

Aegon Csoportos Biztosítások
Általános Feltételek
Záradék a Tesco Egészségőr Csoportos Egészségbiztosítás termékhez

A Tesco Egészség Csoportos Egészségbiztosítás (a továbbiakban: Biztosítási Szerződés) tekintetében az Általános Feltételek a jelen Záradékban foglaltakkal érvényesek az alábbiak szerint:

Az Általános Feltételek és az alábbi Záradékban foglaltak közötti eltérés esetén a Záradék alkalmazandó, a Záradékban nem szabályozott kérdésekben az Általános Feltételek irányadók.

Az Általános Feltételek azon rendelkezései, amelyek a jelen Biztosítási Szerződés által fedezetbe nem vett kockázatokra vonatkoznak, nem hatályosak, azokra érvényesen ki nem terjeszthetők.

Az Általános Feltételek lent felsorolt pontjai az alábbiak szerint értelmezendők:

I.2.2 Biztosított

A Biztosítási Szerződés biztosítottja (a továbbiakban: Biztosított) a Szerződő által a Biztosítónak bejelentett, Biztosítotti Nyilatkozatot tevő, név szerint jelölt, **e-mail címmel és Tesco „Club Card”-dal rendelkező természetes személy.**

A Biztosított életkora a nyilatkozat megtételekor 18 és 65 év között lehet. A Biztosítási Szerződéshez a Biztosított a Biztosító által elfogadott telefonszámon rögzített telefonbeszélgetés során szóban vagy online felületen megtett nyilatkozata alapján – e-mail címe megjelölésével - csatlakozik, melyet a Biztosító a biztosítotti jogviszony létrehozására alkalmas hatályos jognyilatkozatnak fogad el, mivel a nyilatkozaton annak megtétele után sem a Biztosító, sem a Szerződő sem a Biztosított módosítani nem tud.

A Biztosított a Biztosítási Szerződésbe szerződőként nem léphet be.

I.2.3 Kedvezményezett

A Biztosított életében járó valamennyi biztosítási szolgáltatás kedvezményezettje maga a biztosítási eseményt elszenvedő Biztosított.

III. A Biztosító kockázatvállalása

A Biztosító kockázatviselése a Biztosított vonatkozásában a Biztosítotti Nyilatkozat megtételének napját követő nap 0.00 órájától kezdődik.

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

IV. A Biztosítási Szerződés és a kockázatviselés megszűnése

IV.1. A Biztosítási Szerződés határozatlan tartamra, éves időszakokra szól.

- a) A Szerződő a biztosítási év végére a Biztosítási Szerződés megszüntetését kezdeményezheti legalább 30 nappal megelőzően.
- b) A Biztosító a biztosítási év végére a Biztosítási Szerződés megszüntetését kezdeményezheti legalább 90 nappal megelőzően.
- c) Megszűnik a Biztosítási Szerződés az elmaradt díj esedékességének napjával a biztosítási díj nem fizetése alapján, amennyiben a Szerződő azt a megadott legalább 60 napos póthatáridő alatt nem pótolja.

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

- a) a Biztosítási Szerződés megszűnésével, melyről a Szerződő küld a Biztosítottnak értesítést;
- b) a Biztosított halálával;
- c) ha a Biztosító a Biztosított csatlakozása után szerez tudomást a biztosítotti jogviszonyt érintő, a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményező lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és a tudomásszerzéstől számított tizenöt napon belül a biztosítotti jogviszonyt harminc napra írásban legfeljebb a biztosítotti jogviszony első 5 évében felmondja;

- d) ha a Szerződő a Biztosítottra vonatkozó biztosítási díjat a Biztosító felszólításának elküldésétől számított 60 napos póthatáridő elteltével sem fizeti meg a Biztosítónak, a póthatáridő lejártának napján;
- e) ha a név szerint jelölt Biztosított az áthárított díjat nem fizeti meg az esedékességtől számított 60 napon belül;
- f) a biztosítotti jogviszony a biztosítási időszak végével megszűnik, ha a név szerint jelölt Biztosított a Szerződő felé írásban, a Tesco-Global Áruházak Zrt. Kapcsolati Iroda 2040 Budaörs, Kinizsi u. 1-3. címre küldött levelében, a felmondas@tescobiztositas.hu e-mail címre küldött e-mailben, vagy a +361-3233038 telefonszámon szóban tett nyilatkozatával a csoporttagságról legkésőbb a biztosítási időszak végét megelőző 30. napig lemond;
- g) a Biztosított 65. életévének betöltésével, az életkor betöltése hónapjának utolsó napján 24 órakor;
- h) kritikus betegség diagnosztizálásakor, feltéve, hogy a biztosítási összeg utóbb kifizetésre került.

V. Díjfizetés

A biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének ellenértéke, amelynek megfizetését a Szerződő vállalta. A biztosítás éves díja Biztosítottanként 11 880 Ft, melyet a Szerződő havonta 12 egyenlő részletben köteles minden általa lejelentett Biztosított után a Biztosítónak számla ellenében megfizetni.

A Szerződő az általa megfizetett biztosítási díj adott Biztosítottra jutó részét áthárítja a Biztosítottra. Az áthárított díj esedékessége annak a biztosítási időszaknak az első napja, amelyre a díj vonatkozik.

VI. A Szerződés megújítása

A szerződés határozatlan tartama miatt az Általános Feltételeknek a szerződés megújításra vonatkozó VI. pontját a Biztosító nem alkalmazza.

VII. Elszámolás

Jelen Biztosítási szerződésre a Biztosító az Általános Feltételek elszámolásra vonatkozó VII. pontját nem alkalmazza.

XI.2. A Biztosító szolgáltatásának általános szabályai azon biztosítások esetében, amelyek Speciális Feltételeiben erre a szakaszra hivatkozás történik:

b) A Biztosítottnak a Biztosító által a Szerződésben foglaltak szerint nyújtott speciális szolgáltatású egészségbiztosításra vonatkozó igényét a **36 1 461-1584**-es telefonszámon kell bejelentenie, kivéve a betegjogi tanácsadást, amely a **36 1 486-3591-es telefonszámon vehető igénybe**. A Szerződésben foglalt szolgáltatásoknak más úton történt bejelentése nem minősül elfogadható bejelentésnek, annak eredményeként szolgáltatás igénybe nem vehető.

