozatait, valamint a biztosítás elvállalására és a kockázatviselésre vonatkozóan a Biztosító által kért, a Mellékletben meghatározott információkat.

## **II. A csoportos biztosítási szerződés létrejötte és tartama**

- II.1.** A Szerződés a Szerződő által aláírt Ajánlat valamennyi elemének a Biztosítóhoz való beérkezését követő nap 0. órájával lép hatályba, feltéve, hogy az utóbb a Biztosító által is aláírásra 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 – a szerződés aláírásának időpontjától függően – törtidőszak is lehet. A szerződéskötést követő minden biztosítási időszak első napja egyben a szerződés fordulónapja (továbbiakban: fordulónap).

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).

### III. A Biztosító kockázatvállalása

III.1. A Szerződő vállalja, hogy biztosításra jelöli mindazon – az érdekkörébe tartozó – személyeket, akik a Mellékletben meghatározott, biztosítani kívánt csoportokba tartoznak.

III.2. Az Ajánlatban közöltektől függően a Biztosító az egyes biztosításra jelölt személyekre vonatkozóan egészségi nyilatkozatot kérhet, és/vagy orvosi vizsgálatot írhat elő.

III.3. A Biztosítónak az Ajánlat kézhezvételétől, illetve a Szerződés hatályba lépését követően beléptetendő biztosítottak esetében a biztosításra jelölés kézhezvételétől (III.5.) számított 15 napon belül jogában áll a biztosításra jelölt személyek vonatkozásában kockázatsúlyosbítást alkalmazni, kockázatviselésének mértékét korlátozni, illetve a kockázat vállalását megtagadni.

III.4. A Szerződés megkötésekor azok esetében,

- akiket a III.1. pont alapján a Szerződő biztosításra jelölt,
- akik a Szerződés megkötésekor megfelelnek az I.2. pont *Biztosított* címszó alatt definiált a)-c) pontokban foglaltaknak,
- és akiket a Biztosító a III.3. pont alapján nem utasít el,

a Biztosító kockázatviselése a Szerződés hatályba lépésével kezdődik (II.1. pont).

III.5. 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. pont *Biztosított* címszó alatt definiált a)-c) feltételek teljesülnek, feltéve, hogy a III.3. pont szerint a Biztosító a kockázat vállalását nem tagadja meg.

### 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

- d) a biztosítási időszak végével, megújítási megállapodás (VI. fejezet) hiányában, ha a felek halasztásban (VI.3.) sem állapodtak meg; vagy
- e) 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.

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

- a) ha a biztosítottra vonatkozóan az I.2. pont *Biztosított* címszó alatt definiált a) vagy c) feltételek bármelyike már nem áll fenn, úgy a feltétel megszűnése hónapjának végével;
- b) ha a biztosított már nem tartozik egyik biztosításra jogosító csoportba sem, úgy a csoportokba tartozás megszűnését vagy szünetelés kezdetét követő nap 0. órájától;
- c) közlési kötelezettség megsértése esetén a VIII.5. pontban foglaltak szerint;
- d) 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 társadalombiztosítási 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

**V.1.** 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 az Ajánlat mindkét szerződő fél általi aláírásakor, a folytatólagos díjak pedig a biztosítási időszakok első napján esedékesek.

**V.2.** 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.

**V.3.** A Szerződő vállalja, hogy a csoportos biztosítás díját az összes biztosítottra vonatkozóan – a díj (díjrészlet) esedékességének megfelelően – egyösszegben fizeti meg. Amennyiben a Szerződő a biztosítás érvényes díjánál (díjrészleténél) kevesebbet fizet, úgy a díj nemfizetés esetére vonatkozó szabályok lépnek életbe (V.4. pont).

**V.4.** Ha a Szerződő a csoportos biztosítás érvényes díját (díjrészletét) az esedékesség hónapjában nem egyenlíti ki, úgy a Biztosító a kockázatot az első elmaradt díj (díjrészlet) esedékességet követő 30. napig bezárólag viseli. Amennyiben a Szerződő az elmaradt díjat ezen idő alatt nem fizeti meg, és a felek halasztásban sem állapodnak meg, úgy a szerződés az esedékességet követő 30. nap leteltével 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.

