Az NN Biztosító Zrt. Kiemelt Csoportos Élet-, baleset- és egészségbiztosításainak Általános Szabályzata

1. § Általános rendelkezések

(1) Jelen Kiemelt Csoportos Élet-, baleset- és egészségbiztosítási Általános Szabályzatban (továbbiakban KCSÉÁSZ vagy „általános szabályzat") és az annak részét képező mindenkor hatályos **1. számú mellékletben**, valamint a mindenkor hatályos, a **Csoportos biztosítási szerződésekre (ideértve a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződéseket is) vonatkozó Kiegészítő ügyfél-tájékoztató**ban foglalt rendelkezések az adott biztosítási fedezetre vonatkozó **Különös Feltételek**kel együtt – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – az NN Biztosító Zrt. a továbbiakban Biztosító) kiemelt csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződéseinek (a továbbiakban Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés) feltételeit képezik, feltéve, hogy a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződést a jelen általános szabályzatra és az adott Különös Feltételekre hivatkozva kötötték meg. A jelen általános szabályzathoz a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződésben megjelölt biztosítási fedezetre/szolgáltatásra vonatkozó különös szerződési feltételek kapcsolódnak (a továbbiakban együttesen **Különös Feltételek**). A Különös Feltételek a jelen általános szabályzattól eltérhetnek, a jelen általános szabályzat és a Különös Feltételek eltérése esetén a Különös Feltételek rendelkezései az irányadóak. A Különös Feltételekben nem szabályozott kérdésekben a KCSÉÁSZ és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

(2) Jelen általános szabályzat alapján Kiemelt Csoportos biztosítási szerződést az köthet, aki valamely vagyoni vagy személyhez fűződő jogviszony, vagy egyéb kapcsolat alapján a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződést az érdekelt személy javára köti meg (**biztosítási érdek**). Az e rendelkezés ellenére kötött Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés semmis. Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés esetén a Biztosítottak meghatározása valamely szervezethez való tartozásuk, a Biztosítottak és a Szerződő között fennálló jogviszony, vagy egyéb kapcsolat alapján történik, és a Biztosító kockázatának vizsgálatára és annak vállalására a csoportra tekintettel kerül sor.

(3) **Minden olyan szokás és gyakorlat, amelynek alkalmazásában a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés alanyai korábbi üzleti kapcsolatukban megegyeztek, és amelyet egymás között kialakítottak, a jelen általános szabályzat hatálya alatt létrejött Kiemelt Csoportos biztosítási szerződésekben nem irányadóak, további alkalmazásukat a szerződő felek kizárják. Ezen túlmenően, az életbiztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokások sem válnak a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés részévé, alkalmazásukat a szerződő felek szintén kizárják üzleti kapcsolatukban.**

(4) **A Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezi a KCSÉÁSZ, valamint a szerződő által választott biztosítási fedezetre vonatkozó különös szerződési feltételek, amelyekről a Biztosított a Szerződőtől kap részletes tájékoztatást. A Biztosítási kötvény, az érvényes Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés, illetve annak részét képező KCSÉÁSZ és Különös Feltételek tartalmazzák a konkrét biztosítási összeg(ek)et, biztosítási esemény(ek)et és szolgáltatás(ok)at, valamint a kizárásokat és a Biztosító mentesülésének eseteit.**

(5) Jelen általános szabályzatban, illetve az adott Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés részét képező Különös Feltételeken nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény rendelkezései, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

2. § Fogalmak és meghatározások

A jelen paragrafusban meghatározott fogalmak az adott Kiemelt Csoportos biztosítási szerződésre vonatkozó jelen általános szabályzat és a Különös Feltételek értelmezése vonatkozásában alkalmazandók.

Alapbiztosítás: a BR01 jelű Csoportos kockázati életbiztosítás, amelyhez a Szerződő kiegészítő biztosításokat köthet.

Alkoholizmus: a szesztartalmú italok rendszeres, tartós, mértéktelen fogyasztása következtében kialakuló jellegzetes szomatikus-pszichés, kóros elváltozások együttese; amikor a testi-lelki megbetegedés kóroki tényezőjeként az alkohol jelölhető meg.

Alkoholos állapot: alkoholos állapotnak tekintendő a 1,5 ezreléket meghaladó véralkohol-koncentráció (0,70 mg/l-t meghaladó légalkohol-koncentráció), járművezetés közben a 0,5 ezreléket meghaladó mértékű véralkoholkoncentráció (0,25 mg/l-t meghaladó légalkohol-koncentráció).

Baleset: az a hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a Biztosítottat akaratától függetlenül a kockázatviselés ideje alatt éri, és amellyel összefüggésben a Biztosított az egyes kockázatoknál meghatározott időn belül a meghatározott károsodást szenvedi el. Jelen általános szabályzat szerint **nem minősül balesetnek**:

- **megemelés,**
- **rándulás,**
- **habituális ficam,**
- **patológiás törés,**
- **fagyás,**
- **kihűlés,**
- **napszúrás, nap általi égés,**
- **hőguta,**
- **szilárd, folyékony, légnemű anyagok bevétele miatti szándékos mérgezés, illetve sérülés,**
- **rovarcsípés**
- **fertőző vagy fertőzéssel keletkezett betegség,**
- **a Biztosított elme- vagy tudatzavarával összefüggésben bekövetkező esemény,**
- **öngyilkosság vagy öngyilkossági kísérletből eredő sérülés,**
- **a Biztosított fegyverviselésének vagy fegyverhasználatának során, azzal összefüggésben bekövetkezett esemény,**
- **orvosi műhiba.**

Biztosítási ajánlat: a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződést megalapozó, a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés létrejöttéhez szükséges minden lényeges adatot tartalmazó írásbeli dokumentum a Biztosító által rendszeresített ajánlati lap formájában, amelyen a Szerződő, mint ajánlattevő biztosítási ajánlatot tesz a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés megkötésére. Az ajánlattevő az ajánlatához annak megtételétől számított 15 napig kötve van, ha az ajánlat elbírálásához egészségi vizsgálatra van szükség, 60 napig van kötve.
Biztosítási díj: a Biztosító kockázatvállalásának ellenértéke, melyet a Szerződő köteles megfizetni. A továbbiakban biztosítási díj alatt az alap- és kiegészítő biztosítások együttes összegét kell érteni.
Biztosítási esemény: az alap- és kiegészítő csoportos biztosítások Különös Feltételeiben megnevezett események, melyek bekövetkezése esetén a Biztosító a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatást teljesíti vonatkozó szerződési feltételekben megfogalmazottok szerint.
Biztosítási év: két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszak.
Biztosítási évforduló: minden naptári évben a kockázatviselés kezdetének naptári napja, amennyiben az adott hónapban nincs ilyen nap, akkor a hónap utolsó napja.
Biztosítási fedezet/szolgáltatás: a Biztosítónak a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási kockázatokra, illetve e kockázatokkal összefüggésben bekövetkező biztosítási események alapján nyújtandó biztosítási szolgáltatásokra vonatkozó kötelezettségvállalása – Alapbiztosítás, illetve kiegészítő biztosítás formájában –, melyet a Biztosító a biztosítási díj megfizetése ellenében vállal.
Biztosítási hónap: két egymást követő biztosítási hónapforduló közötti időszak.
Biztosítási hónapforduló: minden naptári hónapban a kockázatviselés kezdetének megfelelő naptári nap; amennyiben az adott hónapban nincs ilyen nap, akkor a hónap utolsó napja.
Biztosítási időszak: az az időszak, amelyre a biztosítási díj vonatkozik. A biztosítási időszak egy biztosítási év, amely minden évben a biztosítási évforduló napján kezdődik és ettől számított egy évig tart.
Biztosítási kötvény: a Biztosító által kibocsátott, a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés létrejöttét és a biztosítási fedezet tartalmát igazoló dokumentum.
Biztosítotti adatközlő: a Biztosító által egyoldalúan meghatározott, a Szerződő által a Biztosítottakra vonatkozóan megadott anonimizált adatokat tartalmazó dokumentum. A Biztosítotti adatközlő abban az esetben képezi a biztosítási ajánlat részét, amennyiben a Biztosító (az általa meghatározott kritériumokon alapuló) egyoldalú döntése alapján a kockázattól és a várható biztosítotti létszámtól függően Biztosítotti lista nem szükséges. A Szerződő köteles a jelen általános szabályzat 4 § (12) pontban meghatározottak szerint a Biztosítotti csoportok létszámában bekövetkezett változásokat negyedévente bejelenteni a Biztosítónak.
Biztosítotti lista: a Szerződő által megadandó biztosítani kívánt személyek, mint Biztosítottak listája, mely a Biztosítási ajánlat részét képezi a Biztosító által (az általa meghatározott kritériumokon alapuló) egyoldalúan meghatározott esetekben a kockázattól és a várható biztosítotti létszámtól függően -és a következő adatokat tartalmazza: a Biztosított vezeték- és keresztnevét, nemét, születési dátumát, anyja nevét, állandó lakcímét, Biztosítotti csoport megnevezését, havi bruttó

jövedelmét (amennyiben a biztosítási összeg alapja a Biztosított havi bruttó jövedelme). A Szerződő köteles a jelen általános szabályzat 4.§ (7) pontban meghatározottak szerint a Biztosítottak személyében bekövetkezett változásokat, illetve a megadott adataiban bekövetkezett változásokat bejelenteni a Biztosítónak.
A Szerződő köteles a Biztosítottak hozzájárulását beszerezni annak érdekében, hogy a Biztosítotti listában meghatározott adatokat átadhassa a Biztosítónak a jelen általános szabályzat szerinti Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés létrejöttéhez, fenntartásához és szolgáltatás teljesítéséhez.
Az adott Biztosítotti csoportok esetében a Szerződő köteles a Biztosítottak vonatkozásában az alábbiakban részletezett adatokat megadni:

I. Egészségi vizsgálat alá nem eső Biztosítotti csoport esetében a csoportba tartozó Biztosítottakra vonatkozó Biztosítotti listát
II. Egészségi vizsgálat alá eső Biztosítotti csoport esetében a csoportba tartozó Biztosítottakra vonatkozó Biztosítotti listát, valamint a Szerződő köteles beszerezni a Biztosítottak egészségi nyilatkozatát.

Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés: A Szerződő írásbeli ajánlata alapján a Szerződő és a Biztosító között létrejövő írásbeli megállapodás. A Biztosító a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződésről Biztosítási kötvényt állít ki. A Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés részét képezi a jelen általános szabályzat és Különös Feltételek, valamint a Csoportos biztosítási szerződésekre (ideértve a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződéseket is) vonatkozó Kiegészítő ügyfél-tájékoztató, a biztosítási ajánlat, az ajánlathoz csatolt nyilatkozatok, a Biztosítotti lista vagy Biztosítotti adatközlő, az egyes Biztosítottak haláleseti kedvezményezett kijelölő nyilatkozata, az egészségi nyilatkozatok és a szerződésről kiállított Biztosítási Kötvény.
Díjtétel: a fizetendő biztosítási díjat a Biztosító a biztosítási díjszámítás során határozza meg. A biztosítási díjszámítás több tényezőből áll, amelyek között a biztosítási összeg mellett a díjtétel is szerepel. A díjtétel a díjszámítás során alkalmazott tényező, amely az egy forint biztosítási összegre vonatkozó díjat mutatja meg a kedvezmények és egyéb kockázatsúlyosbító tételek nélkül. Azaz a díjtétel nem egyenlő a biztosítási díjjal, hanem annak megállapításához alkalmazott egyik díjszámítási tényező.
Egészségi vizsgálat: a Biztosított orvosi vizsgálata alapján elvégzett egészségi kockázatfelmérés. Az orvosi vizsgálatot a Biztosító javaslatára a Biztosított a Biztosítóval szerződött egészségi szolgáltatónál kezdeményezheti.
Egészségi nyilatkozat: a Biztosított – a Biztosító által rendszeresített formanyomtatványon benyújtott, vagy telefonbeszélgetésről hangfelvétellel rögzített – egészségi nyilatkozata.
Eléréses napok: egyes kiegészítő biztosítások (Baleseti keresőképtelenségre szóló napi térítést biztosító csoportos kiegészítő biztosítás, Bármely okú kórházi napi térítésre szóló csoportos kiegészítő biztosítás és Baleseti kórházi napi térítésre szóló csoportos kiegészítő biztosítás) esetében a Szerződő a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés létrejöttekor, valamint a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés ezen kiegészítő biztosítások választásával történő megújításakor a KCSÉÁSZ 8.§ (6) bekezdésének rendelkezései szerint a biztosítási évfordulón a Biztosító által meghatározott számú Eléréses napot választhat, melyet a Biztosítási kötvény is tartalmaz. Az Eléréses napokat tartalmazó kiemelt csoportos biztosítási fedezetek esetén a Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésekor csak abban az esetben teljesít szolgáltatást, mégpedig a biztosítási esemény első napjától számítottan, ha a fent hivatkozott kiegészítő biztosításokra vonatkozó Különös Szerződési Feltételekben meghatározott keresőképtelen állapot, vagy kórházi ellátás időben egybefüggő és folyamatos időtartama meghaladja a Szerződő által választott Eléréses napok számát. Abban az esetben, ha a keresőképtelen állapot, vagy kórházi ellátás időtartama nem haladja meg a Szerződő által választott Eléréses napok számát, úgy a Biztosító biztosítási szolgáltatást nem teljesít.
Elszámoló díj: Az a biztosítási év során bekövetkezett létszámváltozásokból eredő díjkülönbözet, melyet a Biztosító a biztosítási év végét követően egyszerűsített elszámolás formájában érvényesít a KCSEASZ 10§ (15) bekezdésében foglaltak alapján.
Előzetes díjkalkuláció: a Biztosítási ajánlatot megelőző kalkuláció, mely a Szerződő által megadott alapadatok alapján ad tájékoztatást a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés várható díjáról. Az Előzetes díjkalkuláció nem minősül ajánlattételnek.
Extrém sport: jelen általános szabályzat alkalmazásában különösen veszélyes (extrém) sporttevékenységnek minősül az autó- és motorsportverseny és edzés, teszttúra, raliverseny, quad használata, roncsautó (auto-crash), sport barlangászat, szikla- és hegymászás III. foktól, magashegyi expedíció, búvárkodás, jetski, a motorcsónakkal vontatott sporteszközök használata (ideértve az ejtőernyőt, a paplanernyőt és a vízisít is), vadvízi evezés, rafting, hydrospeed, tengeri kajak, kitesurf, bungee jumping és rocky jumping, canyoning, bázisugrás, ejtőernyőzés, vadászat, valamint a motor nélküli légi jármű, a segédmotoros vitorlázó repülőgép, a sárkányrepülő, a hőlégballon használata, műrepülés, az egyszemélyes, félkezes és nyílttengeri vitorlázás, falmászás, valamint a harci és küzdősportok.

Hegymászásnak minősül a hegyvidéken történő túrázás, ha annak során a Biztosított a kijelölt turistaútról letér, vagy az útviszonyok speciális felszerelés használatát indokolják (pl. kötélbiztosítás, hágóvas, jégcsákány stb.). Hegymászásnak minősül továbbá a „Klettersteig" („via ferrata") típusú útvonalakon, valamint a 3500 méteres magasság felett végzett túrázás.

Hivatásos sportoló: az a Biztosított, aki sportszervezettel létesített munkaviszony vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony, továbbá egyéni vállalkozás keretében jövedelemszerzési céllal sporttevékenységet folytat, és rendelkezik a sportági szakszövetség feltételei szerint megszerzett hivatásos sportolói engedéllyel.

Jármű: a közlekedésben részt vevő szárazföldi, vasúti vagy légi, illetve gépi meghajtású vízi szállító- vagy vontatóeszköz, továbbá önjáró vagy vontatott munkagép.

Jelen általános szabályzat vonatkozásában járműnek minősül a közösségi közlekedésben a felhasználási feltételeknek megfelelően résztvevő elektromos roller is.

Nem minősül járműnek a mozgáskorlátozottak közlekedésére szolgáló, emberi erővel tolt vagy hajtott kerekesszék és a gépi meghajtású kerekesszék, ha sík úton önerejéből 10 km/óra sebességnél gyorsabban haladni nem képes, továbbá a gyermekkocsi, roller, gördeszka, görkorcsolya, segway és a talicska. Az ilyen eszközökkel közlekedő személyek gyalogosoknak minősülnek.

Kiegészítő biztosítás: olyan biztosítás, amely önállóan nem, csak az Alapbiztosítással együtt, egy időben, vagy a biztosítási évfordulón köthető meg.

Kórház: működési, hatósági engedéllyel rendelkező, fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll. Jelen általános szabályzat és a Különös Feltételek szempontjából **nem minősülnek kórháznak** még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg-ellátást végeznek:

- nappali kórház[1]
- a szanatóriumok, rehabilitációs intézmények, rehabilitációs osztályok,
- pszichiátriai intézetek, pszichiátriai osztályok,
- gyógyfürdők, gyógyfürdőkórházak, gyógyüdülők,
- elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei,
- geriátriai (időskori) ellátók, szociális otthonok,
- alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények,
- hospice tevékenységet[2] végző intézmények,
- ápolási intézetek, egyéb krónikus fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézetek, illetve
- kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai, osztályrészei, feltéve, hogy a Biztosított az osztály ezen jellegének megfelelő szolgáltatásban részesült.

Kórházi ellátás: legalább 24 órás kórházi tartózkodás, mely a kórházba történő felvétellel kezdődik és a kórházi zárójelentés kiadásának időpontjával, vagy a biztosított halálával végződik.

A kórházi ellátás napjainak számolásánál a kórházi ellátás minden naptári napja egész napnak számít, így a kórházi felvétel és elbocsátás vagy halál napja is, amennyiben a kórházi tartózkodás folyamatos időtartama meghaladja a 24 órát.

Közlekedési baleset: az a baleset, amely azáltal következik be, hogy a Biztosított

- közúti járművet vezet,
- utasként szárazföldi, vasúti vagy vízi járművet vesz igénybe a szállítási, utazási feltételeknek megfelelően,
- légi utasként menetrend szerinti, illetve charter légiforgalmi eszközt az utazási feltételeknek megfelelően használ,
- utasként tömegközlekedési eszközt az utazási (szállítási) feltételeknek megfelelően használ,
- gyalogosként vagy kerékpárosként közterületen vagy közforgalom által el nem zárt magánterületen más járművel okozott baleset sérültje lesz, ideértve azt az esetet is, amikor gyalogos okoz kerékpárosnak balesetet.

1 Nappali kórház: olyan napközbeni kezelést nyújtó kórház vagy kórházi osztály, ahol a beteg csak napközben tartózkodik, és nem tölti bent az éjszakát.

2 Hospice-tevékenység: haldokló egyén olyan gondozó (főleg palliatív) ellátása, amelynek célja nem pusztán a fájdalom csillapítása, hanem a hosszú lefolyású, halálhoz vezető betegségben szenvedő páciens testi, lelki ápolása-gondozása, életminőségének javítása, szenvedéseinek enyhítése és emberi méltóságának halálig való megőrzése.

Nem minősül közlekedési balesetnek:

- **a gyalogost érő olyan baleset, amelynek bekövetkeztében semmilyen mozgó jármű nem hatott közre,**
- **a kerékpárost érő olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos közlekedése nem hatott közre,**
- **a jármű vezetőjét, utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű vagy más jármű haladásával, illetve megállásával összefüggésben következett be.**

Műtét: a Biztosított számára káros betegségi vagy baleseti következmények elkerülésére vagy mérséklésére orvosilag szükségesnek tartott és szakorvos által végzett eljárás, valamint a betegség pontosabb okának megállapítása érdekében végzett sebészeti beavatkozás, amelyeket az orvosszakmai szabályok betartásával végeznek. A műtétet kórházban, illetve orvosi rendelőben kell elvégezni, és erről műtéti leírással, kórházi zárójelentéssel vagy a beavatkozás ambuláns naplóban rögzített dokumentációjával kell rendelkezni.
Rendelő: az a helyiség, amely a mindenkori hatályos hatósági előírásoknak megfelelő érvényes engedéllyel rendelkezik, és a biztosítási eseményként megjelölt műtét elvégzésére az engedély alapján jogosult.
Üzemi baleset: az üzemi baleset fogalmát a társadalombiztosításról szóló mindenkor hatályos jogszabály[3] szabályozza. Jelen szabályzat hatálybalépésekor üzemi baleset az a baleset, amely a Biztosítottat a foglalkozása körében végzett munka közben vagy azzal összefüggésben éri (munka baleset). Üzeminek minősül az a baleset is, amelyet a Biztosított munkába vagy onnan lakására (szállására) menet közben szenved el (úti baleset). A jogszabályi meghatározástól függetlenül azonban **jelen általános szabályzat alapján nem minősül üzemi balesetnek a Biztosított közcélú munka végzése, valamint a munkáltató engedélye nélkül végzett munkával okozati összefüggésben bekövetkezett, vagy egyes társadalombiztosítási ellátások igénybevétele során ért baleset**.
Üzemi idő: az üzemi baleset fogalmához kapcsolódóan üzemi időnek minősül a biztosított foglalkozása körében vagy azzal összefüggésben végzett munka időtartama, valamint a munkavégzés és a lakóhely közötti utazás időtartama.
Várakozási idő: a Biztosító valamely biztosítási esemény kockázatát, kivéve balesettel okozati összefüggésben álló biztosítási eseményeket, csak a szerződés létrejöttét követő későbbi időponttól vállalja. Ha biztosítási esemény a kikötött várakozási időn belül következik be, úgy a balesetből bekövetkező biztosítási eseményt kivéve a Biztosító sem a várakozási idő alatt, sem annak lejáratát követően ezen biztosítási eseményből eredően nem nyújt szolgáltatást. A várakozási idő legfeljebb hat hónap lehet; a kikötött várakozási idő ezt meghaladó része semmis.
Verseny sporttevékenység: az a sporttevékenység, amelyet a Biztosított nem hivatásos sportolóként végez, feltéve, hogy versenyen (pl. bajnokságon, meccsen stb.) is indul, függetlenül a verseny jellegétől (függetlenül pl. attól, hogy helyi, kerületi, megyei, területi, országos, nemzetközi stb., vagy hogy barátságos-e a verseny, mi a tétje stb.). Versenyző sportoló lehet élvonalbeli versenyző sportoló, regionális szinten versenyző sportoló vagy területi szinten versenyző sportoló.

