

Az AXA megoldásai a pénzügyi biztonságért

Mindannyiunk igénye az, hogy életünk biztos alapokra épüljön és magabiztosan készülhessünk a jövőre. A mi feladatunk, hogy ehhez olyan biztosítási, nyugdíj-előtakarékossági, egészségbiztosítási illetve befektetési megoldásokat javasoljunk, amelyek megfelelnek ügyfeleink különböző éle szakaszaiban jelentkező igényeinek.

Célunk, hogy tevékenységünket az egész világon felelősséggel, a legnagyobb hozzáértéssel, következetes értékrend szerint végezzük, valamint hogy kapcsolatunk ügyfeleinkkel és partnereinkkel a kölcsönös bizalomra épüljön. Elkötelezettséget érzünk

Ügyfeleink iránt

Ügyfeleinknek következetesen hatékony szolgáltatásokat és testre szabott megoldásokat kínálunk, ugyanakkor messzemenően betartjuk a szakma legszigorúbb etikai szabályait.

A társadalom iránt

Szakmai tudásunkat a társadalom javára fordítva, annak felelős tagjaként kívánunk működni, újjító szellemben végezzük tevékenységünket és támogatjuk az emberbaráti kezdeményezéseket.

Partnereink iránt

Kiváló kapcsolatot ápolunk partnereinkkel, annak érdekében, hogy ügyfeleink számára a lehető legmagasabb színvonalú szolgáltatást nyújthassuk.

Részvényeseink iránt

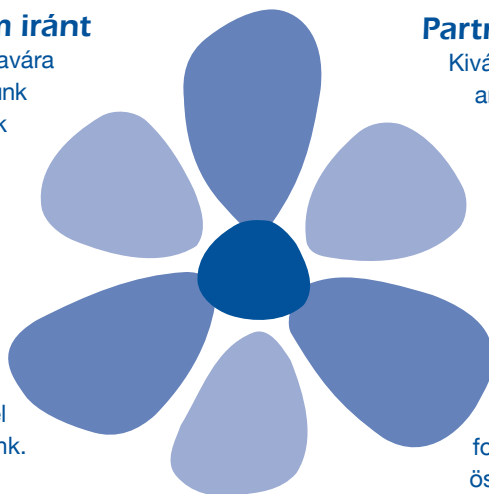
Működési eredményünket illetően elmondhatjuk, hogy a legjobbak közé tartozunk és tevékenységünkkel tartós értékeket teremtünk.

Alkalmazottaink iránt

Munkatársaink számára teljesítmény- és emberközpontú munkakörnyezetet alakítunk ki, így biztosítjuk szakmai kiteljesedésüket és a motivációt, miközben folyamatos szakmai továbbfejlesztésre ösztönözzük őket.

A környezet iránt

Környezeti kockázatkezelő lehetőségeinket latba vetve és a környezetbarát munkahelyi megoldásokat támogatva hozzájárulunk a környezetvédelem célkitűzéseinek megvalósításához.



Ügyféltájékoztató – Általános információk

Megtiszteltetésnek tekintjük, hogy társaságunkat tüntette ki bizalmával. Céljaink között szerepel, hogy ügyfeleinket és ügyféljelöltjeinket pontosan és részletesen tájékoztassuk, ezért szeretnénk szerződésével kapcsolatosan néhány alapvető információt röviden összefoglalni. Kérjük, alaposan olvassa el az Ügyféltájékoztatót, továbbá az általános és különös szerződési feltételeket, majd ezek ismeretét erősítse meg az ajánlat aláírásával.

A biztosítási időszak

A biztosítás határozott tartamra vagy élethosszig köthető.

A kockázatviselés kezdete

A biztosítás a kockázatvállalás kezdetének időpontjától, az ajánlat felvételét és az első díj beérkezését követő nap 0 órájától a szerződésben meghatározott tartam utolsó napjának 24 órájáig tart. Az ezzel kapcsolatos részleteket az Általános Feltételek tartalmazzák.

A biztosítási esemény

A biztosítási eseményeket és az azokhoz kapcsolódó szolgáltatásokat a módoszatok Különös Feltételei tartalmazzák.

A díjfizetés

A díjfizetés jellemzően átutalással történik, amely a díjfizetés tartama alatt megváltoztatható a Biztosítóhoz írásban benyújtott nyilatkozat alapján. A díjfizetés egyszeri, illetve havi, negyedéves, féléves vagy éves gyakoriságú. A díjfizetés gyakorisága a biztosítási évfordulón változtatható meg, a Biztosítóhoz előzetesen benyújtott írásbeli kérelem alapján.

A biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése után a Biztosító a káreseménnyel kapcsolatos összes vonatkozó iratot bekéri. A biztosítási szolgáltatás összege a Biztosító által igényelt utolsó irat beérkezését követő 15 napon belül kerül átutalásra az ügyfél számlájára. A Biztosító pénzben, forintban szolgáltat, amely lehet egyösszegű vagy járadékos kifizetés.

A szerződés megszűnése

A biztosítási szerződés megszüntetési lehetőségével (visszavásárlás) kapcsolatosan a jogi tudnivalókat az Általános és a vonatkozó Különös Feltételek, az egyes módoszatokra vonatkozó minimális visszavásárlási értékeket a Különös Feltételek tartalmazzák.

A biztosítás felmondása

Az életbiztosítási szerződést csak az Ügyfél mondhatja föl. A szerződések lejárat előtti felmondása (visszavásárlás) esetén a Biztosító – a tartamtól, az eltelt időtől és a befizetett díjaktól függő költséget számíthat föl. A szerződések visszavásárlási értéke mindig kevesebb, mint a lejáratkori érték. A szerződés létrejöttétől számított 30 napon belül az életbiztosítási szerződést az Ügyfél indoklás nélkül felmondhatja.

A Biztosító mentesülésének feltételei

A Biztosító mentesülése a teljesítés alól csak a káreseményt negatívan befolyásoló rendkívüli események bekövetkezése esetén lehetséges. Ezeket az Általános Feltételek, valamint a módoszati Különös Feltételek tartalmazzák.

A többlethozam visszajuttatásának módja és mértéke

A többlethozam-visszatérítés legtöbb módozatunkra jellemző. A többlethozam mértékéről elmondható, hogy a biztosítási tartam elején nem, vagy csak kis mértékben képződik. Jelentős többlethozam a tartam előrehaladtával várható.

Biztosítási titok

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a Biztosító az ügyfél írásbeli hozzájárulásával külföldi Biztosítóhoz vagy külföldi adatfeldolgozó szervezethez továbbítja az adatokat, amennyiben a külföldi cég adatkezelése minden egyes adatra nézve teljesíti a magyar jogszabályokat, valamint a külföldi cég székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályokat kielégítő adatvédelmi jogszabállyal.

Adatvédelem

Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha a Biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad, vagy a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a feladatkörében eljáró Felügyelettel, a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel, büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, adóügyben, ha az adóhatóság felhívására a Biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli, az adóhatósággal, a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal, a Biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli Biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselővel, ezek érdeképviseleti szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal, a feladatkörében eljáró gyámhatósággal, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal, a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkoszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel, a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló Biztosítókkal, a Bit.-ben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető Hivatallal, az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő Biztosítóval, a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel szemben, ha a szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját. A Biztosító a nyomozó hatóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet kábítószer-kereskedelemmel, terrorizmussal, illegális fegyverkereskedelemmel, vagy a pénzmosás bűncselekményével van összefüggésben. A Biztosító a nyomozó hatóságot a halaszthatatlan intézkedés jelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyészi jóváhagyást nélkülöző megkeresésére is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott üggyel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Biztosító által a harmadik országbeli Biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben, ha a Biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, és a harmadik országbeli adatkezelőnél a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli adatkezelő székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg, fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak, a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a Pénzügyminisztérium részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása.

Biztosító jogutód nélküli megszűnése esetén a Biztosító által kezelt üzleti titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított 60 év múlva a levéltári kutatások céljára felhasználható. Nem lehet üzleti titokra vagy biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó, külön törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség esetén. Az üzleti titokra és a biztosítási titokra egyebekben a Ptk. 81. §-ában foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.

A pénzmosság megelőzése és megakadályozása

A pénzmosság megelőzéséről és megakadályozásáról szóló – módosított – 2003. évi XV. törvényben foglaltak értelmében kötelező az ügyfél-azonosítás a jogszabályban meghatározott esetekben, így különösen a szerződéses kapcsolat keletkezésénél és a szolgáltatás igénybevételekor, illetve a kétmillió forintot elérő vagy meghaladó összegű készpénzes ügyletek esetén. Az ügyfél az azonosítás során büntetőjogi felelőssége tudatában köteles valós adatokat szolgáltatni és a szerződéses kapcsolat fennállása alatt a megadott adatokban bekövetkezett változásokat köteles 5 munkanapon belül bejelenteni a Biztosítónak.

A Biztosító jogutód nélküli megszűnése esetén a Biztosító által kezelt üzleti titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított 60 év múlva a levéltári kutatások céljára felhasználható. Nem lehet üzleti titokra vagy biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó, külön törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség esetén. Az üzleti titokra és a biztosítási titokra egyebekben a Ptk. 81. §-ában foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.

Ügyféltájékoztató – Biztosítási fogalomtár

Az életbiztosítási szerződés egy hosszú távú gondoskodási forma jogi keretek között történő egyértelmű rögzítése. A könnyebb érthetőség kedvéért a biztosításokkal kapcsolatos leglényegesebb fogalmakat az alábbiakban foglaltuk össze.

Ki a Szerződő?

A biztosítási szerződés jogalánya, aki a Biztosítóval kötött szerződés alapján a Biztosító szolgáltatásainak ellenértékét (biztosítási díj) fizeti.

Ki a Biztosított?

Az a magánszemély, akinek az életével kapcsolatos eseményekre (biztosítási esemény) a biztosítási szerződés kiterjed, amelyek bekövetkeztekor a szerződés alapján a Biztosítót szolgáltatási kötelezettség terheli.

Ki lehet kedvezményezett?

Az a jogi vagy természetes személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító szolgáltatását igénybe veheti, akinek számlájára a biztosítási összeg kifizetése megtörténik. A kedvezményezettet a szerződés létrejöttekor kell megjelölni. A kedvezményezett személye később írásban módosítható.

Mit jelent a tartam kifejezés?

Az az időszak, mely során a biztosítási szerződés életben van. A tartam vége előre meghatározott dátumhoz vagy esemény bekövetkeztéhez kötött. A tartam során a Szerződőt díjfizetési kötelezettség terheli.

Mit jelent a közlési kötelezettség?

A biztosítás elvállalása szempontjából lényeges körülmények ismertetése, ill. a közlés szükségessége. Ezeket a körülményeket és adatokat a Biztosítóval írásban kell közölni. Ilyenek pl. a Szerződő és a Biztosított címe, a személyi adatok és néhány egyéb körülmény vagy jellemző. Ezen adatok közlésének hiányában a Biztosító a kockázatot nem vállalhatja.

Mi minősül biztosítási eseménynek?

Az az esemény, melynek kapcsán, illetve következtében a Biztosítónak szolgáltatási kötelezettsége keletkezik. Ilyen lehet a Biztosított halála, megrokkánása, vagy éppen a választott tartam életben való megérése.

Mi az az életbiztosítási ajánlat?

Formailag az ügyfél nyújt be ajánlatot a Biztosítónak. Ez rendszerint egy előrenyomott ajánlati űrlap, melyen a szerződés létrejöttéhez elengedhetetlenül szükséges adatokat közli az ügyfél, s melyből egyértelműen kiderül, hogy milyen szolgáltatásokra tart igényt, s ezek milyen díjfizetés mellett realizálhatók.

Mik azok az Általános és a Különös Feltételek?

Az Általános Feltételek az adott biztosítási ágazaton (élet-, baleset- vagy egészség) belül valamennyi módosításra egyaránt jellemző, míg a Különös Feltételek az egyes biztosítási módosításokra egyénileg jellemző meghatározások és rendelkezések összessége.

Hogyan jelenik meg a biztosítási szerződés?

A biztosítási szerződés a biztosítási kötvényben ölt testet, mely az Általános és az adott módosításra jellemző Különös Feltételekkel együtt elválaszthatatlan egységet képez.

