

Általános Biztosítási Feltételek

Kifejezetten felhívjuk a figyelmet az Általános Biztosítási Feltételek 2.2. pontjára, 7-8. §-aira, 9.6., 9.7. és 10.1. pontjaira, 11.§-ára, 12.4., 12.5., 15.2., 16.2., 16.5-16.7. pontjaira, 17., 18. és 19. §-aira, 20.1., 20.2., 21.1., 21.2. és 21.3. pontjaira, valamint a Különös Biztosítási Feltételek - *Keresőképtelenségi kockázat* 1.3., 2.3., 2.5. pontjaira, 3.§-ára, 4.3. és 4.4. pontjaira, valamint 5.§-ára, továbbá a Különös Biztosítási Feltételek – *Munkanélküliségi kockázat* 1.3., 2.4., 2.6. pontjaira, 3.§-ára, 4.3. és 4.4. pontjaira és 5.§-ára, valamint a Különös Biztosítási Feltételek – *5 napot meghaladó, balesetből vagy betegségből eredő kórházi kezelés kockázat* 3.1, 3.2 pontjaira, 5.§-ára és 6.§-ára.

1. § A csoportos biztosítási szerződés létrejötte

A csoportos biztosítási szerződés a Szerződő és a Biztosító között írásban jött létre a Szerződő azon ügyfelei javára, akik jelen szerződéshez Biztosítotti nyilatkozat megtételével csatlakoznak.

2. § A biztosítási jogviszony alanyai

- 2.1. A **Szerződő** a Tesco-Global Zrt. (a továbbiakban: Szerződő), amely a Biztosítóval a csoportos biztosítási szerződést a biztosítottként később csatlakozó ügyfelei javára megkötö, az azzal kapcsolatos jognyilatkozatokat teszi, valamint a biztosítási díjat a Biztosítónak megfizeti. A Szerződő az általa – a Biztosítónak - megfizetett biztosítási díj biztosítottja részét áthárítja Biztosítottra (a díjfizetést illetően ld. még a 12.§-t).
- 2.2. A **Biztosított** az a 18. életévét betöltött természetes személy, aki a csoportos jövedelempótló biztosítási szerződéshez írásbeli vagy szóbeli - a Szerződő vagy megbízottja részére tett írásbeli, vagy az általuk rögzített telefonbeszélgetés során tett szóbeli Biztosítotti nyilatkozattal biztosított minőségben csatlakozott (ld. még 4.§), és akit a Szerződő a Biztosítónak biztosítottként bejelentett, valamint megfelel az alábbi kritériumoknak:
 - 2.2.1. a Szerződő Tesco „Clubcard” hűségprogramjához csatlakozott és Clubcard-dal rendelkezik,
 - 2.2.2. a Biztosító kockázatviselésének kezdetekor már betöltötte a 18. életévét, de még nem töltötte be a 64. életévét,
 - 2.2.3. a Biztosítotti nyilatkozat megtételének időpontjában nem öregségi nyugdíjas, továbbá nem részesül rokkantsági- vagy rehabilitációs ellátásban.A Biztosított életkorának kiszámítása: a Biztosítotti Nyilatkozat megtételének évéből kivonva a Biztosított születési éve.
- 2.3. A **Biztosított** az AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt., amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és a feltételekben meghatározott események bekövetkezésekor a feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.

3. § A biztosítási jogviszony alanyainak jogai és kötelezettségei

- 3.1. A Szerződő köteles a csoportos biztosítási szerződéssel kapcsolatos megfelelő jognyilatkozatok megtételére, és a csoportos biztosítási szerződés díjának megfizetésére.
- 3.2. A Szerződő és a Biztosított köteles közlési kötelezettségét teljesíteni, valamint a Biztosító által feltett, a biztosítás szempontjából szükséges kérdéseket a valóságnak megfelelően és teljes körűen megválaszolni.
- 3.3. A Biztosító a szolgáltatás jogalapjának megállapításához a közölt adatokat ellenőrizheti, saját orvosa által vizsgálatot kezdeményezhet.
- 3.4. A Biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. tv-ben (továbbiakban: biztosítási törvény) foglaltak szerint titokként kezelni.
- 3.5. A Biztosított a csoportos biztosítási szerződéshez kizárólag Biztosított minőségben csatlakozhat, a Biztosítottat nem illet meg a szerződői minőségben történő belépés joga.

4. § A Biztosított csatlakozása a csoportos biztosítási szerződéshez

- 4.1. A csoportos biztosítási szerződés egyidejűleg több Biztosítottra vonatkozik, amelyhez a biztosítottak Biztosítotti nyilatkozattal egyénileg csatlakozhatnak. A Szerződő ügyfele az alábbiakban felsorolt módok valamelyike útján csatlakozhat a csoportos biztosítási szerződéshez:
 - 4.1.1. *írásbeli Biztosítotti nyilatkozattal* (a Szerződő megbízottja által rendelkezésre bocsátott Biztosítotti nyilatkozat formanyomtatvány aláírásával),
 - 4.1.2. *szóbeli Biztosítotti nyilatkozattal*: a Szerződő vagy a megbízottja által végzett telefonos megkeresés során tett és rögzített szóbeli Biztosítotti nyilatkozat útján.
- 4.2. Írásbeli Biztosítotti nyilatkozattal történő csatlakozás esetén a Szerződő a Biztosítotti nyilatkozat aláírását megelőzően átadja a leendő Biztosított részére a csoportos jövedelempótló biztosításra vonatkozó írásbeli tájékoztatót. A csatlakozást követően a Szerződő a Biztosított által megadott e-mail címre elküldi a vonatkozó biztosítási feltételeket elektronikus formátumban.
- 4.3. Ha a Biztosított a csoportos biztosítási szerződéshez szóbeli nyilatkozat útján csatlakozott, a Szerződő e-mailen visszaigazolást küld a Biztosított részére arról, hogy a Biztosító kockázatviselése a Biztosítottra kiterjed (a továbbiakban: visszaigazolás), melyhez mellékel a vonatkozó biztosítási feltételeket is..
- 4.4. A Biztosított a csatlakozási nyilatkozattal:

- 4.4.1. elfogadja a Csoportos Biztosítási Szerződés feltételeit, hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosító kockázatviselése rá kiterjedjen és a csoportos biztosítási Szerződéshez Biztosítottként csatlakozik,
- 4.4.2. felhatalmazást ad arra, hogy (1) a Szerződő áthárítsa a Biztosítottra a csoportos biztosítás díjának a Biztosítottra jutó részét, (2) az áthárított biztosítási díjat a Szerződő tőle beszedje, egyben vállalja, hogy a rá áthárított biztosítási díjat megfizeti a Szerződőnek,
- 4.5. A Biztosított a csatlakozási nyilatkozata megtételekor választja ki, hogy az „Alap” vagy a „Prémium” biztosítási csomagot igényli.

5. § A biztosítás tartama, a biztosítási időszak

- 5.1. A Csoportos Biztosítási Szerződés a Szerződő és a Biztosító között írásban, határozatlan időtartamra jött létre.
- 5.2. Az egyes Biztosítottakra vonatkozóan a biztosítás tartama a kockázatviselés kezdetétől (ld. 6.§) a kockázatviselés megszűnéséig (ld. 9.§) terjedő időtartam, amely egy éves biztosítási időszakokra oszlik. Az első biztosítási időszak a kockázatviselés kezdetét követő hónap elsejétől (ld. az alábbi 6. §-ban) számított egy évig tart.

6. § A Biztosító kockázatviselésének kezdete

A Biztosító kockázatviselésének kezdete a Biztosítotti nyilatkozat megtételét követő nap 0 óra feltéve, hogy az első biztosítási díj a csatlakozáskor vagy azt követően megfizetésre került.

7. § A biztosítási fedezet halmozódásának kizárása

A Biztosítottra egyidejűleg csak egy Clubcard-hoz kapcsolódóan terjedhet ki a csoportos biztosítási szerződés hatálya.