Az Tesco Egészségőr Csoportos Egészségbiztosítás tekintetében az Aegon Csoportos Biztosítások Általános Feltételekhez kapcsolódó különös (speciális) kiegészítő feltételek közül az alábbiak alkalmazandók:

- Kritikus betegségekre szóló egészségbiztosítás
- Kórházi ápolás esetére szóló, napi térítést nyújtó biztosítás
- 24 órás orvosi CC ("Aegon Doktor" orvosi assistance) szolgáltatás

A Tesco Egészségőr csoportos egészségbiztosítás tekintetében az Aegon Csoportos Biztosítások Általános Feltételekhez kapcsolódó különös (speciális) kiegészítő feltételek közül a fentebb felsoroltakon túl az alábbi feltételek alkalmazandók:

- Nemzetközi második orvosi véleményre szóló egészségbiztosítás
- Otthonápolás megszervezése
- Betegjogi tanácsadás

Aegon Csoportos Biztosítások

Kritikus betegségekre szóló egészségbiztosítás - Különös Feltételek Záradék a Tesco Egészségőr Csoportos Egészségbiztosítás termékhez

A Tesco Egészségőr Csoportos Egészségbiztosítás (a továbbiakban: Biztosítási Szerződés) tekintetében a Különös Feltételek a jelen Záradékban foglaltakkal érvényesek az alábbiak szerint:

A Különös Feltételek és az alábbi Záradékban foglaltak közötti eltérés esetén a Záradék alkalmazandó, a Záradékban nem szabályozott kérdésekben a Különös Feltételek irányadók.

5. pont

A Biztosító a kockázatviselés kezdetétől számított 3 hónapos várakozási időtől eltekint, azonban továbbra is alkalmazandók a 3. pontban meghatározott, a biztosítási események bekövetkezésének időpontjára vonatkozó szabályok, azzal, hogy a szívkoszorúér-műtét és a szervátültetés kapcsán a műtétet okozó betegség első diagnosztizálása nem lehet korábbi, mint a biztosított jogviszony létrejötte.

Aegon Csoportos Biztosítások

Általános Feltételek

I. Alapvető meghatározások

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

A Szerződés részét képezi:

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

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

I.2. A biztosítás alanyai

I.2.1. Szerződő

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

A Szerződő érdekkörébe tartozó természetes személy lehet különösen a Szerződő munkaviszony keretében foglalkoztatott munkavállalója.

I.2.2. Biztosított

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

- a) életkora 14 és 65 év között van;
- b) részére rokkantsági ellátást vagy rehabilitációs ellátást nem állapítottak meg, illetve munkaképesség csökkenésének megállapítására irányuló kérelem elbírálása az illetékes magyar szakigazgatási szervnél nincs folyamatban;
- c) jogviszonya illetve egyéb kapcsolata a Szerződővel az Ajánlaton részletezettek szerint fennáll.

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

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

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

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

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

I.2.3. Kedvezményezett

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

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

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

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

I.3. A Függelék tartalma

A Függelék tartalmazza azon biztosítási termékek Speciális Feltételeit (biztosítási események, biztosítási szolgáltatások, kiegészítő feltételek), amelyeket a Szerződő a Szerződés keretében választhat. A Speciális Feltételek az adott biztosításokra csak az Általános Feltételekkel együttesen érvényesek.

I.4. A Melléklet tartalma

A Melléklet tartalmazza:

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

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

I.5. Az Adatközlő tartalma

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

I.6. A Biztosítotti Nyilatkozatok

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

II. A csoportos biztosítási szerződés létrejötte és tartama

II.1. A Szerződés a Szerződő által aláírt Ajánlat valamennyi elemének a Biztosítóhoz való beérkezését követően, a Mellékletben meghatározott nap 0. órájával lép hatályba, feltéve, hogy az utóbb a Biztosító által is elfogadásra kerül. Az Ajánlat kézhezvételétől számított 15 napon belül a Biztosító kockázat-elbírálásra jogosult.

A Szerződés a kockázat-elbírálási határidő leteltével visszamenőlegesen akkor is létrejön, ha az Ajánlat elfogadásáról a Biztosító addig nem nyilatkozik.

A Szerződés a Mellékletben meghatározott tartamra, ezen belül ugyancsak a Mellékletben definiált hosszúságú (legfeljebb egy éves) biztosítási időszakokra jön létre. Az első biztosítási időszak – az ajánlat aláírásának időpontjától függően – törtidőszak is lehet. A szerződéskötést követő minden biztosítási időszak első napja az aláírást követő hónap elseje egyben a Szerződés fordulónapja (továbbiakban: fordulónap), egyben megszűnésének napja is, ha a felek a szerződés feltételeiben a következő évre nem tudtak megállapodni.

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

III. A Biztosító kockázatvállalása

III.1. A Szerződő vállalja, hogy biztosításra jelöli mindazon – az érdekkörébe tartozó – személyeket, akik megfelelnek az I.2.2 pontban meghatározott feltételeknek, és akik a Mellékletben meghatározott, biztosítani kívánt csoportokba tartoznak.

III.2. Az Ajánlatban közöltektől függően - a Mellékletben meghatározottak szerint - a Biztosító az egyes csoportokra vonatkozóan egészségi nyilatkozatot kérhet.

III.3. A Biztosítóknak az Ajánlat kézhezvételétől, illetve a Szerződés hatályba lépését követően beléptetendő Biztosítottak esetében a biztosításra jelölés kézhezvételétől (III.7.) számított 15 napon belül jogában áll a biztosításra jelölt személyek vonatkozásában kockázatsúlyosbítást alkalmazni, kockázatviselésének mértékét korlátozni, illetve a kockázat vállalását megtagadni.

III.4. Azon Biztosítottak esetében, akikre vonatkozóan a Biztosító a Mellékletben meghatározottak szerint egészségi nyilatkozatot kért a Biztosító a kockázat-elbírálás lezárását követően vállal fedezetet a III.3. pontban meghatározottak szerint.

III.5. A Biztosító a Szerződésben szereplő egyes 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.

III.6. A Szerződés megkötésekor azok esetében,

- akiket a III.1. pont alapján a Szerződő biztosításra jelölt,
- akik a Szerződés megkötésekor megfelelnek az I.2.2 pont alatt definiált a)-c) pontokban foglaltaknak,
- amennyiben a Szerződés speciális szolgáltatású egészségbiztosítást is tartalmaz, a biztosításra jelölt személyeknek meg kell felelniük az I.2.2. pont d)pontban foglaltaknak is,
- és akiket a Biztosító a III.3. pont alapján nem utasít el,

a Biztosító kockázatviselése – várakozási idő kivételével - a Szerződés hatályba lépésével (II.1 pont) kezdődik.

III.7. A Szerződés hatályba lépését követően biztosításra jelölt személy az azt követő nap 0. órájától válik biztosítottá, amikor

- a Szerződő őt a III.1. pont alapján a Biztosított Nyilatkozatnak és az Adatközlő rá vonatkozó kiegészítésének a Biztosítóhoz történő eljuttatásával biztosításra jelöli, és
- rá nézve a I.2.2 pont alatt definiált a)-c) feltételek teljesülnek, feltéve, hogy a III.3. pont szerint a Biztosító a kockázat vállalását nem tagadja meg.

