

# Tesco csoportos balesetbiztosítás – tájékoztató

Tisztelt Ügyfelünk!

Üdvözljük a Tesco biztosítottak körében! A Tesco csoportos balesetbiztosítással az volt a célunk, hogy egyszerű, gyors és elérhető biztosítási megoldást találjunk az Ön számára is. Az egyszerűséget szem előtt tartva, az alábbi tájékoztatóban foglaltuk össze új biztosításával kapcsolatos legfontosabb tudnivalókat, illetve lehetőségeket. A biztosítási szolgáltatást az Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt. (1091 Budapest, Üllői út 1.) nyújtja, Ön, a biztosítás igénylését követően közvetlenül a biztosítóval lesz kapcsolatban.

## I. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK

**Baleseti halál:** ha biztosított akaratától függetlenül, hirtelen olyan külső behatás lép fel, amelynek következtében a biztosított a balesetet követő 1 éven belül meghal.

**Baleseti rokkantság (31-100%):** ha a biztosított akaratától függetlenül, hirtelen olyan külső behatás lép fel, amelynek következtében a biztosított a balesetet követő 2 éven belül kizárólag a balesettel összefüggő, maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodást (megrokkánást) szenved. A 31%-ot meghaladó rokkantság esetén a megjelölt biztosítási összegnek a balesetből eredő megrokkánás mértékével arányos részét fizethető, de a biztosítási szolgáltatás mértéke nem függ a nem baleseti eredetű egészségkárosodástól.

**Baleseti csonttörés, csontrepedés:** ha a biztosított akaratától függetlenül, hirtelen, olyan külső behatás lép fel, amelynek következtében a biztosított csonttörést, illetve csontrepedést szenved (fogtörés és repedés kizárásával). Ugyanazon balesetből kifolyólag a biztosítási összeg csak egyszeresen kerül kifizetésre, függetlenül attól, hogy az adott baleset egy vagy több testrészen okozott sérülést.

A biztosítás a nap 24 órájában, a világ bármely országában bekövetkezett biztosítási eseményekre érvényes.

## II. BIZTOSÍTOTT

Biztosított lehet az a természetes személy, aki a csoportos szerződéshez nyilatkozattal csatlakozott, és aki a kockázatviselés kezdetekor a 18. életévét betöltötte, de az életkora a 75. életévet nem haladja meg. A Prémium+ csomag esetén Társbiztosított a nyilatkozatot tevő házastársa vagy élettársa – feltéve, hogy lakcíme állandó lakcímbeljelentés alapján a biztosítási esemény bekövetkezésekor a nyilatkozatot tevőével azonos –, aki a 18. életévét betöltötte, de az életkora a 75. életévet nem haladja meg.

Élettársi kapcsolat áll fenn két olyan, házasságkötés létesítése nélkül közös háztartásban, érzelmi és gazdasági közösségben (életközösségben) együtt élő személy között, akik közül egyiknek sem áll fenn mással házassági életközössége vagy élettársi kapcsolata, és akik nem állnak egymással egyenesági rokonságban vagy testvéri, féltestvéri kapcsolatban.

Az házastárs/élettárs részére nyújtott szolgáltatás feltétele, hogy a házastársi viszony/élettársi kapcsolat a biztosítási esemény időpontjában fennálljon.

Biztosítottként egyidejűleg csak egyszeresen lehet biztosított nyilatkozatot aláírni. A biztosítás kedvezményezettje haláleseti szolgáltatás esetén a biztosított örököse(i) egyéb szolgáltatás esetén pedig maga a biztosított.

## III. BIZTOSÍTÁSI DÍJ

A biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének ellenértéke, amelynek megfizetését a Szerződő vállalta. A Szerződő az általa megfizetett biztosítási díj Biztosítottra jutó részét áthárítja a Biztosítottra. A biztosítás éves díja a választott csomagtól függ. Alap csomag esetén: 5.500 Ft, Prémium csomag esetén: 9.000 Ft, Prémium+ csomag esetén 12.000 Ft.