8. § A biztosítási összeg módosítása

A Biztosított Biztosítotti Nyilatkozat megtételekor választja meg, hogy a biztosítást az „Alap” vagy a „Prémium” biztosítási csomag szerinti biztosítási összeggel veszi igénybe. **A választott biztosítási csomag a biztosítási jogviszony hatálya alatt nem módosítható.**

9. § A Biztosító kockázatviselésének megszűnése

A Biztosító kockázatviselése megszűnik abban az időpontban, amelyik az alábbiak közül a leghamarabb bekövetkezik:

- 9.1. azon naptári év december 31-én 24 óraker, amelyik évben a Biztosított betölti a 65. életévét,
- 9.2. a Biztosított halálával,
- 9.3. a Biztosított 70%-ot meghaladó egészségkárosodását megállapító jogerős határozat meghozatalának napján 24 óraker,
- 9.4. azon a napon 24 óraker, amikor a Biztosított öregségi vagy előrehozott öregségi nyugállományba vonul,
- 9.5. ha a Biztosított biztosítotti jogviszonyát a Biztosítotti nyilatkozat visszavonásával megszünteti (ld. 10.1. és 10.2. pont),
- 9.6. **ha a Biztosított a rá áthárított biztosítási díjat a Szerződőnek nem fizeti meg, az esedékesség napján**, kivéve, ha a Szerződő a Biztosítottra jutó biztosítási díjat az esedékességtől számított 60 napon belül a Biztosítónak megfizeti;
- 9.7. **a csoportos biztosítási szerződés felmondása esetén a felmondás hatályba lépésekor Biztosítottak vonatkozásában a díjjal fedezett időszak végével.** A csoportos biztosítási szerződés felmondása esetén a Szerződő a kockázatviselés megszűnését legalább 30 nappal megelőzően írásban tájékoztatja az egyes Biztosítottakat a csoportos biztosítási szerződés felmondás miatti megszűnéséről, továbbá a kockázatviselés megszűnésének időpontjáról.

10. § A Biztosítotti nyilatkozat visszavonása, felmondás

- 10.1. **A Biztosítotti nyilatkozat visszavonása:** A Biztosítotti nyilatkozat írásbeli csatlakozás esetén a Biztosítotti Nyilatkozat aláírásától, szóbeli csatlakozás esetén a csatlakozásról szóló visszaigazolás kézhezvételétől számított 30 napon belül a Szerződő postacímére (Tesco-Global Áruházak Zrt. Kapcsolati Iroda 2040 Budaörs, Kinizsi u. 1-3.) küldött levélben vagy az info@tescobizositas.hu e-mail címre küldött nyilatkozattal indokolási és fizetési kötelezettség nélkül visszavonható.
- 10.2. A Biztosított a 10.1. pont szerinti 30 napos időszakot követően a rá vonatkozó biztosítotti jogviszonyt a Szerződő postacímére (Tesco-Global Áruházak Zrt. Kapcsolati Iroda 2040 Budaörs, Kinizsi u. 1-3.) küldött levélben vagy a info@tescobizositas.hu e-mail címre küldött nyilatkozattal bármikor megszüntetheti. A Biztosítotti nyilatkozat visszavonása esetén a Biztosító kockázatviselése a folyamatban lévő biztosítási időszak (ld. 5.2. pont) utolsó napján 24 óraker szűnik meg.

11. § Területi hatály

A biztosítás **valamennyi országban** bekövetkezett biztosítási eseményre kiterjed, **kivéve a munkanélkülivé válás kockázatát, amelyre vonatkozóan a területi hatály Magyarország területére korlátozódik.**

12. § A biztosítási díj

- 12.1. A biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének, illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke, melyet a Szerződő fizet meg a Biztosítónak. A csoportos biztosítási szerződés havi díjfizetésű. Az adott Biztosítottokra vonatkozóan a

- Szerződő által fizetendő havi díj a Biztosított által választott biztosítási csomagtól függ.
- 12.2. A Szerződő díjfizetési kötelezettsége mindaddig fennáll, ameddig a Biztosító az adott Biztosítottra vonatkozóan a kockázatot viseli.
- 12.3. A Szerződő az általa megfizetett biztosítási díjnak az egyes Biztosítottakra jutó hányadát a Biztosított által a csatlakozási nyilatkozatban adott hozzájárulás alapján áthárítja a Biztosítottakra.
- 12.4. **A Szerződő díjfizetési kötelezettsége – és ehhez kapcsolódóan a Biztosított kötelezettsége az áthárított díj megfizetésére vonatkozóan - abban az esetben is fennáll, ha az adott Biztosítottal kapcsolatban biztosítási esemény következett be, melynek alapján a Biztosító folyamatosan fizeti a havi szolgáltatási összegeket a Biztosított részére.**
- 12.5. Az áthárított biztosítási díj összegét, mely a Biztosított által választott biztosítási csomagnak a függvénye, írásbeli csatlakozás esetén a Biztosított Biztosítotti nyilatkozata, szóbeli csatlakozás esetén a Szerződő által küldött visszaigazolás rögzíti. **A Szerződő által fizetendő biztosítási díj módosulása (ld. még a 20.1. pontot) maga után vonja a Szerződő által áthárított biztosítási díj összegének változását is.**
- 12.6. Az áthárított biztosítási díj bank- vagy hitelkártya felhasználásával fizethető meg, az ehhez szükséges hozzájáruló nyilatkozato(ka)t a Biztosított a Biztosítotti nyilatkozat megtevélekor teszi meg.
- 12.7. Az áthárított biztosítási díj első alkalommal a biztosítotti jogviszony létrejöttékor, a további áthárított díjak a soron következő hónap első napján esedékesek. Az áthárított biztosítási díj az esedékesség napjától a következő esedékesség napját megelőző napig fedezi a biztosítás díját.

13. § Értékkövetés

A Biztosító értékkövetést nem alkalmaz.

14. § Biztosítási kockázatok

- 14.1. A Biztosító a következő biztosítási kockázatok esetére nyújt szolgáltatást:

ha a Biztosított a munkanélküliségi kockázatra vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek 6.4. pontja szerinti munkaviszonnyal rendelkezik:	ha a Biztosított nem rendelkezik a munkanélküliségi kockázatra vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek 6.4. pontja szerinti munkaviszonnyal:
<ul style="list-style-type: none"> • 60 napot meghaladó keresőképtelenség (táppénz) • 60 napot meghaladó munkanélküliség 	<ul style="list-style-type: none"> • 60 napot meghaladó keresőképtelenség (táppénz) • 5 napot meghaladó, balesetből vagy betegségből eredő kórházi kezelés

- 14.2. A fenti biztosítási kockázatokkal összefüggésben bekövetkező biztosítási események meghatározását a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek tartalmazzák.

15. § A Biztosító szolgáltatása

- 15.1. A vonatkozó biztosítási esemény bekövetkezésekor a Biztosító az adott kockázatra vonatkozó Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott feltételekkel és időtartamra megfizeti a Biztosítottnak a választott biztosítási csomagnak megfelelő havi szolgáltatási összeget.
- 15.2. A Biztosító havi szolgáltatási összeg megfizetésére vonatkozó biztosítási szolgáltatást egyidejűleg csak egy jogcímen (vagy csak keresőképtelenség vagy csak munkanélküliség címén) nyújt. Ha ilyen a szolgáltatás teljesítésének tartama alatt a Biztosítottnak másik jogcímen is havi szolgáltatási összeg megfizetésére vonatkozó jogos szolgáltatási igénye keletkezik, akkor a Biztosító az elsőként bejelentett biztosítási esemény alapján teljesít mindaddig, amíg ezen a jogcímen a Biztosított szolgáltatásra jogosult. Jelen korlátozás nem zárja ki, hogy a Biztosító a keresőképtelenségi szolgáltatás tartama alatt esetlegesen bekövetkező 5 napot meghaladó kórházi kezelés jogcímen is szolgáltatást nyújtson, amennyiben az adott időpontban ez utóbbi kockázatviselés kiterjed a Biztosítottra a 14.1. pont rendelkezései alapján.
- 15.3. A Biztosító az általa nyújtandó szolgáltatást a Biztosított által megadott bankszámlára teljesíti.

