

NN Biztosító Zrt Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosításainak Általános Szabályzata

1. § Általános rendelkezések

- (1) Jelen Csoportos életbiztosítási általános szabályzatban (továbbiakban általános szabályzat) és az annak részét képező mindenkor hatályos **1. számú mellékletben**, valamint a mindenkor hatályos Csoportos Biztosítási adatvédelmi tájékoztatóban, valamint szintén a mindenkor hatályos, a **Csoportos biztosítási szerződésekre vonatkozó Kiegészítő ügyfél-tájékoztatóban** foglalt rendelkezések az adott biztosítási fedezetre vonatkozó Különös feltételekkel együtt – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – az NN Biztosító Zrt. (székhelye: 1139 Budapest, Fiastyúk utca 4–8., a továbbiakban Biztosító) csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződéseinek feltételeit képezik, feltéve, hogy a Csoportos biztosítási szerződést a jelen általános szabályzatra és az adott különös feltételekre hivatkozva kötötték. A jelen általános szabályzat a továbbiakban **CSÉÁSZ**. A jelen általános szabályzathoz a 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.
- (2) Jelen általános szabályzat alapján Csoportos biztosítási szerződést az köthet, aki valamely vagyoni vagy személyhez fűződő jogviszony, vagy egyéb kapcsolat alapján a Csoportos biztosítási szerződést az érdekelt személy javára köti meg (**biztosítási érdek**). Az e rendelkezés ellenére kötött csoportos összegbiztosítási szerződés semmis. Csoportos biztosítás 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 Csoportos biztosítási szerződés alanyai korábbi üzleti kapcsolatukban megegyeztek, és amelyet egymás között kialakítottak, a jelen általános szabályzat hatálya alatt létrejött 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 rendszeren

alkalmazott szokások sem válnak a **Csoportos biztosítási szerződés részévé, alkalmazásukat a szerződő felek szintén kizárják üzleti kapcsolatukban.**

- (4) Jelen általános szabályzatban, illetve az adott Csoportos biztosítási szerződés különös feltételeiben 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 Csoportos biztosítási szerződésre vonatkozó jelen általános szabályzat és a különös feltételek értelmezése vonatkozásában alkalmazandók.

Alapbiztosítás: a C01 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 szenved el. Jelen szabályzat szerint **nem minősül balesetnek:**

- megemelés,
- rándulás,
- habituális ficam,
- patológiás törés,
- fagyás,
- kihűlés,
- napszúrás, nap általi égés,
- hóguta,
- 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 kísérlethez vezető sérülés,**
- **a Biztosított fegyverviselésének vagy fegyverhasználatának során, azzal összefüggésben bekövetkezett esemény,**
- **orvosi műhiba.**

Biztosítási ajánlat: a Csoportos biztosítási szerződés megalapozó, a Csoportos biztosítási szerződés létrejöttéhez szükséges minden lényeges adatot tartalmazó írásbeli dokumentum, amelyen a Szerződő mint ajánlattevő biztosítási ajánlatot tesz a Csoportos biztosítási szerződés megkötésére a Biztosító által rendszeresített ajánlati lapon. Az ajánlattevő az ajánlatához annak megtételétől számított 15 napig kötve van, ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre 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 biztosítások különös feltételeiben megnevezett események, melyek bekövetkezése kiváltja a Biztosító szolgáltatása iránti igény érvényesítését.

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 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 Csoportos biztosítási szerződés létrejöttét és a biztosítási fedezet tartalmát igazoló dokumentum.

Biztosított lista: a Szerződő által kötelezően megadandó biztosítani kívánt személyek, mint Biztosítottak listája, mely a Biztosítási ajánlat elválaszthatatlan részét képezi és a következő adatokat tartalmazza: a Biztosított vezeték- és keresztnévét, nemét, születési dátumát, anyja nevét, állandó lakcímét, Biztosított csoport megnevezését, havi bruttó jövedelmét (amennyiben a biztosítási összeg alapja a Biztosított havi bruttó jövedelme). A Szerződő köteles a jelen általános szabályzat 4§ (11) pontban meghatározottak szerint a Biztosítottak személyében bekövetkezett változásokat, illetve a megadott adataiban bekövetkezett változásokat bejelenteni a Biztosítónak, ezért a mindenkor aktuális Biztosított lista a Biztosító NN Vállalati Online felületén található meg. A Szerződő köteles a Biztosítottak hozzájárulását beszerezni annak érdekében, hogy a Biztosított listában meghatározott adatokat átadhassa a Biztosítónak a jelen általános szabályzat szerinti Csoportos biztosítási szerződés létrejöttéhez, fenntartásához és szolgáltatás teljesítéséhez.

Az adott Biztosított csoportok esetében a Szerződő köteles a Biztosítottak vonatkozásában az alábbiakban részletezett adatokat megadni:

- I. **Egészségügyi vizsgálat és/vagy Egészségi nyilatkozat alá nem eső Biztosított csoport esetében** a csoportba tartozó Biztosítottakra vonatkozó Biztosított listát
- II. **Egészségügyi vizsgálat és/vagy Egészségi nyilatkozat alá eső Biztosított csoport esetében** a csoportba tartozó Biztosítottakra vonatkozó Biztosított listát, valamint a **Szerződő köteles** beszerezni a Biztosítottak Egészségi nyilatkozatát.