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

IV. A Szerződés és a kockázatviselés megszűnése

IV.1. A Szerződés megszűnik:

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

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

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

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

- a) ha a IV.1. pontban szereplő megszűnési ok bármelyike bekövetkezik, és a szerződővel kötött szerződés megszűnik
- b) ha a Biztosítottra vonatkozóan az I.2.2 pont alatt definiált a)-b) feltételek bármelyike már nem áll fenn, úgy a feltétel megszűnése hónapjának végével;
- c) ha a Biztosított már nem tartozik egyik biztosításra jogosító csoportba sem, úgy
 - kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosítás esetében a csoportokba tartozás megszűnését követő nap 0. órájától;
 - speciális szolgáltatású egészségbiztosítás esetében a csoportokba tartozás megszűnését követő hónap 1. napjának 0. órájától;
- d) közlési kötelezettség megsértése esetén a IX.5. pontban foglaltak szerint;
- e) a Biztosított halálával.

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

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

V. Díjfizetés

- V.1.** A Biztosító a csoportos biztosítás érvényes díját a vállalt kockázatok alapján a díjszabások szerint a Mellékletben rögzített biztosítási időszakokra vonatkozóan állapítja meg. Az első díj a Mellékletben meghatározott napon esedékes a folytatólagos díjak pedig a biztosítási időszakok első napján esedékesek.
- V.2.** A szerződő felek részletfizetésben is megállapodhatnak. A részletfizetésnek megfelelő díjfizetési gyakoriságot a Melléklet tartalmazza. Az egyes díjrészletek mindig a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő időszakok első napján előre esedékesek, bármely részlet elmaradása az egész időszakra eső díjat egy összegben teszi esedékessé.
- V.3.** A csoportos biztosítás díját az összes Biztosítottra vonatkozóan – a díj (díjrészlet) esedékességének megfelelően – egyösszegben kell megfizetni. Amennyiben a Szerződő a biztosítás érvényes díjánál (díjrészleténél) kevesebbet fizet, úgy a díj nemfizetés esetére vonatkozó szabályok lépnek életbe (V.4. pont).

- V.4.** Ha a Szerződő a csoportos biztosítás érvényes díját (díjrészletét) az esedékesség napjáig nem egyenlíti ki, úgy a Biztosító - a következményekre történő figyelmeztetés mellett - a Szerződőt a felszólítás elküldésétől számított harminc napos póthatáridő tűzésével a díjfizetés teljesítésre írásban felhívja. Amennyiben a Szerződő az elmaradt díjat ezen idő alatt sem fizeti meg, és a biztosító a követelését bírósági úton nem érvényesíti vagy a felek halasztásban sem állapodnak meg, úgy a Szerződés az első elmaradt esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik.
- V.5.** Amennyiben a Biztosító kockázatviselésének ideje alatt biztosítási esemény következik be, úgy az adott biztosítási időszakra járó esetlegesen elmaradt díjat a Biztosítónak jogában áll a kifizetésre kerülő szolgáltatás(ok) összegéből levonnia.
- V.6.** V.6. Amennyiben a szerződés a IV.1.c) pontban foglaltak miatt megszűnik és a szerződő az időarányos díjnál több díjat fizetett be, úgy a biztosító a díjtöbbletet köteles visszatéríteni. A díjtöbblet megállapítására rendkívüli elszámolás keretében kerül sor a VII. pontban leírtak szerint.
- V.7.** V.7. A Biztosító a teljes biztosítási időszakra járó díjat az első évben bírósági úton érvényesítheti. Ezt követően csak akkor élhet e jogával, ha abban az évben a szerződő fél a díjfizetést már megkezdte vagy a díjfizetés halasztásában állapodtak meg.

VI. A Szerződés megújítás

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

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

- VI.2.** Az új Ajánlat valamennyi szükséges elemének kézhezvételétől számított 15 napon belül a Biztosító kockázat-elbírálásra jogosult (III.3.). A kockázat-elbírálást követően az új Ajánlatnak a Biztosító általi írásbeli elfogadásával létrejön a szerződő felek megállapodása a Szerződés megújításáról, így az új érvényes díjről és biztosítási szolgáltatásokról is.

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

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

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

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

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

VII. Elszámolás

- VII.1.** A Szerződő a fordulónapot követő 30 napon belül köteles a Biztosító számára az Adatközlő azon adatait megküldeni, amelyek a lezárult biztosítási időszakokra vonatkoznak.
- VII.2.** A Biztosító az Adatközlő tartalma alapján, a kézhezvételtől számított 30 napon belül díjelszámolást küld a Szerződőnek a lezárult biztosítási időszakokra vonatkozóan. Az elszámolás a lezárult biztosítási időszak során a Biztosítottak körében bekövetkezett változások miatti díjtúlfizetést, illetve díjmaradást tartalmazza. A Szerződő és a Biztosító a Mellékletben megállapodhatnak a biztosítási időszakon belüli elszámolásról is.
- VII.3.** A díjelszámolás pénzügyi rendezése annak a Szerződőhöz való megküldésétől számított 30 napon belül esedékes.

VIII. A biztosítási kockázat jelentős növekedése

- VIII.1.** Ha a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított tizenöt napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.
- VIII.2.** Ha a szerződő fél a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított tizenöt napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított harmincadik napon megszűnik, ha a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő fél figyelmét felhívta.
- VIII.3.** Ha a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése csak egyes Biztosítottakkal összefüggésben merül fel, úgy a Biztosító a VIII.1 és VIII.2. pontban leírtakat kizárólag az érintett Biztosított(ak) vonatkozásában gyakorolhatja.

IX. Közlési kötelezettség és megsértésének következményei

- IX.1.** a) A Szerződő és a Biztosított a szerződéskötés és a Szerződés fennállása során köteles a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt, adatot a valóságnak megfelelően közölni a Biztosítóval, amelyet ismert vagy ismernie kellett, és amelyre vonatkozóan a Biztosító kérdést tett fel. A közlési kötelezettség a Szerződőt és a Biztosítottat egyaránt terheli.
- b) A Szerződő a Szerződés fennállása során köteles a következő lényeges körülményeket a bekövetkezésüket követő első Adatközlőben a Biztosító tudomására hozni:
- amennyiben az illetékes magyar szakigazgatási szerv az adott biztosítottra vonatkozóan határozatot hozott az I.2.2. b) pontjában foglaltak vonatkozásában;
 - amennyiben az adott Biztosított munkaviszonya szünetel az I.2.2.d) pont szerint (kizárólag abban az esetben, ha a Szerződés speciális szolgáltatású egészségbiztosítást is tartalmaz, vagy arra kiterjesztik).
- IX.2.** A Szerződő és a Biztosított kötelesek az általuk közölt adatok ellenőrzését a Biztosító részére lehetővé tenni.
- IX.3.** Közlési kötelezettség megsértése esetén a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító ismerte, illetve, hogy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.

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

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

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

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

X. Kizárások a kockázatviselésből, mentesülések

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

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

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

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

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

XI. Vegyes rendelkezések

XI.1. A Biztosító teljesítésének feltételei kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosítások esetében:

- a) A biztosítási esemény bekövetkeztét – a szolgáltatás iránti igénnyel együtt – 30 napon belül kell a Biztosítónak bejelenteni. A biztosító kötelezettsége nem áll be, ha

a szerződő fél, illetve a biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését 30 napon belül a biztosítónak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlenül válik.