## IV. KOCKÁZATVISELÉS MEGSZŰNÉSE

A Biztosító kockázatviselése megszűnik:

- a Tesco csoportos balesetbiztosítás megszűnésével, de fennmarad a kockázatviselés a csoportos szerződés tartama alatt aláírt nyilatkozatra az adott év végéig.
- az adott név szerint megjelölt Biztosított vonatkozásában megszűnő szerződés egyidejűleg a Társbiztosítottra nézve is megszűnik,
- a név szerint megjelölt Biztosított halálával,
- a Társbiztosított halálával, de ebben az esetben a biztosítási fedezet csak rá vonatkozóan szűnik meg,
- a biztosítási díj befizetésének elmaradása esetén, az esedékességtől számított 30 nap elteltével.

A Biztosító kockázatviselése megszűnik a Biztosított és a Társbiztosított vonatkozásában:

- a biztosítási tartam – a nyilatkozat alapján kezdődő kockázatviselés kezdetétől számított 1 év – lejártával.

## V. KÁRBEJELENTÉS

Amennyiben baleset történik, azt írásban 30 napon belül jelenteni kell az Aegon Magyarország részére (Aegon Magyarország Biztosító Zrt., 1091 Budapest, Üllői út 1. Csoportos Biztosítások Üzletág vagy [tescobaleset@aegon.hu](mailto:tescobaleset@aegon.hu)). A bejelentéshez szükséges nyomtatvány letölthető az Aegon Biztosító honlapjáról, vagy kérésre az Aegon Biztosító +36 1 476-5612 telefonszámon vagy [tescobaleset@aegon.hu](mailto:tescobaleset@aegon.hu) e-mailcímen elérhető balesetbiztosítási ügyfélszolgálatára kiküldi.

A bejelentéshez az alábbi dokumentumokat kell csatolni:

- lakcímkártya és személyi igazolvány másolata,
- a baleset tényének igazolása,
- hatósági eljárás esetén annak eredménye,

# Aegon Csoportos Biztosítások

## Általános Feltételek

### I. ALAPVETŐ MEGHATÁROZÁSOK

1. A jelen feltételek alapján létrejövő szerződés (továbbiakban: Szerződés) keretében az Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt. (továbbiakban: Biztosító) csoportos kockázati élet-, baleset-, betegség- és speciális szolgáltatású betegségbiztosításokat nyújt.

A Szerződés részét képezi:

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

### 2. A biztosítás alanyai

#### 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.

#### 2.2. Biztosított

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

- a) életkora 14 és 65 év között van;
- b) részére rokkantsági ellátást vagy rehabilitációs ellátást nem állapítottak meg, illetve munkaképesség csökkenésének megállapítására irányuló kérelmének elbírálása az illetékes magyar szakigazgatási szervnél nincs folyamatban.

Ha a Szerződés bármilyen speciális szolgáltatású betegségbiztosítást is tartalmaz, vagy arra a későbbiekben kiterjesztik úgy

- c) a Szerződővel munkaviszonyban áll, vagy a Szerződő által kölcsönzött munkaerő.

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

A Szerződésbe Biztosított – a Szerződő személyére vonatkozó előbbi meghatározások miatt – szerződőként nem léphet be.

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

#### 2.3. Kedvezményezett

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

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

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

### 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.

#### 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) kockázati élet-, baleset- és betegségbiztosítások esetében 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) speciális szolgáltatású betegségbiztosítások esetében az egyes csoportokra vonatkozó limiteket az adott biztosítási termék szerint,
- e) a biztosítási időszakok meghatározását,
- f) az Adatközlő adattartalmának meghatározását a díjszámítás és az elszámolás vonatkozásában,
- g) a Biztosított Nyilatkozatok tartalmát.

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

#### 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.

#### 6. **A Biztosított Nyilatkozatok**

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

## II. **A CSOPORTOS BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE ÉS TARTAMA**

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).

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**

1. A Szerződő vállalja, hogy biztosításra jelöli mindazon – az érdekkörébe tartozó – személyeket, akik megfelelnek az I.2.2. pontban meghatározott feltételeknek, és akik a Mellékletben meghatározott, biztosítani kívánt csoportokba tartoznak.
2. Az Ajánlatban közöltektől függően a Biztosító az egyes biztosításra jelölt személyekre vonatkozóan egészségi nyilatkozatot kérhet, és/vagy orvosi vizsgálatot írhat elő.
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.
4. A Biztosító a Szerződésben szereplő egyes biztosításokkal kapcsolatban várakozási időt köthet ki. A Biztosító a várakozási időt az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számítja. A várakozási idő alatt bekövetkezett biztosítási eseményekre a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll fenn.