Csoportos biztosítási szerződés: A Szerződő írásbeli ajánlata alapján a Szerződő és a Biztosító között létrejövő írásbeli megállapodás. A Biztosító a biztosítási ajánlat elfogadásáról Kötvényt állít ki a jelen általános szabályzat 6§ (8) pontjában meghatározottak szerint. A Csoportos biztosítási szerződés részét képezik az általános és különös feltételek, a biztosítási ajánlat, az ajánlathoz csatolt nyilatkozatok, a Biztosított lista, az egyes Biztosítottak halál- eseti kedvezményezett kijelölő nyilatkozata, az Egészségi nyilatkozatok, és a szerződésről kiállított kötvény.

Díjtétel: a fizetendő biztosítási díjat a Biztosító a biztosítási díjszámítás során határozza meg. A biztosítási díjszámítás több tényezőtől 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 nyilatkozat: aa Biztosított – a Biztosító által rendszeresített formanyomtatványán benyújtott vagy telefonbeszélgetésről hangfelvétellel rögzített – egészségi állapotáról szóló nyilatkozata.

Egészségügyi vizsgálat/kockázatfelmérés: a Biztosított orvosi vizsgálata és egyéb orvosi iratai alapján elvégzett egészségügyi kockázatfelmérés. Az orvosi vizsgálatot a Biztosító javaslatára a Biztosított a Biztosítóval szerző- dött egészségi szolgáltatónál kezdeményezheti.

Az orvosi vizsgálat lefolytatását, annak költségeit a Biztosító viseli. Ha a Szerződő az orvosi vizsgálat elvégzése után a Biztosító élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződés megkötésére irányuló biztosítási ajánlatát nem fogadja el, a Biztosító az orvosi vizsgálat költségeit a Szerződőre terhelheti azzal, hogy erről a Biztosító a Szerződőt tájékoztatni köteles.

Előzetes díj- és szolgáltatási tájékoztató: a Biztosítási ajánlatot megelőző kalkuláció, mely a Szerződő által megadott alapadatok alapján ad tájékoztatást a 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, tesztúra, 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 vontá-

tóeszköz, továbbá önjáró vagy vontatott munkagép. Nem minősül járműnek a mozgáskorlátozottak közlekedésére szolgáló, emberi erővel tolt vagy hajtott kerekes szék és a gépi meghajtású kerekes szék, ha sík úton önerejéből 10 km/óra sebességnél gyorsabban haladni nem képes, továbbá a gyermekkocsi és a talicska. Az ilyen eszközökkel közlekedő személyek gyalogosoknak minősülnek.

Kiegészítő biztosítás: önállóan nem, csak az alapbiztosítással együtt, egy időben köthető.

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 kórház¹
- 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 tevékenységet² 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.

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 légitársasági 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 közlekedési eszközzel okozott baleset sérültje lesz.

Nem minősül közlekedési balesetnek:

- **a gyalogost érő olyan baleset, amelynek bekövetkezésében semmilyen mozgó jármű nem hatott közre,**

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.

- 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 mindenkor illetékes 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 jogszabály³ szabályozza. Jelen általános szabályzat hatálybalépésekor üzemi baleset az a baleset, amely a Biztosítottat a foglalkozása körében végzett munka közben vagy azzal összefüggésben éri (munkahelyi baleset). Üzeminek minősül az a baleset is, amelyet a Biztosított munkába vagy onnan lakására (szállására) menet közben szenved el (munkahelyi úti baleset). A jogszabályi meghatározástól függetlenül azonban **jelen általános szabályzat alapján nem minősül üzemi balesetnek a Biztosítottat közcélú munka végzése vagy egyes társadalombiztosítási ellátások igénybevétele során ért baleset.**

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 Csoportos biztosítási szerződés alanyai

- (1) **Biztosító:** NN Biztosító Zrt. A Biztosító székhelye és a kötvénykiállításra jogosult helye: 1139 Budapest, Fiastyúk utca 4–8.
- (2) **Szerződő:** az a fél, aki a Csoportos biztosítási szerződést a Biztosítóval megkötö, és aki a biztosítási díj megfizetésére kötelezettséget vállal. Jelen szabályzat alapján létrejövő Csoportos biztosítási szerződés Szerződője kizárólag a fogyasztónak⁴ nem minősülő személy vagy szervezet lehet.
- (3) **Biztosított:** a Csoportos biztosítási szerződésben meghatározott feltételeknek megfelelő 18–65 év közötti természetes személy, akinek az életével, egészségi állapotával kapcsolatos biztosítási eseményre a Csoportos biztosítási szerződés létrejön. A Biztosított a Szerződő által a biztosítási szerződésben meghatározott Biztosított csoport tagja, és szerepel a Csoportos biztosítási szerződés részét képező mindenkor hatályos Biztosított listában.

A Biztosítottnak a biztosítottá válás időpontjában az alábbi feltételeknek meg kell felelnie

- a heti munkaideje legalább 30 óra,
- nem áll felmondás alatt,
- nincs szülési szabadságon, terhességi-gyermekágyi segélyben nem részesül,
- a mindenkor hatályos társadalombiztosítási nyugellátásról szóló jogszabályok szerint nem minősül saját jogú nyugdíjasnak és a megváltozott munkaképességűek ellátására való jogosultságának megállapítására irányuló eljárás nincs folyamatban,
- nem minősül a hatályos jogszabályok szerinti keresőképtelennek,
- a biztosítottá válás napját megelőző két évben 15 munkanapot meghaladóan nem volt keresőképtelen.

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 Biztosítottak a Szerződő rendelkezése értelmében egy-egy Biztosított csoport tagjai.