- 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 Biztosítottnak minden esetben joga van azonban olyan további bizonyítékok felmutatására, amelyeket – a bizonyítás általános szabályai szerint – követelésének érvényesítéséhez szükségesnek lát.
- f) A Biztosító szolgáltatásait az elbíráláshoz szükséges összes irat kézhezvételétől számított 30 napon belül köteles teljesíteni.

XI.2. A Biztosító szolgáltatásának általános szabályai azon biztosítások esetében, amelyek Speciális Feltételeiben erre a szakaszra hivatkozás történik:

- a) A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Speciális Feltételekben meghatározott olyan orvosi és egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki, amelyeket a Biztosítóval szerződésben álló szolgáltatók (a továbbiakban: Egészségügyi Szolgáltató) nyújtanak.
- b) A Biztosítottnak a Biztosító által a Szerződésben foglaltak szerint nyújtott speciális szolgáltatású egészségbiztosításra vonatkozó igényét a 06-1-461-1517-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 egészségbiztosítások alapja. Az „Aegon Doktor” napi 24 órában, megszakítás nélkül működő telefonos assistance szolgáltatás, melyen keresztül a Biztosított egészségügyi végzettségű személyzettől szakmai tanácsokat és egészségügyi szolgáltatásokkal, valamint közegészségügyi intézményekkel kapcsolatos információkat kérhet, továbbá a Szerződésben foglalt speciális szolgáltatású egészségbiztosításokkal kapcsolatban igényt jelenthet be. Az „Aegon Doktor” szolgáltatás nyújtója a Szerződésben szereplő speciális szolgáltatású egészségbiztosítások szervezője (a továbbiakban: Szolgáltatásszervező).
- d) A biztosítási eseménynek minősülő és a Szolgáltatásszervező által nyújtott egészségügyi szolgáltatások igénybevételét nem kell külön bejelenteni a Biztosítónak.
- e) A Szolgáltatás nyújtása illetve megszervezése megtagadható, ha a Szerződésben, különösen az Általános és Speciális Feltételekben szereplő feltételek bármelyike (biztosítás hiánya, megszűnése, illetve mentesülés vagy kizárás) nem teljesül, vagy az esemény nem biztosítási esemény).

- f) A Szolgáltatásszervező és a Biztosító nem vállal felelősséget akár javasolt, akár más, harmadik egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások szakmai minőségéért, illetve annak során esetleg a Biztosítottnak okozott károkért.
- g) A Biztosító a Szolgáltatásszervezővel kötött megállapodás alapján jogosult megismerni akár a biztosított igényének, akár a Szolgáltatásszervező biztosítással kapcsolatos tevékenységének elbírálásához szükséges iratokat (ideértve a kiszervezési szerződésben, a biztosítási feltételekben meghatározott dokumentumokat, illetve hatósági eljárás esetén az azt megtagadó vagy megszüntető határozatot, illetve ítéletet vagy bírósági és más hatósági határozatot).

XI.3. A csoportos biztosításból eredő igények **elévülési ideje 2 év.**

XI.4. A Szerződés hatálya alá tartozó biztosítások kockázati életbiztosításnak, illetve kiegészítő csoportos baleset- és egészségbiztosításoknak minősülnek. Nem vásárolhatók vissza, nem díjmentesíthetők, és rájuk kölcsön sem igényelhető, megszűnésük esetén maradékjogok nem keletkeznek.

XI.5. A Szerződés hatálya alá tartozó biztosítások esetében az adott biztosított vonatkozásában, az adott biztosítási időszakra vonatkozó biztosítási összeg az ugyanazon biztosítási időszakban bekövetkezett biztosítási esemény miatt kifizetett összeggel csökken. Fedezetfeltöltésre lehetőség nincs. A szerződő kérheti a teljes díj befizetésével a fedezet ismételt megadását.

XI.6. A Biztosító a Szerződőt évente írásban tájékoztatja a biztosítás aktuális állapotáról, valamint az Általános és Speciális Feltételek módosításáról.

XI.7. A kitöltött Biztosított Nyilatkozatoknak, valamint a Biztosítóhoz való minden bejelentésnek a Biztosítóhoz történő eljuttatása a Szerződő kötelessége. A Biztosító a biztosítási Szerződéssel kapcsolatos minden közlést a Szerződőhöz intéz. A Szerződő köteles a hozzá intézett nyilatkozatokról, a biztosítási Szerződés tartalmáról, az abban bekövetkező valamennyi változásról a Biztosítottakat tájékoztatni.

XI.8. 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.

XI.9. A Biztosító a személyes adatokat a Szerződés részét képező, a Szerződő aláírásával elfogadott „Tájékoztatás és nyilatkozat az adatkezelésről” okirat figyelembevételével kezeli.

XI.10. 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.

XI.11. 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.

XI.12. 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 a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (továbbiakban: Bit) által meghatározott egyéb cél lehet.

XI.13. Az előző bekezdésben meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést a Biztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulást a Biztosító az Ajánlat illetve biztosítotti nyilatkozat aláírásával egyidejűleg szerzi be. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

XI.14. 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.

XI.15. A Biztosító ügyfelei biztosítási titkát csak a törvény illetve az ügyfél hozzájárulása esetén adhatja át. A törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn:

- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel,
- c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel,
- e) a (2) bekezdésben foglalt esetekben az adóhatósággal,
- f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g) a Biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselőjével, ezek érdek-képviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos verseny-felügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal,
- j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,
- m) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében a Kártalanítási Számlát kezelő szervezettel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel és a kárrendezési megbízottal,
- n) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
- o) a nyomozó hatóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet összefüggésben áll
 - kábítószer-kereskedelemmel,
 - terrorizmussal,
 - illegális fegyverkereskedelemmel, vagy
 - a pénzmosás bűncselekményével.

XI.16. A biztosító a 2003. évi LX. törvény (Bit.) 161/A §-ában és a jelen szerződésben foglalt felhatalmazás alapján, az általa szervezett veszélyközösség érdekeinek megóvása érdekében -a jogszabályokban foglalt vagy szerződésben vállalt kötelezettségeinek teljesítése során a szolgáltatásoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából- megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz az általa kezelt, a Bit-ben meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződésben rögzített adatok részére történő kiadása érdekében. A biztosító ezen

adatokat a Bit-ben meghatározott időtartamon át kezeli. A szerződő/biztosított a biztosító által megkeresés útján megszerzett és kezelt Bit. szerinti adatokról tájékoztatást kérhet.

XI.17. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

XI.18. Az Ajánlat és biztosított nyilatkozat aláírásával a Szerződő és a Biztosított felmenti az orvosi titoktartás alól egyrészt a kezelő és vizsgáló orvosokat, egészségügyi intézményeket, másrészt a társadalombiztosítási igazgatási szerveket azon – az egészségi állapottal, fennálló és korábbi betegségekkel, balesetekkel, esetleges halál bekövetkeztével összefüggő – adatoknak a Biztosító részére való továbbítása tekintetében, amelyek a Biztosító számára a kockázat vagy a szolgáltatási igény elbírálásához szükségesek.