Mikor kell orvoshoz menni?

Amennyiben a Biztosító (a vállalat kockázat mértékétől függően) orvosi vizsgálatot ír elő, akkor a biztosítási szerződés létrejötte előtt kell orvosi vizsgálaton részt venni. Az orvosi vizsgálat költségeit a Biztosító állja. Az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az Ügyfél az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.

Mi történik, ha nem tudja a díjat fizetni?

Ebben az esetben lehetőség van a szerződés életben tartására díjfizetés nélkül. A díjmentes leszállítás lényege, hogy az eltelt idő, a hátralévő tartam és a már befizetett díjak függvényében egy csökkentett szolgáltatásra jogosultak Ügyfeleink.

Mit jelent az értékkövetés?

A biztosítás értékének megőrzése érdekében a Biztosító évről évre felajánlja a biztosítási díj növelésének lehetőségét, amely a biztosítási összeg növekedését vonja maga után. Az évenkénti díjnövekedés mértéke a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett, előző naptári év fogyasztói árindexe alapján minden év július 1-jére vonatkozóan kerül meghatározásra és a következő év június 30-ig van érvényben. A Szerződőnek jogában áll az emelés lehetőségét elutasítani. A díjkövetési lehetőségeket bővebben a biztosítási módoszatok Különös Feltételeiben találja.

Milyen információs források állnak rendelkezésre?

Az életbiztosításhoz kapcsolódó befektetési egységek napi árfolyamáról a kedvezményesen hívható 06 40 30 30 30 AXAline számon, továbbá a honlapunkon (www.axa.hu) tájékozódhat. Befektetéseinek aktuális elhelyezéséről és értékéről megkeresését követően levélben tájékoztatjuk Önt.

Milyen jogot alkalmaznak az esetleges eljárások során?

A szerződés tekintetében a magyar jogrend az irányadó, az alkalmazási jog a magyar.

Milyen adójogszabály vonatkozik az életbiztosítási szerződésre?

Az életbiztosítási szerződésre a Személyi Jövedelemadóról szóló (1995. évi CXVII.) törvény vonatkozik.

Hol érhető el leggyorsabban a Biztosító?

Amennyiben Biztosítónk tevékenységével kapcsolatban kérdése, esetleg bármilyen panasza keletkezne, kérjük, hogy telefonon a 06 40 30 30 30-as AXAline vonalon vagy írásban jelezze címünkre: 1074 Budapest, Rákóczi út 70-72.

Hová fordulhat még a panaszával?

Amennyiben a Biztosító által adott válasz az Ön panaszára vagy reklamációjára nem lenne kielégítő, kérjük, forduljon a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletének Ügyfélkapcsolati, Nyilvántartási és Panaszügyintézési Igazgatóságához (központi cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., központi postacím: 1535 Budapest 114. Pf. 777), vagy a Fogyasztóvédelmi Főfelügyelethez (1088 Budapest, József krt. 6., tel.: 06 1 210 0373). Panaszokat a békéltető testületekhez is elő lehet terjeszteni, ám ezek ajánlása a Biztosító számára nem kötelező. Végső esetben lehetőség van bírói út igénybevételére is.

Életkezdés feltétel csomag

Általános Személybiztosítási Feltételek

K 6109 Életkezdés főbiztosítás különös feltételek

K 7111 Díjátvállalás halál esetén – kiegészítő biztosítás, különös feltételek

K 0105 Baleseti rokkantság vagy baleseti műtét esetén térítés – kiegészítő biztosítás, különös feltételek

Általános Személybiztosítási Feltételek

I. fejezet

Általános rendelkezések

- (1) Jelen Általános Személybiztosítási Feltételek (a továbbiakban általános feltételek) – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – az AXA Biztosító Zrt. (a továbbiakban Biztosító) élet-, egészség- és balesetbiztosítási szerződéseire (a továbbiakban biztosítási szerződés), illetve az egyéb biztosításainak élet-, egészség- és balesetbiztosítást tartalmazó részeire érvényesek, feltéve, hogy a biztosítási szerződést ezen feltételekre való hivatkozással kötötték.
- (2) Jelen általános feltételekben, valamint a különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.
- (3) A biztosítási szerződés megkötésének előfeltétele, hogy a Szerződő írásban ajánlatot tegyen a Biztosítónak.
- (4) A Biztosító, az ajánlat elfogadása esetén a választott szolgáltatásokról kötvényt állít ki a Szerződőnek.
- (5) Az ajánlat elutasítását a Biztosító nem köteles megindokolni.

II. fejezet

A biztosítási szerződés alanyai

- (1) A Biztosító az a jogi személy (AXA Biztosító Zrt., 1074 Budapest, Rákóczi út 70-72.), amely a befizetett díj ellenében vállalja az élet-, egészség- vagy balesetbiztosítási kockázatot és a különös feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.
- (2) A Szerződő fél az a személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz, és kötelezettséget vállal a mindenkor esedékes díjak befizetésére.
- (3) Biztosított az a természetes személy, akinek a biztosítási tartamon belüli élet-, egészség- vagy balesetbiztosítási eseményeire a biztosítási szerződés létrejön.

A Biztosító a Biztosított életkorát úgy állapítja meg, hogy a biztosítás kezdetének évszámából levonja a Biztosított születésének évszámát. Életkor helytelen bevallása esetén a Biztosított valódi korának megfelelő biztosítási összeg kerül kifizetésre a ténylegesen befizetett díj figyelembevételével.

- (4) Nem biztosíthatók olyan személyek, akik tartósan és teljesen munkaképtelenek, a súlyos idegbetegek, az elmebetegek és az állandó gondozásra szorulók. Tartósan és teljesen munkaképtelennek kell tekinteni azokat, akik betegség, egyéb fogyatékoság miatt nem képesek kereső tevékenységre és ilyet nem is folytathatnak. Állandó gondozásra szorulónak kell tekinteni azokat, akik a mindennapi életvitelhez állandóan és tartósan külső segítséget kénytelenek igénybe venni. Nem lehet Biztosított, akinek a részére rokkantsági vagy baleseti rokkantsági nyugdíjat, járadékot állapítottak meg.
- (5) Nem biztosítható személyekre balesetbiztosítási szerződés nem köthető. Ha a Biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt vált biztosíthatatlanná, vagy a biztosítási érdek megszűnt, a szerződés, illetőleg annak megfelelő része a hónap utolsó napjával megszűnik. Ebben az esetben a Biztosító annak a hónapnak az utolsó napjáig járó díjak megfizetését követelheti, amelyben a veszélyviselés véget ért.
- (6) A biztosítási szerződésben a Szerződő és a Biztosított személye különválhat.

- (7) A biztosítási szerződésben kedvezményezett az a személy, aki a biztosítási szolgáltatásra jogosult. Kedvezményezett lehet:
- a biztosítási szerződésben megnevezett személy
 - a Biztosított
 - a bemutatóra szóló kötvény birtokosa (baleset- és egészségbiztosítási termékek esetén)
 - a Biztosított törvényes örököse, ha a biztosítási szerződésben kedvezményezettet nem jelöltek meg, illetve bemutatóra szóló kötvényt sem állítottak ki.
- (8) A Biztosított életében esedékes szolgáltatások kedvezményezettje a Biztosított, a Biztosított halála esetén a kedvezményezett a Biztosított törvényes örököse, ha a szerződésben más kedvezményezettet nem neveztek meg, vagy ha a kedvezményezett jelölés hatályát veszítette, illetve érvénytelen.
- (9) A kedvezményezett jelölése a Szerződő részéről történik. Ha a Szerződő és a Biztosított személye nem azonos, a kedvezményezett jelöléshez a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. A Szerződő a Biztosított írásbeli hozzájárulásával az ajánlattételkor, illetve a tartamon belül bármikor kedvezményezettet jelölhet meg és módosíthat.
- (10) A kedvezményezett jelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal. Ebben az esetben kedvezményezettek a Biztosított törvényes örökösei, amennyiben a Szerződő nem él további kedvezményezett-jelölési jogával.
- (11) A Biztosított hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek a Biztosított személyétől eltérő kedvezményezett kijelölését tartalmazó része semmis. Ilyen esetben kedvezményezettnek a Biztosítottat, illetőleg örökösét kell tekinteni, aki azonban az ennek folytán neki járó biztosítási összegből a Szerződő fél költségeit – beleértve a kifizetett biztosítási díjakat – köteles megtéríteni.
- (12) A biztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához – ha a Szerződő és a Biztosított személye nem azonos – a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Ha a Biztosított kiskorú és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülője köti meg, a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges.
- (13) A Biztosított a szerződés megkötéséhez szükséges hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a szerződés a biztosítási időszak végével megszűnik, kivéve ha a Biztosított a Szerződő írásbeli hozzájárulásával a szerződésbe belép. A Biztosított azelőtt, hogy a szerződés felmondás vagy díjfizetés elmaradása miatt megszűnik, a Biztosítóval közölt írásbeli nyilatkozatával a Szerződő helyébe léphet.
- (14) A Biztosított a Szerződő beleegyezésével a szerződésbe Szerződőként bármikor a szerződés hatálya alatt beléphet, a belépéshez a Biztosító hozzájárulása nem szükséges, de a Biztosítónál ezt a tényt be kell jelelni.

III. fejezet

A szerződés létrejötte

- (1) A biztosítási szerződés a Szerződő és a Biztosító megállapodása alapján jön létre, amelyet a Szerződő a Biztosítóhoz benyújtott ajánlattal kezdeményez.
- (2) A Biztosítotti nyilatkozat az a dokumentum, amely tartalmazza a Biztosítottnak a szerződés megkötésére vonatkozó hozzájáruló nyilatkozatát; a hatóságokra, intézményekre vonatkozó titoktartási kötelezettség alóli felmentést, valamint a Biztosítottnak a kedvezményezett megjelölésére vonatkozó hozzájárulását. A Biztosítotti nyilatkozat a szerződés elválaszthatatlan részét képezi, amelynek megadása megtörténhet az ajánlaton és külön nyomtatványon is.

- (3) A Biztosító az ajánlat elfogadása előtt kockázatbírálást végezhet, amelyhez a Biztosított egészségi nyilatkozatát vagy orvosi vizsgálatát, illetve egyéb írásos nyilatkozatait is kérheti. A Biztosító jogosult az így tudomására jutott adatokat ellenőrizni.
- (4) A Biztosítottnak a nyilatkozatokat a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell kitöltenie. A Biztosító által feltett kérdéseket tartalmazó nyilatkozatok az ajánlat részét képezik. A Biztosító jogosult a kérdéseket telefonon keresztül, kiszervezett tevékenységet végző partnere útján feltenni.
- (5) A kockázatbírálás eredményétől függően a Biztosító az ajánlatot elfogadja, elutasítja, vagy az ajánlatra módosító javaslatot tesz. Az ajánlat esetleges elutasítását, illetve a módosító javaslatot a Biztosító nem köteles megindokolni.
- (6) A Szerződő a módosító javaslatot annak közlésétől számított 15 napon belül írásban elutasíthatja.
- (7) A szerződés létrejön, ha a Biztosító az ajánlatot elfogadja és kötvényt állít ki.
- (8) A szerződés akkor is létrejön az ajánlatban foglalt feltételekkel, ha a Biztosító az ajánlatra az ajánlat átvételétől számított 15 napon belül nem nyilatkozik.

IV. fejezet

A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete

- 1) A Biztosító kockázatviselése a biztosítás első vagy egyszeri díjának a Biztosító számlájára vagy pénztárába történő megfizetését követő nap 0 órájakor kezdődik, feltéve, hogy a biztosítási szerződés már létrejött vagy létrejön.
- (2) Ha a Szerződő az első díjat a Biztosító képviselőjének fizeti, a díjat legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon a Biztosító számlájára, illetve pénztárába beérkezettnek kell tekinteni. A Szerződő azonban bizonyíthatja, hogy a díj korábban érkezett be.
- (3) A Biztosító kockázatviselése a szerződés hatálybalépésétől kezdődik. (A hatálybalépést az egyes termékek esetében a Különös Feltételek szabályozzák.)
- (4) Ha a Szerződő a díjat a biztosítási szerződés hatálybalépése előtt fizeti meg, ezt az összeget a hatálybalépés időpontjáig a Biztosító kamatmentes előlegként kezeli, amelyet a biztosítási kötvény kibocsátása után a biztosítási díjba beleszámít. Ha a biztosítási szerződés nem jön létre, a Biztosító a befizetett díjleveglet a Szerződőnek 15 napon belül kamatmentesen visszafizeti.
- (5) A Biztosító a szerződésben várakozási időt köthet ki. A Biztosító kockázatviselése a várakozási idő alatt részleges, kizárólag a balesetekre, illetve a balesettel okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre terjed ki.
- (6) A biztosítási időszak egy év. A biztosítási évforduló a kockázatviselés kezdetének napja. A biztosítási tartam a biztosítási szerződésben meghatározott tartam. A biztosítási év minden esetben azonos a naptári évvel.