5. A Szerződés megkötésekor azok esetében,
- akiket a III.1. pont alapján a Szerződő biztosításra jelölt,
  - akik a Szerződés megkötésekor megfelelnek az I.2.2. pont alatt definiált a)–b) pontokban foglaltaknak,
  - amennyiben a Szerződés speciális szolgáltatású betegségbiztosítást is tartalmaz, a biztosításra jelölt személyeknek meg kell felelniük az I.2.2. pont c) pontban foglaltaknak is,
  - és akiket a Biztosító a III.3. pont alapján nem utasít el,
- a Biztosító kockázatviselése a Szerződés hatályba lépésével (II.1. pont) kezdődik.
6. 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.2.2. pont alatt definiált a)–b) feltételek teljesülnek, feltéve, hogy a III.3. pont szerint a Biztosító a kockázat vállalását nem tagadja meg.

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

#### IV. A SZERZŐDÉS ÉS A KOCKÁZATVISELÉS MEGSZŰNÉSE

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

A felek a d) és e) pontban foglaltakat a Szerződés közös megegyezéssel történő megszüntetésének tekintik.

2. Az egyes biztosítottak vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik az alábbi esetekben:
- ha a Biztosítottra vonatkozóan az I.2.2. pont alatt definiált a)–c) feltételek bármelyike már nem áll fenn, úgy a feltétel megszűnése hónapjának végével;
  - ha a Biztosított már nem tartozik egyik biztosításra jogosító csoportba sem, úgy
    - kockázati élet-, baleset- és betegségbiztosítás esetében a csoportokba tartozás megszűnését vagy a szünetelés kezdetét követő nap 0. órájától;
    - speciális szolgáltatású betegségbiztosítás esetében a csoportokba tartozás megszűnés vagy a szünetelés kezdetét követő hónap 1. napjának 0. órájától;
  - közlési kötelezettség megsértése esetén a VIII.5. pontban foglaltak szerint;
  - a Biztosított halálával.

3. Az egyes Biztosítottak vonatkozásában a biztosítási Szerződés fennállása során a Biztosító kockázatviselése az alábbiak szerint megváltozik:
- 50%-os vagy ezt meghaladó egészségkárosodás (rokkantság) miatti, rokkantsági vagy rehabilitációs ellátás megállapítását tartalmazó szakigazgatási határozat jogerőre emelkedésével az adott Biztosítottra vonatkozóan a fennálló kockázati élet-, illetve baleseti halál esetére szóló biztosítás kivételével a többi biztosítás automatikusan megszűnik, függetlenül attól, hogy a határozat később módosításra, visszavonásra kerül-e vagy sem.

#### V. DÍJFIZETÉS

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.
2. A szerződő felek részletfizetésben is megállapodhatnak. A részletfizetésnek megfelelő díjfizetési gyakoriságot a Melléklet tartalmazza. Az egyes díjrészletek mindig a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő időszakok első napján előre esedékesek.

3. A Szerződő vállalja, hogy a csoportos biztosítás díját az összes Biztosítottra vonatkozóan – a díj (díjrészlet) esedékességének megfelelően – egyösszegben fizeti meg. Amennyiben a Szerződő a biztosítás érvényes díjánál (díjrészleténél) kevesebbet fizet, úgy a díj nemfizetés esetére vonatkozó szabályok lépnek életbe (V4. pont).
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.
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**

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.

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.

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

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

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

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**

1. A Szerződő a fordulónapot követő 30 napon belül köteles a Biztosító számára az Adatközlő azon adatait megküldeni, amelyek a lezárt biztosítási időszakra vonatkoznak.
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.
3. A díjelszámolás pénzügyi rendezése annak a Szerződőhöz való megküldésétől számított 15 napon belül esedékes.

