

AEGON CSOPORTOS BIZTOSÍTÁSOK

Általános Feltétel

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 Feltétel,
- a Speciális Feltételek, amelyek a jelen Általános Feltétel 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 nyugdíjat, baleseti rokkantsági nyugdíjat vagy 50%-ot elérő rokkantság miatti baleseti járadékot 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 Biztosítotti Nyilatkozat kitöltésével és annak sajátkezű aláírásával teszi meg.

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

1.2.3. Kedvezményezett

A biztosított életében járó valamennyi biztosítási szolgáltatás *kedvezményezett*je 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.

1.3. 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.

1.4. 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.

1.5. 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.

1.6. 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 Biztosítotti 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) a tartam végén, kivéve ha a felek megállapodnak a Szerződés újabb határozott tartamra történő meghosszabbításáról a megújítási eljárás (VI. fejezet) szabályai szerint; vagy
- b) díjnemfizetés esetén az V.3, V.4 pontban foglaltak szerint; vagy
- c) 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 fennállás megszűnése hónapjának végével;
- b) ha a biztosított már nem tartozik egyik biztosításra jogosító csoportba sem, úgy a csoportokba tartozás megszűnését 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 (TB I-II-III vagy TB I-II-III fokú rokkantság) bekövetkeztét megállapító 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 díjrészek 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 díjnemfizetés 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 díjről 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

rendelkezésre 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 1.2.2.b. pontjában foglaltak vonatkozásában;
- amennyiben az adott biztosított munkaviszonya szünetel az 1.2.2.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 bekövetkeztében.

VIII.4. Amennyiben szerződői, vagy biztosítotti 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.

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) sugárfertőzés;
- c) a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 2 éven belül elkövetett öngyilkossága, öngyilkossági kísérlete;
- d) a biztosított szándékos magatartása (kivéve a kockázati életbiztosítást);
- e) a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye.

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

IX.2. Amennyiben a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszi 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 igénnyel 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 kedvezményezettjelölés hiányában az 1.2. pont szerinti kedvezményezett(ek)et igazoló okirat (közjegyzői végzés, öröklési bizonyítvány, bírósági ítélet);
 - hatósági eljárás esetén az eljárást jogerősen megtagadó vagy megszüntető határozat, illetve érdemben befejező jogerős ítélet, határozat;
 - az igény elbírálásához szükséges, a Biztosító által bekért egyéb iratok.
- c) A Biztosító szolgáltatásait az elbíráláshoz szükséges összes irat kézhezvételétől számított 15 napon belül köteles teljesíteni.
- d) A csoportos biztosításból eredő igények elévülési ideje a biztosítási esemény bekövetkeztének napjától számított 2 év.

X.2. A Szerződés hatálya alá tartozó biztosítások csoportos baleset-, betegség- és kockázati életbiztosításoknak 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 Biztosított 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/biztosított a szerződés aláírásával hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító a szerződés körében adatait 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 és a biztosított aláírásával elfogadott „Tájékoztatás 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 érdekképviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, 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 információ gyűjtésre 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
- 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 közteljesítési 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: 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 igénybe vételére van lehetőség.