V. fejezet

A várakozási idő

- (1) A várakozási idő alatt azt az időszakot kell érteni, amely az orvosi vizsgálat nélkül kötött szerződések esetén a szerződés hatálybalépésétől a kockázatviselés megkezdődéséig tart. A Biztosító a várakozási időt egyéb kikötés hiányában 6 hónapban állapítja meg. A várakozási idő alatt a Biztosító kockázatviselése nem vagy csak korlátozottan áll fenn.
- (2) A Biztosító előírhatja a Biztosítottak korának és a választott biztosítási összegnek függvényében az orvosi vizsgálat elvégzését. A Biztosító eltekinthet a várakozási időtől, ha a Biztosított az előírt orvosi vizsgálatot elvégezteti és a vizsgálatok eredményét a Biztosító rendelkezésére bocsátja.
- (3) A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, amennyiben a biztosítási esemény a várakozási időn belül következik be – kivéve az előző pontban foglalt eseteket. Ebben az esetben a Biztosító az adott személyre vonatkozó díjat a biztosítási esemény bejelentésétől számított 15 napon belül visszatéríti, és a díjvisszatérítéssel a biztosítás az adott Biztosított vonatkozásában megszűnik.
- (4) Nem vonatkozik a várakozási idő a biztosítási időtartam alatt bekövetkező balesetekre és azok következményeire.
- (5) A várakozási idő tartamának az általános feltételektől eltérő szabályozása a különös feltételekben található.

VI. fejezet

Orvosi vizsgálat élet- és egészségbiztosítás esetén

- (1) A életbiztosítási és egészségbiztosítási szerződés megkötéséhez a Biztosító a Biztosított egészségi állapotától, a biztosítási összeg nagyságától, a biztosítási terméktől, valamint a Biztosított életkorától függően előírhatja orvosi vizsgálat lefolytatását. Amennyiben a Biztosító a szerződés megkötéséhez a különös feltételekben előírja az orvosi vizsgálat lefolytatását, annak költségeit a Biztosító viseli. Ha a Szerződő az orvosi vizsgálat elvégzése után eláll a biztosítási szerződés megkötésétől, a Biztosító az orvosi vizsgálat költségeit a Szerződőre terheli.
- (2) Orvosi vizsgálat esetén, amennyiben a Biztosító elfogadja az ajánlatot, a biztosítást várakozási idő nélkül kell tekinteni. A Biztosító orvosi vizsgálat nélkül is eltekinthet a várakozási időtől, de ezért pótdíjat számolhat fel.
- (3) Az orvosi vizsgálat nélkül kötött biztosítás esetén is köteles a Biztosított az egészségi nyilatkozat kitöltésére, ettől azonban a Biztosító eltekinthet. Orvosi vizsgálat nélkül a Biztosító várakozási időt írhat elő. A várakozási idő alatt bekövetkező káresemények esetén a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha baleset következtében kerül sor a biztosítási eseményre.

VII. fejezet

Biztosítási esemény

- (1) Biztosítási esemény az életbiztosítási szerződés szerint
 - a Biztosított halála,
 - az előre meghatározott időpont életben elérése,
 - egyéb esetben a különös feltételekben meghatározott esemény.
- (2) Balesetbiztosítási eseménynek számít a Biztosított akaratától függetlenül hirtelen fellépő, egyszeri külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a Biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt éri és amellyel összefüggésben a Biztosított egészségkárosodást szenved, amelynek következtében a Biztosított 1 éven belül:
 - meghal,
 - tartós egészségkárosodást (rokkantságot) szenved,
 - kórházi ápolásra szorul,
 - műtéti beavatkozást végeznek rajta.
- (3) Balesetbiztosítás esetén biztosítási eseménynek minősülnek továbbá a vízbefúlás, égési sérülések, leforrázás, rovarcsípés, villámcsapás vagy elektromos áram behatásai. A betegségek nem minősülnek balesetnek, a fertőző betegségek még balesetek következményeként sem minősülnek balesetnek.
- (4) Egészségbiztosítás esetén biztosítási eseménynek számítanak a Biztosítotton orvosilag szükséges és indokolt vizsgálatok, beavatkozások, műtétek, ápolások, amelyeket a különös feltételek határoznak meg, és amelyek elvégzése a Biztosítotton hitelesen bizonyított. Betegség a mindenkori orvostudomány által rendellenesnek tartott biológiai, testi, pszichés állapot.
- (5) A biztosítási eseményeket és a Biztosító szolgáltatásait termékenként a élet-, egészség- és balesetbiztosítás különös feltételei határozzák meg.

VIII. fejezet

A biztosítási összeg

A Szerződő a biztosítási szerződés megkötésekor szabadon megválaszthatja a biztosítási összeget az egyes biztosítási termékek esetében.

IX. fejezet

A biztosítás tartama

- (1) Élet-, egészség- vagy balesetbiztosítás határozott vagy határozatlan tartamra köthető.
- (2) Biztosítási időszaknak egy év tekintendő.
- (3) A határozott tartamra kötött biztosítási szerződés megállapodás szerinti tartama legalább egy év. A biztosítási szerződés a határozott idő lejártával megszűnik.

Ha a határozatlan időre kötött baleset- és egészségbiztosítási szerződést a felek valamelyike, életbiztosítási szerződés esetén a Szerződő a biztosítási évfordulót legalább 30 nappal megelőzően írásban nem mondja fel, úgy a biztosítási szerződés annak felmondásáig hatályban marad/ egy évvel meghosszabbodik.

- (4) Az egyes termékek ettől eltérő tartamra vonatkozó előírásait a termék különös feltételei tartalmazzák.

X. fejezet

A biztosítás területi és időbeli hatálya

A biztosítási szerződés hatálya – ellenkező kikötés hiányában, melyeket az egyes termékek különös feltételei tartalmaznak – az egész világra korlátozás nélkül kiterjed.

XI. fejezet

A szerződés megszűnése, felmondása

- (1) A biztosítási szerződés szolgáltatás és díjvisszatérítés nélkül megszűnik, ha
 - a Szerződő a biztosítási díjat az esedékességtől számított, életbiztosítás esetén 90 napon belül, baleset és egészségbiztosítás esetén 30 napon belül nem egyenlíti ki és díjfizetési halasztást [ld. (2) pont] nem, de a díjfizetés elmaradásáról értesítőt kapott, illetőleg a Biztosító díjkövetelését bírósági úton nem érvényesítette,
 - a Szerződő meghal, és a Biztosított a kedvezményezett hozzájárulásával a szerződésbe a Szerződő helyébe nem lép,
 - a szerződésben meghatározott biztosítási tartam lejár, illetve megszűnik az adott Biztosított vonatkozásában, –a Biztosított meghal,
 - a Biztosított betölti 75. életévét vagy a különös feltételekben meghatározott életkort, továbbá
 - a közlésre, illetve változás bejelentésére vonatkozó kötelezettségét megsérti.
- (2) A Biztosító a biztosítási szerződés megszűnését és a bírósági út igénybevételének határidejét további 30 nappal meghosszabbíthatja, ha az esedékességtől számított 30 nap eltelté előtt ennek a körülménynek a közlésével a Szerződőt a fizetésre írásban felszólítja.
- (3) Ha az elmaradt díjakat a Szerződő az esedékességtől számított 90 napon belül nem egyenlíti ki és díjfizetési halasztást nem kapott, illetőleg a Biztosító díjkövetelését bírósági úton nem érvényesítette, akkor a biztosítás az esedékességtől számított életbiztosítás esetén 90 nap, baleset- és egészségbiztosítás esetén 30 nap után megszűnik, illetve életbiztosítás esetén díjmentessé válik. Életbiztosítás esetén a Szerződő a visszavásárlási értékre jogosult, amennyiben az aktuális díjtartalék nem haladja meg a Biztosító által meghatározott minimális értéket, illetve – kifizetés nélkül megszűnik, ha nincs visszavásárlási értéke vagy az nem pozitív. A szerződés a tartam végén akkor is megszűnik, ha arra további díjfizetés történik.
- (4) A Biztosító a megszűnés utáni időszakra befizetett díjat kamatok nélkül 30 napon belül visszafizeti.
- (5) A biztosítási szerződés megszűnését a Biztosító a különös feltételekben az általános feltételektől eltérően is szabályozhatja.
- (6) A baleset- és egészségbiztosítási szerződést mindkét fél a biztosítási időszak végére, 30 nappal írásban felmondhatja. A életbiztosítási szerződést a Szerződő mondhatja fel a biztosítási évfordulót 30 nappal megelőzően.

XII. fejezet

A Szerződő jogai és kötelezettségei

- (1) A Szerződő javaslatot tehet a szerződés módosítására.
- (2) A Szerződő köteles tájékoztatni a Biztosítottat a szerződés tartalmáról és az abban bekövetkező valamennyi változásról.
- (3) A szerződés létrejöttétől számított 30 napon belül az életbiztosítási szerződést a Szerződő indokolás nélkül felmondhatja. A felmondási jog nem illeti meg a Szerződőt, ha a szerződés időtartama a 6 hónapot nem haladja meg.

XIII. fejezet

A Biztosított kötelezettségei a biztosítási esemény bekövetkezése után

- (1) A Biztosítottnak a betegség vagy baleset után mindent meg kell tennie a kár enyhítése érdekében: haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe vennie és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatnia kell. Ugyanígy gondoskodnia kell az ápolásról és a következmények lehetőség szerinti elhárításáról és enyhítéséről is.
- (2) A Biztosítottnak a biztosítási eseménnyel foglalkozó intézményeket, orvosokat, egészségügyi intézményeket és hatóságokat fel kell kérnie, illetve fel kell hatalmaznia arra, hogy a Biztosító számára a biztosítási eseménnyel kapcsolatos információkat megadják.

XIV. fejezet

Közlési kötelezettség

- (1) A Szerződő és a Biztosított köteles a szerződéskötéskor a biztosítás elvállalása szempontjából minden olyan lényeges körülményt a Biztosítóval közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett. A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító kötelezettsége, ha a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt. Az ajánlattételkor írásban vagy telefonon feltett kérdésekre adott, a valóságnak megfelelő válasszal közlési kötelezettségüknek eleget tesznek. A kérdések megválaszolatlanul hagyása egymagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.
- (2) Ha a Biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, 15 napon belül írásban javaslatot tehet a biztosítási szerződés módosítására, illetve ha ezek ismeretében a kockázatot nem vállalhatja, a szerződést 30 napon belül felmondja.
- (3) A Szerződő köteles a biztosítási szerződésre vonatkozó összes változást annak bekövetkezésétől számított 30 napon belül írásban bejelenteni.
- (4) A Szerződő (Biztosított) köteles a szerződés tartama alatt a következő, a szerződést érintő lényeges változásokat 8 munkanapon belül írásban bejelenteni:
 - lakcím (Szerződő, Biztosított),
 - személyi adatainak megváltozása (Szerződő, Biztosított),
 - foglalkozás (Biztosított),
 - rendszeresen űzött sporttevékenység (Biztosított).

- (5) A Biztosító az életbiztosítási termék esetén a bejelentett, megváltozott körülmények hatására bekövetkező kockázatváltozás (csökkenés vagy növekedés) miatt a lecsökkent vagy megemelkedett kockázat fennállásának időszakára díjcsökkentést vagy díjemelést alkalmazhat. Miután a Biztosító értesül a Biztosított megváltozott körülményeiről, 15 napon belül írásban tájékoztatja a Szerződőt a megváltozott díjról. Amennyiben a megváltozott szerződést nem fogadja el vagy az értesítésre 15 napon belül nem válaszol, a szerződés kockázatnövekedés esetén a javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik.