## **VIII. KÖZLÉSI KÖTELEZETTSÉG ÉS MEGSÉRTÉSÉNEK KÖVETKEZMÉNYEI**

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

2. A Szerződő és a Biztosított kötelesek az általuk közölt adatok ellenőrzését a Biztosító részére lehetővé tenni.
3. Közlési kötelezettség megsértése esetén a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító ismerte, illetve, hogy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.
4. Amennyiben szerződői, vagy biztosított közlés alapján vagy annak hiányában a szükségesnél alacsonyabb biztosítási díj kerül megállapításra, úgy az adott Biztosított vonatkozásában a biztosítási esemény bekövetkezésekor a tényleges díjfizetésnek a díjkalkuláció szerint megfelelő biztosítási összeg kerül kifizetésre. Ha a megállapított díj meghaladja a szükséges mértéket, úgy a díjtúlfizetés az elszámolás során beszámításra kerül.
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.
6. Életbiztosítási szolgáltatás tekintetében a közlési kötelezettségértés következményeit az adott Biztosítottra folyamatosan fennálló Szerződés első öt évében lehet alkalmazni.

## **IX. KIZÁRÁSOK A KOCKÁZATVISELÉSBŐL, MENTESÜLÉSEK**

1. A csoportos biztosítási Szerződés nem nyújt fedezetet azon eseményekre, amelyek bekövetkezése, illetve mértéke, súlyossága okozati összefüggésben van a következőkben felsoroltak bármelyikével:
  - a) államok közötti fegyveres összeütközés, polgárháború, vagy más harci cselekmény;
  - b) sugárferdőzés;
  - c) a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 2 éven belül elkövetett öngyilkossága, öngyilkossági kísérlete;
  - d) a Biztosított jogellenes szándékos magatartása a c) és e) pontokban jelzett különös szabályokra is tekintettel;
  - e) a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye;
  - f) baleset és betegségbiztosítás esetén a biztosított jogellenes súlyos gondatlansága.

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

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

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

## **X. VEGYES RENDELKEZÉSEK**

1. A Biztosító teljesítésének feltételei kockázati élet-, baleset- és betegségbiztosítások esetében:
  - a) A biztosítási esemény bekövetkeztét – a szolgáltatás iránti igényvel együtt – 30 napon belül kell a Biztosítónak bejelenteni. Ezen határidő elmulasztása esetén, amennyiben lényeges körülmények utóbb kideríthetetlené váltak, a Biztosító megtagadhatja a biztosítási összeg kifizetését.
  - b) A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás(ok) kifizetéséhez – a vonatkozó Speciális Feltételekben meghatározottakon kívül – az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:
    - a szolgáltatás iránti igénybejelentés; a biztosítás adott biztosítottra vonatkozó érvényességének és szükség esetén a díjfizetésnek az igazolása;
    - a kedvezményezettség megállapításához szükséges okirat, beleértve a Biztosított nyilatkozatot, illetve kedvezményezett-jelölés hiányában az I.2.3. pont szerinti kedvezményezett(ek)et igazoló okirat (jogerős közjegyzői végzés, öröklési bizonyítvány, bírósági ítélet);
    - hatósági eljárás esetén az eljárást megtagadó vagy megszüntető határozat, illetve ítélet, határozat.
  - c) a Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésével összefüggő szolgáltatása teljesítésének esedékességét a szerződésben és a feltételekben megjelölt károk és költségek igazolására felsorolt okiratokon kívül egyéb okirat benyújtásától függővé nem teheti, annak benyújtását nem követelheti;
  - d) a biztosítási szolgáltatás teljesítésének esedékességét nem kötheti a bejelentett káresemény tekintetében indult büntető- vagy szabálysértési eljárás jogerős befejezéséhez;