- Élvonalbeli versenyző sportoló az a Biztosított (a továbbiakban élvonalbeli versenyző sportoló), aki nemzetközi, országos (nemzeti) versenyen indul.
- Regionális szinten versenyző sportoló az a Biztosított (a továbbiakban regionális szinten versenyző sportoló), aki több megyét érintő versenyen indul, feltéve, hogy nem élvonalbeli versenyző sportoló.
- Területi szinten versenyző sportoló az a Biztosított, aki nem regionális szinten versenyző sportoló és nem élvonalbeli versenyző sportoló.

3. § A Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés alanyai

(1) **Biztosító: NN Biztosító Zrt., a Biztosító székhelye 1139 Budapest, Fiastyúk utca 4-8.**

(2) **Szerződő:** az a fél, aki a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződést a Biztosítóval megköti, és aki a biztosítási díj megfizetésére kötelezettséget vállal. Jelen általános szabályzat alapján létrejövő Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés Szerződője kizárólag a fogyasztónak[4] nem minősülő személy vagy szervezet lehet.

(3) **Biztosított:** a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződésben meghatározott feltételeknek megfelelő 18–75 év közötti természetes személy, akinek az életével, egészségi állapotával kapcsolatos biztosítási eseményre a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés létrejön, feltéve, hogy a Biztosító kockázatviselésének kezdő napján nincs egybefüggő 15 napot meghaladó, a hatályos magyar jogszabályok szerinti keresőképtelen állapotban (kivéve ha a keresőképtelen állapot várandóssága, illetőleg szülése miatt áll fenn. A Biztosítottnak a lakcímet igazoló hatósági igazolványon sze-

3 A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény és annak végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) kormányrendelet.
4 Fogyasztó: a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy.

repelő magyarországi lakcímmel, vagy tartózkodási hellyel kell rendelkeznie. A Biztosított a Szerződő által a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződésben meghatározott biztosítotti csoport tagja, melynek csoportképző ismérveit a hatályos Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés tartalmazza. Amennyiben a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés Biztosítotti lista megadásával jön létre, a Biztosított szerepel a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés részét képező mindenkor hatályos Biztosítotti listában.

A Biztosító a Biztosított belépési életkorát úgy állapítja meg, hogy a Biztosított születésének évszámát levonja annak a naptári évnek az évszámából, amely évben adott Biztosított vonatkozásában a kockázatviselés megkezdődik.

A Szerződőnek lehetősége van arra, hogy a szerződés létrejöttét követően kezdeményezze a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés kiterjesztését további biztosítottakra a 4.§ (9) pontja szerint.

A szerződéskötést követően a Biztosító a biztosítotti csoportba bekerülő új biztosított belépési korát úgy állapítja meg, hogy a csoportba való belépés évének évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.

A Biztosított a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződésbe Szerződőként nem léphet be.

(4) **Biztosítotti csoport:** Magyarországon munkaviszony, tagsági jogviszony vagy tartós megbízási jogviszony, valamint egyéb csoportképző ismérv alapján jól elkülöníthető, egységes csoportot alkotó személyek összessége, akikre a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződésben meghatározott csoportképző ismérv alapján azonos feltételek vonatkoznak. A jelen általános szabályzat alapján létrejövő Kiemelt Csoportos biztosítási szerződésben a Szerződő rendelkezése szerint több Biztosítotti csoport képezhető. A választott biztosítási fedezet és a biztosítási összeg Biztosítotti csoportonként eltérő lehet. Az így képzett, egyes Biztosítotti csoportba azok a Biztosítottak sorolhatóak, akik azonos foglalkozási vagy azonos biztosítási kockázattal rendelkeznek, és azonos biztosítási szolgáltatásra jogosultak. A Biztosítotti csoportok elnevezéseinek megadására és a Biztosítotti csoportok ismérveinek kialakítására a Szerződőnek az Előzetes díjkalkuláció során van lehetősége, amely a Biztosítási ajánlat megtétele során véglegesítésre kerül.
A Biztosítotti csoportokra további szabályozás a jelen szabályzat 4. § (7) bekezdés alatt található.

(5) **Kedvezményezett:** az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkezte esetén a Biztosító szolgáltatására jogosult, az alábbiak szerint:

a) a Biztosított vagy a Biztosított által azonosításra alkalmas módon nevesített kedvezményezett, ha a szolgáltatás a Biztosított életében válik esedékessé,
b) a Biztosított örököse, vagy a Biztosított által azonosításra alkalmas módon nevesített haláleseti kedvezményezett, ha a szolgáltatás a Biztosított halála miatt válik esedékessé.

A Biztosított által nevesített haláleseti Kedvezményezett lehet természetes és jogi személy is. Jelen általános szabályzat alapján a Biztosított önállóan, a Szerződő hozzájárulása nélkül jogosult haláleseti kedvezményezettet jelölni. Ellenkező megállapodás hiányában a kedvezményezett jelölés csak abban az esetben érvényes, ha az a Biztosítóhoz a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően beérkezett. A Kedvezményezett kijelölése az erre vonatkozó írásbeli nyilatkozat Biztosító székhelyére történő beérkezésének dátumával lesz hatályos.

A Kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a Kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezte előtt meghal, vagy jogutód nélkül megszűnik. Ebben az esetben új Kedvezményezettet kell kijelölni. Ennek hiányában a Biztosított örökösét kell Kedvezményezettnek tekinteni.

A Biztosított halála esetén esedékessé váló biztosítási szolgáltatásra több Kedvezményezett is nevesíthető. Ebben az esetben a Biztosított meghatározhatja a szolgáltatásra való jogosultság arányait. Ennek hiányában az arányt a Kedvezményezettek között egyenlőnek kell tekinteni.

A Biztosított a Kedvezményezettet a Biztosítóhoz címzett és a Biztosító székhelyére beérkezett írásbeli nyilatkozattal a biztosítási esemény bekövetkezéséig bármikor visszavonhatja, vagy a kijelölt Kedvezményezett helyett más Kedvezményezettet nevezhet meg. A Kedvezményezett módosítása az erre vonatkozó írásbeli nyilatkozat Biztosító székhelyére történő beérkezésének dátumával lesz hatályos, feltéve, ha az a Biztosítóhoz a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően beérkezett.

4. § A Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

(1) A Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés a szerződő felek (a Biztosító és a Szerződő) között létrejött jogviszony, mely egy vagy több, a Különös Feltételekben szabályozott biztosítási fedezetből áll. A Biztosító a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés rendelkezései szerint köteles a biztosítási díj ellenében a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződésben meghatározott kockázatra fedezetet nyújtani, és a kockázatviselés kezdetét követően bekövetkező biztosítási

esemény bekövetkezése esetén a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatást teljesíteni az általános szabályzat és a Különös Feltételek rendelkezései szerint; a Szerződő a biztosítási díj fizetésére kötelezett.

(2) A Szerződő jogosult a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozatok megtételére. A Biztosító a Szerződőhöz intézi jognyilatkozatait. A Szerződő köteles a Biztosítottakat a hozzá intézett jognyilatkozatokról, a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés főbb jellemzőiről és a szerződésben bekövetkezett változásokról folyamatosan tájékoztatni.

(3) A közlésre és változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a Szerződőt és a Biztosítottat; egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, vagy változás nem tudására, amelyet bármelyikük elmulasztott a Biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.

(4) A Biztosítottnak a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés létrejöttéhez adott hozzájárulása egyben az alábbi kötelezettségek vállalását is jelenti:
- a Biztosító által meghatározott esetekben a kockázatelbíráláshoz szükséges orvosi vizsgálatoknak aláveti magát,
- a közölt adatok ellenőrzését a Biztosító részére lehetővé teszi.

A Szerződő és a Biztosított közlési és változásbejelentési kötelezettsége

(5) A Szerződő és a Biztosított köteles a szerződéskötéskor, majd azt követően a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés tartama alatt közlési és változásbejelentési kötelezettségének eleget tenni.

(6) **A közlési és változásbejelentési kötelezettség alapján** a Szerződő és a Biztosított a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés megkötésekor, majd azt követően a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés tartama alatt köteles a biztosítási kockázat elvállalása, valamint a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a valóságnak megfelelően a Biztosítóval írásban közölni, amelyre vonatkozóan a Biztosító a szerződéskötéskor, vagy a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés tartama alatt kérdést tett fel és amelyeket a Szerződő és/vagy a Biztosított ismert, vagy ismernie kellett.
A Biztosító által feltett kérdések és az azokra adott válaszok a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés részét képezik. A Biztosító írásban közölt vagy hangfelvételen rögzített kérdéseire adott és a valóságnak megfelelő válaszokkal a felek a közlési kötelezettségüknek eleget tesznek. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.
A Biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére, és e célból a Biztosított egészségi állapotára, foglalkozására, tevékenységére (szabadidős is), életkörülményeire, pénzügyi helyzetére vonatkozó további kérdéseket tehet fel, orvosi vizsgálatot írhat elő.
Az orvosi vizsgálat elvégzése a Biztosítottat nem mentesíti a közlési és változásbejelentési kötelezettsége alól. A Biztosított köteles a közölt adatok ellenőrzését a Biztosító részére lehetővé tenni.

(7) **A változásbejelentési kötelezettség alapján** a Szerződő és a Biztosított köteles a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés tartama alatt **a tudomásszerzéstől számított 5 munkanapon belül írásban** a Biztosítónak bejelenteni a Szerződő saját, illetve a tényleges tulajdonos, azaz a befizetett biztosítási díj valódi tulajdonosa személyében beállott változásokat, valamint a szerződés létrejöttével kapcsolatos minden lényeges körülmény megváltozását.
Lényeges körülménynek minősül mindaz, amire a Biztosító az ajánlat megtételekor kérdést tett fel, különösen, de nem kizárólagosan a Biztosítotti csoport összetételében, a Biztosítottak tevékenységében, foglalkozási kockázatában és létszámában történt változás, továbbá a Biztosítottak Biztosítotti listában, illetve Biztosítotti adatközlőben szereplő adatainak változása (továbbiakban: biztosítotti listában történő lejelentés).
Lényeges körülménynek minősülnek továbbá a biztosítási kockázat vállalása szempontjából a Biztosító Egészségi vizsgálat, valamint Egészségi nyilatkozat formájában feltett kérdései.
Lényeges körülmény továbbá a Biztosított 42 napot meghaladó külföldi tartózkodása olyan területen, amely szerepel a Külgazdasági és Külügyminisztérium hivatalosan közzétett azon listáján, amely tartalmazza az „Utazásra nem javasolt országok és térségek", valamint a „Fokozott biztonsági kockázatot jelentő országok és térségek" felsorolását.