16. § A biztosítási esemény bejelentése, a Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges iratok

- 16.1. A Biztosított vagy az általa meghatalmazott személy köteles a biztosítási eseményt haladéktalanul - de legkésőbb 2 éven belül - bejelenteni a Biztosítóknak az alábbi címen, e-mail címen illetve telefonszámon:

Postacím: Tesco Jövdelempótló Biztosítás Kárrendezés
1307 Budapest, Pf. 31.
Tel: 06-1-501-2361
e-mail: tescojovdelem@aegon.hu

- 16.2. A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a Biztosított bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a Biztosított csatlakozásakor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.
- 16.3. A biztosítási szolgáltatás igénybeviteléhez a Biztosító a következő dokumentumokat kérheti:
- 16.3.1. a biztosítási szolgáltatást igénylő személy által kitöltött szolgáltatási igénybejelentő nyomtatványt,

- 16.3.2. baleset esetén a baleseti jegyzőkönyvet, ha ilyen készült,
- 16.3.3. a Biztosító által a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott, az egyes kockázatokra vonatkozó egyéb dokumentumokon vagy azok másolatain kívül a Biztosító által a 16.4. pontban meghatározott dokumentumok közül azokat vagy azok másolatait, amelyek a jogosultság és a biztosítási esemény megállapításához szükségesek,
- 16.3.4. ha a biztosítási esemény külföldön történt, az idegen nyelven kiállított dokumentumok hitelesített magyar fordítását,
- 16.3.5. a Szerződőtől írásbeli csatlakozás esetén az aláírt Biztosítotti nyilatkozatot, szóbeli csatlakozás esetén a visszaigazolás (ld. még a 4.3. pontban) másolatát.
- 16.4. A Biztosító a biztosítási szolgáltatás iránti igény alapját képező betegségekre nézve az itt felsorolt dokumentumokat, illetve azok másolatát kérheti: a csoportos biztosítási szerződéshez való csatlakozást megelőző évekre visszamenőlegesen a biztosítási esemény bekövetkezéséig minden kórházi zárójelentést, műtéti leírást, ambuláns lapot, szakorvosi rendelői és/vagy gondozóintézeti orvosi dokumentumokat, diagnosztikus leletek, háziorvosi- gépi pacienskartont, egészségkárosodást megállapító orvosi bizottság határozatát.
- 16.5. Abban az esetben, ha a Biztosító által kért dokumentumokat nem, vagy hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetőleg azt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.
- 16.6. A Biztosító teljesítése az elbíráláshoz szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül esedékes.
- 16.7. A Biztosított késedelme miatt felmerült kamatot, egyéb költséget a Biztosító nem fizet.

17. § A Biztosító mentesülése

- 17.1. A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosítási esemény okozati összefüggésben áll a Biztosított - a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetét követően - két éven belül bekövetkező öngyilkossági kísérletével vagy öngyilkosságával, függetlenül attól, hogy azt tudatzavarában követte el.
- 17.2. A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosítási esemény összefüggésben áll a Biztosított rendszeres alkoholfogyasztásával, súlyosan ittas állapotával, bódító, kábító vagy hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztásával.
- 17.3. A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha bizonyítást nyer, hogy a biztosítási eseményt a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő. Súlyosan gondatlan magatartás okozta balesetnek, illetve betegségnek minősül, ha:
- 17.3.1. a biztosítási esemény a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben következett be,
- 17.3.2. a baleset idején a Biztosított alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt, és ez a tény a baleset bekövetkezésében közrehatott,
- 17.3.3. a biztosítási esemény amiatt következett be, hogy a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet engedély nélkül végzett, vagy
- 17.3.4. a biztosítási esemény a Biztosított munkavégzése során, a munkavédelmi szabályoknak a Biztosított általi súlyos megsértése miatt következett be, továbbá
- 17.3.5. diagnosztizált betegség esetén a Biztosított az orvosi utasításokat nem tartotta be, és ennek következményeként szövődmény, állapotromlás következett be, ami megelőzhető lett volna.

18. § Kizárások

- 18.1. A Biztosító jogosult a szolgáltatást megtagadni, ha a szolgáltatást igénylő személy az igénybejelentés alkalmával és/vagy a Biztosító szolgáltatása során (i) a biztosítási eseménnyel vagy a szolgáltatás szempontjából lényeges körülménnyel kapcsolatban valótlan információt közöl, vagy lényeges körülményt elhallgat, kivéve, ha a Biztosított bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a szerződésalkotásakor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében, (ii) hamis, hamisított vagy valótlan tartalmú okiratot használ, vagy (iii) a Biztosítottot egyéb módon megtéveszti.
- 18.2. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a kockázatviselés kezdete előtt meglévő betegséggel, kóros állapottal vagy a veleszületett rendellenességekkel (együttesen: meglévő betegség) és azok következményeivel okozati összefüggésben álló eseményekre abban az esetben, ha a kockázatviselés kezdetekor a meglévő betegségről a Biztosított tudomással bírt.
- 18.3. A kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett baleset vagy betegség miatt bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrészekkel és szervekkel összefüggő sérülések későbbi következményei a biztosításból ki vannak zárva.
- 18.4. A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a Biztosított járművezetés közben alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt, és ez a tény a baleset bekövetkezésében közrehatott. Alkoholos állapotnak tekintendő a 2,5 ezreléket meghaladó, gépjárművezetés közben a 0 ezreléket meghaladó véralkohol-koncentráció.
- 18.5. A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a biztosítási esemény a Biztosított jogosítvány vagy érvényes forgalmi engedély nélküli gépjárművezetése

- közben következett be, és a Biztosított mindkét esetben más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett.
- 18.6. A Biztosító kockázata nem terjed ki arra az esetre, ha a bekövetkezett biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll:
- 18.6.1. (i) harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel (jelen feltételek szempontjából harci cselekménynek minősül a háború, határviellégzés, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskíséret, polgárháború, idegen ország korlátozott célú hadicselekményei: például csak légi csapás, kommandó támadás), (ii) terrorcselekménnyel, (iii) forradalommal, felkeléssel, lázadással, zavargással, zendüléssel (a lázadás fogalmát illetően ld. a Büntető Törvénykönyv szerinti minősítést), kivéve a bejelentett tüneményeket, (iv) népi megmozdulással (például nem engedélyezett tüntetés, vagy be nem jelentett, illetve nem engedélyezett sztrájk),
- 18.6.2. nukleáris hasadással, nukleáris reakcióval, fúzióval, radioaktív- illetve ionizáló sugárzással, valamint ezek szennyezésével, kivéve az orvosi elírt terápiás célú sugárkezelést,
- 18.6.3. fegyver, robbanószer, vegyi- vagy gyúlékony anyagok használatával, kivéve rendőri esetében.
- 18.6.4. a Biztosított az alábbiakban meghatározott veszélyes sporttevékenységével:
- 18.6.4.1. búvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá, félkezes és nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hydrospeed, canyoning, surf,
- 18.6.4.2. hegymászás és sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlangi expedíció, bungee jumping (mélybeugrás),
- 18.6.4.3. autó- motor sportok (pl. auto-crash (roncsautó) sport, gokart sport, moto-cross sport, motorcsónak sport, motor-kerékpár sport, rally, ügyességi versenyek gépkocsival, versenyzés gépkocsival, quad),
- 18.6.4.4. privát-/sportrepülés/repülősportok (pl. paplanrepülés, léghajózás, siklóernyős repülés, motoros vitorlázó repülés, siklórepülés, sárkány és ultrakönnyű repülés, hőlégballonozás, ejtőernyős ugrás, vitorlázó repülés, műrepülés),
- 18.6.4.5. bázisugrás,
- 18.6.4.6. állat közreműködésével végzett sporttevékenységek (pl. lovaglás, lovaspólo, díjlovaglás, díjugratás, fogathajtás).
- 18.6.5. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki továbbá azokra a biztosítási eseményekre, amelyek a Biztosított hivatásszerű sporttevékenysége közben következtek be. Hivatásszerű sporttevékenységnek minősül, ha a Biztosított sportszervezettel (szakszövetséggel) létesített munkaviszony, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony vagy sportszerződés keretében végez sporttevékenységet.
- 18.7. A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a Biztosított balesete vagy betegsége
- 18.7.1. gépi erővel hajtott szárazföldi, légi vagy vízi járműben sportversenyen való részvétel következtében, vagy ilyen versenyekre való felkészülés során következett be, vagy
- 18.7.2. nem a szervezett légi forgalom keretében végrehajtott légi úton való részvétel, hanem egyéb (akár motoros, akár motor nélküli) repülés vagy repülősportolás következménye.
- 18.8. A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a Biztosított a Biztosító kockázatviselésének kezdetekor bármilyen jogcímen - kivéve az özvegyi nyugdíjat - nyugdíjas, vagy rokkantsági-, illetőleg rehabilitációs ellátásban részesül.
- 18.9. A Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezésekor köteles indokolatlan késedelem nélkül orvosi ellátást igénybe venni, valamint a kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatni. A Biztosító jogosult a szolgáltatást részben vagy egészben megtagadni, amennyiben a Biztosított e kötelezettségének nem tett eleget.
- 18.10. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az olyan szubjektív panaszokra és azok közvetett vagy közvetlen következményeire épülő igényekre, amelyek objektív orvosi módszerekkel nem igazolhatók (pl. migrén, a gerinc egyes degeneratív betegségei - úgy, mint például polidiszkopátia - és azok közvetett vagy közvetlen következményei).
- 18.11. A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a biztosítási esemény összefüggésben áll a Biztosított nem orvosi javallatra, vagy nem az előírt adagolásban történő gyógyszer szedésével.