A Biztosító baleset- és egészségbiztosítás esetén a megváltozott körülményekre (foglalkozás, rendszeresen üzőtt sporttevékenység) pótdíj ellenében kiterjeszheti a biztosítási védelmet. Miután a Biztosító értesül a Biztosított megváltozott körülményeiről, 15 napon belül írásban tájékoztatja a Szerződőt a megváltozott díjról. Ha a Szerződő a megváltozott szerződést nem fogadja el vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a javaslat közlésétől számított 30-ik napon megszűnik.

- (6) Mivel baleset- és az egészségbiztosítási termékek esetén a kockázatok díjai a Biztosított ténylegesen gyakorolt foglalkozásának, szakmai tevékenységének és rendszeresen végzett sporttevékenységének megfelelő kockázati osztályba sorolása alapján kerülnek megállapításra, Biztosított köteles 8 munkanapon belül bejelenteni a Biztosítónak, ha a biztosítási ajánlaton közölt foglalkozása, szakmája, rendszeresen végzett sporttevékenysége megváltozott.

Amennyiben a Biztosított szakmája, foglalkozása, rendszeresen végzett sporttevékenysége változása következtében, a változás időpontjában érvényes Biztosítói díjszabás szerint a korábbinál alacsonyabb biztosítási díjat kell fizetnie, akkor a bejelentés időpontjától csak az alacsonyabb díjat köteles a Szerződő fizetni.

Amennyiben a Biztosított szakmája, foglalkozása, rendszeresen végzett sporttevékenysége változása következtében, a változás időpontjában érvényes Biztosítói díjszabás szerint a korábbinál magasabb biztosítási díjat kell fizetnie, akkor a bejelentés időpontjától a Szerződő a magasabb biztosítási díjat köteles fizetni.

Amennyiben a Biztosított a változás bejelentését elmulasztja, a Biztosító attól az időponttól kezdődően, amikor a változás bejelentésének be kellett volna a Biztosítóhoz érkeznie, egy hónapig viseli a kockázatot. Ha az egy hónap letelte után az új szakmájával, foglalkozásával, rendszeresen végzett sporttevékenységével ok-okozati összefüggésbe hozható biztosítási esemény következik be – anélkül, hogy a magasabb díj fizetésére megállapodás született volna – a Biztosító él vagy élhet azzal a jogával, hogy a fizetendő szolgáltatás mértékét az eredeti díj foglalkozás, új rendszeresen végzett sporttevékenység után fizetendő magasabb díj arányának megfelelően állapítja meg. Ha a Biztosító az új szakmára, foglalkozásra, rendszeresen végzett sporttevékenységére nem vállalja a biztosítási védelmet, úgy a biztosítási szerződést 30 napra írásban felmondhatja.

- (7) A közlésre, illetve a változás bejelentésére irányuló kötelezettség a Szerződőt és a Biztosítottat egyaránt terheli. Amennyiben a Szerződő / Biztosított bejelentési kötelezettségének nem tesz eleget, a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályokat kell alkalmazni.

- (8) A közlési kötelezettség megsértése esetén a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve ha bizonyítják, hogy
- a Biztosító az elhallgatott körülményt a szerződéskötéskor ismerte,
 - az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

Életbiztosítási szerződés esetében nem minősül közlési kötelezettség megsértésének, ha bizonyítható, hogy

- a közlés elmaradása sem a Szerződőnek, sem a Biztosítottnak nem róható fel,
- a Biztosított időközben elhunyt és az elhallgatott, vagy nem a valóságnak megfelelően közölt körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében,
- a biztosítási szerződés megkötése, illetve a változás bekövetkezése óta 5 év már eltelt.

- (9) Azt, hogy a (8) pontban leírt körülmények valamelyike fennáll, annak kell bizonyítania, aki azokra hivatkozik.

- (10) A felsorolt esetekben a biztosítási díj csak annak a biztosítási évnek a végéig jár a Biztosítónak, amelyben a közlési kötelezettség megsértését a Szerződő vagy a Biztosított írásban elismerte, vagy a bíróság azt valamelyikük, vagy mindkettőjük terhére megállapította.
- (11) Adatvédelem, titoktartási kötelezettség alóli felmentés
A Szerződő és a Biztosított az ajánlattételkor felhatalmazza a Biztosítót, hogy a szerződés megkötésével, fenntartásával és a Biztosító szolgáltatásával összefüggő adatokat – beleértve a Biztosított egészségi állapotára vonatkozó adatokat is – a Biztosító beszerezze és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja. Egyúttal felmentik az ezen adatokat szolgáltató és a Biztosított adatait kezelő egészségi intézményeket és személyeket a titoktartási kötelezettség alól. A Biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni és időbeli korlátozás nélkül megőrizni.

XV. fejezet

A biztosítási díj

- (1) A biztosítás díj lehet egyszeri vagy folyamatosan fizetendő éves díj.
- (2) Az egyszeri díj, illetve az éves díjfizetés első díja a szerződés hatálybalépésekor, minden későbbi díj pedig annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.
- (3) A Biztosító a biztosítási díj éves, féléves, negyedéves és havi részletekben történő kiegyenlítésére is lehetőséget ad. Ekkor éves, féléves, negyedéves és havi fizetési gyakoriságról beszélünk, és fizetési időszaknak nevezzük a biztosítási hónapos, negyedéves, féléves periódust. Az évesnél gyakoribb díjfizetés esetén a Biztosító pótdíjat számít fel, melynek mértéke változhat. A Biztosító a pótlék mértékének változásáról legalább 60 nappal előtte írásban értesíti a Szerződőt.
- (4) A biztosítási díj kiszámítása a Biztosító díjszabása alapján történik, melynél a Biztosító figyelembe veszi a Biztosított életkorát, nemét, egészségi állapotát, kórelőzményét, foglalkozását, a rendszeresen végzett sporttevékenységet, a biztosítás időtartamát, a biztosítási összeget és a díjfizetés gyakoriságát.
- (5) A biztosítási díj annak a biztosítási időszaknak a végéig esedékes, amelyben a biztosítási esemény bekövetkezett. A Biztosító a biztosítási összeggel együtt az utolsó díjköteles biztosítási időszak díján felüli esetleges túlfizetést is visszafizeti.
- (6) Az életbiztosításnál visszavásárlás és díjmentes leszállítás esetén a díj a fizetési időszak végéig esedékes.
- (7) A baleset- és egészségbiztosítási termékeknél a biztosítási esemény bekövetkezésekor a Biztosítót az egész évre szóló biztosítási díj illeti meg.
- (8) Amennyiben a Biztosító figyelembe veszi az életkort, annak helytelen bevallása esetén a Biztosító a Biztosítottak valódi életkorának megfelelő biztosítási összeget fizeti ki, a ténylegesen befizetett díj figyelembevételével.
- (9) A Biztosító az életbiztosítási termék esetén a biztosítási díjak egy részéből a biztosításmatematika elvei alapján életbiztosítási díjtartalékot képez. A díjtartalékot szerződésenként tartja nyilván és ez a szerződés visszavásárlásának, díjmentes leszállításának, a kötvénykölcsönnek és a befektetések többelzhozamából való részesedésnek számítási alapját képezi.

XVI. fejezet

A díjfizetés elmulasztásának következményei

Amennyiben a Szerződő a biztosítási díjat az esedékesség időpontjáig nem egyenlíti ki, és a befizetésre használatot sem kapott, vagy a Biztosító a biztosítási díj iránti igényét bírósági úton nem érvényesíti, a Biztosító az első elmaradt díj esedékességétől számított, életbiztosítás esetén 90 napig, baleset- és egészségbiztosítás esetén 30 napig viseli a kockázatot, azt követően a szerződés megszűnik. Ezalatt az idő alatt a Szerződő az elmaradt díjat pótolhatja.

XVII. fejezet

Reaktiválás

- (1) Ha a Szerződő a biztosítás megszűnésétől vagy díjmentesített leszállításától, illetve az elmaradt díj esedékességétől számított 3 hónapon belül a teljes díjhátralékot az időarányos késedelmi kamattal együtt, valamint az esetlegesen kifizetett visszavásárlási értéket megfizeti, a kockázatviselés a teljes díjhátralék megfizetését követő nap 0 órakor újra kezdődhet, amennyiben biztosítási esemény ezalatt az idő alatt nem következett be, a Különös Feltételekben kizáró ok nem szerepel, illetve a díjfizetés elmaradásának időtartama alatt nem történt kockázatonövelő esemény. Amennyiben jelentős kockázatonövelő esemény következett be, a Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a szerződést módosítsa.
- (2) A biztosítási szerződés tartama alatt reaktiválást legfeljebb két alkalommal lehet igénybe venni.
- (3) Reaktiváláskor a Biztosított és a Szerződő köteles a díjfizetés elmulasztása alatti időben történt, az egészségi állapotban (súlyosabb betegségek, balesetek) bekövetkezett változásokat a Biztosítónak írásban bejelenteni. A reaktiválást a Biztosító esetlegesen új egészségi nyilatkozat vagy orvosi vizsgálat meglétéhez, illetve kockázatalbírállás alkalmazásához kötheti, amely a Szerződő saját költségére történik.

XVIII. fejezet

A Biztosító mentesülése

- (1) A Biztosító mentesül a biztosítási szolgáltatás kifizetése alól, ha a Biztosított halála, balesete, betegsége vagy egészségkárosodása, illetve ezek következményei az alábbiakban felsoroltakkal állnak okozati összefüggésben:
 - a) a Biztosított, a kedvezményezett, illetőleg a Szerződő jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása, szándékosan elkövetett bűncselekménye - kivéve a baleseti halál esetén fizetendő biztosítási összeget,
 - b) a Biztosított HIV fertőzöttsége,
 - c) valamely betegség, illetőleg egészségi állapot a szerződéskötés előtti, a Biztosítottnál fennálló, de a Biztosító előtt tudatosan elhallgatott megléte,
 - d) a Biztosított a biztosítási tartam első két évében elkövetett öngyilkossága,
 - e) alkohol- és drogfüggőség esetén ezek kezelésével és rehabilitációval összefüggő egészségbiztosítási események.
- (2) Jogellenes, súlyosan gondatlan magatartás alatt a következőket kell érteni:
 - ittas (0,8 ezrelék véralkoholszintet elérő vagy azt meghaladó) vagy kábítószer alkalmazásának hatása alatti állapotával közvetlen összefüggésben következett be,
 - jogosítvány nélküli vagy ittas járművezetés közben következett be.

- (3) Életbiztosítási termék esetén a Biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, viszont visszavásárlási összeget az örökösöknek megfizeti, ha a Biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét.
- (4) Életbiztosítási termék esetén a Biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, viszont az aktuális életbiztosítási díjtartalékot megfizeti az (1) a-d) pontjaiban meghatározott esetekben.

XIX. fejezet

Kizárások

- (1) A biztosítási védelem nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek összefüggésbe hozhatók:
 - a) gépi erővel hajtott szárazföldi, légi vagy vízi járműben országos vagy nemzetközi sportversenyen való részvétellel, vagy ezekre történő felkészülés (edzés) során bekövetkező eseményekkel,
 - b) A következő repülőtevékenységekkel: motoros, segédmotoros, illetve motor nélküli légi jármű, ejtőernyős ugrás, sárkányrepülés, gumikötélugrás, mezőgazdasági repülés. A Biztosító a felsorolt kizárásoktól pótdíj ellenében eltekinthet.

Életbiztosítási szerződésnél a fenti körülmények bekövetkezése esetén a Biztosító a visszavásárlási összeget fizeti ki.

- (2) Háborús kockázat, zavargások, felkelések esetén a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll az alábbi eseményekben történő aktív vagy passzív részvétellel:
 - háború (hadüzenettel vagy anélkül), polgárháború, határviellongás, forradalom, zendülés, puccs vagy puccskísérlés, népi megmozdulás, terrorcselekmény, felvonulás, sztrájk, munkahelyi rendbontás.
 - felkelésben, lázadásban vagy zavargásban való részvétel, kivéve ha erre belföldön valamilyen hivatali vagy közszolgálati köteleességteljesítés közben kerül sor.