XI.19. 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.

XI.20. A Szerződésre a hatályos Személyi jövedelemadóról (továbbiakban: Szja) szóló törvény, és az Adózás rendjéről szóló törvény (továbbiakban: Art) megfelelő rendelkezései érvényesek. Ha a Szerződő az Art. szerint kifizetőnek minősül, akkor – az előbbi két jogszabályon kívül – a Szerződésre mindazon anyagi jogszabályok (pl. társadalombiztosítási járulékról, egészségügyi hozzájárulásról, foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló törvény, stb.) érvényesek, amelyek érintik a biztosítási jogviszonyból származó jövedelem közteherviselési kötelezettségét. A Biztosító a szerződés szabályzatának átadásakor aktuális adózási tájékoztatót is átad a Szerződőnek.

XI.21. Jelen Szerződésre a magyar jog érvényes és a Szerződés nyelve magyar.

XI.22. A biztosító adatai

Biztosító neve: Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt.

Társasági formája: Zártkörűen működő Részvénytársaság

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

Székhelyének állama: Magyarország

Felügyeleti szerve: Magyar Nemzeti Bank, 1054 Budapest, Szabadság tér 8–9.

XI.23. Panaszkezelés

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

www.aegon.hu/elerhetosegek/panaszkezelesi-szabalyzat.html

Központi Panasziroda: 1813 Budapest, Pf. 245.

E-mail: ugyfelszolg@aegon.hu

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

XI.24. Jogorvoslati lehetőségek

- A szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén a Magyar Nemzeti Bank mellett működtetett Békéltető Testületnél eljárás kezdeményezhető, kivéve, ha felelősségbiztosítás károsultja a panaszos. Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank, 1525 Budapest, BKKP Pf. 172., e-mail cím: pbt@mnbb.hu
- Fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén fogyasztóvédelmi eljárás kezdeményezhető a felügyeleti szervnél. Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank 1534 Budapest BKKP Pf. 777., e-mailcím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu
- Pénzügyi fogyasztói jogvita eredménytelensége esetén az ügyre hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz lehet fordulni.

Kritikus betegségekre szóló egészségbiztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító által rá vonatkozó és a jelen biztosításra is kiterjedő kockázatviselésének hatálya alatt, a jelen feltételek 2. pontjában meghatározott kritikus betegségeken történő 3. pont szerint bekövetkező megbetegedése, illetve műtété.

2. A kritikus betegségek definíciója

2.1 Rosszindulatú daganatok és szövetileg jóindulatú agydaganat

A/ Rosszindulatú daganatos megbetegedés (rákbetegség)

Jelen feltételek szempontjából rosszindulatú daganat (malignus tumor) a rosszindulatúság jegyeit mutató szövet korlátlan növekedése, illetve a szöveti atypia jegyeit mutató sejtek kontrollálatlan szaporodása, és ezen szövet, illetve sejtek terjedése (inváziója) vagy áttét képzése (metasztázis) a környező vagy távolabbi ép szövetek, sejtek között. A meghatározás magában foglalja a szervezet különböző szerveiből kiinduló (solid) daganatokat, valamint a vér- és nyirokrendszerből kiinduló rosszindulatú daganatos (rendszer)betegségeket (leukémia, lymphóma, Hodgkin-kór).

A jelen biztosítás szempontjából nem biztosítási esemény:

- a bőrdaganatok, kivéve a festékes anyajegyek rosszindulatú daganata (melanoma malignum),
- a "korai malignus" ("pre-malignus" és "pre-carcinomás") elfajulást mutató szöveti elváltozások,
- a környezetet nem elárasztó daganatok (carcinoma in situ) esetei,
- a krónikus lymphoid leukémia és a Hodgkin-kór I. stádiumú esetei.

B/ Szövettanilag jóindulatú agydaganat

Jelen feltételek alkalmazása szempontjából szövetileg jóindulatú agydaganat az agy olyan nem rákos daganata, amely a koponyaűrön belüli nyomást fokozza, és ezzel életveszélyes állapotot eredményezhet.

A biztosítás szempontjából *nem biztosítási esemény*: az agyi és agyi erekből kiinduló cysta, granuloma, malformáció, haematoma, valamint az agyalapi mirigy és a gerinc jóindulatú daganatai.

2.2 Szívizominfarktus

Jelen feltételek szempontjából szívizominfarktus a szívizom egy részének vagy részeinek gyors (órák vagy néhány nap alatti) elhalása, melynek oka az elhalt terület vérellátásának hirtelen kialakuló elégtelensége. Jelen feltételek alkalmazása szempontjából szívizominfarktus alatt a szívizomelhalásnak azon kóros állapotai értendők, amelyeknél az elhalt terület kiterjedése olyan mértékű, hogy az a szokásos 12 elvezetéses EKG felvételen kóros Q hullám megjelenését eredményezi.

2.3 Agyi érkatasztrófa

Jelen feltételek szempontjából agyi érkatasztrófa az agyi vérellátásnak – pl. az agyi ér trombózisa, embóliája vagy megrepedése által okozott – gyorsan kialakuló olyan

zavara, amely az agyszövet kisebb vagy nagyobb területének elhalásához vezet, akut neurológiai tünetei 24 óránál hosszabb ideig fennállnak, és amelynek maradandó, az esemény bekövetkezése után 30 nap elteltével is egyértelműen fennálló, az érkárosodással okozati összefüggésben álló kóros idegrendszeri tünetei vannak.

2.4 Krónikus veseelégtelenség

Jelen feltételek alkalmazása szempontjából krónikus veseelégtelenség akkor áll fenn, ha mindkét vese működései visszafordíthatatlan módon olyan mértékben csökkentek, hogy a Biztosított élete művesekezéssel (dialízis) vagy veseátültetés nélkül nem menthető meg, és a Biztosított a dialízis kezdetétől számított legalább 60 napja rendszeres művesekezésre szorul.

2.5 Szívkoszorúér-műtét

Jelen feltételek alkalmazása szempontjából szívkoszorúér-műtét alatt olyan nyitott mellkasban végzett beavatkozás értendő, amelynek célja a koszorúérrendszer koszorúérfestéssel előzetesen igazolt egy vagy több szűkületének vagy elzáródásának kiiktatása, áthidalása a Biztosított más testrészéből kivett ér felhasználásával, a szívizom vérellátásának biztosítása érdekében.

2.6 Szervátültetés

Jelen feltételek alkalmazása szempontjából szervátültetésen olyan műtéti beavatkozás értendő, amelynek során a Biztosított – mint szervet kapó (recipiens) – testébe más személy (donor) szervezetéből szív, szív-tüdő komplexum, tüdő, máj, vese vagy csontvelő kerül átültetésre.

3. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja

- rosszindulatú daganat és szövettanilag jóindulatú agydaganat esetén a diagnózis legkorábbi felállításának időpontja,
- szívizominfarktus esetén a betegség bekövetkezéne orvosiilag megállapított időpontja,
- agyi érkatasztrófa esetén a maradandó kóros idegrendszeri károsodást okozó esemény bekövetkezése utáni 30. nap eltelte,
- krónikus veseelégtelenség esetén a rendszeres művese-kezelés megkezdését követő 60 nap eltelte,
- szívkoszorúér-műtét esetén a műtét időpontja,
- szervátültetés esetén a műtét időpontja.

4. Biztosítási szolgáltatás

Az 1. pont szerinti biztosítási esemény bekövetkezésekor a Biztosító a biztosítási esemény időpontjában aktuális, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki.

- 5.** A Biztosító a kockázatviselés kezdetétől számított **3 hónapos várakozási időt** köt ki. A várakozási idő alatt a Biztosító szolgáltatást nem teljesít. Ha a várakozási idő alatt az adott Biztosítottra vonatkozóan a biztosítási esemény bekövetkezik, úgy a jelen biztosítás rá vonatkozóan megszűnik.

- 6. A Biztosító a szolgáltatását a Biztosító orvosának a véleménye alapján teljesíti.**
A Biztosító a szolgáltatás teljesítését a Biztosítottnak a Biztosító orvosa által történő felülvizsgálatához vagy egyéb orvosi vizsgálatokhoz kötheti.
- 7. A Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettségének teljesítése alól,** ha bizonyítást nyer, hogy bármelyik, biztosítási eseményként megjelölt kritikus betegség az adott biztosítottnál a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt már bekövetkezett (fennállt).
- 8. A biztosítási szolgáltatás teljesítésére a Biztosító csak akkor köteles,** ha a biztosítási esemény jelen feltételekben meghatározott bekövetkezésére (2. és 3. pont) és a Biztosítóhoz jelen szabályzat szerint történt bejelentésére még a Biztosított életében sor került.
- 9. A Biztosító jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselése megszűnik** az első biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási esemény bekövetkezésének napján.
- 10. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:**

10.1 *Rosszindulatú daganatok és jóindulatú agydaganat*

A rosszindulatú daganatos betegség, illetve a jóindulatú agydaganat tényét az orvosi vizsgálatról szóló, részletes leírást és határozott diagnózist tartalmazó dokumentummal (lelettel, zárójelentéssel) kell igazolni, amelynek tartalmaznia kell:

- a daganatos betegség rosszindulatúságát, illetve a koponyaűri nyomásfokozódás veszélyét igazoló diagnózist és a szövettani leletet vagy utóbbi hiányában
- a szöveti mintavétel nélkül végzett sebészi beavatkozásról, endoszkópos vagy képpalkotó vizsgálatról szóló, az invazív vagy nyomásfokozó daganatos terjedést egyértelműen kimutató leírást és diagnózist.

10.2 *Szívizominfarktus*

A szívizominfarktus bizonyításához az új keletű szívizominfarktus bekövetkeztét és időpontját egyértelműen megállapító olyan egészségügyi dokumentumok (orvosi lelet, zárójelentés) szükségesek, amelyeknek tartalmazniuk kell:

- a friss szívizominfarktusra utaló EKG felvételeket és leleteket,
- a szívizominfarktus jellemző enzimérték változásokat dokumentáló orvosi leleteket,
- a klinikai tünetek leírását.

10.3 *Agyi érkatasztrófa*

Az agyi érkatasztrófa bizonyításához szükséges:

- az agyi érkatasztrófa bekövetkeztét, és a bekövetkezés időpontját megállapító egészségügyi dokumentum (orvosi lelet, zárójelentés), és
- a neurológiai szakvélemény, amely az esemény után legalább 30 nappal, az eseménnyel okozati összefüggésben álló kóros idegrendszeri tüneteket állapít meg.

10.4 *Szívkoszorúér-műtét*

A szívkoszorúér-műtét elvégzésének igazolásához szükséges a műtétet igazoló zárójelentés vagy a műtéti leírás kivonata, amelyhez mellékelni kell a műtét előtti koszorúérfestés (coronarographia) leletét.

Ha a műtétre nem Magyarországon kerül sor, úgy a műtét csak akkor minősül biztosítási eseménynek, ha a biztosító orvosszakértőjének műtét előtti, a beavatkozás indokoltságát megállapító írásbeli jóváhagyását beszerezték.

10.5 Szervátültetés

A szervátültetés bekövetkeztének igazolásához szükségesek: a műtét indokoltságát igazoló és az elvégzett műtét leírását tartalmazó egészségügyi dokumentumok (orvosi leletek, zárójelentés).

Ha a műtétre nem Magyarországon kerül sor, úgy a műtét csak akkor minősül biztosítási eseménynek, ha a biztosító orvosszakértőjének műtét előtti, a beavatkozás indokoltságát megállapító írásbeli jóváhagyását beszerezték.

10.6 Krónikus veseelégtelenség

A krónikus veseelégtelenség igazolásához szükségesek: a jelen feltételek 2.4, illetve 3. pontjában meghatározott állapot fennállását igazoló orvosi dokumentumok.

- 11. Szükség esetén a biztosítási szolgáltatás igényléséhez a 10. pontban megjelölt iratokon felül a Biztosító a biztosítási eseményt megelőző, a biztosítási eseménnyel kapcsolatos egészségi állapotra vonatkozó igazolásokat is kérhet.**
- 12. A jelen biztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.**

Kórházi ápolás esetére szóló, napi térítést nyújtó biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak az orvosi szempontból indokolt, és a Biztosító által rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt megkezdődő, a *Mellékletben* meghatározott tartamot elérő, vagy azt meghaladó folyamatos kórházi ápolása, melyet kórházi zárójelentéssel igazol. A tartam választható, ennek rögzítésére a *Mellékletben* kerül sor.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a kórházi ápolás kezdetekor aktuális *Mellékletben* és *Adatközlőben* meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget, a kórházi ápolás minden napjára kifizeti.

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

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

3. A Biztosító a jelen biztosítás esetében az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselése kezdetétől számított **3 hónapos várakozási időt** köt ki. Ezen időszak alatt a Biztosító kockázatviselése csak a várakozási idő alatt bekövetkező balesetből eredő biztosítási eseményre terjed ki. A Biztosító a várakozási idő alkalmazásától eltekint abban az esetben, ha a biztosítás az adott Biztosított vonatkozásában orvosi vizsgálattal jött létre.

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

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

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

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

6. A Szerződés alkalmazása szempontjából **nem minősülnek kórháznak** a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, elmebetegek és nem organikus idegbetegek gyógy- és gondozó intézetei, az utógondozók és elfekvők, az alkoholelvonók, a gyógyüdülők és gyógyszállók, továbbá az idősek, értelmi fogyatékosok szociális otthonai, intézményei, illetve azok betegosztályai.