19. § A panaszok bejelentése

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, illetve a honlapunkon:

<https://www.aegon.hu/elerhetosegek/panaszkezelesi-szabalyzat.html>

Szöveges panasz:

a) személyesen: valamennyi, az ügyfelek számára nyitva álló helyiségben (Ügyfélszolgálati Irodák, Értékesítési pontok), azok nyitvatartási idejében. Az irodák címe, és nyitvatartási ideje a www.aegon.hu honlapon megtalálható.

b) telefonon: 06-1-477-4800 (munkanapokon 8-18 óráig, csütörtökön 8-20 óráig)

Írásbeli panasz:

a) személyesen vagy más által az ügyfélforgalom számára nyitva álló helyiségben átadott irat útján

b) postai úton: Központi panasziroda 1813 Budapest, Pf. 245.

c) telefonon: 061-476-5791

d) elektronikus levélben: ugyfelszolgalat@aegon.hu

e) online: www.aegon.hu honlapon elhelyezett panaszbejelentőn

f) adatkezelési ügyben: elektronikus levélben: adatvedelem@aegon.hu

A Szerződő panaszkezelési, panaszügyintézési tevékenységet a biztosítással kapcsolatban nem lát el.

19.1. A Biztosító a szóbeli panaszt azonnal megvizsgálja (kivéve, ha annak azonnali kivizsgálása nem lehetséges) és szükség szerint orvosolja. Ha a szóbeli panasz azonnali kivizsgálása nem lehetséges, vagy a panaszos a szóbeli panasz kezelésével nem ért egyet, a Biztosító a panaszról és az azzal kapcsolatos álláspontjáról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolati példányát (1) személyesen közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek átadja (2) telefonon közölt szóbeli panasz esetén a panasz közlését követő 30 napon belül küldi meg a panasz kivizsgálásáról szóló, indoklással ellátott álláspontjával egyidejűleg.

19.2. A Biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos indoklással ellátott álláspontját a panasz közlését követő harminc napon belül megküldi az ügyfélnek. A Biztosító a panaszkezelés során köteles úgy eljárni, hogy a körülmények által adott lehetőségekhez mérten elkerülje a pénzügyi fogyasztói jogvita kialakulását.

A panasz teljes vagy részleges elutasítása vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén a fogyasztónak minősülő ügyfél az alábbi jogorvoslati fórumokhoz fordulhat:

Jogorvoslati fórumok:

- 1) A szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén békéltető testületi eljárást kezdeményezhet, vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.

Pénzügyi Békéltető Testület:

Ügyfélszolgálat: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39. Levelezési cím: Pénzügyi Békéltető Testület 1525 Budapest, Pf. 172., telefon: 06-80-203-776, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnb.hu. Bővebben a <https://www.mnb.hu/bekeltetes> honlapon kaphat tájékoztatást. Az Aegon a Testület előtt általános alávetési nyilatkozatot nem tett.

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

- 2) A szolgáltató magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó, 2013. évi CXCV. MNB tv. fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése (vagy annak vélelmezése) esetén, fogyasztóvédelmi ellenőrzési eljárást kezdeményezhet.

Fogyasztóvédelmi eljárás:

Magyar Nemzeti Bank, Ügyfélszolgálat: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39. Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank 1534 Budapest BKKP Pf. 777. telefon: 06-80-203-776, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnb.hu. Bővebben a www.mnb.hu/fogyasztovedelem honlapon kaphat tájékoztatást.

A fogyasztónak minősülő ügyfél a Pénzügyi Békéltető Testület, illetve a Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ előtt megindítható eljárás alapjául szolgáló "Kérelem" nyomtatvány megküldését igényelheti.

Az igénylés módja: Telefonon: 061-477-4800, postai úton: 9401 Sopron, Pf. 22. és e-mailen: ugyfelszolgalat@aegon.hu.

A nyomtatványt igazolható módon, költségmentesen kell kiküldeni, az ügyfél kérésének megfelelően e-mailen vagy postai úton. A biztosító a nyomtatványokat elérhetővé teszi a honlapján, a www.aegon.hu weboldalon és az ügyfélszolgálat részére nyitva álló helyiségeiben is.

Fogyasztónak nem minősülő ügyfél esetén:

A fogyasztónak nem minősülő ügyfél, panaszának a biztosítóhoz történő benyújtását követően jogorvoslatért az ügyre hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulhat (www.birosag.hu).

20. § A biztosítási feltételek és díjak módosítása

- 20.1. A Biztosító jogosult a biztosítási feltételeket, valamint a biztosítási díjakat felülvizsgálni és szükség esetén azok módosítását kezdeményezni a Szerződőnél. A biztosítási feltételek, valamint a biztosítási díjak módosítására csak a Szerződő és a Biztosító megállapodása alapján kerülhet sor. A biztosítási díjak módosítása maga után vonja a Szerződő által áthárított biztosítási díj összegének változását is.
- 20.2. A biztosítási feltételek és/vagy biztosítási díjak módosítása esetén a Szerződő a módosítás hatályba lépését megelőzően legalább 60 nappal írásban tájékoztatja a biztosítottakat a módosításokról azzal, hogy amennyiben a változásokkal nem ért egyet, úgy a rá vonatkozó biztosítási jogviszonyt a 10.1 és 10.2 pontban foglalt formában a változás hatályba lépésének napjára felmondhatja.

21. § Egyéb rendelkezések

- 21.1. A Biztosító a hozzá eljuttatott adatokat, bejelentéseket és jognyilatkozatokat csak akkor köteles hatályosnak tekinteni, ha azokat írásban vagy elektronikus formában juttatták el hozzá, ide nem értve a biztosítási esemény szóbeli bejelentését, továbbá a szóbeli panaszbejelentést.
- 21.2. A csoportos biztosítási szerződéssel összefüggő követelések a követelés esedékessé válásától számított 2 év alatt évülnek el.
- 21.3. A Biztosító csak a legalább 1000 forintot elérő összegű kifizetéseket teljesíti. Amennyiben a kifizetés összege ez alatt marad, úgy a Biztosító kifizetést nem utal.
- 21.4. Az egyes kockázatokra vonatkozó Különös Biztosítási Feltételekben foglaltak a jelen Általános Biztosítási Feltételekkel együtt érvényesek.
- 21.5. Az itt nem szabályozott kérdésekben a biztosítási törvény, a Ptk. rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

22. § ADATVÉDELMI TÁJÉKOZTATÓ

A biztosítási titok, a személyes adatok kezelésének elvi és gyakorlati tudnivalói

A személyes adatok kezelése

- 22.1. A biztosító adatkezelési nyilvántartási száma:
AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt.: 55534/2012-55547/2012; 55837/2012-55847/2012
- 22.2. Személyes adat egy meghatározott természetes személlyel (érintettel) kapcsolatba hozható adat - különösen az érintett neve, azonosító jele, valamint egy vagy több fizikai, fiziológiai, mentális, gazdasági, kulturális vagy szociális azonosására jellemző ismert -, valamint az adatból levonható, az érintettre vonatkozó következtetés. A Biztosítóval közölt személyes adat biztosítási titoknak minősül.
- 22.3. A Biztosító kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti:
- 22.3.1. az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvényben (a továbbiakban: Eüak.) meghatározott, az ügyfél egészségi állapotával összefüggő egészségügyi adatokat az Eüak. rendelkezései szerint,
- 22.3.2. az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (a továbbiakban: Infotv.) szerint különleges adatnak minősülő, az ügyfél egészségi állapotára, kóros szenvedélyére vonatkozó személyes adatot.
- 22.4. Személyes adat kezelhető akkor is, ha az érintett hozzájárulásának beszerzése lehetetlen vagy aránytalan költséggel járna, és a személyes adat kezelése (i) az adatkezelőre vonatkozó jogi kötelezettség teljesítése céljából szükséges, vagy (ii) az adatkezelő vagy harmadik személy jogos érdekének érvényesítése céljából szükséges, és ezen érdek érvényesítése a személyes adatok védelméhez fűződő jog korlátozásával arányban áll.
- 22.5. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés létrejöttéhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges cél lehet.
- 22.6. A Biztosító az Infotv. szerinti nyilvántartást vezet a személyes adatok továbbításáról. Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított öt év elteltével, a 22.3.1. és 22.3.2. pontokban meghatározott adatok továbbítása esetén húsz év elteltével törli a Biztosító.
- 22.7. A Biztosító a személyes adatokat:
- 22.7.1. létrejött biztosítási szerződés esetén a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető,
- 22.7.2. létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatban addig kezelheti, ameddig a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.
- 22.8. A biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.
- 22.9. Az érintett kérelmezheti az adatkezelőnél
- 22.9.1. tájékoztatását személyes adatai kezeléséről,

22.9.2. személyes adatainak helyesbítését, valamint

22.9.3. személyes adatainak – a kötelező adatkezelés kivételével – törlését vagy zárolását.