A Szerződőnek lehetősége van arra, hogy a szerződés létrejöttét követően kezdeményezze a Csoportos biz-

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.

tosítási szerződés kiterjesztését további biztosítottakra a 4§ (11) pontja szerint.

A Biztosított a Csoportos biztosítási szerződésbe Szerződőként nem léphet be.

- (4) **Biztosított csoport:** jelen szabályzat alapján létrejövő Csoportos biztosítási szerződésben a Szerződő rendelkezése szerint több Biztosított csoport képezhető. A választott biztosítási fedezet és a biztosítási összeg Biztosított csoportonként eltérő lehet. Az így képzett, azonos Biztosított csoportba azok a Biztosítottak sorolhatóak, akik azonos foglalkozási vagy azonos biztosítási kockázattal rendelkeznek, és azonos biztosítási szolgáltatásra jogosultak. A Biztosított csoportok elnevezéseinek megadására és a Biztosított csoportok ismérveinek kialakítására a Szerződőnek az Előzetes díjkalkuláció során van lehetősége, amely a Biztosítási ajánlat megtétele során véglegesítésre kerül. A Biztosított csoportokra további szabályozás a jelen szabályzat 4. § (9) bekezdés alatt található

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

- a) a Biztosított, ha a szolgáltatás a Biztosított életében válik esedékessé,
- b) a Biztosított örököse, vagy a Biztosított által megjelölt haláleseti kedvezményezett, ha a szolgáltatás a Biztosított halála miatt válik esedékessé.

Jelen általános szabályzat alapján a Biztosított önállóan, a Szerződő hozzájárulása nélkül jogosult haláleseti kedvezményezettet jelölni.

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

- (6) **Kedvezményezett-módosítás esetei:** A Biztosított a Kedvezményezettet a Biztosítóhoz címzett és a Biztosító székhelyére beérkezett írásbeli nyilatkozattal jelölheti ki, és a biztosítási esemény bekövetkezéséig bármikor ugyanilyen formában a kijelölését visszavonhatja, vagy a kijelölt Kedvezményezett helyett más Kedvezményezettet nevezhet meg. A Kedvezményezett kijelölés és módosítás a nyilatkozat Biztosító székhelyére történő beérkezésének dátumával lesz hatályos. Több Kedvezményezett esetében százalékosan meg kell határozni a jogosultságuk arányát. Ennek hiányában a Biztosító a Kedvezményezettek részére egyenlő arányban teljesíti a biztosítási szolgáltatást.

4. § A Csoportos biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

- (1) A Csoportos biztosítási szerződés a szerződő felek között létrejött jogviszony, mely egy vagy több, a különös feltételekben szabályozott biztosítási fedezetből áll. A Biztosító a Csoportos biztosítási szerződés rendelkezései szerint köteles a Csoportos biztosítási szerződésben meghatározott kockázatra fedezetet nyújtani, és a kockázatviselés kezdetét követően bekövetkező biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Csoportos biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatást teljesíteni; a Szerződő a biztosítási díj fizetésére kötelezett.
- (2) A Szerződő köteles tájékoztatni a Biztosítottakat a Csoportos biztosítási szerződés tartalmáról, továbbá az abban bekövetkező valamennyi, a Biztosítottakat érintő változásról.
- (3) A közlésre és változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a Szerződőt és a Biztosítottat; egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a Biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.

A Szerződő és a Biztosított közlési kötelezettsége

- (4) A Szerződő és a Biztosított köteles a szerződésalkötéskor közlési kötelezettségének eleget tenni.
- (5) A közlési kötelezettség alapján a Szerződő és a Biztosított a Csoportos biztosítási szerződés megkötésekor köteles a kockázat elvállalása, a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a Biztosítóval írásban közölni, amelyeket ismert, vagy ismernie kellett.
- (6) A Biztosított a Biztosító valamennyi, az Egészségi nyilatkozatban feltett kérdésére a valóságnak megfelelően köteles nyilatkozni. A Biztosító által feltett kérdések és az azokra adott válaszok a Csoportos biztosítási szerződés részét képezik.
- (7) 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.
- (8) A Biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére, és e célból a Biztosított egészségi állapotára, tevékenységére, életkörülményeire, pénzügyi helyzetére vonatkozó további kérdéseket tehet fel, orvosi vizsgálatot írhat elő. Az orvosi vizsgálat elvégzése a Biztosítottat nem mentesíti a közlési kötelezettsége alól.

A Szerződő és a Biztosított változásbejelentési kötelezettsége

(9) A Szerződő és a Biztosított köteles a 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 a Biztosított csoport összetételében, tevékenységében, foglalkozási kockázatában és létszámában történt változás, továbbá a Biztosítottak Biztosított listában szereplő adatainak változása.

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 térségek” valamint a „Fokozott biztonsági kockázatot rejtő országok” felsorolását.

- (10) A Biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére és e célból a Biztosított egészségi állapotára, tevékenységére, életkörülményeire vonatkozó további kérdéseket tehet fel, orvosi vizsgálatot írhat elő. Az orvosi vizsgálat elvégzése a Biztosítottat nem mentesíti a 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 Biztosítónak az NN Vállalati online felületen vagy írásbeli nyilatkozatban bejelenteni, megjelölve azt is mely Biztosított csoport tagja az újonnan belépő Biztosított. Az orvosi vizsgálat elvégzése a Biztosítottat nem mentesíti a változásbejelentési kötelezettsége alól.
- (11) A változásbejelentési kötelezettséggel kapcsolatos információt a Biztosító akkor tekinti beérkezettnek, amikor az NN Vállalati online felületen a változás elmentésre került, illetve 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.
- (12) A cég adataiban, illetve a kapcsolattartó személyében történő változás-bejelentés elmulasztásának következményei a Szerződőt terhelik.
- (13) A Biztosító a változásbejelentési kötelezettség

megsértéséből eredő jogait az érintett biztosítási kockázatra vonatkozóan csak a változásbejelentési határidő leteltét követő 5 éven belül gyakorolhatja.