## **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 díjrészletek pedig az V.1., illetve az V.2. pont szerint esedékesek.

## **VII. Elszámolás**

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

- VII.2.** A Biztosító az Adatközlő tartalma alapján, a kézhezvételtől számított 15 napon belül díjelszámolást küld a Szerződőnek a lezárt biztosítási időszakra vonatkozóan. Az elszámolás a lezárt biztosítási időszak során a biztosítottak körében bekövetkezett változások miatti díjtúlfizetést, illetve díjmaradást 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 15 napon belül esedékes.

## VIII. Közlési kötelezettség és megsértésének következményei

- VIII.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 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 társadalombiztosítási szerv az adott biztosítottra vonatkozóan határozatot hozott az Általános Feltételek I.2.2.b. pontjában foglaltak vonatkozásában;
  - amennyiben az adott biztosított munkaviszonya szünetel az I.2.2.c. pont szerint.
- VIII.2.** A Szerződő és a biztosított kötelesek az általuk közölt adatok ellenőrzését a Biztosító részére lehetővé tenni.
- VIII.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 bekövetkezésében.
- VIII.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 díjkalkuláció szerint megfelelő biztosítási összeg kerül kifizetésre. Ha a megállapított díj meghaladja a szükséges mértéket, úgy a díjtúlfizetés az elszámolás során beszámításra kerül.
- VIII.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.
- Amennyiben a javaslatot a Szerződő 15 napon belül elfogadta, úgy a Szerződés az adott biztosított vonatkozásában a Biztosító javaslata szerint módosul. Ellenkező esetben a módosító javaslat közlésétől számított 30 napon belül a Biztosító kockázatviselése az adott biztosított vonatkozásában megszűnik.
- VIII.6.** Életbiztosítási szolgáltatás tekintetében a közlési kötelezettségértés következményeit az adott biztosítottra folyamatosan fennálló szerződés első öt évében lehet alkalmazni.

## IX. Kizárások a kockázatviselésből, mentesülések

- IX.1.** A csoportos biztosítási Szerződés nem nyújt fedezetet azon eseményekre, amelyek bekövetkezése, illetve mértéke, súlyossága okozati összefüggésben van a következőkben felsoroltak bármelyikével:
- a) államok közötti fegyveres összeütközés, polgárháború, vagy más harci cselekmény;
  - b) sugárferdőzés;
  - c) a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 2 éven belül elkövetett öngyilkossága, öngyilkossági kísérlete;
  - d) a biztosított szándékos magatartása (a kockázati életbiztosításnál csak az a, b, c, e és f. pont esetén);
  - e) a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye.

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

**IX.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.

## **X. Vegyes rendelkezések**

**X.1.** A Biztosító teljesítésének feltételei:

- a) A biztosítási esemény bekövetkeztét – a szolgáltatás iránti igényvel együtt – 30 napon belül kell a Biztosítónak bejelenteni. Ezen határidő elmulasztása esetén, amennyiben lényeges körülmények utóbb kideríthetetlené váltak, a Biztosító megtagadhatja a biztosítási összeg kifizetését.
- b) 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 kedvezményezettség megállapításához szükséges okirat, illetve kedvezményezett-jelölés hiányában az 1.2. pont szerinti kedvezményezett(ek)et igazoló okirat (közjegyzői végzés, öröklési bizonyítvány, bírósági ítélet);
  - hatósági eljárás esetén az eljárást megtagadó vagy megszüntető határozat, illetve ítélet, határozat.
- c) a Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésével összefüggő szolgáltatása teljesítésének esedékességét a szerződésben és a feltételekben megjelölt károk és költségek igazolására felsorolt okiratokon kívül egyéb okirat benyújtásától függővé nem teheti, annak benyújtását nem követelheti;
- d) a biztosítási szolgáltatás teljesítésének esedékességét nem kötheti a bejelentett káresemény tekintetében indult büntető- vagy szabálysértési eljárás jogerős befejezéséhez;
- e) a Biztosítottnak minden esetben joga van azonban olyan további bizonyítékok felmutatására, amelyeket – a bizonyítás általános szabályai szerint – követelésének érvényesítéséhez szükségesnek lát.
- f) A Biztosító szolgáltatásait az elbíráláshoz szükséges összes irat kézhezvételétől számított 15 napon belül köteles teljesíteni.
- g) A csoportos biztosításból eredő igények **elévülési ideje** a biztosítási esemény bekövetkeztének napjától számított **2 év**.