- 22.10. Az ügyfél kérésére a Biztosító köteles az általa vezetett nyilvántartásokban tárolt saját adatairól tájékoztatást adni és az ügyfél által kezdeményezett változásokat adatbázisán átvezetni.
- 22.11. Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.
- 22.12. Az Infotv. értelmében a jogszabályban meghatározott esetekben az érintett tiltakozhat személyes adatainak kezelése ellen. A Biztosító, mint adatkezelő köteles a bejelentéseket a törvény előírása szerint kivizsgálni és a kérelmezőt írásban tájékoztatni. Az érintett jogainak megsértése esetén az adatkezelővel szemben bírósághoz fordulhat. Az érintett a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál bejelentéssel vizsgálatot kezdeményezhet arra hivatkozással, hogy személyes adatok kezelésével kapcsolatban jogsérelem következett be, vagy annak közvetlen veszélye fennáll. A Biztosító, mint adatkezelő köteles megteríteni az érintett igazolt kárát is, amennyiben azt jogellenes adatkezeléssel, vagy a technikai adatvédelem követelményeinek megszegésével okozta. Ha az adatkezelő az érintett adatainak jogellenes kezelésével vagy az adatbiztonság követelményeinek megszegésével az érintett személyiségi jogát megsérti, az érintett az adatkezelőtől sérelemdíjat követelhet.

A biztosítási titok

- 22.13. Biztosítási titok minden olyan - minősített adatot nem tartalmazó -, a Biztosító és a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a biztosító és a biztosításközvetítő egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a Biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.
- 22.14. A Biztosító a biztosításközvetítő ügyfeleinek azon adatait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási jogviszony létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosított jogviszony létrejöttéhez, módosításához, állományban tartásához, a Csoportos Biztosítási Szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges cél lehet.
- 22.15. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül titoktartási kötelezettség terheli a Biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.
- 22.16. Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha
- 22.16.1. a Biztosító, a biztosításközvetítő ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
- 22.16.2. a biztosítási törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn,
- 22.16.3. a Biztosító által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója azt a biztosítási törvény alapján előírt tanúsítási eljárás lefolytatása keretében ismeri meg.
- 22.17. A biztosítási törvény 138. §-ában meghatározott esetekben a titoktartási kötelezettség nem áll fenn az alábbi hatóságokkal, illetve szervezetekkel szemben:
- 22.17.1. feladatkörében eljáró felügyelet, azaz a Magyar Nemzeti Bank (továbbiakban: MNB),
- 22.17.2. nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatóság és ügyészség,
- 22.17.3. büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási határozatok bírósági felülvizsgálata során eljáró bíróság, a bíróság által kirendelt szakértő,
- 22.17.4. végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtó,
- 22.17.5. a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelező, Családi Csődvédelmi Szolgálat, családi vagyonfelügyelő és bíróság,
- 22.17.6. a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző, továbbá általa kirendelt szakértő,
- 22.17.7. adóhatóság, amennyiben adóügyben, az adóhatóság felhívására a Biztosítót külön törvényben meghatározott körben nyilatkoztatási kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről külön törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli,
- 22.17.8. feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálat,
- 22.17.9. feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatal,
- 22.17.10. a feladatkörében eljáró gyámhatóság,
- 22.17.11. az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108.§-a (2) bekezdésében foglalt egészségügyi államigazgatási szerv,
- 22.17.12. a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkoszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szerv,
- 22.17.13. a viszontbiztosító, a csoport más vállalkozása, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítók,
- 22.17.14. állományátvétel keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében - az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint - az átvevő biztosító,
- 22.17.15. a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végző, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgáló,
- 22.17.16. a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosja,

- 22.17.17. a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információs szabadság Hatóság.
- 22.18. A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a fentiekben meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.
- 22.19. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn:
- 22.19.1. a hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. törvényben 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 és az adatkérés célját.
- 22.19.2. a nemzetbiztonsági szolgálat, az ügyészség, továbbá az ügyész jóváhagyásával a nyomozó hatóság írásbeli megkeresésére esetén. A Biztosító akkor is köteles haladéktalanul, írásban tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet
- 22.19.2.1. a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
- 22.19.2.2. a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény (a továbbiakban: Btk.) szerinti kábítószer-kereskedéssel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.
- 22.19.3. abban az esetben, ha a Biztosító az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget,
- 22.19.4. ha
- 22.19.4.1. a magyar bűnüldöző szerv - nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából - írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot,
- 22.19.4.2. a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot.
- 22.20. A Biztosító az ügyfelet nem tájékoztathatja a nyomozó hatóság és ügyészség, a nemzetbiztonsági szolgálat, valamint a külön törvényben meghatározott feltételek esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szerv részére történő adattovábbításról.
- 22.21. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Biztosító által harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervhez történő adattovábbítás abban az esetben, ha
- 22.21.1. ha a Biztosító ügyfele (a továbbiakban: adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
- 22.21.2. ha - a Biztosított hozzájárulásának hiányában - az adattovábbításnak törvényben meghatározott adatköre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban a személyes adatok védelmének megfelelő szintje az Infotv. 8.§ (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.
- 22.22. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét:
- 22.22.1. az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- 22.22.2. a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
- 22.22.3. 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 közgazdasági együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki,
- 22.22.4. ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás az Aktv. 43/H. § -ában foglalt kötelezettség, valamint a FATCA-törvény alapján az Aktv. 43/B. és 43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki,
- 22.22.5. a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.
- 22.23. A Biztosító, valamint tulajdonosa, a Biztosítóban részesedést szerezni kívánó személy, a vezető állású személy, egyéb vezető, valamint a biztosító és a viszontbiztosító alkalmazottja, megbízottja a működésével kapcsolatban a tudomásra jutott biztosítási titoknak is minősülő üzleti titkot köteles időbeli korlátozás nélkül megőrizni, azt harmadik személynek nem adhatja át.
- 22.24. A Biztosító kötelezettséget vállal arra, hogy megfelelő technikai adatvédelemmel, nyilvántartással rendelkezik, amely megvalósítja a biztosítási titok védelmét.

A veszélyközösség védelme céljából történő adatátadás

- 22.25. A Biztosító – a veszélyközösség érdekeinek megóvása érdekében – a jogszabályban, vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatás jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz. A Biztosító a más biztosító által hozzá intézett, a fentiek szerinti megkeresés esetén a megkeresésben szereplő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkereső biztosítóknak.
- 22.26. A megkeresés illetve az adatátadás az alábbi adatokra vonatkozhat:

- 22.26.1. baleseti-, betegségi- vagy, életbiztosítási kockázatok (pl. keresőképtelenségi, rokkantsági, haláleseti szolgáltatás) vonatkozásában a szerződés teljesítésével kapcsolatosan: (1) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személy azonosító adatai; (2) a biztosítandó vagy a biztosított személy adatfelvételkor, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatok; (3) az (1) pontban meghatározott személyt érintő korábbi – a baleset-, betegség- vagy életbiztosítási ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos - biztosítási eseményekre vonatkozó adatok; (4) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatok; és (5) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatok.

- 22.26.2. munkanélküliségi kockázat vonatkozásában a szerződés teljesítésével kapcsolatosan: (1) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett és a károsult személy azonosító adatai; (2) a biztosítandó vagy biztosított vagyontárgyak, követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatok; (3) az (1) pontban meghatározott vagyontárgyakat, követeléseket vagy vagyoni jogokat érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatok; (4) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatok; és (5) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatok.

- 22.27. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének.
- 22.28. A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomásra jutott adatot a kézhezvételt követő 90 napig kezelheti.
- 22.29. Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomásra jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, a fenti 22.28. pontban meghatározott időtartam meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig.
- 22.30. Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomásra jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.
- 22.31. A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat a biztosított érdeke nem vonatkozó, tudomásra jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal a 22.25. pontban meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.
- 22.32. A megkereső biztosító az általa tett megkeresésről, az abban szereplő adatokról, továbbá a megkeresés teljesítéséről az érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére az Infotv-ben szabályozott módon tájékoztatja.

Különös Biztosítási Feltételek Keresőképtelenségi kockázat

Az **AEON Magyarország Zrt.** (a továbbiakban: Biztosító) a jelen különös biztosítási feltételek alapján megkötött csoportos biztosítási szerződés értelmében, a meghatározott biztosítási díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§ szerinti biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 2.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja.