- (14) Ha bármely Biztosított csoportra vonatkozó díj – az előző díjmeghatározáshoz képest – 10%-nál nagyobb mértékben változik, akkor a Biztosító a bejelentett, megváltozott körülmények hatására bekövetkező kockázatváltozás miatt díjmódosítást alkalmazhat. Amennyiben a Biztosító díjmódosítást alkalmaz, abban az esetben a (10) pontban megváltozott körülmények bejelentését követő 15 napon belül csoportos biztosítási költségmódosítással írásban tájékoztatja a Szerződőt az új biztosítási díjról. A Biztosító a módosított díjról számlát állít ki, amelyet a Szerződő köteles a díjszámlán feltüntetett fizetési határidőig kiegyenlíteni. Amennyiben a díjszámlán előírt határidőig a módosított díj nem kerül kiegyenlítésre, a jelen általános szabályzat 12. §-ában meghatározottak az irányadóak. A módosult díj a bejelentést követő biztosítási hónap-fordulótól válik esedékessé.

A közlési és változásbejelentési kötelezettség megsértése

- (15) Ha a Biztosító a szerződéskötést követően szerez tudomást a szerződéskötéskor már fennállt lényeges körülményről, amely közlési kötelezettség megsértésének minősül, az ebből eredő jogokat a Csoportos biztosítási szerződés megkötését követő 5 évében gyakorolhatja.
- (16) **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 bekövetkezésében.**
- (17) 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 személy esetén 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 Csoportos biztosítási szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá ha lényeges körülmények változását közlik, és ezek a körülmények a Biztosító

kockázatbírálása alapján a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, úgy a Biztosító a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül javaslatot tehet a Csoportos biztosítási szerződés módosítására, vagy a 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 Csoportos biztosítási szerződés vagy annak a módosított javaslattal érintett része a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha a Biztosító erre a következőképpen a módosító javaslat megtételekor a Szerződő figyelmét felhívta.
- (3) Amennyiben a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése a Biztosítottak közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a Biztosító a jelen paragrafus (1) és (2) bekezdésében meghatározott jogait a többi személy vonatkozásában nem gyakorolhatja.
- (4) **Jelentős kockázt növekedésnek minősül különösen, de nem kizárólagosan, ha a Biztosító a tudomására jutott lényeges körülmény alapján a Csoportos biztosítási szerződésre vonatkozóan a kockázatbírálás során díjnövelést, kizárást vagy elutasítást alkalmazna.**

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

- (1) A Csoportos biztosítási szerződés a Szerződő és a Biztosító írásbeli megállapodásával jön létre.
 - (2) A Biztosító a Szerződő biztosítási igényei alapján Előzetes díjkalkulációt készít. A Biztosító továbbá tájékoztatja a Szerződőt a benyújtandó dokumentumok köréről.
 - (3) A Szerződő az Előzetes díjkalkuláció során adja meg a Biztosított csoport(ok) ismérveit, továbbá átadja a Biztosított listát a végleges ajánlat elkészítéséhez.
 - (4) A Csoportos biztosítási szerződés létrejöttét a Biztosító kockázatbíráláshoz, 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 kockázatbíráláshoz szükséges egyéb dokumentumok, írásos nyilatkozatok bekérésére is. A Biztosító az így tudomására jutott adatokat jogosult ellenőrizni. Az Egészségi nyilatkozat a biztosítási ajánlat, illetve a Csoportos biztosítási szerződés részét képezi. A Szerződő köteles együttműködni a Biztosítottakat érintő dokumentumok Biztosítóhoz történő továbbítása során. A Szerződő az egészségügyi adatokat tartalmazó nyilatkozatot, illetve egyéb dokumen-
- tumokat a Biztosított által lezárt borítékban küldi meg a Biztosító részére.
- (5) A kockázatbírálás időtartama az ajánlatnak a Biztosítóhoz történő beérkezésétől számított 15 nap, kivéve, ha az ajánlat elbírálásához Egészségügyi vizsgálatra van szükség. Egészségügyi vizsgálat esetén a kockázatbírálási idő 60 nap. A Biztosító ezen időtartam alatt nyilatkoznia kell, hogy az ajánlatot elfogadja-e.
 - (6) A kockázatbírálás 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) Az írásbeli megállapodást, illetőleg a Biztosító elfogadó nyilatkozatát biztosítási kötvény kiállításá pótolja. A 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 biztosítási szerződés a kötvény tartalma szerint jön létre. Ezt a rendelkezést lényeges eltérésekre csak akkor lehet alkalmazni, ha a Biztosító az eltérésre a Szerződő figyelmét a kötvény átadásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre. Amennyiben a megadott határidőben a Szerződő a Biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal kifogással él, a Csoportos biztosítási szerződés a kockázatviselés kezdetének napjára visszamenő hatállyal megszűnik.
 - (9) Amennyiben a kockázatbírálási idő alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, 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 Biztosító az első biztosítási díj megfizetésére a jelen általános szabályzat 10.§ (2) bekezdése szerint díjhalasztást ad. A kockázatviselés kezdete a biztosítási kötvényen kerül feltüntetésre.
 - (11) A Biztosító a biztosítás díját azon a napon tekinti megérkezettnek, amikor a díjat a Biztosító számláján jóváírják.
 - (12) A Biztosítási kötvény kézhezvételét követő 30 napon belül a Szerződő jogosult – indoklás nélkül - felmondani a 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 biztosítási szerződéssel kapcsolatban bármely jogcímen a részére teljesített befizetésekkel elszámolni, és a Szerződő részére visszafizetni. A Biztosító kockázatviselése a kockázatviselés kezdő napjára visszamenőleges hatállyal megszűnik.