Jelen Feltétel alkalmazása szempontjából terrorcselekménynek minősül, különösen az olyan erőszakos, erőszakkal fenyegető, az emberi életre, a materiális, immateriális javakra vagy az infrastruktúrára veszélyes cselekmény, amely vagy politikai, vallási, ideológiai, etnikai célok mellett foglal állást, vagy valamely kormány befolyásolására vagy a társadalomban, illetve annak egy részében való félelemkeltésre irányul, illetve arra alkalmas.

- (3) A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a biztosítási esemény jogszabály szerint ionizáló vagy annak minősülő sugárzás, illetve nukleáris energia hatására következett be, kivéve ha a biztosítási esemény egészségbiztosítási szerződés hatálya alatt következett be.
- (4) Amennyiben a fentiek valamelyike teljesül, az életbiztosítási termékeknél a biztosítási összeg helyett a visszavásárlási összeg kerül kifizetésre.
- (5) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben a Biztosított olyan betegsége, amely a Biztosító kockázatviselése előtt bizonyíthatóan fennállott, és amelyet a kockázatviselést megelőző három éven belül kórisméztek, vagy amely ez idő alatt gyógykezelést igényelt.
- (6) Nem terjed ki a Biztosító kockázatviselése azokra az eseményekre sem, amelyek oka részben vagy egészben a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása. Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha a Biztosított egészségi állapota orvosilag kialakultnak, véglegesnek tekinthető.

- (7) Balesetbiztosítási termékeknél a biztosítási védelem nem terjed ki továbbá azokra az eseményekre, melyek összefüggésbe hozhatók:
- a) az elme- és tudatzavarban bekövetkezett balesetekkel, ha azok a Biztosított alkohol, kábítószer vagy gyógyszerek okozta lényeges korlátozottsága miatt következtek be.
 - b) A Biztosítottat ért szívinfarktus, szívszélhűdés, agyvérzés folytán bekövetkező balesetekkel. A szívinfarktus semmilyen körülmények között sem tekinthető baleseti következménynek.
 - c) A Biztosított öngyilkossága vagy öncsonkítása miatt bekövetkező eseményekkel.
 - d) A Biztosított testén saját maga vagy az ő hozzájárulásával mások által végzett gyógyító kezelések és beavatkozások folytán előidézett testi károsodásokkal, amennyiben erre nem valamely balesetbiztosítási esemény következtében került sor.
- (8) A Biztosító kockázatviselése csak a biztosítási tartam alatt bekövetkező balesetek következményeire terjed ki.

XX. fejezet

A kockázatviselés korlátozása, csökkentett kockázatviselés (kizárólag balesetbiztosítási szerződés megkötése esetén)

- (1) A Biztosító a balesetbiztosítási biztosítási szolgáltatást csak a bekövetkezett baleset által előidézett következmények esetén nyújtja (baleseti halál, baleseti rokkantság, azaz tartós egészségkárosodás, baleseti kórházi napi térítés és baleseti műtéti térítés).
- (2) Amennyiben a baleset előtt meglévő betegségek vagy fogyatékoságok a baleset következményeibe jelentősen közrehatottak (legalább 25%-ig), a Biztosító a fizetendő összeget a közrehatás mértékével csökkenti. Ennek mértékét a Biztosító orvosa határozza meg.
- (3) Az idegrendszer szervi eredetű zavarainál a Biztosító csak akkor teljesít kifizetést, ha az visszavezethető a baleset által előidézett károsodásra. Lelki magatartászavarok, neurózisok, pszichoneurózisok nem minősülnek baleseti oknak.
- (4) A Biztosító csak akkor teljesít kifizetést porckorongsérv esetén, ha bizonyítható, hogy annak előidézője a baleset következtében, a gerincoszlopot ért mechanikai behatás. Amennyiben a porckorongsérv a baleset előtt fennálló állapot súlyosbodása, a Biztosító nem teljesít kifizetést.
- (5) Hasfali és altesti sérv esetén csak akkor teljesít kifizetést, ha ezek előidézője a baleset következtében bekövetkező mechanikai behatás. Amennyiben ezek öröklött, a baleset előtt már fennálló állapot következményei, a Biztosító nem teljesít kifizetést.
- (6) Azok a személyek, akik testi fogyatékoságban vagy betegségben szenvednek, súlyos betegségen vagy műtéten estek át és ennek a baleseti eseményekre kihatása lehet, csak külön szerződési feltételek mellett biztosíthatók. Ezen betegségek, műtétek a következők:
 - szív- és érrendszeri betegségek, a gerincoszlop és a gerincvelő sérülései, betegségei, a csípőízület betegségei, isiász, csontvelőgyulladás, cukorbetegség, nagyothallás, rosszindulatú daganatok, valamint az ideg- és elmebetegségek, illetve a felsorolt betegségek következményeként fellépő ájulás, szédülés,
 - erősen korlátozott látás (8 dioptriától).

XXI. fejezet

A biztosítási esemény bejelentése

- (1) A biztosítási eseményt annak bekövetkezésétől számított 8 munkanapon belül kell írásban a Biztosító kárbejelentő nyomtatványán a Szerződőnek/Biztosítottnak a Biztosítónak bejelentenie.
- (2) A bejelentési határidő elmulasztása esetén a Biztosító annyiban tagadhatja meg a biztosítási szolgáltatás kifizetését, amennyiben a késedelem miatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.

XXII. fejezet

A biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez szükséges iratok

- (1) A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak akkor áll be, ha a szükséges igazolásokat rendelkezésére bocsátják. A biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a Biztosító a következő iratok bemutatását és csatolását kéri:
 - a) biztosítási kötvény,
 - b) az utolsó díjfizetést igazoló nyugta,
 - c) hivatalos bizonyítvány a Biztosított születésének napjáról (személyi igazolvány vagy születési anyakönyvi kivonat),
 - d) továbbá minden olyan, a Biztosító által megjelölt dokumentum, mely a biztosítási esemény tisztázásához elengedhetetlenül szükséges.

Az egészségbiztosítási szerződésben meghatározott biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a fent megjelölt dokumentumokon kívül a következő iratok is szükségesek:

- e) hivatalos orvosi dokumentumok a betegség pontos diagnózisáról, a vizsgálat, az orvosi beavatkozás, műtét, ápolás, az állapot diagnosztizálásáról,
 - f) kórházi zárójelentés,
 - g) az egészségügyi intézmény által kibocsátott hivatalos számla, mely tartalmazza a betegség pontos diagnózisának, a vizsgálatnak, az orvosi beavatkozásnak, műtétnek, ápolásnak, az állapot diagnosztizálásának ellenértékét (amennyiben azt az intézmény a rendelkezésre bocsátotta),
- (2) Halál bekövetkezése esetén a fentiekben túl a Biztosító a következő okmányok bemutatását kéri:
 - a) halotti anyakönyvi kivonat eredeti példánya,
 - b) az elhunytat utolsóként kezelt orvostól származó részletes orvosi bizonyítványt, vagy ha ilyen kezelésre nem került sor, más olyan orvosi vagy hatósági bizonyítványt, amely tartalmazza a halál okát, a halált okozó betegség kezdetének időpontját, lefolyását, illetőleg a halál körülményeit,
 - c) külföldön bekövetkezett halál esetén a külföldi hatóság által kiállított hiteles okirat hitelesített magyar fordítását,
 - d) hatósági eljárás esetén a nyomozást megszüntető vagy megtagadó jogerős határozatot,
 - e) a különös feltételekben meghatározott egyes betegségekre előírt okmányokat.
 - (3) A Biztosított a biztosítási szerződés létrejöttével felhatalmazza a Biztosítót, hogy a biztosítási eseménnyel összefüggő információkat
 - a) az orvosoktól, egészségügyi intézményektől, hatóságoktól, akik, illetve amelyek a Biztosítottat kezelték, vizsgálták, a kért felvilágosításokat, orvosi jelentéseket és dokumentumokat beszeresse.
 - b) a Biztosított tisztázatlan halála esetén a holttestet megvizsgálta, szükség szerint a boncolását és exhumálását elvégeztesse.
 - (4) A biztosítási esemény bekövetkezésekor, a Biztosított életben léte esetén a Biztosító megkövetelheti, hogy a Biztosított az általa előírt orvosi vizsgálatokon részt vegyen.

- (5) A hiteles orvosi dokumentumokat a Biztosító orvos-szakértője bírálja el. Vitás esetekben a Biztosítottnak joga van orvosi bizottság felállítását kérni. A bizottság egyik tagját a Biztosító, másik tagját a Biztosított vagy annak megbízottja, a harmadik tagját pedig a Biztosító és a Biztosított közösen jelölheti meg. A költségeket a Biztosított viseli.
- (6) Minden olyan adatszerezés költsége, amely a biztosítási esemény tisztázásához elengedhetetlenül szükséges, azt a felet terheli, aki érdekeit érvényesíteni kívánja.
- (7) A Biztosító beszerezhet továbbá egyéb iratokat, melyek a biztosítási esemény és a jogosultság tisztázásához szükségesek a Biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény titoktartási kötelezettségére vonatkozó rendelkezéseinek betartásával. Ez az adatszerezési tevékenység életbiztosítási szerződés esetén csak az ajánlattétel előtti időszakra és az ajánlattételt követő 5 évre terjedhet ki, feltéve, hogy ahhoz a Szerződő (Biztosított) az ajánlattételkor hozzájárult.
- (8) A Biztosító szükség esetén egyéb az egyes biztosítások különös szabályzataiban előírt igazolásokat is bekérhet, illetve bizonyos kérdések tisztázására maga is beszerezhet adatokat.

XXIII. fejezet

A Biztosító szolgáltatása

- (1) A Biztosító a XXII. fejezetben jelzett dokumentumok közül az utolsó irat beérkezésétől számított 15 napon belül teljesíti szolgáltatási kötelezettségét az egyes termékekre vonatkozó különös szerződési feltételekben meghatározottak szerint.
- (2) Az esedékes, de meg nem fizetett díjat, az egyes különös feltételek szerint meghatározásra kerülő, még el nem számolt költségeket a Biztosító a biztosítási összegből levonhatja.
- (3) Az iratok beszerzésének kötelezettsége és az ezzel kapcsolatos költségek azt terhelik, akinek a biztosítási szolgáltatás teljesítése, illetve nemteljesítése céljából a bizonyítás érdekében áll.
- (4) A Biztosítási összeget a Biztosító az elévülési időn belül kamatmentesen kezeli, ha a kifizetés elmaradása a jogosult késedelmes igényérvényesítésére vezethető vissza. Az elévülési idő leteltével, a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége megszűnik.
- (5) A biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosítási szolgáltatásra a kedvezményezett jogosult.
- (6) A Biztosító a szolgáltatást az arra jogosult személy vagy intézmény számlájára vagy címére utalással teljesíti.

XXIV. fejezet

Maradékjogok

A biztosítási szerződések közül kizárólag az életbiztosítási termékek esetén van lehetőség maradékjogok, így a visszavásárlási jog, a díjmentes leszállítási jog, továbbá kötvénykölcsön felvételének érvényesítésére. A bal- és egészségbiztosítási termékek maradékjogokkal nem rendelkeznek.

XXV. fejezet

A Szerződő felmondási és visszavásárlási joga életbiztosítás esetén

- (1) A visszavásárlási igény bejelentése esetén a Biztosító kockázatviselése a bejelentés dátumát követő nap 0 órájától megszűnik.
- (2) A visszavásárlási értékkel rendelkező biztosítási szerződések esetében a szerződés felmondásakor a Biztosító visszavásárlási összeget fizet.
- (3) A visszavásárlási összeg számításának módja a Különös Feltételekben termékenként kerül meghatározásra.
- (4) A visszavásárlási összegből a Biztosító levonja az esetleges kölcsöntartozást, valamint az esetleges díj-hátralékot, beleértve a hozzájuk tartozó kamatterheket is.