Jelen különös feltételekben foglaltak a Biztosító vonatkozó Általános Biztosítási Feltételeivel együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

- 1.1. E feltételek szempontjából biztosítási esemény a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselésének tartama alatt bekövetkezett, betegségből vagy balesetből eredő, 60 napot meghaladó folyamatos betegállománya (továbbiakban: keresőképtelenség).
- 1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a keresőképtelenség 61. napja.

- 1.3. E különös biztosítási feltételek szerint kizárólag a kockázatviselés tartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett baleset vagy betegség következményei minősülnek biztosítási eseménynek.

2. § A Biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító kifizeti a Biztosított részére a 6.2. pont szerinti, rá vonatkozó havi szolgáltatási összeget. A Biztosító térítési kötelezettsége a továbbiakban - az alábbi 2.4. pontban foglalt időbeli korlátozás figyelembevételével - abban az esetben áll fenn, ha a Biztosított igazolja, hogy a soron következő jogosultsági időpontban (meghatározását ld. a 6.3. pontban) még keresőképtelen.
- 2.2. A biztosítási eseményt követő első szolgáltatás teljesítése során a Biztosító egyszerre kéthavi szolgáltatást teljesít, azaz a 6.2. pontban meghatározott havi szolgáltatási összeg kétszeresét fizeti ki biztosítási szolgáltatásként a Biztosított részére.
- 2.3. **Egy adott biztosítási esemény miatt a Biztosító térítési kötelezettsége addig az időpontig áll fenn, amelyik az itt felsoroltak közül a leghamarabb bekövetkezik: (i) a Biztosított keresőképtelenségének megszűnéséig, vagy (ii) a kockázatviselés megszűnéséig, (iii) de legfeljebb 5 egymást követő hónapig, azaz 6 havi szolgáltatási összeg megfizetéséig, figyelemmel arra, hogy a 2.2 pontban meghatározottak szerint az első kifizetés során a Biztosító kéthavi szolgáltatást teljesít.**
- 2.4. Ha a Biztosított a biztosítási szolgáltatás megszűnését követő 60 napon belül a korábbi biztosítási eseményt kiváltó ok vagy annak következménye miatt újból keresőképtelenné válik, akkor az ilyen keresőképtelenséget a Biztosító az előző biztosítási esemény folytatásaként tekinti, és az újbóli keresőképtelenség bekövetkezése után azonnal szolgáltat. A 60 napon belül más okból keletkező, vagy a biztosítási szolgáltatás megszűnése után több mint 60 nappal bekövetkező keresőképtelenséget a Biztosító az 1.§-ban leírtak szerint új biztosítási eseménynek tekinti.
- 2.5. **A Biztosító szolgáltatási kötelezettségének felső határa: a Biztosított 12 havi szolgáltatásnak megfelelő biztosítási összegre jogosult az első biztosítási évtől számított minden 6 éves biztosítási periódus tekintetében, azaz a biztosítási limit 12 havi biztosítási összeg/6 év/Biztosított.**

3.§ Várakozási idő

Keresőképtelenné válás esetére a Biztosító a kockázatviselés kezdetétől számítandó 30 napos várakozási időt határoz meg. Ha (i) a Biztosított balesete vagy betegsége, amelynek következtében keresőképtelenné vált a várakozási idő alatt következett be, vagy (ii) az „Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről” elnevezésű nyomtatvány a várakozási idő alatt került kiállításra, a Biztosító a bekövetkezett keresőképtelenség esetében sem a várakozási idő alatt, sem annak lejártát követően nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

4. § A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 4.1. A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához - az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl - az (i) „Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről” elnevezésű nyomtatvány másolatát, (ii) az „Orvosi igazolás a folyamatos keresőképtelenségről” elnevezésű nyomtatvány másolatát, valamint (iii) a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által kiállított olyan igazolás vagy egyéb dokumentum másolatát kéri, amely tartalmazza a keresőképtelen állapotban tartás alapjául szolgáló betegség(ek) vagy állapot(ok) megnevezését és/vagy BNO kódját.
- 4.2. Az igazolást a Biztosítottnak havonta kell megküldeni a Biztosító részére. A jogosultság időpontjára vonatkozó igazolást a tárgyév végén, de legkésőbb az azt követő hónap 15-ig kell eljuttatni, amelyben a Biztosított keresőképtelen volt.
- 4.3. **Ha a Biztosított a keresőképtelenség fennállását a 4.2 pont szerint nem igazolja, a Biztosító kötelezettségét teljesítettnek, és a szolgáltatást befefjeztetnek tekintik. A Biztosító visszamenőleges hatállyal teljesíti a szolgáltatást abban az esetben, ha a Biztosított pótolja az igazolást. A késedelem miatt felmerült kamatot, egyéb költséget a Biztosító nem fizet.**
- 4.4. **A benyújtott igazolás alapján a Biztosított abban az esetben nyújt szolgáltatást, ha annak alapján megállapítható, hogy a Biztosított a legutóbb teljesített havi szolgáltatás óta folyamatosan, ugyanazon ok miatt keresőképtelen volt, és a keresőképtelenség a 6.3. pont szerinti jogosultsági időpontban is fennáll.**

5. § Kizárások

- 5.1. **A Biztosító kockázatviselése - az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl - nem terjed ki:**
- 5.1.1. aszténiával, depresszióval és más mentális rendellenességekkel kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 5.1.2. nem balesetből eredő (pl.: posztraumatikus stressz szindróma) pszichiátriai vagy pszichológiai kezeléssel kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 5.1.3. detoxikálással, alvászterápiával kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 5.1.4. geriatríai vagy gerontológiai kezeléssel kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 5.1.5. rehabilitációval, utógondozással kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 5.1.6. gyógyterápiával, logopédiával kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 5.1.7. gyógytornával, fizio- és fizioterápiával, masszázssal, fürdőkéssel, gyógykúrával kapcsolatos keresőképtelenségre,

- 5.1.8. orvosilag nem indokolt, a Biztosított által kezdeményezett beavatkozásokkal, (pl. kozmetikai, plasztikai beavatkozások) kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 5.1.9. anyasággal összefüggő keresőképtelenségre (kivéve a balesetből eredő keresőképtelenséget), mint: (i) terhesség és szülés miatti keresőképtelenség, (ii) gyermekápolási táppénz, (iii) GYES-en, GYED-en lévő biztosított keresőképtelensége (kivéve, ha a biztosított a GYES vagy GYED mellett kereső tevékenységet folytat - ha ez a vonatkozó jogszabályok alapján számára megengedett -, és e kereső tevékenység folytatása során válik keresőképtelenné)
- 5.1.10. olyan keresőképtelenségre, amely alatt a Biztosított jövedelemszerző tevékenységet folytat,
- 5.1.11. olyan keresőképtelenségre, amely nem a Biztosított egészségi állapota miatt következett be,
- 5.1.12. a keresőképtelenség időtartama alatt történt csatlakozás esetén arra a keresőképtelenségre, amelynek tartama alatt a Biztosított csatlakozott a csoportos biztosítási szerződéshez.
- 5.2. **Amennyiben Magyarország bevezeti a sorkatonaság intézményét vagy más, ezzel egyenértékű honvédelmi kötelezettséget, úgy a Biztosító a Biztosított ezen kötelezettség-teljesítése alatt fennálló keresőképtelenséget nem tekinti biztosítási eseménynek és ilyen címen szolgáltatást sem teljesít.**

6. § Fogalom meghatározások

- 6.1. Jelen feltételek szempontjából **balesetnek** minősül a Biztosított akaratától függetlenül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amely a kockázatviselés tartama alatt, de legkésőbb a balesetet követő egy éven belül bármely egyéb októl függetlenül a Biztosított időleges keresőképtelenségét idézi elő.
- 6.2. **Havi szolgáltatási összeg:** a Biztosított által választott biztosítási csomagtól függően: (i) 50.000 Ft vagy (ii) 100.000 Ft.
- 6.3. **Jogosultsági időpont:** az első alkalommal megegyezik a biztosítási esemény bekövetkezésének napjával (azaz a keresőképtelenség 61. napjával). Az ezt követő jogosultsági időpontok (ha vannak) megegyeznek a soron következő naptári hónapok ugyanezen sorszámú napjaival. Ha egy adott hónapban nincs ilyen sorszámú nap, akkor az adott hónapban a jogosultsági időpont a hónap utolsó napja.
- 6.4. Jelen feltétel szempontjából **keresőképtelen** az, (i) aki betegsége miatt munkáját nem tudja ellátni; vagy (ii) aki fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásban betegségének megállapítása vagy gyógykezelése miatt részesül; vagy (iii) akit közegészségügyi okokból foglalkozásától eltiltanak és más beosztást nem kap; vagy (iv) akit közegészségügyi okokból hatóságilag elkülönítenek; vagy (v) aki járványügyi, illetőleg állat-egészségügyi zárlat miatt munkahelyen megjelenni nem tud és más munkahelyen (munkakörben) átmenetileg nem foglalkozhat, és az itt felsorolt esetek miatt a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által igazoltan, saját jogon keresőképtelen állományban van.
- 6.5. Jelen feltétel szempontjából **kórháznak** minősül a magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.