- (13) A Biztosító kockázatviselése a Biztosítási ajánlaton megjelölt nap 0:00 órájkor kezdődik, feltéve, hogy az első biztosítási díj a Biztosító számlájára megérkezett, továbbá feltéve, hogy a Csoportos biztosítási szerződés létrejött, vagy utóbb létrejön. A Biztosító kockázatviselésének kezdete a kötvényen is feltüntetésre kerül.
- (14) Amennyiben a Szerződő a Csoportos biztosítási szerződés létrejöttét követően kezdeményezi a Csoportos biztosítási szerződés hatályának új Biztosítottakra történő kiterjesztését, úgy ezen Biztosítottak tekintetében a Biztosító kockázatviselése – a szerződő felek eltérő megállapodásának hiányában – az alábbi időpontokban kezdődik meg:

I. **Egészségügyi vizsgálat és/vagy Egészségi nyilatkozat alá nem eső Biztosított csoport esetében** – Szerződő jelen általános szabályzat 4. § (12) bekezdésében meghatározott bejelentési kötelezettsége alapján az új Biztosított(ak) vonatkozásában - a Biztosító kockázatviselése az erre irányuló online felületen történő **bejelentést követő nap 0:00 órájkor kezdődik.**

II. **Egészségügyi vizsgálat és/vagy Egészségi nyilatkozat alá eső Biztosított csoport (Biztosított) esetében** – Szerződő jelen általános szabályzat 4. § (12) bekezdésében meghatározott bejelentési kötelezettségének teljesítése esetén - az új Biztosított vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése a **kockázatbírálás lezárását követő nap 0:00 órájkor** kezdődik, feltéve, hogy a Biztosított megfelel jelen általános szabályzat 3.§ (3) bekezdésében megjelölt **Biztosítottá válás feltételeinek. Ellenkező esetben** a Biztosító kockázatviselése jelen általános szabályzat 3.§ (3) bekezdésében megjelölt **Biztosítottá válás feltételeinek maradéktalan teljesülése első napjának 0:00 órájkor** kezdődik, ha a Biztosító a kockázatviselést vállalja. Jelen esetben a kockázatbírálási határidő az Egészségügyi vizsgálat dokumentumainak Biztosító székhelyére történő beérkezését követő 60 nap. A Biztosító az egyes Biztosítottakra vonatkozó kockázatbírálás eredményéről, a Szerződőt NN Vállalati online felületen keresztül vagy írásban tájékoztatja. Amennyiben a Biztosító adott Biztosított vonat-

kozásában a kockázatot nem vállalja, azt nem köteles megindokolni.

- (15) A csoportos biztosítási szerződés megkötéséhez, illetve módosításához a Biztosított hozzájárulására nincs szükség.

7. § A csoportos biztosítás tartama

A Csoportos biztosítási szerződés (az alapbiztosítás és a hozzá köthető kiegészítő biztosítások) tartama egy (1) biztosítási év. Az alapbiztosítás és a hozzá köthető kiegészítő biztosítások tartamát a szerződő felek a Csoportos biztosítási szerződés tartamának lejáratával évente, a jelen általános szabályzat 8. §-ában meghatározottak szerint további egy biztosítási évre megújíthatják.

A Szerződő a Biztosítási ajánlat megtétele során nyilatkozhat arról, hogy adott Csoportos biztosítási szerződését az első 3 évben fenntartja. Ebben az esetben Szerződőt a szerződéskötést követő harmadik biztosítási évben díjkedvezmény illeti meg, melynek mértéke az első, második és harmadik éves díjak 5%-ának összege.

A díjkedvezmény érvényesítése az időszaki díjból arányosan történik.

A 4. biztosítási évtől a díj nem tartalmazza a fent említett kedvezményt.

8. § A Csoportos biztosítási szerződés megújítása

(1) Amennyiben a Szerződő a Csoportos biztosítási szerződés tartamának vége előtt legalább 30 nappal írásban nem jelzi a Biztosítónak, hogy nem kívánja a Csoportos biztosítási szerződés megújítását, úgy a Csoportos biztosítási szerződés változatlan feltételekkel további egy évre létrejön.