(8) A Biztosító jogosult a 7. pont alapján közölt adatok ellenőrzésére és e célból a Biztosított egészségi állapotára, foglalkozására és tevékenységére (szabadidős is), életkörülményeire vonatkozó további kérdéseket tehet fel, orvosi vizsgálatot írhat elő. Az orvosi vizsgálat elvégzése a Biztosítottat nem mentesíti változásbejelentési kötelezettsége alól.
Amennyiben az egyes Biztosítottak személye, vagy azok személyes adatai változnak, akkor a Szerződő köteles az újonnan megjelölt Biztosította(ka)t, illetve az új adatokat a változás időpontjától számított 15 napon belül a Biz-

tosítónak írásbeli nyilatkozatban bejelenteni, megjelölve azt is mely Biztosítotti csoport tagja az újonnan belépő Biztosított, kivéve, ha a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés a 4.§ (12) pontja szerint jött létre.

(9) A változásbejelentési kötelezettséggel kapcsolatos információt a Biztosító akkor tekinti beérkezettnek, amikor az információt tartalmazó nyilatkozat a Biztosító székhelyére megérkezett. A változást a Biztosító átvezeti, amennyiben az átvezetéshez szükséges minden információ és az azt alátámasztó okiratok rendelkezésre állnak.

(10) A Szerződő adataiban, illetve a Szerződő kapcsolattartó személyében történő változásbejelentés elmulasztásának következményei a Szerződőt terhelik.

(11) A Biztosító a változásbejelentési kötelezettség megsértéséből eredő jogait az érintett biztosítási kockázatra vonatkozóan csak a változásbejelentési határidő leteltét követő 2 éven belül gyakorolhatja.

(12) Abban az esetben, ha a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés biztosítotti adatközlővel jön létre, a Biztosító a biztosítotti létszámot, valamint annak biztosítási tartam alatt történő változását a biztosítási év kezdetén, illetve a negyedéves fordulókon rögzíti. A Szerződő köteles a Biztosító felhívására a létszámváltozást negyedévente, valamint a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés tartamának vége előtt a Biztosító felhívására a Biztosító tudomására hozni, annak érdekében, hogy a Biztosító év végi egyszerűsített elszámolását érvényesíteni tudja.

A közlési és változásbejelentési kötelezettség megsértése

(13) Ha a Biztosító a szerződéskötést követően szerez tudomást a szerződéskötéskor már fennállt lényeges körülményről, amely közlési kötelezettség megsértésének minősül, az ebből eredő jogokat a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés megkötését követő 5 évben gyakorolhatja.

(14) Az egyes Biztosítottak esetén a jelen paragrafus (13) pontjában meghatározott 5 éves határidő az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől értendő.

(15) **A közlésre vagy a változásbejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a Szerződő és/vagy a Biztosított bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.**

(16) Amennyiben a közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértése csak egyes Biztosítottakkal összefüggésben merül fel, a Biztosító a közlésre vagy a változásbejelentésére irányuló kötelezettség megsértésére a többi Biztosított vonatkozásában nem hivatkozhat.

5. § A Biztosító szerződésmódosítási és felmondási lehetősége új, lényeges körülmények felmerülése, megváltozása esetén (a biztosítási kockázat jelentős növekedése)

(1) Ha a Biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá, ha lényeges körülmények változását közlik, és ezek a körülmények a Biztosító kockázatelbírálása alapján a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, úgy a Biztosító a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül javaslatot tehet a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés módosítására, vagy a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződést 30 napra írásban felmondhatja.

(2) Ha a Szerződő a Biztosító módosító javaslatát nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés vagy annak a módosított javaslattal érintett része a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha a Biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a Szerződő figyelmét felhívta.

(3) Amennyiben a biztosítási kockázat jelentős növekedése csak egyes Biztosítottakkal összefüggésben merül fel, a Biztosító a jelen paragrafus (1) és (2) bekezdésében meghatározott jogait a többi Biztosított vonatkozásában nem gyakorolhatja.

(4) **Jelentős kockázatnövekedésnek minősül különösen, de nem kizárólagosan, ha a Biztosító a tudomására jutott lényeges körülmény alapján a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződésre vonatkozóan a kockázatelbírálás során díjnövelést, kizárást vagy elutasítást alkalmazna.**

6. § A Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés létrejötte és a kockázatviselés kezdete

(1) A Biztosító a Szerződő biztosítási igényei alapján Előzetes díjkalkulációt készít. A Biztosító továbbá tájékoztatja a Szerződőt a benyújtandó dokumentumok köréről.

(2) A Szerződő az Előzetes díjkalkuláció során adja meg a Biztosítotti csoport(ok) ismérveit, továbbá átadja a Biztosítotti adatközlőt vagy a Biztosítotti listát a végleges ajánlat elkészítéséhez.

(3) A Biztosító a vonatkozó jogszabályi (többek között, de nem kizárólag a pénzmosás megelőzésére, a szankciós listákon való szűrésre vonatkozó mindenkor hatályos jogszabályok) követelményeknek való megfelelés érdekében meghatározott dokumentumok átadását kérheti, melyeket a Szerződő köteles a Biztosító rendelkezésére bocsátani.

(4) A Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés létrejöttét a Biztosító kockázatelbíráláshoz, ezen belül a Biztosított Egészségi nyilatkozatához, illetve – különösen, de nem kizárólagosan korától és a biztosítási összeg nagyságától függően – orvosi vizsgálathoz kötheti. A Biztosító jogosult a kockázatelbíráláshoz szükséges egyéb dokumentumok, írásos nyilatkozatok bekérésére is. A Biztosító az így tudomására jutott adatokat jogosult ellenőrizni. Az Egészségi nyilatkozat a biztosítási ajánlat, illetve a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés részét képezi. A Szerződő köteles együttműködni a Biztosítottakat érintő dokumentumok Biztosítónak történő továbbítása során. A Szerződő az egészségügyi adatokat tartalmazó nyilatkozatot, illetve egyéb dokumentumokat a Biztosított adatainak védelme érdekében Az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendelete a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK irányelv hatályon kívül helyezéséről (EGT-vonatkozású szöveg) rendeletben foglaltakat betartva küldi meg a Biztosító részére.

(5) A kockázatelbírálás időtartama az ajánlatnak a Biztosítóhoz történő beérkezésétől számított 15 nap, kivéve, ha az ajánlat elbírálásához Egészségi vizsgálatra van szükség. Egészségi vizsgálat esetén a kockázatelbírálási idő 60 nap. A Biztosítónak ezen időtartam alatt nyilatkoznia kell, hogy az ajánlatot elfogadja-e.

(6) A kockázatelbírálás eredményétől függően a Biztosító az ajánlatot elfogadja vagy elutasítja, illetve módosító javaslatot tesz. Az ajánlat elutasítását, valamint a módosító javaslatot a Biztosító nem köteles megindokolni.

(7) Amennyiben a Biztosító az adott Biztosított vonatkozásában díjemeléssel él, illetve a kockázatot nem vállalja, azt nem köteles megindokolni.

(8) Amennyiben a Biztosítási kötvény tartalma a Szerződő ajánlatától eltér és az eltérést a Szerződő a Biztosítási kötvény, illetve a Biztosító elfogadó nyilatkozata kézhezvételétől számított 15 napon belül nem kifogásolja, akkor a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés a Biztosítási kötvény, illetve a Biztosító elfogadó nyilatkozatának tartalma szerint jön létre. Ezt a rendelkezést a lényeges eltérésekre – ideértve különösen azt az esetet, amikor a Biztosító a kockázat elbírálása alapján az ajánlatban rögzítetthez képest emelt díjat határoz meg – csak akkor lehet alkalmazni, ha a Biztosító az eltérésre a Szerződő figyelmét a Biztosítási kötvény, illetve az elfogadó nyilatkozat kiküldésével egyidejűleg írásban felhívja. Ha a felhívás elmarad, a Kiemelt Csoportos Biztosítási szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre. Amennyiben a megadott határidőben a Szerződő a Biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal kifogással él, a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés a kockázatviselés kezdetének napjára visszamenő hatállyal megszűnik.

(9) Amennyiben a kockázatelbírálási idő alatt biztosítási esemény következik be, az ajánlatot a Biztosító csak abban az esetben utasíthatja vissza, ha ennek lehetőségére az ajánlaton a figyelmet kifejezetten felhívta, és az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy az ajánlat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges.

(10) A Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés a Szerződő és a Biztosító írásbeli megállapodásával jön létre.

(11) Az írásbeli megállapodást, illetőleg a Biztosító elfogadó nyilatkozatát Biztosítási kötvény kiállítása pótolja. A Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés a kötvény kiállítása esetén, a Biztosítási kötvény kiállításának napján jön létre. Amennyiben a kötvény, illetve a Biztosító elfogadó nyilatkozatának kibocsátása az ajánlat átadásától számított 15 napon belül megtörténik, a Kiemelt Csoportos Biztosítási szerződés a Biztosítási kötvény, illetve a Biztosító elfogadó nyilatkozatának kiállításának napján jön létre.

A Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés akkor is létrejön, ha a Biztosító az ajánlat beérkezésétől számított 15 napon belül – amennyiben az ajánlat elbírálásához egészségi vizsgálatra van szükség, úgy 60 napon belül – az ajánlatot nem utasítja el vagy nem állít ki Biztosítási kötvényt, feltéve, hogy a Szerződő annak megtétele előtt a jogszabályban előírt, megfelelő tájékoztatást megkapta és az ajánlatot a Biztosító által elfogadott módon (Biztosító által rendszeresített nyomtatványon, vagy zárt, elektronikus rendszerében), a díjszabásnak megfelelően tette. Ilyen esetben a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés a kockázatelbírálási idő elteltét követő napon jön létre érvényesen, arra az időpontra visszamenőleges hatállyal, amikor az ajánlat a Biztosító részére átadásra került.

(12) A Biztosítási kötvény kézhezvételét követő 30 napon belül a Szerződő jogosult – indoklás nélkül - felmondani a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződést a Biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal (különös felmondás). A Szerződő felmondási nyilatkozatának a Biztosító általi kézhezvételét követő 30 napon belül a Biztosító köteles a Kiemelt

Csoportos biztosítási szerződéssel kapcsolatban bármely jogcímen a részére teljesített befizetésekkel elszámolni, és a Szerződő részére visszafizetni. A Biztosító kockázatviselése az itt szabályozott esetben a kockázatviselés kezdő napjára visszamenőleges hatállyal megszűnik.

(13) A Biztosító kockázatviselése – ellenkező rendelkezés hiányában - a Biztosítási ajánlaton megjelölt nap 0:00 órájakor kezdődik, feltéve, hogy az első biztosítási díj a Biztosító számlájára megérkezett, továbbá feltéve, hogy a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés létrejött, vagy utóbb létrejön és az egyes biztosítási kockázati elemekre vonatkozó Különös Feltételek másként nem rendelkeznek. A Biztosító kockázatviselésének kezdete a Biztosítási kötvényen is feltüntetésre kerül.