**X.2.** A Szerződés hatálya alá tartozó biztosítások kockázati életbiztosításnak, illetve kiegészítő csoportos baleset- és betegségbiztosításoknak minősülnek. Nem vásárolhatók vissza, nem díjmentesíthetők, és rájuk kölcsön sem igényelhető, megszűnésük esetén maradékjogok nem keletkeznek.

**X.3.** A biztosító a szerződőt évente írásban tájékoztatja a biztosítás aktuális állapotáról, valamint a Szabályzatban jelölt feltételek módosításáról.

**X.4.** A kitöltött Biztosítotti Nyilatkozatoknak, valamint a biztosítóhoz való minden bejelentésnek a biztosítóhoz történő eljuttatása a szerződő kötelessége. A Szerződő köteles tájékoztatni a biztosítottakat a biztosítási Szerződés tartalmáról, az abban bekövetkező valamennyi változásról.

- X.5.** A szerződő a szerződés aláírásával hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító a szerződés körében a személyes és különös adatokat kezelje, és a 2003. évi LX. törvény (továbbiakban Bit) 155-159. §-ai alapján azokat jogszerűen harmadik személynek átadja.
- X.6.** A biztosító a személyes adatokat a szerződés részét képező, a szerződő aláírásával elfogadott „Tájékoztató és nyilatkozat az adatkezelésről” okirat figyelembevételével kezeli.
- X.7.** Biztosítási titok minden olyan, államtitoknak nem minősülő, a biztosító rendelkezésére álló adat, amely az egyes ügyfeleknek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.
- X.8.** Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a biztosító a törvényben meghatározott célokból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti, a hozzájárulást a biztosító az ajánlat aláírásával egyidejűleg szerzi be.
- X.9.** A biztosító ügyfeleinek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, 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.
- X.10.** Az előző bekezdésben meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést a biztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet, a hozzájárulást a biztosító az ajánlat aláírásával egyidejűleg szerzi be. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.
- X.11.** A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.
- X.12.** A biztosító ügyfelei biztosítási titkát csak a törvény illetve az ügyfél hozzájárulása esetén adhatja át. A törvény alapján 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, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,
  - d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel,
  - e) a (2) bekezdésben foglalt esetekben az adóhatósággal,
  - f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
  - g) a biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselőjével, ezek érdeképviseleti szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítói, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos verseny-felügyeleti 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 szervvel,
  - k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
  - l) az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,

- m) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében a Kártalanítási Számlát kezelő szervezettel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel és a kárrendezési megbízottal,
- n) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
- o) a nyomozó hatóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet összefüggésben áll
  - kábítószer-kereskedelemmel,
  - terrorizmussal,
  - illegális fegyverkereskedelemmel, vagy
  - a pénzmosás bűncselekményével.

**X.13.** Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

**X.14.** Az ajánlat aláírásával a szerződő/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.

**X.15.** 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, amennyiben emiatt a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

**X.16.** 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

**X.17.** Jelen szerződésre a magyar jog érvényes és a szerződés nyelve magyar.

**X.18.** Biztosító neve: AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt.

Társasági formája: zártkörűen működő részvénytársaság, Székhelyének állama: Magyar Köztársaság

Biztosító székhelye és címe: 1091 Budapest, Üllői út 1.

Panaszügyintézés: 1091 Budapest, Üllői út 1., Csoportos Biztosítások Üzletág

Központi ügyfélszolgálati iroda: 1023 Budapest, Bécsi út 3–5.

Felügyeleti szerv: Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (PSZÁF) 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

**X.19.** A jogosult panasszal fordulhat a Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőséghez, a PSZÁF-hoz, a Kereskedelmi és Iparkamara mellett működő Békéltető Testülethez, illetve a – számára nem megfelelő – biztosítói döntés ellen bírói út igénybevételeire van lehetőség.