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

a) A Biztosító a biztosítás értékének megőrzése érdekében lehetővé teszi a biztosítás díjának és a biztosítási összeg(ek)nek évenkénti emelését (továbbiakban: értékkevetés). Az értékkevetés a megújított Csoportos biztosítási szerződés első napjától hatályos.

b) Az értékkevetés 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 Csoportos biztosítási szerződés megújítása január 1. és július 1. napja közé esik, a megelőző év előtti év inflációs rátájához igazodó értékkevetési 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, a biztosítási összegek növekedéséről a Biztosító legkésőbb 60 nappal a 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 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 Csoportos biztosítási szerződés a változatlan Biztosítási összeggel újul meg, kivéve ha Szerződő 8.§ (1) pont alapján Biztosító felé jelezte, hogy a Csoportos biztosítási szerződést nem kívánja megújítani.
- e) A Biztosító a biztosítási összeg és a biztosítási díj változásáról, a változástól számított 30 napon belül kötvényt állít ki.
- (3) A Szerződő tudomásul veszi, hogy a Biztosított csoport életkorának évenkénti növekedéséből adódó biztosítási Díjtétel változása nem jelenti a feltételek megváltoztatását.
- a) A Szerződő tudomásul veszi, hogy a biztosítási szerződés megkötésekor hatályos kezdeti Díjtételek a biztosítás adott biztosítási évre érvényesek. Az alapbiztosítás és a kiegészítő biztosítások díjtételei évente megújulnak.
- b) A Biztosítottak életkorának évenkénti növekedése által a Csoportos biztosítási szerződés díját a Biztosító évente, a Csoportos biztosítási szerződés megújításakor határozza meg.
- c) A Díjtétel változásából adódó Biztosítási díj mértékéről a Biztosító legkésőbb 60 nappal a 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 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 Csoportos biztosítási szerződés nem újul meg.
- (4) A Csoportos biztosítási szerződés megújításáról a Biztosító kötvényt állít ki. Az új kötvény tartalmazza a 8.§ (1)-(3) pontok szerinti megváltozott díjakat is.
- (5) Ha a Csoportos biztosítási szerződés a Biztosított Egészségügyi vizsgálatával és/vagy Egészségi nyilatkozatával jött létre, úgy a Biztosító a Csoportos biztosítási szerződés megújításához a Biztosított ismételt Egészségi nyilatkozatát, illetve Egészségügyi vizsgálatát kérheti.
- A Csoportos biztosítási szerződés módosítása a szerződés megújításakor lehetséges.** A Szerződőnek joga van az évforduló előtti 15. napig új Biztosított csoportot megjelölni, meglévőt módosítani vagy a Biztosított csoportokhoz tartozó szolgáltatások körét módosítani a jelen általános szabályzat 11.§-ában meghatározottak szerint.

9. § Területi hatály

A Biztosító kockázatviselése a csoportos biztosítás tartamán belül területi korlátozás nélkül érvényes, azonban **a különös feltételek ettől eltérően is rendelkezhetnek.**

10. § A 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, tevékenységeit, továbbá a biztosítási összeget és a Biztosított csoport nagyságát, a biztosítási védelem terjedelmét, amely lehet 24 órás vagy baleseti fedezetek esetében csak üzemi balesetre kiterjedő.
- (2) A biztosítás első díja a Csoportos szerződés létrejöttékor esedékes. A biztosítás éves díjfizetésű, de a Biztosító lehetővé tesz havi, negyedéves és fél-éves 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 forintban 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 jelen általános szabályzat 12§-ban meghatározott fizetési késedelem szabályai az irányadóak.
- (3) 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.
- (4) **Biztosítási díj alatt az alap- és kiegészítő biztosítások díjának együttes összegét kell érteni. A 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.

- (5) A Biztosító az egy főre jutó biztosítás díját Biztosított csoportonként határozza meg. Alapesetben adott Biztosított csoporton belül a biztosítási szolgáltatás és a Biztosítottak egy főre jutó biztosítási díja azonos, de adott Biztosított csoport(ok)ra vagy Biztosított(ak)ra vonatkozóan a Csoportos biztosítási szerződés más-ként is rendelkezhet.
- (6) **A 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 számla sorszámának feltüntetése az átutalt díj beazonosításához szükséges és elengedhetetlen. **A biztosítási díj átvételére és kezelésére a 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 Csoportos biztosítási szerződés létrejötte előtt megfizeti, ezt az összeget a Biztosító a Csoportos biztosítási szerződés létrejöttének napjáig **kamatmentes előlegként kezeli.** Ha a 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 hiányban 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 Csoportos biztosítási szerződés megszűnése esetén a biztosítási díj annak a biztosítási hónapnak a végéig fizetendő, amelyben a Biztosító kockázatviselése véget ért.

- (13) Amennyiben a Csoportos biztosítási szerződés adott Biztosított vonatkozásában biztosítási esemény miatt szűnik meg, a Biztosító az adott Biztosított vonatkozásában a jelen kiegészítő biztosítás egész biztosítási időszakra járó díjának megfizetését követelheti.
- (14) A biztosítási tartamon túli, illetve a 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.

11.§ A Csoportos biztosítási szerződés megújítása módosított feltételekkel

- (1) A Csoportos biztosítási szerződés lejáratát előtt legkésőbb 60 nappal a Biztosító tájékoztatást küld a Szerződő részére amennyiben a Csoportos biztosítási szerződés 8.§ szerinti megújítására nincs mód, mivel a Csoportos biztosítási szerződés feltételeiben változások következnek be.
A módosítás oka különösen, de nem kizárólagosan lehet
 - A 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
 - A Biztosító Szolgáltatás szervező partnerével kötött szerződés módosul vagy megszűnik, és emiatt a jelen biztosítás szolgáltatásai változatlan feltételekkel már nem nyújthatók
 - A Biztosító Szolgáltatás szervező partnert vált és az új Szolgáltatás szervező partnerrel kötött szerződésben vállalt szolgáltatások eltérőek, és emiatt a jelen biztosítás szolgáltatásai változatlan feltételekkel már nem nyújthatók
 - A Szerződő a kiegészítő biztosítások körét módosítani kívánja.
- (2) A Szerződő ebben az esetben új ajánlatot tehet, amennyiben nem, akkor a Csoportos biztosítási szerződés és a Biztosító kockázatviselése **minden Biztosított vonatkozásában megszűnik** a Csoportos biztosítási szerződés tartamának végén.
- (3) Amennyiben új ajánlatot tesz, az új Csoportos biztosítási szerződés jelen általános szabályzat 6.§-a alapján létrejön, melynek tényéről a Biztosító Biztosítási kötvény kiállításával és annak Szerződő részére való megküldésével nyújt tájékoztatást.