XXVI. fejezet

A díjmentes leszállítás életbiztosítás esetén

- (1) A díjmentes leszállítás jogát tartalmazó (folyamatos díjas) szerződések esetében a Szerződő kérheti, hogy a Biztosító a biztosítást díjmentesen leszállított biztosítássá alakítsa át.
- (2) A díjtartalékkal rendelkező biztosítás díjmentesen leszállítottá változtatható, ha a Szerződő (Biztosított) a díjfizetést megszünteti. A díjmentes leszállítás a biztosítási összeg leszállítását jelenti olyan összegre, amely megfelel a díjmentesítés időpontjában a biztosítás díjtartalékának mint egyszeri díjnak alapul vételével nyújtható – azonos feltételű – biztosítás összegének. A Biztosító megállapíthat egy minimális szintet, amely alá eső díjtartalék (figyelembevéve az esetleges díjmaradást) esetén a díjmentes leszállítás nem hajtható végre.
- (3) A díjmentes leszállítás alapjául szolgáló összeg megállapítása a terméktervben rögzített biztosításmatematikai alapelvek figyelembevételével kerül kiszámításra. A díjmentességet a Biztosító a kötvényre rávezeti.
- (4) Amennyiben a szerződés díjmentesen leszállítottá válik, a korábbi szerződésben meghatározott kiegészítő biztosítások a díjmentesség kezdetétől számítva megszűnnek.
- (5) A díjmentesen leszállított, befektetési egységet nem tartalmazó biztosításra is vonatkoznak a befektetések többlethozamából történő részesedés szabályai.
- (6) Az esedékes és meg nem fizetett díjak összegét a Biztosító figyelembe veszi a szerződés díjmentesítése esetén.

XXVII. fejezet

Kötvénykölcsön életbiztosítás esetén

- (1) A visszavásárlási értékkel rendelkező biztosítási szerződések esetén a Szerződő az életbiztosítási díjtartalék terhére kölcsön folyósítását kérheti, amennyiben a Szerződőnek nincs díjhátraléka, illetve kölcsön vagy kölcsönkamat tartozása.
- (2) A kölcsön visszafizetésének rögzített tartama maximum 364 nap.

- (3) A kötvénykölcsön iránti kérelem során a kölcsön folyósításáról, illetve megtagadásáról a Biztosító dönt. Amennyiben a kölcsön folyósításra kerül, azt a Biztosító a kötvényen feljegyezi. A kölcsön kamatáról külön szerződés rendelkezik.
- (4) Díjmentesített biztosításra kötvénykölcsön nem vehető fel.
- (5) A Biztosító a fennálló kölcsöntartozás esedékes kamatokkal növelt összegét az érintett szerződés alapján teljesítendő bármely szolgáltatásból jogosult levonni.
- (6) A biztosítás díjmentesítéséhez, a visszavásárlási összeg kifizetéséhez, illetve kölcsön folyósításához a következő iratokat kell a Biztosítónál bemutatni:
 - biztosítási kötvény,
 - az utolsó díjfizetést igazoló nyugta vagy eredeti folyószámla kivonat,
 - a Biztosított korát hitelt érdemlően igazoló irat.

XXVIII. fejezet

Többlethozam-visszatérítés befektetési egységet nem tartalmazó életbiztosítás esetén

- (1) A biztosítási szerződések közül kizárólag az életbiztosítási termékek esetén van lehetőség többlethozam-visszatérítésre. A matematikai díjtartalék befektetési többlethozamának legalább 80 százalékát a Biztosító a szerződésen jóváírja.
- (2) A szerződésekre vonatkozó technikai kamatot és a visszajuttatandó többlethozam mértékét az egyes életbiztosítási módok különös feltételei tartalmazzák.
- (3) A szerződés lejáratának évében a többlethozam-visszatérítés becsült hozamérték alapján történik. A becslésből adódó esetleges eltérés következményeként sem a kedvezményezettnek, sem a Biztosítónak nem keletkezik követelése.
- (4) A szerződés lejárat előtti megszűnése esetében (maradékjog gyakorlása, biztosítási esemény) a többlethozam az aktuális biztosítási évben elért törtéves, becsült hozamérték alapján történik. A becslésből adódó esetleges eltérés következményeként sem a Szerződőnek/kedvezményezettnek, sem a Biztosítónak nem keletkezik követelése.

XXIX. fejezet

A biztosítási kötvény elvesztése

- (1) A Szerződő köteles a kötvény elvesztését a Biztosítónál haladéktalanul bejelenteni.
- (2) A kötvénymásolat kiállításának költségei a Szerződőt terhelik.

XXX. fejezet

A jognyilatkozat módja

- (1) A Biztosító által a Szerződőnek, a Biztosítottak vagy egyéb jogosultak, illetőleg ezen személyek által a Biztosítónak, a szerződés megkötés kori vagy azt követő jognyilatkozatait ajánlott küldeményként juttatják el. A jognyilatkozat akkor tekintendő megérkezettnek, amikor azt a címzettnek kézbesítették, vagy ellenkező bizonyítás hiányában a postára adástól számított 5. napon.
- (2) A Biztosító üzletkötőjének (ügynök) jogállása kizárólag az ajánlat és az első biztosítási díj átvételére terjed ki. Az üzletkötő tehát szerződéskötésre nem jogosult, valamint arra sem, hogy a Szerződő fél jognyilatkozatait érvényesen hozzá intézze. Amennyiben az üzletkötő tudomást szerzett egy adott tényről, ez nem jelenti, hogy a Biztosító is tudomást szerzett róla.
- (3) A Biztosító a szerződés megkötésekor vagy azt követően a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. A nyilatkozat akkor hatályos, ha az a Biztosítóhoz megérkezett.
- (4) Amennyiben a Szerződő egy hónapnál hosszabb időre lakóhelyéről eltávozik, a Biztosító számára magyarországi kézbesítési megbízottat nevezhet meg. Ennek hiányában a Biztosító az általa ismert utolsó címre joghatályosan küldhet nyilatkozatot.
- (5) A Szerződő igazolhatja, hogy a Biztosító hozzá intézett jognyilatkozatában foglalt határidőt önhibáján kívül mulasztotta el. Az igazolást az elmulasztott határnaptól számított 15 napon belül lehet írásban benyújtani a Biztosítónak. Ha azonban a mulasztás csak később jut a felek tudomására, vagy az akadály csak később szűnt meg, az igazolás benyújtásának határideje a tudomásszerzéssel, illetőleg az akadály megszűnésével veszi kezdetét. Hat hónapon túl igazolást nem lehet benyújtani a Biztosítónak.

XXXI. fejezet

Adatkezelés, adatvédelem

- (1) A Biztosító ügyfeleinek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a Bit. által meghatározott egyéb cél lehet. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a Biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.
- (2) Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a Biztosító a fent meghatározott célokból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti. Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha a Biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad, vagy ha a biztosítási törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.
- (3) A Bit. 153–161. §-ában foglaltak alapján az ügyfél adata külön felhatalmazás nélkül kiadható a feladatkörében eljáró Felügyeletnek; a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatóságnak és ügyészségnek; büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bíróságnak; továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtónak, a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzőnek; az adóhatóságnak, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a Biztosítót törvényben meghatározott

körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső ki-fizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli; a feladatkörében eljáró nemzet-biztonsági szolgálatnak; a Biztosítónak, a biztosításközvetítőnek, a szaktanácsadónak, a harmadik országbeli Biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselőjének, ezek érdek-képviseleti szervezeteinek, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatalnak; a feladatkörében eljáró gyámhatóságnak; az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatóságnak; a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ-gyűjtésre felhatalmazott szervnek; a viszontbiztosítónak, valamint közös kockázatvállalás (együtt-biztosítás) esetén a kockázatvállaló Biztosítóknak; az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő Biztosítónak; a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében a Kártalanítási Számlát kezelő szervezetnek, az Információs Központ-nak, a Kártalanítási Szervezetnek és a kárrendezési megbízottnak; a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzőnek, ha a szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul a Biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját.

- (4) A Biztosító a nyomozó hatóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet kábítószer-kereskedelemmel, terrorizmussal, illegális fegyverkereskedelemmel, vagy a pénzmosás bűncselekményével van összefüggésben.
- (5) A Biztosító jogutód nélküli megszűnése esetén a Biztosító által kezelt üzleti titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított 60 év múlva a levéltári kutatások céljára felhasználható. Nem lehet üzleti titokra vagy biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó, külön törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség esetén. Az üzleti titokra és a biztosítási titokra egyebekben a Ptk. 81. §-ában foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.
- (6) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a Biztosító az ügyfél írásbeli hozzájárulásával harmadik országbeli Biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez továbbítja az adatokat, amennyiben a harmadik országbeli cég adatkezelése minden egyes adatra nézve teljesíti a magyar jogszabályokat, valamint a harmadik országbeli adatkezelő székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal.
- (7) A Biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének meghíúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. A Biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

XXXII. fejezet

A biztosítás elévülése

A biztosítási szerződésből eredő igények az esedékességtől számított két év elteltével elévülnek.

XXXIII. fejezet

Illetékes bíróság

A biztosítási szerződésekből származó jogvita esetén a per lefolytatására kizárólag a Pesti Központi Kerületi Bíróság, illetve a hatáskörtől függően a Fővárosi Bíróság az illetékes.

K 6109 Életkezdés főbiztosítás különös feltételek

Az AXA Biztosító Zrt. (1074 Budapest, Rákóczi út 70-72.) – a továbbiakban Biztosító – által kiadott Általános Személybiztosítási Feltételek ezen szerződés részét képezik. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekre a magyar jogszabályok és a Biztosító Általános Személybiztosítási Feltételei vonatkoznak.

I. fejezet

Alapfogalmak

- (1) A Biztosítottak:
Azok a személyek, akik életével a biztosítási események kapcsolatosak. A szerződésnek két Biztosítottja van:
– a Biztosított gyermek
– a Biztosított felnőtt.
- (2) A kedvezményezett:
Az a személy, aki az adott biztosítási szolgáltatásra jogosult.
- (3) A tartam:
A biztosítás egész évekre köthető. A lejárat éve az az év, amikor a Biztosított gyermek a 24. életévét betölti.
- (4) Rendszeres díj:
A Biztosító szolgáltatásaiért cserébe a Szerződő díjat fizet. Jelen szerződés díja évenként fizetendő rendszeres díj.
- (5) Technikai kamat:
A Biztosító egy befektetési hozamot határoz meg és vállalja, hogy a szerződés tartama alatt az életbiztosítási díjtartalék befektetésén legalább ekkora hozamot ér el. Ezt a hozamot a díjkalkulációban figyelembe veszi és a biztosítás díját ennek megfelelően alacsonyabban határozza meg. Ez a hozam a technikai kamat, melynek mértéke 2,5%.
- (6) Életbiztosítási díjtartalék:
A befizetett díj egy részét a Biztosító tartalékolja a jövőbeni szolgáltatásokra. Ez a tartalék biztosításmatematikai alapokon kerül meghatározásra, a technikai kamat figyelembevételével. Az életbiztosítási díjtartalék minden esetben meghaladja az aktuális visszavásárlási értéket [VIII. fejezet (2)].
- (7) Pénzügyi járadék:
Olyan határozott futamidejű rendszeres pénzkifizetés, amely nem tartalmaz biztosítástechnikai elemeket. Ha a szolgáltatás kedvezményezettje meghal, az örökös kapja a járadékot a futamidő végéig.

II. fejezet

A biztosítási szolgáltatás

A Biztosító ezen biztosítási feltételek alapján, a Szerződő díjfizetése ellenében, a következő szolgáltatást nyújtja:

- (1) Halál esetén:
 - 1.1. Ha a Biztosított felnőtt a biztosítás tartamán belül meghal, a Biztosító a további díjfizetést – a hátralévő biztosítási időtartamra – átvállalja oly módon, hogy a hátralévő díjak jelenértékét egy összegben befizeti.
 - 1.2. Ha a Biztosított gyermek a biztosítás tartamán belül meghal, ugyanakkor a Biztosított felnőtt még él, a Biztosító az addig befizetett díjakat, valamint az addig felhalmozott többlethozamot egy összegben kifizeti és ezzel a biztosítás megszűnik. E szolgáltatás kedvezményezettje a Szerződő.