(14) A Biztosító a haláleseti kockázatot tartalmazó **életbiztosítási, illetve egészségbiztosítási fedezetek esetén 90 napos várakozási időt alkalmaz.** Ettől eltérő időtartamot a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződésben, a biztosítási ajánlaton és a Biztosítási kötvényen szereplő záradék tartalmazhat. **A várakozási időn belül a biztosító kockázatviselése csak balesettel okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre terjed ki.**

(15) Az egyes Biztosítottak tekintetében a Biztosító kockázatviselése – a szerződő felek eltérő megállapodásának hiányában – az alábbi időpontokban kezdődik meg:

a) **Biztosítotti listával létrejött szerződések esetében,** amennyiben az egyes Biztosítottak munkaviszonyának, tagsági jogviszonyának, tartós megbízási jogviszonyának, vagy egyéb csoportképző ismérv alapján keletkezett jogviszonyának kezdete a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződésben meghatározott kockázatviselési időszak kezdetét megelőzi, úgy a Biztosító kockázatviselése az egyes Biztosítottakra vonatkoztatva a **Kiemelt Csoportos biztosítási szerződésben meghatározott kockázatviselési időszak első napjának 0.00 órájakor veszi kezdetét**.

b) **Biztosítotti listával létrejött szerződések esetében,** amennyiben az egyes Biztosítottak munkaviszonyának, tagsági jogviszonyának, tartós megbízási jogviszonyának, vagy egyéb csoportképző ismérv alapján keletkezett jogviszonyának kezdete a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződésben meghatározott kockázatviselési időszak tartama alatt jön létre, úgy a Biztosító kockázatviselése az egyes Biztosítottakra vonatkoztatva **a biztosítotti listában történő lejelentést követő nap 0.00 órájakor veszi kezdetét**.

c) **Biztosítotti adatközlővel létrejött szerződések esetén**, amennyiben az egyes Biztosítottak munkaviszonyának, tagsági jogviszonyának, tartós megbízási jogviszonyának, vagy egyéb csoportképző ismérv alapján keletkezett jogviszonyának kezdete a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződésben meghatározott kockázatviselési időszak kezdetét megelőzi, úgy a Biztosító kockázatviselése az egyes Biztosítottakra vonatkoztatva **a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződésben meghatározott kockázatviselési időszak első napjának 0.00 órájakor veszi kezdetét.**

d) **Biztosítotti adatközlővel létrejött szerződések esetén,** amennyiben az egyes Biztosítottak munkaviszonyának, tagsági jogviszonyának, tartós megbízási jogviszonyának, vagy egyéb csoportképző ismérv alapján keletkezett jogviszonyának kezdete a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződésben meghatározott kockázatviselési időszak tartama alatt jön létre, úgy a Biztosító kockázatviselése **a szolgáltatási igénybejelentőn megjelölt és a Szerződő által alátámasztott munkaviszony, tagsági jogviszony, tartós megbízási jogviszony, vagy egyéb csoportképző ismérv alapján keletkezett jogviszony kezdetét követő nap 0.00 órájakor veszi kezdetét.**

A Biztosító az egyes Biztosítottak Egészségi vizsgálatát kérheti, melynek elvégzése és eredménye az egyes Biztosítottakra vonatkoztatott kockázatviselési kezdetet befolyásolhatja.

Ha a felek várakozási időt kötöttek ki, az egyes Biztosítottakra vonatkozó kockázatviseléssel megkezdődik az egyes Biztosítottakra vonatkozó várakozási idő.

(16) A Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés megkötéséhez, illetve módosításához a Biztosított hozzájárulására nincs szükség.

7. § A Kiemelt Csoportos biztosítás tartama

A Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés (az Alapbiztosítás és a hozzá köthető kiegészítő biztosítások) tartama egy (1) biztosítási év, kivéve, ha a felek rövidebb időtartamban állapodnak meg.

A Kiemelt Csoportos biztosítási szerződésre vonatkozó biztosítási időszak, a biztosítási tartam és a díjfizetési tartam megegyezik.

8. § A Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés megújítása, értékkövetés

(1) Amennyiben a Kiemelt Csoportos Biztosítási Szerződés a 13 §(1) a) pont alapján nem szűnik meg, úgy a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés változatlan feltételekkel további egy évre automatikusan létrejön.

(2) A Szerződő tudomásul veszi, hogy a Biztosítási díj értékkövetésből adódó megváltozása nem jelenti a feltételek megváltoztatását.

a) A Biztosító a biztosítás értékének megőrzése érdekében, illetve az árszínvonal emelkedése miatt lehetővé teszi a biztosítás díjának és a biztosítási összeg(ek)nek – kárgyakoriságtól és az életkor miatti díjnövekedéstől független azonos arányú évenkénti emelését (továbbiakban: értékkövetés). Az értékkövetés a megújított Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés első napjától hatályos.

b) Az értékkövetés mértékét a Biztosító minden évben a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett inflációs ráta 100%-ában állapítja meg. Amennyiben a biztosítás évfordulója július 2. és december 31. napja közé esik, a megelőző év inflációs rátájához, amennyiben a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés megújítása január 1. és július 1. napja közé esik, a megelőző év előtti év inflációs rátájához igazodó értékkövetési lehetőséget kínál fel. Ha az infláció mértéke nem éri el az 5%-ot, a Biztosító 5%-os értékkövetési lehetőséget kínál fel.

c) Az értékkövetés mértékéről, az évforduló napjától érvényes biztosítási összegek növekedéséről és a biztosítási díjról, valamint a 4.§ (12) pont szerinti adatszolgáltatási kötelezettségről a Biztosító legkésőbb 60 nappal a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés tartamának vége előtt írásban tájékoztatja a Szerződőt.

d) Ha a Szerződő a Biztosító értesítése alapján az értékkövetést 30 napos határidőn belül nem utasítja el, a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés a megnövelt biztosítási összeggel és díjjal újul meg. A szerződőnek jogában áll az értékkövetést az értesítés kézhezvételétől számított 30 napon belül visszautasítani, ebben az esetben a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés a változatlan biztosítási összeggel újul meg, kivéve, ha Szerződő 8.§ (1) pont alapján Biztosító felé jelezte, hogy a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződést nem kívánja megújítani.

e) A Biztosító a biztosítási összeg és a biztosítási díj változásáról, a változástól számított 30 napon belül Biztosítási kötvényt állít ki.

(3) A Szerződő tudomásul veszi, hogy a Biztosítotti csoport életkorának évenkénti növekedéséből adódó biztosítási díjtétel változása nem jelenti a feltételek megváltoztatását.

a) A Szerződő tudomásul veszi, hogy a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés megkötésekor hatályos kezdeti díjtételek a Kiemelt Csoportos biztosítás adott biztosítási évére érvényesek. Az Alapbiztosítás és a kiegészítő biztosítások díjtételei évente megújulóak.

b) A Biztosítottak életkorának évenkénti növekedése által a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés díját a Biztosító évente, a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés megújításakor határozza meg.

c) A díjtétel változásából adódó biztosítási díj módosulásáról a Biztosító legkésőbb 60 nappal a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés tartamának vége előtt írásban tájékoztatja a Szerződőt.

d) Ha a szerződő a Biztosító értesítése alapján az új Biztosítási díjat 30 napos határidőn belül nem utasítja el, a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés a megnövelt Biztosítási díjjal újul meg. Amennyiben a Szerződő az új Biztosítási díjat az értesítés kézhezvételétől számított 30 napon belül visszautasítja, ebben az esetben a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés nem újul meg, azaz megszűnik.

(4) A Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés megújításáról a Biztosító Biztosítási kötvényt állít ki. Az új Biztosítási kötvény tartalmazza a 8.§ (1)-(3) pontok szerinti Biztosítási díjakat is.

(5) Ha a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés a Biztosított Egészségi vizsgálatával vagy nyilatkozatával jött létre, úgy a Biztosító a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés megújításához a Biztosított ismételt Egészségi nyilatkozatát, illetve vizsgálatát kérheti.

(6) **A Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés módosítása a szerződés megújításakor lehetséges**. A Szerződőnek joga van a biztosítási évfordulót megelőző 15. napig új Biztosítotti csoportot megjelölni, meglévő csoportot módosítani, Biztosítottra vonatkozóan csoportot váltani vagy a Biztosítotti csoportokhoz tartozó szolgáltatások körét módosítani a jelen általános szabályzat 11.§-ában meghatározottak szerint.

9. § A biztosítás területi és időbeli hatálya

A Biztosító kockázatviselése a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés tartamán belül területi és időbeli korlátozás nélkül érvényes, azonban **a Különös Feltételek, valamint a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés ettől eltérően is rendelkezhetnek.**

10. § A Kiemelt Csoportos biztosítás díja

(1) A Biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének ellenértéke, melynek kiszámításánál a Biztosító figyelembe veheti a Biztosítottak életkorát, nemét, egészségi állapotát, kórelőzményét, foglalkozását, (szabadidős) tevékenységeit, továbbá a biztosítási összeget és a Biztosítotti csoport nagyságát, a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés tartamát, a biztosítási védelem terjedelmét, amely lehet 24 órás vagy baleseti fedezetek esetében csak üzemi balesetre kiterjedő.

(2) **A Kiemelt Csoportos biztosítási szerződésben szereplő alap- és kiegészítő biztosítások rendszeres díja együttesen, valamennyi Biztosítottra vonatkozóan egy összegben, a választott díjfizetési gyakoriságnak megfelelően fizetendő.** A díjfizetési kötelezettség alap-, illetve kiegészítő biztosítás tekintetében külön-külön, vagy Biztosítottak szerint megbontva nem teljesíthető.

(3) A Biztosító az egy főre jutó Biztosítás díját Biztosítotti csoportonként határozza meg. Alapesetben adott Biztosítotti csoporton belül a Biztosítási szolgáltatás és a Biztosítottak egy főre jutó biztosítási díja azonos, de adott Biztosítotti csoport(ok)ra vagy Biztosított(ak)ra vonatkozóan a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés eltérően is rendelkezhet.

(4) A Biztosítás díja a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés létrejöttekor esedékes. A biztosítás éves díjfizetésű, de a Biztosító lehetővé tesz havi, negyedéves és féléves díjfizetési gyakoriságnak megfelelő fizetést is (rendszeres díjfizetés). Rendszeres díjfizetés esetén a biztosítás díja annak a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik. A biztosítás díja magyar forintban (HUF) fizetendő.
A Szerződő felek az első és rendszeres díj tekintetében halasztásban állapodnak meg, amelyet a Szerződőnek Biztosító által megküldött díjszámlán megjelölt fizetési határidőig kell megfizetni. Nem teljesítés esetén a KCSÉÁSZ 12.§-ban meghatározott fizetési késedelemre vonatkozó szabályai az irányadóak.