Különös Biztosítási Feltételek Munkanélküliségi kockázat

Az AEGON Magyarország Biztosító Zrt. (továbbiakban: Biztosító) a jelen különös biztosítási feltételek alapján megkötött csoportos biztosítási szerződés értelmében, a meghatározott díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 2.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja.

Jelen különös feltételekben foglaltak a Biztosító vonatkozó Általános Biztosítási Feltételeivel együtt érvényesek.

1.§ A biztosítási esemény

- 1.1. E feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül, ha a Biztosított a Biztosító kockázatviselésének tartama alatt - nyilvántartott álláskeresővé válás miatt - 60 egymást követő napot meghaladó tartamra nyilvántartott álláskereső (munkanélküli).
- 1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a Biztosított álláskeresési nyilvántartásba vételét követő 61. nap.
- 1.3. **E különös biztosítási feltételek szerint kizárólag a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt - a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül - bekövetkezett vétnen és / vagy , a Biztosított akaratán kívüli ok miatti álláskeresővé (munkanélkülivé) válása minősül biztosítási eseménynek.**
- 1.4. **A Biztosító csak abban az esetben nyújt szolgáltatást, ha a Biztosított a munkanélkülivé válását megelőzően legalább 6 hónapig folyamatos, a 6.4 pont szerinti munkaviszonnyal rendelkezett.**

2.§ A Biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító kifizeti a Biztosított részére a 6.2. pont szerinti havi szolgáltatási összeget. A Biztosító térítési kötelezettsége a továbbiakban - az alábbi 2.3. pontban foglalt időbeli korlátozás figyelembevételével - abban az esetben áll fenn, ha a Biztosított igazolja, hogy a soron következő jogosultsági időpontban (meghatározását ld. a 6.3. pontban) még nyilvántartott álláskereső.

- 2.2. A biztosítási eseményt követő első szolgáltatás teljesítése során a Biztosító egyszerre kéthavi szolgáltatást teljesít, azaz a 6.2. pontban meghatározott havi szolgáltatási összeg kétszeresét fizeti ki biztosítási szolgáltatásként a Biztosított részére.
- 2.3. **Egy adott biztosítási esemény miatt a Biztosító térítési kötelezettsége addig az időpontig áll fenn, amelyik az itt felsoroltak közül a leghamarabb bekövetkezik:** (i) a Biztosított álláskeresőként történő nyilvántartásának megszűnése, vagy (ii) a kockázatviselés megszűnése, (iii) de legfeljebb 5 egymást követő hónapig, azaz 6 havi szolgáltatási összeg megfizetéséig, figyelemmel arra, hogy a 2.2. pontban meghatározottak szerint az első kifizetés során a Biztosító kéthavi szolgáltatást teljesít.
- 2.4. Ha a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége 6 havi szolgáltatás kifizetése miatt szűnt meg, akkor a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége kizárólag abban az esetben nyílik meg újra, ha (1) az érintett Biztosított a szolgáltatási kötelezettség megszűnését követően ismételtelen a 6.4. pont szerinti munkaviszonyt létesített, majd azt követően ismételtelen álláskereső lett, és (2) a Biztosító szolgáltatásának említett okból történő megszűnése és az újbóli jogosulttá válás között 6 hónapos, díjfizetéssel fedezett időszak eltelt.
- 2.5. A Biztosító szolgáltatási kötelezettségének felső határa: a Biztosított 12 havi szolgáltatásnak megfelelő biztosítási összegre jogosult az első biztosítási évtől számított minden 6 éves biztosítási periódus tekintetében, azaz a biztosítási limit 12 havi biztosítási összeg/6 év/Biztosított.

3.§ Várakozási idő

A Biztosító a munkanélkülivé válás esetében a kockázatviselés kezdetétől számítandó 90 napos várakozási időt határoz meg. Ha (i) a Biztosított munkaviszonyát megszüntető írásbeli jognyilatkozat a várakozási idő alatt kelt, vagy (ii) a munkaviszony a várakozási idő alatt szűnt meg, a Biztosító az emiatt bekövetkezett álláskeresővé (munkanélkülivé) válás esetében sem a várakozási idő alatt, sem annak lejártát követően nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

4.§ A Biztosító teljesítése, teljesítéshez szükséges iratok

- 4.1. A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához - az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl - a következő dokumentumokat kéri, illetve kérheti:
- 4.1.1. a munkáltató által kitöltött „Igazolólap az álláskeresői járadék megállapításához” elnevezésű nyomtatvány másolatát,
- 4.1.2. az Országos Egészségbiztosítási Pénztár - a biztosítási jogviszonyról és egészségbiztosítási ellátásokról szóló - igazolványának másolatát,
- 4.1.3. a munkáltató által kitöltött igazolás másolatát a munkaviszony megszűnéséről,
- 4.1.4. a megszünt munkaviszonyra vonatkozó munkaszerződés másolatát,
- 4.1.5. a munkaviszonyt megszüntető írásbeli jognyilatkozat (felmondás vagy közös megegyezés) másolatát,
- 4.1.6. a munkaügyi központ vagy kirendeltség igazolását, hogy a Biztosított mely időponttól mely időpontig nyilvántartott álláskereső
- 4.1.7. ha a munkaviszony megszüntetése miatt munkaügyi per indul, az ennek során keletkezett iratokat, amennyiben ez a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához szükséges.
- 4.2. A munkaügyi központ vagy kirendeltség igazolását a Biztosítottnak havonta kell megküldeni a Biztosító részére. Az adott hónapra vonatkozó igazolást a tárgyév végén, de legkésőbb az azt követő hónap 15-ig kell eljuttatni, amelyben a Biztosított álláskeresői járadékra vagy segélyre jogosult, illetve nyilvántartott álláskereső.
- 4.3. **Ha a Biztosított a szolgáltatásra való jogosultságát a 4.2. pont szerint nem igazolja, úgy a Biztosító kötelezettségét teljesítettnek, és a szolgáltatást befejezettnek tekinti. A Biztosító visszamenőleges hatállyal teljesíti a szolgáltatást abban az esetben, ha a Biztosított pótolja az igazolást. A késelem miatt felmerült kamatot, egyéb költséget a Biztosító nem fizet.**
- 4.4. A benyújtott igazolás alapján a Biztosító (1) első alkalommal abban az esetben nyújt szolgáltatást, ha az igazolás alapján megállapítható, hogy a biztosítási esemény bekövetkezett (azaz a Biztosított 60 egymást követő napot meghaladó tartamra nyilvántartott álláskereső), (2) az első szolgáltatást követően abban az esetben nyújt további szolgáltatást, ha az igazolás alapján megállapítható, hogy a legutóbb teljesített havi szolgáltatás óta a Biztosított továbbra is, megszakítás nélkül nyilvántartott álláskereső, és ez az állapot az első szolgáltatást követő jogosultsági időpont(ok)ban (ld. a 6.3. pontban) is fennáll.

5.§ Kizárások

- 5.1. A Biztosító kockázatviselése - az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl - nem terjed ki:
- 5.1.1. a határozott tartamú munkaviszonyra valamint a munkaerő-kölcsönzés céljából létesített munkaviszonyra,
- 5.1.2. olyan Biztosítottra, aki az álláskeresővé válását közvetlenül megelőzően (i) nem állt a 6.4. pont szerinti munkaviszonyban, vagy (ii) a 6.4. pont szerinti munkaviszonyban állt ugyan, de kevesebb, mint 6 hónapig volt folyamatos munkaviszonyban a munkaviszony megszűnését megelőzően, vagy (iii) a munkaviszony megszűnését megelőző 6 hónap során a munkavégzés- a táppénz, illetve a munkáltató érdekkörében felmerült ok kivételével - szünetelt,
- 5.1.3. a munkaviszony megszűnésére, ha (i) a munkáltatói jogok gyakorlója a Biztosított vagy a Biztosított hozzátartozója, vagy (ii) a Biztosított az adott munkáltatónál többségi tulajdonnal vagy meghatározó befolyással

rendelkezik, vagy (iii) a Biztosított a munkáltató üzletvitelét befolyásoló döntések meghozatalára jogosult, vagy egyéb vállalati vezetési befolyással rendelkezik,

- 5.1.4. a munkaviszonynak a Biztosított által kezdeményezett közös megegyezéssel történő megszüntetésére,
- 5.1.5. a munkaviszonynak a Biztosított által kezdeményezett felmondás miatti megszűnésére,
- 5.1.6. a munkaviszony próbaidő alatti megszűnésére,
- 5.1.7. a munkaviszonynak a munkáltató által azonnali hatályú felmondással történő megszüntetésére, illetve ha a munkáltató a Biztosított magatartása miatt felmondással élt,
- 5.1.8. a munkáltató általi felmondásra öregségi- vagy rokkantság miatti nyugdíjazás esetén,
- 5.1.9. a Biztosított munkaviszonyának megszűnésére, ha a munkáltató a munkaviszony megszüntetését a kockázatviselés kezdete előtt már írásban közölte vagy bejelentette,
- 5.1.10. arra a munkanélküliségre, amely a kockázatviselés kezdetekor már fennállt.