- 1.3. Ha a Biztosított felnőtt halálát követően a Biztosított gyermek is meghal, akkor a lejáratí biztosítási összeg kerül kifizetésre a Szerződőnek.
- 1.4. Ha a szerződéshez K 7111 Díjvállalás halál esetén kiegészítő biztosítás is kapcsolódik, úgy a kiegészítő biztosítás szolgáltatásának kezdetével egyidejűleg a Szerződő díjfizetési kötelezettsége megszűnik, mivel a kiegészítő biztosítás szolgáltatásának megfelelően a Biztosító a díjfizetést átvállalja oly módon, hogy a hátralévő díjak jelenértékét egy összegben befizeti.
- (2) Tartam alatti szolgáltatások, amelyek a Biztosított gyermek – aki egyben a szolgáltatások kedvezményezettje – 18. életévének betöltését követően vehetők igénybe a Szerződő és a Biztosítottak egybehangzó igénynyilvánítása mellett:
- 2.1. Amennyiben a Biztosított gyermek a biztosítás tartamán belül házasságot köt, akkor igénye szerint a Biztosító az aktuális, többlethozammal növelt életbiztosítási díjtartalékot fizeti ki számára, és ezzel a szerződés megszűnik.
- 2.2. Ha a Biztosított gyermek lakóingatlant vásárol (legalább 50%-os tulajdoni hányadban), akkor igény esetén jogosult a többlethozammal növelt teljes életbiztosítási díjtartalék kifizetésére, amivel a szerződés megszűnik.
- 2.3. Ha a Biztosított gyermek felsőfokú tanulmányokat folytat, akkor igény esetén jogosult egy 3–6 éves futamidejű pénzügyi járadékra, amelynek fedezete a többlethozammal növelt teljes életbiztosítási díjtartalék. Ez esetben az eredeti szerződés megszűnésével egy járadékszerződés jön létre.
- 2.4. Amennyiben a Biztosított gyermek 18. életéve előtt köt házasságot, a biztosítás a 18. életév betöltéséig rendszeres díjfizetés mellett folytatódik, szolgáltatásra a 18. életév betöltésekor kerülhet sor a 2.1. pontban foglaltak szerint. A 18 éves kor előtt vásárolt ingatlanra jelen szerződés nem szolgáltat.
- 2.5. A 2.1.–2.4. pontokban felsorolt szolgáltatások közül csak egyet lehet igénybe venni, tekintettel arra, hogy a fenti szolgáltatások mindegyike a szerződés megszűnésével jár.
- (3) Lejáratkor:
A biztosítási tartam végén – amennyiben a szerződés még érvényben van –, a Biztosító a többlethozammal növelt lejáratí biztosítási összeget fizeti ki és ezzel a biztosítás megszűnik. A lejáratí szolgáltatás kedvezményezettje a Biztosított gyermek.

III. fejezet

A biztosítási szolgáltatáshoz szükséges további iratok

Az Általános Személybiztosítási Feltételek XXII. fejezetében felsoroltakon túl a biztosítási szolgáltatások teljesítéséhez szükséges lehet:

- a házasság megkötését igazoló Házassági anyakönyvi kivonat,
- felsőfokú tanulmányt igazoló tanulmányi igazolás,
- ingatlan (lakás) adásvételi szerződés – földhivatali érkeztetési pecséttel.

IV. fejezet

A Biztosítottak belépési életkora

- (1) A Biztosított felnőtt életkora 20–50 év lehet a szerződés megkötésekor.
(2) A Biztosított gyermek életkora 0–12 év lehet a szerződés megkötésekor.

V. fejezet

Az aktuális biztosítási összeg

- (1) Az első biztosítási évben a Szerződő által az ajánlaton választott biztosítási összeg.
- (2) A további években a VII. fejezetben leírt értékkevetési eljárás szerint, valamint a IX. fejezetben leírt többlet-hozam visszatérítés alapján növekszik az előző évi biztosítási összeg.

VI. fejezet

A biztosítási díj

A biztosítás díja éves díj, de az éves díj (pótlékkal növelten) havi, negyedéves és féléves részletekben is fizethető. A pótlékot a Biztosító a befektetett eszközein elért hozam figyelembevételével határozza meg úgy, hogy az a szerződés következő biztosítási évére érvényes. A Biztosító a pótlék mértékének változásáról legalább 30 nappal előtte írásban értesíti a Szerződőt.

VII. fejezet

A biztosítás értékének megőrzése

- (1) A biztosítás értékének megőrzését a biztosítási összeg évenkénti emelésének lehetősége biztosítja. Az ehhez tartozó díjmelés a biztosítási összegnek, a Biztosított aktuális korának és a tartamból még hátra levő időnek a figyelembevételével történik, ezért a biztosítási díj és a biztosítási összeg növekedésének aránya eltérhet a biztosítás kezdetén megállapítottól.
- (2) Az értékkevetéshez használt díjindex (az évenkénti díjnövekedés mértéke) a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett, előző naptári év fogyasztói árindexe alapján kerül meghatározásra, attól legfeljebb 5 százalékponttal tér el.
- (3) A biztosítási összeg és díj emelkedése a biztosítás megkötését követő első biztosítási évfordulón kezdődik és évente ismétlődik. A díjnövekedés mértékét a Biztosító minden naptári év július 1-re vonatkozóan határozza meg és ez a mérték július 1-től a következő naptári év június 30-ig van érvényben.
- (4) A biztosítási évfordulót megelőzően (legalább 30 nappal) a Biztosító minden évben értesítést küld a megemelkedett biztosítási összegről vagy szolgáltatásról és a megemelkedett díjról. A Szerződőnek jogában áll a díjmelést (értékkevetést) 30 napon belül visszautasítani. Ha ezt nem teszi meg, a Biztosító a meg-növelt biztosítási összeget és díjat tekinti érvényesnek.
- (5) Az értékkevetési lehetőség két egymást követő elutasítása után az értékkevetésre a továbbiakban a Szerződőnek nincs lehetősége. A lehetőség egy újabb, a Szerződő költségére elvégzett egészségügyi el-bírálással visszaállítható.

VIII. fejezet

Maradékjogok

- (1) Jelen szerződés nem rendelkezik az Általános Személybiztosítási Feltételek XXVII. fejezetében jelzett kötvénykölcsön jogokkal.
- (2) Az életbiztosítás rendelkezik a díjmentes leszállítási és visszavásárlási jogokkal. (Általános Személybiztosítási Feltételek XXV., XXVI. fejezet) Díjmentes leszállítás esetén a lejáratí összeg csökkentése mellett a rendszeres díjfizetési kötelezettség és a kiegészítő biztosítások megszűnnek. Díjmentesített szerződés esetén a Biztosított szülő halála a továbbiakban nem biztosítási esemény, de a többi biztosítási szolgáltatás lehetősége érvényben marad. A díjmentesítés miatt leszállított biztosítási összegek minimális értékei a Mellékletben megtalálhatók.
- (3) A Szerződő a tartam során kérheti a szerződés visszavásárlását, ami a szerződés megszűnését jelenti. A minimálisan kifizetésre kerülő visszavásárlási értékek a Mellékletben megtalálhatók.

IX. fejezet

Többlethozam-visszatérítés

- (1) Az életbiztosítás rendelkezik az Általános Személybiztosítási Feltételek XXVIII. fejezetében leírt többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal. Az egyes szerződések díjtartalékának befektetéséből származó hozamnak a 2,5%-os technikai kamatlábat meghaladó részéből a Biztosító 95%-ot visszajuttat a Szerződőnek.
- (2) A többlethozam-visszatérítés technikailag úgy történik, mintha a biztosítási évben a biztosítás díjtartalékának befektetéséből elért többlethozamból a Biztosító a biztosításból hátralévő időtartamra egy, a módzattervben rögzített biztosítás-matematikai alapelvek figyelembevételével kalkulált egyszeri díjas halálesetre, ill. elérésre szóló életbiztosítást vásárolna a Szerződő számára (a Biztosított aktuális életkorát figyelembevéve). A visszajuttatás a szerződés aktuális évfordulóját követő második biztosítási hófordulón történik a szerződés évfordulójára visszamenőlegesen.

1. számú melléklet

1 000 Ft biztosítási összeghez tartozó minimális visszavásárlási érték

Évforduló / Gyermekek belépési életkora	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	5	12	20	28	39	51
3	5	10	16	22	28	35	44	53	63	75	89	104	123
4	38	45	52	60	69	79	90	102	117	133	152	173	199
5	72	81	90	100	112	124	138	154	173	193	217	245	278
6	107	118	129	142	156	171	189	209	231	257	289	321	362
7	144	157	170	185	202	221	242	266	293	323	359	401	450
8	182	197	213	230	250	272	297	325	357	393	435	484	542
9	221	239	257	277	300	326	355	389	424	466	515	572	640
10	262	282	303	327	353	382	415	452	495	543	600	666	743
11	305	327	351	378	408	441	478	521	569	624	689	764	853
12	350	375	402	432	465	502	545	593	647	710	783	868	1 000
13	396	424	454	488	525	567	615	668	730	801	883	1 000	
14	445	476	509	546	588	635	688	748	817	897	1 000		
15	496	529	567	608	654	707	766	833	910	1 000			
16	543	580	621	666	717	775	840	914	1 000				
17	592	632	677	727	783	846	918	1 000					
18	643	687	735	790	851	921	1 000						
19	695	743	796	856	923	1 000							
20	750	802	860	926	1 000								
21	807	864	928	1 000									
22	868	930	1 000										
23	932	1 000											
24	1 000												

1 000 Ft biztosítási összeghez tartozó minimális díjmentesen leszállított biztosítási összeg

Évforduló / Gyermekek belépési életkora	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	8	18	29	41	54	69
3	8	17	26	35	44	54	66	78	91	106	122	141	163
4	62	73	83	93	105	117	131	146	163	181	203	227	255
5	115	126	138	150	164	179	195	213	233	256	282	311	346
6	169	183	196	211	227	244	263	285	309	336	367	403	445
7	221	235	250	267	285	305	327	351	379	410	446	488	536
8	270	289	303	321	342	364	389	417	448	484	525	572	627
9	319	337	355	375	398	423	450	481	516	556	602	655	717
10	367	386	406	429	453	481	511	545	584	628	679	738	807
11	414	435	457	481	508	538	571	609	651	700	756	821	898
12	460	482	506	532	562	594	631	672	719	772	833	905	
13	505	529	555	583	615	650	690	734	785	844	911		
14	550	573	603	634	668	706	749	797	853	916			
15	594	621	651	684	720	762	808	860	921				
16	638	667	698	734	773	817	867	924					
17	681	712	746	784	826	874	928						
18	724	757	793	834	879	931							
19	767	802	841	885	934								
20	810	847	889	936									
21	853	893	939										
22	897	941											
23	942												
24													

K 7111 Díjtvállalás halál esetén – kiegészítő biztosítás, különös feltételek

Az AXA Biztosító Zrt. (1074 Budapest, Rákóczi út 70-72.) – a továbbiakban Biztosító – által kiadott Általános Személybiztosítási Feltételek ezen szerződés részét képezik. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekre a magyar jogszabályok és a Biztosító Általános Személybiztosítási Feltételei vonatkoznak. A Díjtvállalás halál esetén kiegészítő biztosítás (továbbiakban: kiegészítő biztosítás) kizárólag a K 6109 Életkezdés főbiztosítás mellé köthető.

I. fejezet

A biztosítási eseménnyel összefüggő alapfogalmak és meghatározások

Jelen kiegészítő biztosítás kizárólag a K 6109 Életkezdés főbiztosítás mellé köthető akkor, ha a Főbiztosítás felnőtt főbiztosítottja férfi. Jelen kiegészítő biztosítás Biztosítottja csak a K 6109 főbiztosítás felnőtt Biztosítottjának felesége/ külön nemű élettársa lehet. Nem lehet Biztosított, aki a szerződés megkötésének pillanatában orvosi kezelés alatt áll (pl.: kórházi kezelés, táppénz), vagy akinek részére rokkantsági vagy baleseti rokkantsági nyugdíjat, járadékot vagy szociális járadékot állapítottak meg.

II. fejezet

A biztosítási esemény és szolgáltatás

- (1) Amennyiben jelen kiegészítő biztosítás Biztosítottja elhalálozik és a főbiztosítás Biztosított felnőttje még él, a Biztosító a főbiztosítás díjának fizetését – a hátralévő tartamra – átvállalja oly módon, hogy a hátralévő díjak jelenértékét egy összegben befizeti. Ebben az esetben a főbiztosításra további rendszeres díj nem fizethető, a főbiztosítás Biztosított felnőttjére további kockázatvállalás megszűnik.
- (2) A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a Biztosított elhalálozása a szerződéskötéstől számított két éven belüli öngyilkosságának következménye.