(5) A havi díjfizetéstől eltérő díjfizetési módok esetén, valamint a biztosítási díj nagyságától és a Biztosítottak létszámától függően a Biztosító díjengedményt adhat, ami a biztosítási díjban érvényesítésre kerül.

(6) **A Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés díját a Biztosító által megküldött díjszámlán megjelölt fizetési határidőig kell megfizetni.**

(7) **A Biztosítási díj kizárólag banki átutalással a Biztosító által kiállított díjszámlán megjelölt bankszámlaszámra teljesíthető.** Az átutalás közlemény rovatában a **biztosítás kötvényszámának feltüntetése az átutalt díj beazonosításához szükséges és elengedhetetlen. A Biztosítási díj átvételére és kezelésére biztosításközvetítő nem jogosult.**

(8) **A Biztosító a Biztosítás díját azon a napon tekinti megérkezettnek, amikor a díjat a Biztosító számláján jóváírják.**

(9) **Amennyiben a Biztosítási díj a Szerződőnek felróható módon a Biztosító számlájára nem érkezik be, vagy a díj nem azonosítható be, ennek felelősségét a Szerződő viseli.**

(10) Abban az esetben, ha a Szerződő az első Biztosítási díjat a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés létrejötte előtt megfizeti, ezt az összeget a Biztosító a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés létrejöttének napjáig **kamatmentes díjelőlegként kezeli.** Ha a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés létrejön, a Biztosító a díjelőleget a Biztosítás díjába beszámítja, amennyiben azonban nem jön létre, abban az esetben a Biztosító azt a biztosítási ajánlat elutasításának napjától, illetve ennek hiányában a biztosítási ajánlat elfogadására vagy elutasítására nyitva álló **határidő leteltét követő 60 napon belül kamatok nélkül** (amennyiben a kifizetéshez szükséges információk a vállalt határidőn belül a Biztosító rendelkezésére állnak) fizeti vissza a Szerződő részére.

(11) Amennyiben a Szerződő a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő aktuális Biztosítási díjat az esedékességet megelőzően befizeti, a Biztosító az így megfizetett Biztosítási díjat az esedékesség időpontjáig **kamatmentes díjelőlegként kezeli**. A díjesedékességkor a Biztosító a díjelőleget a Biztosítás díjába beszámítja.

(12) A Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés megszűnése esetén a Biztosítási díj annak a biztosítási hónapnak a végéig fizetendő, amelyben a Biztosító kockázatviselése véget ért.

(13) Amennyiben a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés adott Biztosított vonatkozásában biztosítási esemény miatt szűnik meg, a Biztosító az adott Biztosított vonatkozásában a jelen Kiemelt Csoportos biztosítás egész biztosítási időszakra járó díjának megfizetését követelheti.

(14) A biztosítási tartamon túli, illetve a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés megszűnésének egyéb eseteiben történő túlfizetéssel keletkezett díjakat a Biztosító a megszűnéstől számított 60 napon belül kamatok nélkül (amennyiben a kifizetéshez szükséges információk a vállalt határidőn belül a Biztosító rendelkezésére állnak) fizeti vissza a Szerződő részére.

(15) A Biztosító a biztosítási év során bekövetkezett létszámváltozásokból eredő díjkülönbözetet a biztosítási év végét követően egyszerűsített elszámolás formájában érvényesíti az alábbiak szerint:

A Biztosító a létszámváltozás mértékének kiszámításához a biztosítási év első napján, valamint a biztosítási tartam alatt negyedévente és a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés tartamának vége előtt a Biztosító felhívására a Biztosító felhívására közölt létszámadatok közül a legmagasabb értéket veszi figyelembe, azokat arányosítja az aktuális biztosítási év első napján érvényes létszámhoz.

a) Amennyiben a jelen pontban leírtak szerint számított arány nem haladja meg a ±10%-ot, úgy a Szerződőnek nem keletkezik díjfizetési kötelezettsége, illetve a Biztosítónak díj-visszatérítési kötelezettsége.
b) Amennyiben a létszámnövekedés meghaladja a 10%-ot, úgy a Szerződőnek fizetési kötelezettsége keletkezik, melyről a Biztosító díjszámlát állít ki.
   A keletkező különbözetet a Biztosító a féléves biztosítási díjra vonatkoztatva állapítja meg.
c) Amennyiben a létszámcsökkenés mértéke meghaladja a 10%-ot, úgy a Biztosító a tartam során keletkezett túlfizetést a Szerződő díjfizetési számlaszámára teljesíti.

Az év végi egyszerűsített elszámolás következtében keletkező különbözet rendezésének módjáról a felek a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződésben az a-c) pontoktól eltérően is megállapodhatnak.

11. § A Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés megújítása módosított feltételekkel

(1) A Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés lejárata előtt legkésőbb 60 nappal a Biztosító tájékoztatást küld a Szerződő részére amennyiben a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés 8.§ szerinti megújítására nincs mód, mivel a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés feltételeiben változások következnek be.
A módosítás oka különösen, de nem kizárólagosan lehet.
- A Kiemelt Csoportos biztosítási szerződésre vonatkozó díjtételek módosulása a kártapasztalat és a külső szabályozási környezet változására tekintettel.
- A szolgáltatási feltételek módosulása és az ebből fakadó díjtétel változás.

(2) A Szerződő ebben az esetben új ajánlatot tehet. Amennyiben a Szerződő nem tesz új ajánlatot, akkor a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés és a Biztosító kockázatviselése minden Biztosított vonatkozásában megszűnik a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés tartamának végén.

(3) Amennyiben a Szerződő új ajánlatot tesz, az új Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés jelen általános szabályzat 6.§-a alapján jön létre, melynek tényéről a Biztosító Biztosítási kötvény kiállításával és annak Szerződő részére való megküldésével nyújt tájékoztatást.

12. § Fizetési késedelem

(1) Ha a Szerződő a Kiemelt Csoportos biztosítás első és /vagy rendszeres díját, valamint az elszámoló díjat, a díjszámlán meghatározott határidőig nem egyenlíti ki, további halasztást sem kapott, és a Biztosító a díjat bírósági úton nem érvényesíti, a Biztosító a kockázatot az adott díjrészlet esedékességtől számított 60 napig viseli, ez idő alatt a Szerződő az elmulasztott díjat – a mindenkori törvényes késedelmi kamattal megnövelve – pótolhatja. Amennyiben a Szerződő több díj megfizetését is elmulasztotta, akkor a Biztosító fenntartja a jogot, hogy a Szerződő által befizetett díjat a Kiemelt Csoportos biztosítással kapcsolatban felmerülő, régebben lejárt díjtartozásra írja jóvá.

(2) Amennyiben az adott díjrészlet esedékességtől számított 60 napon belül nem érkezik meg a Biztosító számlájára, a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés a 61. napon megszűnik, erről a Biztosító a Szerződő részére írásos értesítést küld.

(3) A Biztosító kockázatviselése az első díj tekintetében a Biztosítási ajánlaton meghatározott kockázatviselés kezdő időpontjára, rendszeres díj esetén pedig az adott díjrészlet esedékességének időpontjára visszamenő hatállyal, elszámoló díj esetén az évforduló időpontjára visszamenő hatállyal megszűnik, **szolgáltatási kötelezettsége biztosítási esemény kapcsán nem keletkezik**.
Díjfizetési késedelem időtartama alatt bekövetkezett biztosítási esemény esetén a Biztosító a Biztosítási szolgáltatás teljesítését mindaddig **felfüggeszti**, amíg a Szerződő a jelen paragrafus (1) bekezdésében meghatározottak szerint a díjhátralék megfizetését nem pótolja. Amennyiben a Szerződő az adott díjrészlet esedékességét követő 60 napon belül sem fizeti meg az elmaradt díjat, a jelen paragrafus (3) bekezdésében meghatározottak szerint szűnik meg a Biztosító kockázatviselése és szolgáltatási kötelezettsége.

13. § A Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés és az egyes Biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése

(1) A Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés megszűnik:
   a) a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés tartamának végén, amennyiben a Szerződő vagy a Biztosító a vonatkozó biztosítási tartam végét megelőzően legalább 30 nappal a másik fél felé írásban jelzi, hogy nem kívánja a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés megújítását,
   b) a díjfizetés elmaradása esetén a KCSÉÁSZ 12. §-ában meghatározott feltételek szerint,
   c) a KCSÉÁSZ 5. §-ában foglalt esetekben
   d) a KCSÉÁSZ 8. § (3) bekezdés d) pontjában foglalt esetekben
   e) a KCSÉÁSZ 11. § (2) bekezdésben foglalt esetben.
   f) a KCSÉÁSZ 14. §-ában foglalt esetben

(2) Az egyes Biztosítottak vonatkozásában a kockázatviselés a jelen paragrafus (1) bekezdésében felsoroltakon túl megszűnik:
   a) ha a Biztosított nem felel meg a jelen általános szabályzatban és a Különös Feltételekben, valamint a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződésben meghatározott Biztosítottá válás feltételek bármelyikének, a változást követő nap 0:00 órájakor,
   b) a Biztosított halálával, a halál időpontjában,
   c) a biztosítási érdek megszűnése esetén annak a hónapnak utolsó napjának 0.00 órájakor, amelyben a biztosítási érdek megszűnik,
   d) amennyiben a Biztosított a Kiemelt Csoportos Biztosítási Szerződés megkötését követően a 16. § (8) pont szerinti szankciók, korlátozások, vagy tilalmak hatálya alá kerül, a kockázatviselés a szankció, korlátozás vagy tilalom hatályba lépése hónapjának utolsó napján 24.00 órakor szűnik meg.
   e) a Különös Feltételekben szabályozott egyéb esetekben és módon.

14. § A Szerződő felmondási joga

A Szerződő a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződést a biztosítás egyéves határozott tartamára való tekintettel nem mondhatja fel, kivéve a jelen általános szabályzat 5.§ (2) és a 6.§ (12) bekezdésében meghatározott esetet.

15. § A Biztosító szolgáltatása, a biztosítási esemény bejelentése, a Biztosító teljesítésének esedékessége

(1) A Biztosító a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződésben meghatározott Biztosítási díj megfizetése ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett biztosítási esemény esetén az adott típusú biztosítási kockázatra vonatkozó Különös Feltételekben meghatározott Biztosítási szolgáltatást teljesíti a Kedvezményezettnek, amennyiben a szolgáltatási kötelezettsége egyébként fennáll. A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkeztekor aktuális szolgáltatást teljesíti.

(2) A Szerződő által választható csoportos kiegészítő fedezeteket a Különös Feltételek tartalmazzák.

(3) A biztosítási összeget a Szerződő választja meg a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés megkötésekor. A biztosítási összeg évente az értékkövetéstől függetlenül, a biztosítási évforduló alkalmával módosítható.
Amennyiben a módosítás olyan mértékű, hogy a biztosító kockázatvállalása tekintetében Egészségi nyilatkozat, vagy vizsgálat elvégzését indokolja, úgy a KCSÉÁSZ erre vonatkozó rendelkezései alkalmazandóak.