- e) a Biztosítottak minden esetben joga van azonban olyan további bizonyítékok felmutatására, amelyeket – a bizonyítás általános szabályai szerint – követelésének érvényesítéséhez szükségesnek lát.
- f) A Biztosító szolgáltatásait az elbíráláshoz szükséges összes irat kézhezvételétől számított 15 napon belül köteles teljesíteni.
2. A Biztosító szolgáltatásának általános szabályai azon biztosítások esetében, amelyek Speciális Feltételeiben erre a szakaszra hivatkozással történik:
- a) A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Speciális Feltételekben meghatározott olyan orvosi és egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki, amelyeket a Biztosítóval szerződésben álló szolgáltatók (a továbbiakban: Egészségügyi Szolgáltató) nyújtanak.
- b) A Biztosítottak a Biztosító által a Szerződésben foglaltak szerint nyújtott speciális szolgáltatású betegségbiztosításra vonatkozó igényét a 06-1-461-1517-es „Aegon Doktor” telefonszámon kell bejelentenie. A Szerződésben foglalt szolgáltatásoknak más úton történt bejelentése nem minősül elfogadható bejelentésnek, annak eredményeként szolgáltatás igénybe nem vehető.
- c) Az „Aegon Doktor” a Biztosító által nyújtott speciális szolgáltatású betegségbiztosítások alapja. Az „Aegon Doktor” napi 24 órában, megszakítás nélkül működő telefonos assistance szolgáltatás, melyen keresztül a Biztosított egészségügyi végzettségű személyzettől szakmai tanácsokat és egészségügyi szolgáltatásokkal, valamint közegészségügyi intézményekkel kapcsolatos információkat kérhet, továbbá a Szerződésben foglalt speciális szolgáltatású betegségbiztosításokkal kapcsolatban igényt jelenthet be. Az „Aegon Doktor” szolgáltatás nyújtója a Szerződésben szereplő speciális szolgáltatású betegségbiztosítások szervezője (a továbbiakban: Szolgáltatásszervező).
- d) A biztosítási eseménynek minősülő és a Szolgáltatásszervező által nyújtott egészségügyi szolgáltatások igénybevételét nem kell külön bejelenteni a Biztosítónak.
- e) A Szolgáltatás nyújtása illetve megszervezése megtagadható, ha a Szerződésben, különösen az Általános és Speciális Feltételekben szereplő feltételek bármelyike (biztosítás hiánya, megszűnése, illetve mentesülés vagy kizárás) nem teljesül, vagy az esemény nem biztosítási esemény).
- f) A Szolgáltatásszervező és a Biztosító nem vállal felelősséget akár javasolt, akár más, harmadik egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások szakmai minőségéért, illetve annak során esetleg a Biztosítottak okozott károkért.
- g) A Biztosító a Szolgáltatásszervezővel kötött megállapodás alapján jogosult megismerni akár a biztosított igényének, akár a Szolgáltatásszervező biztosítással kapcsolatos tevékenységének elbírálásához szükséges iratokat (ideértve a kiszervezési szerződésben, a biztosítási feltételekben meghatározott dokumentumokat, illetve hatósági eljárás esetén az azt megtagadó vagy megszüntető határozatot, illetve ítéletet vagy bírósági és más hatósági határozatot).
3. A csoportos biztosításból eredő igények **elévülési ideje** a biztosítási esemény bekövetkeztének napjától számított **2 év**.
4. A Szerződés hatálya alá tartozó biztosítások kockázati életbiztosításnak, illetve kiegészítő csoportos baleset- és betegségbiztosításoknak minősülnek. Nem vásárolhatók vissza, nem díjmentesíthetők, és rájuk kölcsön sem igényelhető, megszűnésük esetén maradékjogok nem keletkeznek.
5. A Biztosító a Szerződőt évente írásban tájékoztatja a biztosítás aktuális állapotáról, valamint az Általános és Speciális Feltételek módosításáról.
6. A kitöltött Biztosítotti Nyilatkozatoknak, valamint a Biztosítóhoz való minden bejelentésnek a Biztosítóhoz történő eljuttatása a Szerződő kötelessége. A Szerződő köteles tájékoztatni a Biztosítottakat a biztosítási Szerződés tartalmáról, az abban bekövetkező valamennyi változásról.
7. A Szerződő a Szerződés aláírásával hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosító a Szerződés körében a személyes és különös adatokat kezelje, és a 2003. évi LX. törvény (továbbiakban Bit) 155-159. §-ai alapján azokat jogszerűen harmadik személynek átadja.
8. A Biztosító a személyes adatokat a Szerződés részét képező, a Szerződő aláírásával elfogadott „Tájékoztatás és nyilatkozat az adatkezelésről” okirat figyelembevételével kezeli.
9. 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.
10. A Biztosított 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.