7. Nem biztosítási esemény:

- a Biztosított **veleszületett rendellenességeivel** összefüggő ellátás,
- az adott Biztosított vonatkozásában az olyan kórházi ápolás, mely a kockázatviselés kezdetét megelőző 2 évben már fennálló, illetve fellépő betegségének következménye.
- a **mesterséges megtermékenyítés és fogamzásgátlás** valamennyi formájával kapcsolatos vizsgálat, beavatkozás, kórházi kezelés,
- a 10 napos folyamatos kórházi ápolási tartamot el nem érő, **terhességgel**, művi **terhesség-megszakítással** és **szüléssel** kapcsolatos kórházi ápolás,
- a **kozmetikai és plasztikai műtét**, kivéve, ha az baleset vagy betegség következtében fellépő szövetelváltozások rekonstrukciós célú helyreállítására irányul,
- a **krónikus vesedialízissel** kapcsolatos kórházi kezelés,
- a **pszichiátriai betegségek** és egyéb nem organikus idegbetegségek miatti kórházi ápolás, a pszichoterápiás kórházi gyógykezelés,
- az alkohol-**elvonókúra**, illetve a drogfüggőség megszüntetésére irányuló kezelés.

8. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek X. pontjában meghatározottakon kívül **nem kerül kifizetésre**, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet vagy betegséget a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta. A baleset, egészségromlás, illetve betegség akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha

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

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

- kórházi zárójelentés, a nem magyarországi kórházi ellátás esetén a zárójelentés hiteles fordítása,
- üzemi baleset esetén az arról készült jegyzőkönyvet.

10. A jelen biztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

„Aegon Doktor” orvosi assistance szolgáltatás

1. Biztosítási szolgáltatás

A biztosító jelen biztosítás keretében folyamatosan (heti 7 napban, napi 24 órában) fogadja a biztosítottak telefonhívásait, és ezek során magyar nyelven és a belföldi (magyar) viszonyoknak megfelelően az alábbi szolgáltatásokat nyújtja:

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

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

Nemzetközi második orvosi véleményre szóló egészségbiztosítás

1. Biztosítási esemény

A biztosító jelen szolgáltatást kiszervezett tevékenységként, külső szolgáltatóval (Szolgáltató) együttműködve nyújtja.

A Biztosítottnak a 24 órás „Orvosi Call Center (Aegon Doktor)” egészségügyi tanácsadó vonalán bejelentett, második orvosi véleményre vonatkozó igénye. A biztosítási esemény időpontja a teljesíthető igény bejelentésének időpontja.

Második orvosi véleményre az alábbi események, illetve körülmények **együttes fennállása** biztosít jogosultságot:

- 18 év feletti életkor;
- rendelkezésre álló első orvosi vélemény,
- az Egészségügyi Szolgáltató által meghatározott, a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges orvosi dokumentumok átadása,
- az Egészségügyi Szolgáltató által meghatározott egyéb dokumentumok (különösen kérelem, kérdőív vagy jogi nyilatkozat) kitöltése és aláírása.

Nemzetközi második orvosi vélemény az alábbi, a kockázatviselés kezdetét követően diagnosztizált betegségek esetén kérhető:

- az életet fenyegető rákos (rosszindulatú daganatos) megbetegedés,
- szívbetegség, szív- és érsebészeti beavatkozást igénylő betegség,
- szervátültetés,
- neurológiai és idegsebészeti betegség,
- veleszületett betegség vagy rendellenesség,
- az idegrendszer degeneratív betegségei és szklerózis multiplex,
- veseelégtelenség következtében kialakult betegség, állapot,
- az életet fenyegető betegség, állapot vagy nagy bonyolultságú beavatkozás szükségessége.

Biztosított a második orvosi vélemény tárgyát képező betegség kapcsán a külföldi gyógykezelése megszervezését is kérheti, melyek kapcsán a Szolgáltatószervező az alábbi szolgáltatásokat nyújtja:

- a megfelelő kórház kiválasztása és javaslatétel Biztosított részére
- árajánlat beszerzése a javasolt kórháztól
- a kórházi kezelés időpontjának egyeztetése

A szolgáltatás a betegszállítás és a külföldi gyógykezelés költségét nem fedezi, kizárólag a gyógykezelés megszervezésében nyújt segítséget.

2. A szolgáltatás működése:

Biztosított az Orvosi Call Center számán bejelenti a szolgáltatásra vonatkozó igényét.

- A Szolgáltató tájékoztatást ad a szolgáltatásról, és Biztosítottnak megküldi a szolgáltatás igénybe vételéhez szükséges kérelem kérdőívet és jogi nyilatkozatot
- A Biztosított kérelem kérdőív kitöltésével, valamint jogi nyilatkozat aláírásával, és mindezek Szolgáltató részére történő megküldésével írásban kezdeményezi a szolgáltatás igénybevételét.
- A Szolgáltató a Biztosítottal egyeztetett formátumban és módon (email, telefax, nyomtatott formában postai küldemény) megküldi a Biztosított részére a szakvéleményt.

- A Szolgáltató ezt követően a második orvosi vélemény átadása után esetlegesen szükségessé váló további távkonzultációt biztosít a Biztosított számára.

3. A szolgáltatás feltételei:

- A második orvosi véleményt minden esetben a Biztosított kezelőorvosai által készített leletei és a már felállított diagnózis alapján nyújtják.
- A Biztosított csak akkor jogosult a második orvosi vélemény igénybevételére, ha őt előtte a kérelmezett szakvélemény tárgyát képező betegség tekintetében egy Magyarországon orvosi tevékenység végzésére hatósági engedéllyel rendelkező orvos megvizsgálta, és a vizsgálatról leleteket készített, illetve írásos diagnózist állított fel.
- A második orvosi vélemény igénylésekor a kérelemhez a Biztosítottnak csatolnia kell az esetről készült orvosi / kórházi leleteket, laboratóriumi vizsgálati eredményeket, orvosi jelentéseket, szövetmintákat, és minden egyéb vizsgálati eredményt, melyek alátámasztják a kezdeti diagnózist, továbbá csatolnia kell a Szolgáltató által kért további jelentéseket és vizsgálati eredményeket. A Biztosított kérésére és felhatalmazásával a Szolgáltató kapcsolatba lép a kezelőorvossal, hogy megbeszélje vele az esetet, és bekérje tőle a második orvosi véleményhez elkészítéséhez szükséges információt.
- A pótlólagosan felmerülő orvosi vizsgálatokkal és kezelésekkal, orvosi jelentések megírásával, vizsgálatokkal kapcsolatos költséget és díjakat a Biztosított fizeti.
- A második orvosi vélemény nem használható fel a Biztosított kezelőorvosa döntésének helyettesítésére, tekintve, hogy bármely klinikai döntés meghozatalához személyes orvos-beteg találkozás és tényleges orvosi kivizsgálás szükséges.
- A második orvosi vélemény tudományos vagy jogi bizonyítékként nem felhasználható.

4. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén az Szolgáltató a Biztosított által a részére rendelkezésre bocsátott orvosi dokumentumok birtokában 30 munkanapon belül beszerzi a második orvosi véleményt, amelyet magyar nyelven az egyeztetett módon átad a Biztosítottnak.

A biztosítási esemény bejelentése nem jelenti a Szolgáltató azonnali rendelkezésre állását. A második orvosi vélemény elkészítésébe bevont orvosok kiválasztásában a szolgáltatást nyújtó Szolgáltató dönt.

5. Jelen biztosítás az Általános Feltételek I.1-es pontja szerint speciális szolgáltatású egészségbiztosításnak minősül.

6. A szolgáltatás keretében készített szakvélemény célja kiegészítő információ nyújtása, és nem egy önálló orvosi diagnózis felállítása és terápiás döntés meghozatala, utóbbiak ugyanis személyes orvos-beteg találkozást tennének szükségessé; ennek megfelelően a szakvéleményért és az abban foglaltak felhasználásáért a biztosító, illetve a szolgáltatást nyújtó Egészségügyi Szolgáltató nem tartozik felelősséggel.

7. A jelen biztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett, különös tekintettel az Általános Feltételek XI.2-es pontjára.

Otthonápolás megszervezése

1. Biztosítási szolgáltatás

- A Biztosító jelen szolgáltatást kiszervezett tevékenységként, külső szolgáltatóval (a Szolgáltatásszervező) együttműködve nyújtja.
- Ha a Biztosított betegsége vagy balesete folytán önmaga ellátására képtelenné válik, kérésére a Szolgáltatásszervező segítséget nyújt a Biztosítottnak abban, hogy megtalálja az ápolásához megfelelő egészségügyi szolgáltatót, amely számára az otthonában otthonápolási szolgáltatást nyújt. A szolgáltatás az információ nyújtását és az ellátás megszervezését öleli fel.
- A megszervezett egészségügyi szolgáltatások díját minden esetben a Biztosított fizeti.

A szolgáltatás működése az alábbiak szerint történik:

- Az otthonápolás megszervezése munkanapokon reggel 8 és este 8 óra között történik.
 - Biztosított felhívja az orvosi assistance telefonszámát 06 1 461-1584, ahol bejelenti a szolgáltatás iránti igényét.
 - Megtörténik a telefonáló azonosítása, szükség esetén a jogosultság ellenőrzése név, és azonosító szám vagy születési dátum alapján.
 - Az operátor rögzíti az igényét, egyeztet a biztosítottal a szükségleteit, elkezdi az otthonápolás megszervezését, és tájékoztatja Biztosítottat a folyamatról.
 - A szolgáltatás lebonyolítása előtt a Biztosító az otthonápolás szükségességét igazoló orvosi dokumentumok (szakorvosi ellátást igazoló ambuláns lap, kórházi zárójelentés, szakorvosi beutaló) bemutatását kérheti biztosítottól. Amennyiben az otthonápolás szükségessége orvosilag nem megalapozott, vagy a Biztosított által igényelt ellátási otthonápolás keretében nem végezhető, a Biztosító a szolgáltatás megszervezését megtagadhatja.
 - A szolgáltatás megszervezésének határideje tizenöt (15) munkanap attól az időponttól kezdve, amikor a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges összes dokumentum a Biztosító rendelkezésére áll.
 - A Biztosító és a Szolgáltatásszervező nem felel a megszervezett szolgáltatás során végzett konkrét szakmai munkáért, illetve a szolgáltatók által esetlegesen okozott károkért, az egészségügyi ellátás során a szolgáltató intézmények által végzett tevékenységért és okozott károkért közvetlenül a szolgáltató tartozik felelősséggel.
2. Jelen biztosítás az Általános Feltételek I.1-es pontja szerint speciális szolgáltatású egészségbiztosításnak minősül.
3. A jelen biztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett, különös tekintettel az Általános Feltételek XI.2-es pontjára.

BETEGJOGI TANÁCSADÁS

A biztosító jelen szolgáltatást kiszervezett tevékenységként, külső szolgáltatóval (Szolgáltató) együttműködve nyújtja.

1. A biztosítás tárgya

Az egészségügyi ellátásra jogosult vagy azt igénybe vevő magánszemély biztosított egészségügyi jogviszonyai.

2. Szolgáltatási területek

A biztosító Szolgáltató partnere az alábbi ügyekben nyújt általános betegjogi tanácsadási szolgáltatást:

- egészségügyi ellátáshoz való jog (pl: mikor korlátozott az orvosválasztás; joga van-e a betegnek a szenvedés csökkentéséhez),
- az emberi méltósághoz való jog (pl: nem megfelelő bánásmód vagy elhelyezés, megalázó helyzetek esetén milyen jogai vannak a betegnek),
- a kapcsolattartáshoz való jog (pl: megtiltható-e, hogy a hozzátartozónak felvilágosítást adjon a kórház; kizárható-e a látogatók közül egy nemkívánatos személy; a szülő nőnek joga van-e azt kérni, hogy az újszülötten egy helyiségben helyezték el),
- az intézmény elhagyásának joga (pl: mikor dönthet úgy a beteg, hogy elhagyja a kórházat; milyen következményei lehetnek egy ilyen döntésnek),
- a tájékoztatáshoz és önrendelkezéshez való jog (pl: alternatív eljárásokról is tájékoztatnia kell-e az orvosnak a beteget),
- az ellátás visszautasításának joga (pl: a beavatkozásokat lehet-e a külön-külön elfogadni és visszautasítani; milyen formában kell ezeket nyilatkozatokat megtenni),
- védőoltások (pl: mikor kérhető az oltás alóli mentesítés; a kötelező oltás elmulasztásának mik a jogi következményei),
- az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga (pl: kérheti-e a beteg a zárójelentése kiegészítését vagy pontosítását)
- orvosi titoktartás (pl: kinek köteles kiadni az orvos a beteg adatait)
- halottvizsgálat (pl: mikor lehet kórbonctani vizsgálatot végezni; mik a szervdonáció korlátai és a hozzátartozók jogai)
- panaszok (pl: kinél lehet panaszt tenni, ha nem megfelelően járt el a nővér, vagy az orvos; milyen lehetőségei vannak a betegjogi képviselőnek).

3. A szolgáltatás igénybevétele

A betegjogi tanácsadás telefonon, munkanapokon **8.30 és 17.00 óra között a +36 1 486-3591** (belföldi normál díjas) telefonszámon vehető igénybe előzetes telefonos azonosítást követően.

4. Kizárás

A biztosított önálló foglalkozásából, szakmai, vállalkozási, üzleti, politikai tevékenységéből eredő jogi érdekeinek védelme.

5. Területi hatály

Magyarország, a biztosítás csak azokra a biztosítási eseményekre terjed ki, amelyek Magyarországon területén következtek be, és amelyek elbírálása magyar bíróság joghatósága alá tartozik.

A jelen biztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett, különös tekintettel az Általános Feltételek XI.2-es pontjára.