(4) **A kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett biztosítási esemény bekövetkezését a Szerződőnek és/vagy a Biztosítottnak és/vagy a Kedvezményezettnek 15 napon belül írásban kell bejelentenie a Biztosítónál,** a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését, továbbá csatolni szükséges a biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez szükséges iratokat.

(5) **A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, amennyiben a fenti határidőt nem tartják be, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak, továbbá akkor is mentesül a Biztosító, ha a szükséges felvilágosítást nem adják meg, vagy a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését nem teszik lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.**

(6) **A szolgáltatási igény teljesítéséhez szükséges dokumentumokat jelen általános szabályzat mindenkor aktuális 1. számú melléklete tartalmazza, amelyet a Biztosító bármikor egyoldalúan megváltoztathat kizárólag az alábbi**

alapos okok miatt: jogszabályi előírások módosulása, az orvostudomány fejlődése, technikai fejlődés, új termékek bevezetése, a Biztosító szolgáltatás iránti igény elbírálási folyamatának változása, a Biztosító nyilvántartási rendszerének módosítása, amelyről a változtatást megelőzően legalább 30 nappal a www.nn.hu honlapon értesíti a Szerződőt. A mindenkor aktuális 1. számú melléklet a www.nn.hu honlapon található.

(7) A Biztosító szükség esetén bizonyos kérdések tisztázására maga is beszerezhet adatokat.

(8) A Szerződő köteles lehetővé tenni, hogy a Biztosító a Biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges adatokat a Szerződő nyilvántartásaiban a helyszínen ellenőrizze.

(9) A Biztosító jogosult a biztosítási esemény bekövetkeztének vonatkozásában a benyújtott orvosi dokumentumok tartalmát ellenőrizni, valamint a Biztosított egészségi állapotát, orvosi vizsgálat szükségességét és a gyógytartamot felülvizsgálni. Az egészségi állapot felülvizsgálatának részét képezheti a Biztosító orvosa által végzett vizsgálat. A Biztosított vállalja, hogy aláveti magát a Biztosító orvosa által végzett vizsgálatnak azzal, hogy egyedi esetekben a Biztosító független orvos szakértőt is felkérhet véleményadásra.

(10) A külföldön bekövetkezett biztosítási esemény bejelentéséhez a Biztosító a biztosítási eseményt igazoló dokumentumok hivatalos magyar nyelvű fordítását kérheti.

(11) Az előálló költségeket annak kell viselni, aki igényét a Biztosítóval szemben érvényesíti. Minden olyan adatszerzés és tudakozódás költsége, amely a halál okának, a Biztosított halálát okozó betegség időpontjának és lefolyásának, a halál közelebbi körülményeinek vagy a Biztosított egészségi állapotának tisztázásához nem voltak szükségesek, a Biztosítót terheli.

(12) A Biztosító szolgáltatásának teljesítése a jelen általános szabályzat mindenkor aktuális **1. számú mellékletében** meghatározott **valamennyi** olyan dokumentumnak – amely a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához, valamint az ügyfélazonosítás elvégzéséhez szükséges – a Biztosító székhelyére való beérkezése után 30 napon belül történik.

(13) Amennyiben a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, be kell nyújtani az eljárás során keletkezett, illetve az eljárás anyagának részét képező iratokat, továbbá az eljárást befejező határozatot (különösen az eljárást megszüntető határozat vagy a jogerős bírósági határozat). A büntetőeljárásban vagy a szabálysértési eljárásban meghatározott jogerős határozatot csak abban az esetben kéri be a Biztosító, ha az a szolgáltatási igény bejelentésekor már rendelkezésre áll.

(14) Amennyiben a Biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy a hiánypótlási felszólítás ellenére újból hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt, illetőleg a biztosítási eseményt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el, vagy elutasíthatja.

(15) A Biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez a Szerződőnek igazolnia kell, hogy az adott Biztosított vonatkozásában a biztosítotti jogviszony a biztosítási esemény bekövetkezésekor fennállt.

(16) A Biztosító a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés alapján történő bármilyen kifizetés esetén a fizetendő összegből levonja mindazon közterhek összegét (pl. adó, járulék, egészségügyi hozzájárulás stb.), amelyeket a hatályos jogszabályok szerint a Biztosító, mint kifizető köteles megfizetni, illetve a magánszemélytől levonni és megfizetni.

16. § Mentesülés a teljesítési kötelezettség alól

(1) **A Biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól mentesül, ha a Biztosított a Kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét. A** kifizetés ebben az esetben a **Biztosított örököseit illeti meg, és a Kedvezményezett abból nem részesülhet.**

A kiegészítő csoportos baleset- és egészségbiztosítások vonatkozásában a Biztosító **mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól,** ha bizonyítja, hogy a Biztosítási eseményt a Szerződő vagy az adott Biztosított, illetve a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk, üzletvezetésre jogosult tagjuk vagy különös feltételben meghatározott munkakört betöltő alkalmazottjuk, tagjuk vagy megbízottjuk jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással okozta.

(2) **A Biztosított súlyosan gondatlanul jár el a kiegészítő csoportos balesetbiztosítások vonatkozásában, különösen, ha**

a) **a baleset bekövetkeztekor igazoltan alkoholos állapotban vagy kábító hatású szer hatása alatt állt, kivéve, ha a baleset igazoltan, ezen állapottól függetlenül harmadik személy magatartása miatt következett be,**

b) **a Biztosítási esemény alkoholizmus és/vagy alkoholos befolyásoltság következtében történt,**

c) **kábítószer, kábító hatású anyag vagy gyógyszer hatása alatt állt, kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták,**

d) **olyan saját üzemeltetésű, illetve hozzátartozója által üzemeltetett gépjárművet vezetett, amelynek nem volt érvényes forgalmi engedélye, vagy nem rendelkezett érvényes vezetői engedéllyel,**
e) **a baleset bekövetkeztekor legalább kettő közlekedési szabályt szegett meg,**
f) **a baleset a Biztosított munkavégzése során, a munkavédelmi szabályoknak adott Biztosított általi súlyos megsértése miatt következett be.**

(3) **A Biztosított súlyosan gondatlanul jár el a kiegészítő csoportos egészségbiztosítások vonatkozásában, különösen, ha**
a) **a biztosítási esemény alkoholizmus és/vagy alkoholos befolyásoltság következtében történt,**
b) **biztosítási esemény rendszeres alkoholfogyasztás következtében történt,**
c) **a biztosítási esemény kábítószer, kábító hatású anyag vagy gyógyszer szedése következtében történt, kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták.**

(4) A jelen paragrafus (1)–(3) bekezdéseiben meghatározott rendelkezéseket a kármegelőzési és a kárenyhítési kötelezettség megszegésére is alkalmazni kell.

(5) **A jelen paragrafusban meghatározott esetekben a Biztosító – egyéb megállapodás hiányában – kifizetést nem teljesít.**

(6) **A Biztosítási fedezet az adott Biztosított vonatkozásában a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, ha a Biztosított**
a) szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, vagy azzal összefüggésben, vagy
b) adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdőnapjától számított két éven belül elkövetett öngyilkosság következtében halt meg.

(7) Az (1)-(3) bekezdésekben említett esetek nem érintik a Biztosítónak a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés többi Biztosítottja felé fennálló kötelezettségét.

(8) A biztosító kizárólag azzal a feltétellel köt Kiemelt Csoportos biztosítási szerződést, hogy a Szerződő nem áll semmilyen
- az ENSZ határozataiban rögzített szankció, korlátozás vagy tilalom alatt; vagy
- az EU, vagy az USA által kihirdetett bármilyen kereskedelmi vagy gazdasági szankció, illetve törvény, jogszabályi szankciós rendelkezés hatálya alatt, ideértve az EU pénzügyi szankciós rendeleteit és a U.S. Department of the Treasury, Office of Foreign Assets Control (OFAC) által kiadott egységes szankciós listát is.

(9) Kiemelt Csoportos biztosítási szerződésben nem lehet érvényesen megjelölni olyan Biztosítottat, Kedvezményezettet, illetve szolgáltatásra/kifizetésre jogosult egyéb olyan személyt (a továbbiakban együttesen: kifizetésre jogosult), aki a fenti szankciók, korlátozások vagy tilalmak hatálya alatt áll.

(10) A Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés, illetve az adott kifizetésre jogosult vonatkozásában a biztosítási fedezet megszűnik, amennyiben a Szerződő, illetve a kifizetésre jogosult a szerződés megkötését követően a 16.§ (8) pont szerinti szankciók, korlátozások, vagy tilalmak hatálya alá kerül. Ilyen esetben a szerződés, illetve az adott kifizetésre jogosult vonatkozásában a biztosítási fedezet megszűnésének időpontja a szankció, a korlátozás, vagy a tilalom hatályba lépésének napja.

(11) A biztosító **nem teljesít szolgáltatást vagy egyéb kifizetést**, amennyiben a kifizetésre jogosultak a fenti szankciók, korlátozások vagy tilalmak hatálya alatt állnak.

(12) A Biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól a jelen általános szabályzat 15.§ (5) foglaltak esetében.

17. § Kockázatkizárások

Általános kockázatkizárások

(1) **A Biztosító kockázatviselése az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 2 (két) éven belül nem terjed ki az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt fennálló betegségekkel, kóros állapotokkal, a bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrész vagy szerv baleset által okozott állapotromlására, veleszületett rendellenességekkel és azok következményeivel okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre illetve azon biztosítási eseményekre, amelyek vonatkozásában a kockázatviselés kezdetét megelőzően, vagy a várakozási idő alatt az egyes Különös Feltételekben meghatározott betegségekre utaló vagy ezekkel a betegségekkel, műtétekkel összefüggésben álló tünetekkel orvoshoz fordult, amennyiben arról a Biztosított tudomással bírt, vagy azt ismernie kellett.**
Jelen pontban meghatározottakat a Biztosító csak az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetét megelőző 2 (két) évre vonatkozóan vizsgálja.

Amennyiben a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés a jelen szabályzat 8.§ és a 11.§ szerint megújításra kerül, az adott Biztosított vonatkozásában ezen esetekben az eredeti kockázatviselés kezdete kerül figyelembevételre. A Biztosító pótdíj ellenében eltekinthet a jelen kizárás alkalmazásától a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződésben, a biztosítási ajánlaton és a Biztosítási kötvényen szereplő záradék alkalmazásával.

(2) **A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha:**
   a) **a biztosítási esemény extrém sporttevékenység végzése során következik be;**
   b) **a biztosítási esemény gépi erővel hajtott szárazföldi, vízi vagy légi járműben országos vagy nemzetközi sportversenyen való részvétel következtében, vagy ilyen versenyre való felkészülés (edzés) során következik be;**
   c) **a Biztosított halála, balesete, betegsége olyan, a jelen paragrafus (2) bekezdésében nem szereplő egyéb jellegű repülőtevékenység (különösen, de nem kizárólagosan az ejtőernyős ugrás, sárkányrepülés, egyéb sportrepülés, mezőgazdasági repülés stb.) során következik be;**
   d) **a biztosítási esemény –** függetlenül annak bekövetkezési helyétől **– közvetlenül összefüggésben áll:**
      - harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel;
      - felkelésekkel, lázadásokkal vagy zavargásokkal;
      - munkahelyi rendbontás, tüntetés, felvonulás, sztrájk, kivéve, hatályos jogszabályok rendelkezéseinek megfelelően előre bejelentett és lebonyolított tüntetésen, felvonuláson, sztrájkon való jogszerű részvételt, ha a Biztosított a kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettségének eleget tett;
      - radioaktív, illetve ionizáló sugárzással, kivéve az orvosilag előírt terápiás célú sugárkezelést.