14. 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 feladatkörében eljáró Felügyelettel,
  - a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel,
  - büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajttal,
  - a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel,
  - a (2) bekezdésben foglalt esetekben az adóhatósággal,
  - a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
  - a Biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselővel, ezek érdek-képviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos verseny-felügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
  - a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
  - az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal,
  - a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
  - a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
  - az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,
  - 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,
  - a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
  - a nyomozó hatóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet összefüggésben áll
    - kábítószer-kereskedelemmel,
    - terrorizmussal,
    - illegális fegyverkereskedelemmel, vagy
    - a pénzmosás bűncselekményével.
15. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.
16. 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.
17. 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.
18. A Szerződésre a hatályos Személyi jövedelemadóról (továbbiakban: Sza) 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 közteherhivatali kötelezettségét
19. Jelen Szerződésre a magyar jog érvényes és a Szerződés nyelve magyar.
20. Biztosító neve: Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt.  
 Társasági formája: zártkörűen működő részvénytársaság  
 Székhelyének állama: Magyarország  
 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.
21. A panaszos a Szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén bírósághoz fordulhat, vagy a Pénzügyi Békéltető Testület eljárását kezdeményezheti, kivéve, ha felelősségbiztosítás károsultja a panaszos. A Békéltető Testület elérhetősége: Levélcím: H-1525 Budapest BKKP Pf.: 172., telefon: 061-4899-100, e-mail címe: pbt@pszaf.hu. A szolgáltató magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeleténél fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet. Levelezési címe: 1534 Budapest, BKKP Pf. 777. telefon: 061-4899-100, e-mail cím: ugyfelszolgalat@pszaf.hu



# Aegon Csoportos Biztosítások Általános Feltételek

## Záradék a Tesco Csoportos Balesetbiztosításhoz

Az Általános Feltételek lent felsorolt pontjai az alábbiak szerint értelmezhetőek:

### I. ALAPVETŐ MEGHATÁROZÁSOK

#### 2.2 Biztosított

Biztosított a Nyilatkozatot aláíró és a Szerződő által a Biztosítóhoz továbbított Tesco ügyfél, továbbá (Társ)biztosított a megfelelő csomagot (Prémium+) igénylő Nyilatkozó házastársa illetve élettársa, feltéve, hogy lakcíme állandó lakcímbeljelentés alapján a biztosítási esemény bekövetkezésekor a nyilatkozatot tevőével azonos. A Biztosított csak az lehet, akinek életkora 18 és 75 év között van.

Élettársi kapcsolat áll fenn két olyan házasságkötés létesítése nélkül közös háztartásban érzelmi és gazdasági közösségben (életközösségben) együtt élő személy között, akik közül egyiknek sem áll fenn mással házassági életközössége, vagy élettársi kapcsolata, és akik nem állnak egymással egyenes ági rokonságban vagy testvéri, féltestvéri kapcsolatban.

### IV. A SZERZŐDÉS ÉS A KOCKÁZATVISELÉS MEGSZŰNÉSE

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

- a Tesco csoportos balesetbiztosítás megszűnésével, de fennmarad a kockázatviselés a csoportos szerződés tartama alatt aláírt nyilatkozatra az adott év végéig;
- az adott név szerint megjelölt Biztosított vonatkozásában megszűnő szerződés egyidejűleg a Társbiztosítottra nézve is megszűnik,
- a név szerint megjelölt Biztosított halálával,
- a Társbiztosított halálával, de ebben az esetben a biztosítási fedezet csak rá vonatkozóan szűnik meg;
- a biztosítási díj befizetésének elmaradása esetén, az esedékességtől számított 30 nap elteltével;

A Biztosító kockázatviselése megszűnik a Biztosított és a Társbiztosított vonatkozásában:

- a biztosítási tartam – a nyilatkozat alapján kezdődő kockázatviselés kezdetétől számított 1 év – lejártával.

### V. DÍJFIZETÉS

A biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének ellenértéke, amelynek megfizetését a Szerződő vállalta.

A Szerződő az általa megfizetett biztosítási díj Biztosítottra jutó részét áthárítja a Biztosítottra. A biztosítás éves díja a választott csomagtól függ. Alap csomag esetén: 5 500 Ft, Prémium csomag esetén: 9 000 Ft, Prémium+ csomag esetén 12 000 Ft. A biztosítási díj a szerződés létrejöttékor egy összegben esedékes.