12. § Fizetési késedelem

- (1) Ha a Szerződő a csoportos biztosítás első és rendszeres díját 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 esedékességétől számított 60 napig viseli, ez idő alatt a Szerződő az elmulasztott időszakos díjat – a mindenkori törvényes kése-delmi kamattal megnövelve – pótolhatja.
- (2) Amennyiben az adott díjrészlet esedékességétől számított 60 napon belül nem érkezik meg a Biztosító számlájára, a 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 megszűnik, **szolgáltatási kötelezettsége biztosítási esemény kapcsán nem keletkezik.**
- (4) 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 Csoportos biztosítási szerződés és az egyes Biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése

- (1) A Csoportos biztosítási szerződés megszűnik:
 - a) a Csoportos biztosítási szerződés tartamának végén, amennyiben a Szerződő a Csoportos biztosítási szerződés tartamának vége előtt legalább 30 nappal írásban jelzi a Biztosítónak, hogy nem kívánja a Csoportos biztosítási szerződés megújítását,
 - b) a díjfizetés elmaradása esetén a jelen általános szabályzat 12. §-ában meghatározott feltételek szerint,
 - c) jelen általános szabályzat 5. §-ában foglalt esetekben
 - d) jelen általános szabályzat 8. § (3) bekezdés d) pontjában foglalt esetekben
 - e) jelen általános szabályzat 11 § (2) bekezdésben 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 Biztosítottra vo-

- natkozó meghatározott feltételek bármelyikének, a változást követő nap 0:00 órájkor,
- b) a Biztosított halálával, a halál időpontjában,
- c) a biztosítási érdek megszűnése esetén,
- d) a különös feltételekben szabályozott egyéb esetekben és módon.

14. § A Szerződő felmondási joga

A Szerződő a Csoportos biztosítási szerződést a biztosítás egyéves határozott tartamára való tekintettel nem mondhatja fel, kivéve a jelen általános szabályzat 6.§ (8) bekezdésében meghatározott esetet.

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

- (1) A Biztosító a Csoportos biztosítási szerződés alapján, az abban meghatározott feltételek szerint, a biztosítási esemény bekövetkezésekor a Csoportos biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás teljesítésére köteles, amennyiben a szolgáltatási kötelezettsége egyébként fennáll.
- (2) **A biztosítási esemény bekövetkezését a Szerződőnek és/vagy a Biztosítottak/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.
- (3) **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.**
- (4) **A szolgáltatási igény teljesítéséhez szükséges dokumentumokat jelen általános szabályzat mindenkor aktuális 1. számú melléklete tartalmazza, amelyet a Biztosító bármikor egyoldalúan megváltoztathat, 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.**
- (5) A Biztosító szükség esetén bizonyos kérdések tisztázására maga is beszerezhet adatokat.
- (6) A Szerződő köteles lehetővé tenni, hogy a Biztosító a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges adatokat a Szerződő nyilvántartásaiban a helyszínen ellenőrizze.

- (7) A külföldön bekövetkezett biztosítási esemény bejelentéséhez a Biztosító a biztosítási eseményt igazoló dokumentumok hivatalos magyar nyelvű fordítását kérheti.
- (8) Az előálló költségeket annak kell viselni, aki igényét a Biztosítóval szemben érvényesíti. Minden olyan adatszerzés és tudakozódás költségei, amelyek 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 terhelik.
- (9) 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.
- (10) 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 határozatot vagy a jogerős bírósági határozatot). 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.
- (11) 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.
- (12) A Biztosító a 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 magán-személytől levonni és megfizetni.
- (13) A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez a Szerződőnek igazolnia kell, hogy az adott Biztosított vonatkozásában a biztosított jogviszony a biztosítási esemény bekövetkezésekor fennállt.
- (14) A Biztosító a 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 magán-személytől levonni és megfizetni.

16. § Mentésülés 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.**
- (2) **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.
- (3) Az (1) és (2) bekezdésben említett esetek nem érintik a Biztosítónak a Csoportos biztosítási szerződés többi Biztosítottja felé fennálló kötelezettségét.
- (4) A biztosító kizárólag azzal a feltétellel köt biztosítási szerződést, hogy a Szerződő nem áll semmilyen
- az ENSZ határozataiban rögzített szankció, korlátozás vagy tilalom alatt; vagy
 - az EU, UK vagy az USA által kihirdetett bármilyen kereskedelmi vagy gazdasági szankció, illetve törvényi, 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.
- (5) A 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.
- (6) A biztosítási szerződés, illetve annak megfelelő része megszűnik, amennyiben a Szerződő, illetve a kifizetésre jogosult a szerződés megkötését követően a 16.§ (4) pont szerinti szankciók, korlátozások, vagy tilalmak hatálya alá kerül. Ilyen esetben a szerződés megszűnésének időpontja a szankció, a korlátozás, vagy a tilalom hatályba lépésének napja.
- (7) A biztosító nem teljesít szolgáltatást vagy egyéb kifizetést, amennyiben a kifizetésre jogosultak a fenti szankciók, korlátozások vagy tilalmak hatálya alatt állnak.