(3) A Biztosító a teljes kockázatot viseli, ha a biztosítási esemény a szervezett légi utas- vagy áruforgalom keretében végrehajtott olyan légi úton vagy körrepülésen való részvétel következménye, amelyen a Biztosított a légi forgalomban engedélyezett légi jármű utasaként, személyzeteként vagy az előbbi járműre vezetői engedéllyel rendelkező, hivatásszerűen tevékenykedő vezetőként vett részt.

(4) **A kockázatkizárások egyéb eseteit az egyes Különös Feltételek tartalmazzák.**

18. § Jognyilatkozatok, a biztosításközvetítő jogállása

(1) A Biztosító által a Szerződőnek, a Biztosítottnak vagy egyéb jogosultnak a Biztosító által ismert utolsó címére levélben elküldött jognyilatkozata abban az időpontban tekinthető megérkezettnek, amikor azt a címzettnek kézbesítették.

(2) **A biztosításközvetítő a Biztosító nevében vagy képviseletében szerződéskötésre, a kiemelt csoportos biztosítás díjának átvételére és kezelésére nem jogosult, valamint arra sem, hogy a Szerződő a jognyilatkozatait érvényesen hozzá intézze. A biztosításközvetítő a Biztosító nevében jognyilatkozatot nem tehet. Amennyiben a biztosításközvetítő tudomást szerzett egy adott tényről, az nem jelenti azt, hogy a Biztosító is tudomást szerzett róla.**

(3) A Biztosító a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés megkötésekor vagy azt követően hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. **A nyilatkozat akkor hatályos, ha az a Biztosító székhelyére megérkezett.** A panaszbejelentésre a Kiemelt **Csoportos biztosítási szerződésekre vonatkozó Kiegészítő ügyféltájékoztatóban** foglaltak az irányadóak.

19. § A személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók

A jelen általános szabályzat részét képező Kiemelt Csoportos Biztosítási adatvédelmi tájékoztatóban kerültek meghatározásra a személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók, amelyeket a Biztosító bármikor egyoldalúan megváltoztathat, amennyiben arra jogszabály módosítás miatt szükség van. A Biztosító a változásról a változtatást megelőzően 30 nappal, vagy ha a jogszabály módosítás hatálybalépése ezt nem teszi lehetővé, akkor a jogszabály hatálybalépést követő 30 napon belül a honlapján értesíti a Szerződőt. **A Kiemelt Csoportos Biztosítási adatvédelmi tájékoztatóban történt változásokkal kapcsolatban a www.nn.hu honlapon elérhető, a mindenkor aktuális Kiemelt Csoportos Biztosítási adatvédelmi tájékoztató az irányadó.**

20. § A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése

(1) Ha a Biztosítási kötvény elveszett vagy megsemmisült, a Szerződő köteles e körülményt a Biztosítónak a tudomásszerzéstől számított 30 napon belül bejelenteni, ez esetben a Biztosító másodlatot állít ki, amely másodlat az eredetivel egyező. A másodlat kibocsátásával az eredeti Biztosítási kötvény érvénytelenné válik, e tényt a másodlaton záradékban fel kell tüntetni. E szabályok az irányadók a további kötvénymásodlatokra vagy egyéb okiratok másodlataira is.

(2) A másodlatok kiállításával kapcsolatban felmerült költségek a Szerződőt terhelik.

21. § Elévülés

(1) **A Kiemelt Csoportos biztosításból eredő igények elévülési ideje 2 év.**

(2) **Az elévülési idő alatt a nem kifizetett szolgáltatási összeget a Biztosító kamatmentes letétként kezeli.**

22. § Záradékok

Amennyiben Szerződő a szerződés kötésekor, illetve 8. § (1) pontja szerinti megújításakor él a kármentességi bónusz lehetőségével, úgy a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés az NN Biztosító Zrt. Kiemelt Csoportos Élet-, baleset- és egészségbiztosításainak Általános Szabályzatához kapcsolódó kármentességi bónuszról szóló záradékkal egészül ki.

23. § Egyéb rendelkezések és a jogviták rendezése (kizárólagos illetékesség)

(1) A Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés és az ügyintézés nyelve a magyar.

(2) **A Kiemelt Csoportos biztosítási szerződésből származó valamennyi perre kizárólagosan a Budai Központi Kerületi Bíróság, illetve a hatáskörtől függően a Székesfehérvári Törvényszék az illetékes.**

(3) A Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés maradékjogokkal (visszavásárlás, díjmentes leszállítás, kötvénykölcsön felvétele) nem rendelkezik, tőke-, illetve hozamgarancia nem értelmezhető, többlethozamból nem részesedik.

24. § A Polgári Törvénykönyvtől, valamint a Biztosító korábbi gyakorlatától eltérő szabályok

Jelen fejezet összefoglalóan tartalmazza a jelen általános szabályzat azon rendelkezéseit, amelyek a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.) rendelkezéseitől, valamint a Biztosító korábbi gyakorlatától lényegesen eltérnek.

(1) Jelen általános szabályzat 1. § (3) bekezdése alapján a felek **kizárnak minden olyan szokást és gyakorlatot, amelyek alkalmazásában a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés alanyai korábbi üzleti kapcsolatukban megegyeztek, és amelyet egymás között kialakítottak, továbbá az életbiztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokások sem válnak a szerződés részévé.**

(2) A jelen általános szabályzat **2. §-ában meghatározott fogalmak** a jelen általános szabályzat és a Különös Feltételek alapján létrejövő Kiemelt Csoportos biztosítási szerződések, biztosítási jogviszonyok vonatkozásában kerültek meghatározásra, ezért eltérhetnek a Ptk.-ban, illetve egyéb jogszabályban meghatározottaktól, valamint a Biztosító korábbi gyakorlatától.

(3) A jelen általános szabályzat 3. § (2) bekezdése alapján a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés **Szerződője kizárólag a fogyasztónak nem minősülő személy vagy szervezet lehet.**

(4) Jelen általános szabályzat 3. §-a alapján **a Biztosított nem léphet be a szerződésbe Szerződőként.**

(5) **Jelen általános szabályzat 3.§ (4) bekezdése alapján a Biztosított önállóan, a Szerződő hozzájárulása nélkül jogosult haláleseti kedvezményezettet jelölni.**

(6) Jelen általános szabályzat 5. § (4) bekezdése alapján **jelentős kockázatnövekedésnek** minősül **különösen, de nem kizárólagosan, ha a Biztosító tudomására jutott lényeges körülmény alapján a kiemelt csoportos biztosításra vonatkozóan a kockázatelbírálás során díjnövelést, kizárást vagy elutasítást alkalmazna.**

(7) Jelen általános szabályzat 6. § (8) bekezdése alapján az írásbeli megállapodást, illetőleg a Biztosító elfogadó nyilatkozatát biztosítási kötvény kiállítása pótolja. A Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés a kötvény kiállításának napján jön létre. Ha a kötvény tartalma a Szerződő ajánlatától eltér, és az eltérést a Szerződő 15 napon belül nem kifogásolja, a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés a kötvény tartalma szerint jön létre.

(8) Jelen általános szabályzat 6 § (5) bekezdése alapján **a kockázatelbírálás időtartama az ajánlatnak a Biztosítóhoz történő beérkezésétől kezdődik.**

(9) Jelen általános szabályzat 10.§ (2) bekezdése alapján a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés első és rendszeres díjának megfizetése vonatkozásában a **Biztosító halasztást ad, az esedékes biztosítási díjat a Biztosító által megküldött díjszámlán megjelölt fizetési határidőig kell a Szerződőnek megfizetni.**

(10) Jelen általános szabályzat 6 § (13) bekezdése alapján a Biztosító kockázatviselése a Biztosítási ajánlaton megjelölt nap 0:00 órájakor kezdődik, feltéve, hogy az első biztosítási díj a Biztosító számlájára megérkezett, továbbá feltéve, hogy a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés létrejött, vagy utóbb létrejön.

(11) Jelen általános szabályzat 6. §. (15) bekezdése alapján a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés **megkötéséhez és módosításához a Biztosított hozzájárulására nincs szükség.**

(12) Jelen általános szabályzat 10. § (4) bekezdésben meghatározottak szerint **a biztosítási díj alatt az alap- és kiegészítő biztosítások díjának együttes összegét kell érteni.**

(13) Jelen általános szabályzat 10. § (12) bekezdése alapján, **a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés megszűnése esetén a biztosítási díj annak a biztosítási hónapnak a végéig fizetendő, amelyben a kockázatviselés véget ért.**

(14) Jelen általános szabályzat 12. §-a alapján, amennyiben az adott díjrészlet az esedékességétől számított 60 napon belül nem érkezik meg a Biztosító számlájára, **a Biztosító fizetési felszólítást nem küld, további póthatáridőt nem ad, hanem a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés megszűnik a 61. napon, az adott díjrészlet esedékességének időpontjára visszamenő hatállyal.**

(15) Jelen általános szabályzat 12.§ (4) bekezdése alapján a **díjfizetési késedelem időtartama alatt bekövetkezett biztosítási esemény esetén a Biztosító a biztosítási szolgáltatás teljesítését mindaddig felfüggeszti, amíg a Szerződő a jelen általános szabályzat 12. § (1) bekezdésében meghatározottak szerint a díjhátralék megfizetését nem pótolja.** Amennyiben a Szerződő az adott díjrészlet esedékességét követő 60 napon belül sem fizeti meg az elmaradt díjat, a jelen általános szabályzat 12.§ (3) bekezdésében meghatározottak szerint szűnik meg a Biztosító kockázatviselése és szolgáltatási kötelezettsége.

(16) Jelen általános szabályzat 17. §-ában, valamint az egyes Különös Feltételekben a kockázatkizárások köre bővült.

(17) Jelen általános szabályzat 17. §. (3)–(6) bekezdése alapján a kiegészítő baleset- és egészségbiztosítási fedezetek esetében **nem mentesülési ok**, hanem **kizárt kockázatnak minősül, amennyiben a biztosítási eseményt a Szerződő vagy az adott Biztosított**, illetve a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk, üzletvezetésre jogosult tagjuk vagy különös feltételben meghatározott munkakört betöltő alkalmazottjuk, tagjuk vagy megbízottjuk **jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással okozta**.

(18) A jelen általános szabályzat 21. § (1) bekezdése alapján a **biztosításból eredő igények 2 év elteltével elévülnek.**

Budapest, 2022. 06. 15.