### X. VEGYES RENDELKEZÉSEK

20. Biztosító neve: Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt.  
Társasági formája: Zártkörűen működő részvénytársaság  
Székhelyének állama: Magyarország  
Biztosító székhelye és címe: 1091 Budapest, Üllői út 1.  
Panaszügyintézés: 1091 Budapest, Üllői út 1. Csoportos Biztosítások Üzletág  
Felügyeleti szerv: Magyar Nemzeti Bank, 1054 Budapest, Szabadság tér 8–9.

21. A panaszos a Szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén bírósághoz fordulhat, vagy a Pénzügyi Békéltető Testület eljárását kezdeményezheti, kivéve, ha felelősségbiztosítás károsultja a panaszos. A Békéltető Testület elérhetősége: Levélcím: Magyar Nemzeti Bank, H-1525 Budapest BKKP Pf.: 172., telefon: 061-4899-100, e-mail címe: pbt@mnbb.hu.

**Fogyasztóvédelmi eljárás:** A szolgáltató magatartására, tevékenységére, mulasztására vonatkozó 2013. évi CXXXIX. törvény (MNB tv.) szerinti pénzügyi fogyasztói vitában fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén fogyasztóvédelmi eljárás kezdeményezhető. Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank, 1534 Budapest BKKP Pf. 777. telefon: 06-40-203-776, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu.

**Bíróság:** az ügyre hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bíróság.

# Baleseti halál esetére szóló biztosítás

## 1. Biztosítási esemény

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

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

## 2. Biztosítási szolgáltatás

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

## 3. A Biztosító szolgáltatása nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.

A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha

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

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

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

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

# Baleseti eredetű maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodás esetére szóló biztosítás

## 1. Biztosítási esemény

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

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

## 2. Biztosítási szolgáltatás

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

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

Testrészek egészségkárosodása	Az egészségkárosodás mértéke
mindkét szem látóképességének elvesztése	100%
mindkét felkar, alkar vagy kéz elvesztése	100%
egyik kar vagy kéz, és comb vagy lábszár együttes elvesztése (azaz felső végtag és alsó végtag együttes csonkolása)	100%
mindkét comb elvesztése	100%
mindkét lábszár elvesztése	90%
mindkét lábfej elvesztése (boka szintjében)	90%
egyik comb elvesztése	80%
egyik felkar elvesztése	80%
egyik lábszár elvesztése	70%
egyik alkar elvesztése	70%
beszélőképesség teljes elvesztése	70%
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	70%
jobb kéz elvesztése (csukló szintjében)	65%
bal kéz elvesztése (csukló szintjében)	50%
egyik lábfej teljes elvesztése (boka szintjében)	40%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	25%

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

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

- A baleset előtt bármely okból már maradandóan károsodott, vagy nem ép testrészek, szervek a biztosításból ki vannak zárva.
- A Biztosító szolgáltatásait a táblázatban felsorolt esetekben az elbíráláshoz szükséges iratok beérkezésétől számított 15 napon belül teljesíti. Egyéb esetekben a baleset utáni maradandó egészségkárosodás mértéke általában egy év elteltével, legkésőbb azonban 2 évvel a baleset után kerül megállapításra.
- A baleseti maradandó egészségkárosodási szolgáltatások esetében egy biztosítottra vonatkozóan a kifizetett szolgáltatások összesített százalékos mértéke nem haladhatja meg a 100%-ot, függetlenül az egészségkárosodást előidéző balesetek, illetve sérülések számától.
- A Biztosító szolgáltatása nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesetet a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.

A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha

- az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy

- c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
  - d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.
8. **A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek X/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:**
- a baleseti sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi igazolások.
9. **A jelen balesetbiztosításra az Aegon Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.**

# Baleseti eredetű csonttörés, csontrepedés esetére szóló biztosítás

## 1. Biztosítási esemény

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

*Jelen biztosítási feltételek alkalmazása szempontjából baleset a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított csonttörést, illetve csontrepedést szenved. E biztosítás szempontjából a megemelkedés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.*

## 2. Biztosítási szolgáltatás

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

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

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

A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha

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

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

- csonttörést vagy csontrepedést dokumentáló orvosi igazolások.

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