17. § Kockázatkizárások

Általános kockázatkizárások

- (1) A Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított kockázatba vonásától számított 2 (két) éven belül nem terjed ki a kockázatba vonás kezdete előtt fennálló betegségekkel, kóros állapotokkal, veleszületett rendellenességekkel és azok következményeivel okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre, amennyiben arról a Biztosított tudomással bírt, vagy azt ismernie kellett.

Jelen pontban meghatározottakat a Biztosító csak a kockázatba vonás kezdetét megelőző 2 (két) évre vonatkozóan vizsgálja.

Jelen általános szabályzat tekintetében kockázatba vonásnak minősül az adott Biztosítottra vonatkozóan a Biztosító általi kockázatviselés kezdete. A Csoportos biztosítási szerződés jelen általános szabályzat 8.§ és a 11.§ szerint megújításra kerülhet, ezen esetekben is az első kockázatba vonás kerül figyelembe vételre.

- (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 eseményekkel⁵ 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 jogszertű 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.

A kiegészítő baleset- és egészségbiztosításokra vonatkozó további kockázatkizárások

- (4) A kiegészítő baleset- és egészségbiztosítások vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha 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.
- (5) A Biztosított súlyosan gondatlanul jár el a kiegészítő 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 közlekedésrendészeti szabályt szegett meg,
 - f) a baleset a Biztosított munkavégzése során, a munkavédelmi szabályoknak adott Biztosított általi súlyos megsértése miatt következett be.
- (6) A Biztosított súlyosan gondatlanul jár el a kiegészítő egészségbiztosítások vonatkozásában, különösen, ha
- a) a biztosítási esemény alkoholizmus és/vagy alkoholos befolyásoltság következtében történt,
 - b) a 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.

⁵ Harci eseménynek minősül a háború, polgárháború, határviellongás, forradalom, zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskísérlés, idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás vagy csak tengeri akció), kommandótámadás, terrorcselekmény.

- (7) A jelen paragrafus (3)–(5) bekezdéseiben meghatározott rendelkezéseket a kármegelőzési és a kárenyhítési kötelezettség megszegésére is alkalmazni kell.
- (8) **A kockázatkizárások egyéb eseteit az egyes különös feltételek tartalmazzák.**
- (9) **A jelen paragrafusban meghatározott esetekben a Biztosító – egyéb megállapodás hiányában – kifizetést nem teljesít.**

18. § Jognyilatkozatok, a biztosítási ügynök 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 ügynök szerződéskötésre, a csoportos biztosítás díjának átvételére és kezelésére nem jogosult, valamint arra sem, hogy a Szerződő jognyilatkozatait érvényesen hozzá intézze. A biztosítási ügynök a Biztosító nevében jognyilatkozatot nem tehet. Amennyiben az ügynök tudomást szerzett egy adott tényről, az nem jelenti azt, hogy a Biztosító is tudomást szerzett róla.**
- (3) A Biztosító a 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 Csoportos biztosítási szerződésekre vonatkozó Kiegészítő ügyféltájékoztatóban foglaltak az irányadók.

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

A jelen általános szabályzat részét képező Csoportos Biztosítási adatvédelmi tájékoztatóban kerültek meghatározásra a személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók, amelyeket a Biztosító bármikor egyoldalúan megváltoztathat. A Biztosító a változásról a honlapján értesíti az érintetteket. **A Csoportos Biztosítási adatvédelmi tájékoztatóban történt változásokkal kapcsolatban a www.nn.hu honlapon elérhető, a mindenkor aktuális 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 Biztosító-
nak 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 tény a másodlaton záradékban fel kell tüntetni. E szabályok az irányadók a további kötvény-másodlatokra vagy egyéb okiratok másodlataira is.

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

21. § Elévülés

- (1) **A biztosításból eredő igények elévülési ideje 2 év.**
- (2) **Az elévülési idő alatt a nem kifizetett szolgáltatási összeget a Biztosító kamatmentes letétként kezeli.**

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

- (1) A Csoportos biztosítási szerződés és az ügyintézés nyelve a magyar.
- (2) **A Csoportos biztosítási szerződésből származó valamennyi perre kizárólagosan a Budai Központi Kerületi Bíróság, illetve a hatáskörtől függően a Székesfehérvári Törvényszék az illetékes.**
- (3) A Csoportos biztosítási szerződés maradékjogokkal (visszavásárlás, díjmentes leszállítás, kötvénykölcsön felvétele) nem rendelkezik, tőke-, illetve hozamgarancia nem értelmezhető, többlethozamból nem részesedik.

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

- (3) Jelen általános szabályzat 3. § (2) bekezdése alapján a 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 csoportos biztosításra vonatkozóan a kockázatbírálás 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 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 biztosítási szerződés a kötvény tartalma szerint jön létre.
- (8) Jelen általános szabályzat 6 § (5) bekezdése alapján **a kockázatbírálás időtartama az ajánlatnak a Biztosítóhoz történő beérkezésétől kezdődik;**
- (9) Jelen általános szabályzat 10. § (2) bekezdése alapján a 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 Csoportos biztosítási szerződés létrejött, vagy utóbb létrejön.
- (11) Jelen általános szabályzat 6. §. (15) bekezdése alapján a 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 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 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 kockázatvizárások 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.**

2021. június 30.