6.§ Fogalom-meghatározások

- 6.1. **Álláskereső (munkanélküli)** az, aki a munkaviszony létesítéséhez szükséges feltételekkel rendelkezik, (ii) oktatási intézmény nappali tagozatán nem folytat tanulmányokat, (iii) öregségi nyugdíjra nem jogosult, rehabilitációs járadékban, valamint a megváltozott munkaképességű személyek ellátásaiban nem részesül, (iv) az alkalmi foglalkoztatásnak minősülő munkaviszony és a nevelőszülői foglalkoztatási jogviszony kivételével munkaviszonyban nem áll, és egyéb keresőtevékenységet sem folytat, (v) elhelyezkedése érdekében az állami foglalkoztatási szervvel együttműködik, és akit (vi) az állami foglalkoztatási szerv álláskeresőként nyilvántart.
- 6.2. **Havi szolgáltatási összeg:** a Biztosított által választott biztosítási csomagtól függően a választott biztosítási összeg (i) 30.000 Ft vagy (ii) 50.000 Ft.
- 6.3. **Jogosultsági időpont:** az első alkalommal megegyezik a biztosítási esemény bekövetkezésének napjával (azaz az álláskeresőként történő nyilvántartás 61. napjával). Az ezt követő jogosultsági időpontok (ha vannak) megegyeznek a soron következő naptári hónapok ugyanezen sorszámú napjaival. Ha egy adott hónapban nincs ilyen sorszámú nap, akkor az adott hónapban a jogosultsági időpont a hónap utolsó napja.
- 6.4. **Munkaviszony:** legalább heti 30 órás, határozatlan tartamú, (i) a Munka Törvénykönyve („Mt.”) hatálya alá tartozó munkaviszony, továbbá a magyar jog hatálya alá tartozó (ii) közszolgálati jogviszony, (iii) közalkalmazotti jogviszony, (iv) bírósági és igazságügyi-illetve ügyészségi szolgálati viszony, (v) fegyveres és rendvédelmi szervek hivatásos és szerződéses állományú tagjainak szolgálati viszonya, (vi) kormányzati szolgálati jogviszony.

Különös Biztosítási Feltételek

5 napot meghaladó,

balesetből vagy betegségéből eredő kórházi kezelés kockázat

Az **AEGON Magyarország Biztosító Zrt.** (továbbiakban: Biztosító) a jelen különös biztosítási feltételek alapján megkötött csoportos biztosítási szerződés értelmében, a meghatározott díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 2.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja.

Jelen különös feltételekben foglaltak a Biztosító vonatkozó Általános Biztosítási Feltételeivel együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

- 1.1. Jelen Különös Biztosítási Feltételek alapján biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset vagy betegség közvetlen következményeként kórházban, fekvőbetegként 5 egymást követő naptári napot (őnrész) meghaladó kezelése.
- 1.2. A biztosítási esemény a kórházi kezelés ötödik napján 0 órakor következik be (a kórházi felvétel napja minősül az első napnak).
- 1.3. Ha a Biztosított a kórházból való távozását követő 60 naptári napon belül ugyanazon baleset vagy betegség folyamánként ismét kórházba kerül, a Biztosító ezen újabb kórházi kezelést az eredeti biztosítási esemény folytatásának tekinti, amennyiben a Biztosított a kórházból való távozását követően az eredeti kórházi kezelést szükségessé tevő baleset vagy betegség következményeinek kezelése céljából rendszeres orvosi felülvizsgálat vagy gyógyszeres kezelés alatt állt.

2. § A Biztosított szolgáltatása

- 2.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a kórházban fekvőbetegként töltött időtartamot (a felvétel és az elbocsátás napja közötti különbség) csökkenti az 5 nappal (őnrész) és az így fennmaradó napok számának megfelelő számú napi térítést („Alap” csomag esetén 10.000 Ft/nap, „Prémium” csomag esetén 20.000 Ft/nap) fizet a Biztosítottnak, legfeljebb a 3.§-ban részletezett eseményenkénti, valamint összesített felső határ erejéig.
- 2.2. A fenti 1.3. pont szerinti esetben a Biztosító az újabb kórházi kezelés(ek) tartamából nem von le őnrészt.

3. § A Biztosító szolgáltatási kötelezettségének felső határa

- 3.1. Egy biztosítási eseményből eredően (ideértve azt az esetet is, amikor a fenti 1.3. pont szerinti feltételek fennállása esetén több egymást követő kórházi kezelés egyetlen biztosítási eseménynek minősül) a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége legfeljebb 20 napi szolgáltatás összegének megtérítésére korlátozódik akkor is, ha a kórházi tartózkodás időtartama (a fenti 1.3. pont

szerinti feltételek fennállása esetén a két vagy több kórházi kezelés összesített tartama) az 5 napos önrész levonását követően is meghaladná a 20 napot.

- 3.2. A biztosítás tartama alatt a Biztosító legfeljebb 2 biztosítási esemény alapján nyújt szolgáltatást. Az ezt követően bekövetkező esetleges további biztosítási események alapján a Biztosító abban az esetben sem nyújt szolgáltatást, ha a megelőző 2 biztosítási esemény alapján a 3.1. pontban részletezett eseményenkénti maximum nem került kifizetésre.

4. § A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 4.1. A Biztosított vagy az általa meghatalmazott személy köteles a biztosítási eseményt a Biztosító részére írásban bejelenteni, melyhez mellékelni kell – az Általános Biztosítási Feltételek 16.§-ában felsoroltak mellett – az alábbi dokumentumokat:
- 4.1.1. a kórházi zárójelentés másolatát, melyben szerepelnie kell (1) a kórházi kezelésre okot adó betegség(ek) vagy állapot(ok) megnevezését és/vagy BNO kódjának, (2) a kezelőorvos nevének és elérhetőségének,
- 4.1.2. annak igazolására szolgáló dokumentum, hogy az igénybejelentésben feltüntetett időtartam alatt a Biztosított a kórházban fekvőbeteg ellátásban részesült.

5. § Kizárások

- 5.1. A Biztosító kockázatviselése - az általános biztosítási feltételekben foglaltakon túl - nem terjed ki az alábbi esetekre:
- 5.1.1. olyan intézményben történt fekvőbeteg-ellátásra, amely a jelen Különös Biztosítási Feltételek szerint nem minősül kórháznak (ld. a 6.§-ban)
- 5.1.2. olyan személy vagy intézmény által nyújtott kezelés, aki / amely nem rendelkezik az adott gyógyászati tevékenységre vonatkozó engedéllyel,
- 5.1.3. alváterápiával kapcsolatos kórházi kezelés,
- 5.1.4. orvosilag nem indokolt, a Biztosított által kezdeményezett beavatkozásokkal, (pl. kozmetikai, plasztikai beavatkozások) kapcsolatos kórházi kezelés.
- 5.2. Nem képezi biztosítási esemény tárgyát a (1) a terhesség alatti kórházi ápolás vagy (2) a terhesség-megszakítás.

6. § Fogalom meghatározás

Kórház: a magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.

Jelen biztosítási feltételek szempontjából nem minősülnek kórháznak – még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg ellátást végeznek – a (1) szanatóriumok, (2) rehabilitációs intézetek, (3) gyógyfürdők, (4) gyógyüdülők, (5) elmekóros állapotú- és egyéb pszichiátriai rendellenességekkel küzdő betegek gyógy- és gondozóintézetei, (6) geriátriai, „krónikus” intézetek, (7) szociális otthonok, (8) alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények, illetve kórházak, valamint (9) kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai, feltéve, hogy a Biztosított az osztály jellegének megfelelő szolgáltatásban részesült.