III. fejezet

A biztosítási szerződés alanyai

- (1) A Szerződő fél az a személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz, a szerződést aláírja és teljesíteni tudja a mindenkor esedékes díjak fizetését. Jelen kiegészítő biztosítás esetén a Szerződő megegyezik a főbiztosítás Szerződőjével.
- (2) A Biztosított az a nőnemű természetes személy, aki a főbiztosítás férfi felnőtt Biztosítottjának felesége/ élettársa, és akinek halála esetén szolgáltatásra kerül sor.

IV. fejezet

A Biztosított kora

A kiegészítő biztosítás a Biztosított 20–50 éves kora között köthető.

V. fejezet

A szerződés tartama

A szerződés létrejönkor a főbiztosítással megegyező futamidejű.

VI. fejezet

A szerződés megszűnése

- (1) Jelen kiegészítő biztosítás a főbiztosítás megszűnésével, díjmentes leszállításával vagy tartamának végén megszűnik.
- (2) Jelen kiegészítő biztosítás a tartam során bármikor megszüntethető.

VII. fejezet

A biztosítás díja

- (1) Jelen kiegészítő biztosítás díjfizetési gyakorisága megegyezik a főbiztosítás díjfizetési gyakoriságával.
- (2) Évesnél gyakoribb díjfizetés alkalmával a Biztosító jelen kiegészítő biztosításra külön díjpótlékot alkalmaz.
- (3) A kiegészítő díjának fizetése annak a biztosítási évnek a végéig tart, melyben a főbiztosítás Biztosított gyermeke betölti a 18. életévét. Az ezt követő biztosítási időszakban a biztosítási védelem továbbra is fennáll.

VIII. fejezet

A biztosítás értékének megőrzése

- (1) Jelen kiegészítő biztosításnak nincs külön értékkövetése, viszont a főbiztosítás elfogadott értékkövetésével együtt jelen kiegészítő biztosításnak is automatikusan emelkedik a díja.
- (2) A biztosítási szolgáltatást követően – miután a Biztosító befizette a későbbi díjat – a főbiztosításra további értékkövetés nem értelmezhető, így nem alkalmazható.

IX. fejezet

Többlethozam - visszatérítés

Jelen kiegészítő biztosítás többlethozam-visszatérítésben nem részesedik. A biztosítási szolgáltatást követően – miután a Biztosító befizette a későbbi díjat – a főbiztosítás többlethozam-visszatérítésben részesedik.

X. fejezet

Visszavásárlás

- (1) Jelen kiegészítő biztosítás nem visszavásárolható.
- (2) A biztosítási szolgáltatást követően – miután a Biztosító befizette a későbbi díjat – a főbiztosítás visszavásárolható.

XI. fejezet

Díjmentes leszállítás, kötvénykölcsön

Jelen kiegészítő biztosítás nem rendelkezik a díjmentes leszállítás jogával és annak terhére kötvénykölcsön nem igényelhető.

K 0105 Baleseti rokkantság vagy baleseti műtét esetén térítés – kiegészítő biztosítás, különös feltételek

Az AXA Biztosító Zrt. (1074 Budapest, Rákóczi út 70-72.) – a továbbiakban Biztosító – által kiadott Általános Személybiztosítási Feltételek ezen szerződés részét képezik. A baleset fogalmára és a kockázatból kizárt eseményekre a Biztosító Általános Személybiztosítási Feltételei vonatkoznak. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a magyar jogszabályok és a Biztosító Általános Balesetbiztosítási Feltételei az irányadók.

I. fejezet

A biztosítási eseményekkel összefüggő alapfogalmak és meghatározások

- (1) Műtétnek számít a gyógyító, helyreállító vagy megelőző célú orvosi beavatkozás, amely a testszövetek összefüggését manuálisan, eszközök segítségével megváltoztatja. Jelen biztosítási szerződés értelmében csak azok a műtétek képeznek biztosítási eseményt, amelyek ok-okozati összefüggésben állnak a biztosítási tartam ideje alatt bekövetkező balesetekkel. Az ugyanazon baleset következményeként végrehajtott több műtéti beavatkozás több biztosítási eseménynek számít [II. fejezet (3), (4)].
- (2) A kórházi fekvőbeteg gyógyellátás alatt legalább 24 órás kórházi benntartózkodást kell érteni, amely a kórházba történő felvétellel kezdődik és a kórházból történő távozással, a kórházi zárójelentés kiadásával végződik.
- (3) Balesetnek minősül a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, sérülést okozó külső behatás, amelynek következtében a Biztosított 1 éven belül orvosi indokolt műtétet végeznek, vagy amelyetől számított 1 éven belül a Biztosított tartós egészségkárosodást (rokkantságot) szenved.
- (4) A gyógykezelés olyan, az illetékes minisztérium és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Orvosszakértői Intézete által elismert orvosi beavatkozás, amely az orvostudomány általánosan elfogadott korszerű ismereteit alkalmazza az egészség újbóli helyreállítása, az egészségi állapot javítása, illetve rosszabbodása megakadályozása céljából.
- (5) Magyarországon kórháznak minősülnek az illetékes minisztérium és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Orvosszakértői Intézete által engedélyezett és nyilvántartott kórházak és klinikák, amelyek állandó orvosi irányítás és felügyelet alatt állnak, valamint a fegyveres testületek kórházai.
- (6) Jelen feltétel szempontjából nem minősülnek kórháznak a tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetek, a társadalombiztosítás által fenntartott rehabilitációs központok és a szanatóriumok, valamint az idült, gyógyíthatatlan betegségekben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei, gyógyüdülők, utógondozó szanatóriumok, az idősek szociális otthonai és azok betegosztályai, a gyógyfürdők, az ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei, valamint az egyébként kórháznak minősülő intézmények ilyen jellegű osztályai.
- (7) Biztosított nem lehet olyan személy, akinek a részére rokkantsági vagy baleseti rokkantsági nyugdíjat, járadékot vagy szociális járadékot állapítottak meg. Továbbá nem lehet Biztosított az sem, aki szervátültetésen esett át, vagy krónikus vesedializált beteg.

II. fejezet

A baleseti rokkantságra vonatkozó biztosítási esemény és szolgáltatás

- (1) Ha a baleset napjától számított egy éven belül kiderül, hogy a baleset következményeként a Biztosított egészsége tartósan károsodott (rokkant), a Biztosító az 1. számú mellékletben meghatározott biztosítási összegnek a rokkantság mértékével megegyező részét fizeti ki.

(2) A rokkantság fokát az alábbiak szerint kell megállapítani:

Testrészek egészségkárosodása	Térítés
mindkét szem látóképességének elvesztése	100%
mindkét felkar, alkar vagy kéz elvesztése	100%
egyik kar vagy kéz és comb vagy lábszár együttes elvesztése	100%
felső végtag és alsó végtag csonkolása	100%
mindkét comb elvesztése	100%
mindkét lábszár elvesztése	90%
egyik comb elvesztése	80%
egyik felkar elvesztése	80%
egyik lábszár elvesztése	70%
egyik alkar elvesztése	70%
beszélőképesség teljes elvesztése	70%
mindkét fül teljes hallóképességének elvesztése	70%
jobb kéz elvesztése (csuklón alul) jobbkezes ügyfél esetén	65%
bal kéz elvesztése (csuklón alul) balkezes ügyfél esetén	65%
jobb kéz elvesztése (csuklón alul) balkezes ügyfél esetén	50%
bal kéz elvesztése (csuklón alul) jobbkezes ügyfél esetén	50%
egyik láb teljes elvesztése boka alatt	40%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	25%

- (3) Az egyes testrészek, érzékszervek teljes működésképtelensége esetén az előzőekben megadott fenti egészségkárosodási táblázatot kell figyelembe venni.
- (4) Az előzőekben megadott egészségkárosodási százalékos szolgáltatások összegződhetnek, a biztosítási szolgáltatás felső határa a biztosítási összeg.
- (5) Ha a rokkantság foka a táblázat alapján nem állapítható meg, a baleseti szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvosa állapítja meg [Általános Személybiztosítási Feltételek XXII. fejezet (5)]. Amennyiben a rokkantság foka nem éri el a 25%-ot, a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be.
- (6) A baleset utáni első évben a rokkantsági kifizetésre csak akkor kerülhet sor, ha a baleset következményei orvosi szempontból egyértelműen tisztázottak. Ha a Biztosító fizetési kötelezettsége egyértelműen megállapítást nyert, de a várható károsodási fok nem állapítható meg pontosan, a Biztosított előlegként kérheti az abban az időpontban előrelátható károsodási fok szerinti összeg 20%-nak kifizetését.
- (7) Amennyiben a tartós rokkantság foka nem tisztázott egyértelműen, mind a Biztosítottnak, mind a Biztosítónak joga van a baleset napjától számított 4 évig, évenként, a rokkantság fokának újbóli megállapítását kérni. Ha a felülvizsgálat magasabb rokkantsági fokot állapít meg, a Biztosító ennek megfelelően térít.
- (8) Ha a Biztosított halála a balesetet követő egy éven belül, balesetből kifolyólag következik be, rokkantsági szolgáltatásra igény nem támasztható. Amennyiben a Biztosító a baleseti halál bekövetkezése előtt már folyósított rokkantsági kifizetést, ennek összege nem követelhető vissza.
- (9) Ha a Biztosított a balesetet követő egy éven belül nem a baleset következtében hal meg, de halálát megelőzően balesetből kifolyólag tartós rokkantsági szolgáltatásra jogosult lett volna, a Biztosító az utolsó orvosi vizsgálat megállapításai alapján teljesíti a rokkantsági szolgáltatást.

III. fejezet

A baleseti műtéti térítésre vonatkozó biztosítási esemény

- (1) Biztosítási esemény a Biztosítottna a kockázatviselési tartamon belül végrehajtott, a számára káros baleseti következmények elkerülésére orvosilag szükségesnek tartott, orvos által elvégzett azon műtéti eljárások, sebészeti beavatkozások, amelyeket az orvos-szakma szabályainak betartásával kórházi fekvőbeteg-gyógyellátás keretében, legalább 24 órás benntartózkodás mellett végeznek.
- (2) Nem képeznek biztosítási eseményt a következők: kozmetikai célú plasztikai műtét, fogászati műtét, orvosi műhiba miatti műtét, patológiás törés miatti műtét, diagnosztikus vizsgálat, implantált anyagok eltávolítása, arthroscopos ízületi- és szalagműtétek, terhességgel kapcsolatos műtétek, műtéti szövődmények miatti újabb műtétek.
- (3) Nem vonatkozik a biztosítási védelem a biztosítás megkötése előtti időben bekövetkezett balesetekre vagy azok következményeként fellépő műtétekre, betegségekre, azok következményeire.
- (4) Olyan balesetek és azok közvetlen következményei, amelyek szakorvosi megítélés alapján időben és térben jól elhatárolhatók korábbi és későbbi biztosítási eseményektől és azok következményeitől, új biztosítási eseménynek minősülnek. Ezt az elhatárolást a Biztosító orvosa végzi.
- (5) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset napja.

IV. fejezet

A baleseti műtéti térítésre vonatkozó biztosítási szolgáltatás

- (1) A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkeztakor kifizeti a meghatározott műtétekre az 1. számú mellékletben meghatározott biztosítási összegnek jelen kiegészítő biztosítás feltételeinek részét képező listában meghatározott százalékát.
- (2) A Biztosító az orvos-szakmában szokásos műtéteket nehézségi fokuknak megfelelően 5 csoportba sorolta. Az első csoportba sorolt műtétek esetén a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége 0%. A második csoportban lévő műtétek elvégzése esetén a Biztosító térítési kötelezettsége a biztosítási összeg 25%-a, a harmadik csoportban az 50%-a, a negyedik csoportban 100%-a és az ötödik csoportban a biztosítási összeg 200%-a.
- (3) A műtétek kivonatos listája melléklet formájában a Különös Feltételek részét képezi. (2. számú melléklet) A részletes lista a Biztosítónál tekinthető meg. A listában nem szereplő műtétek besorolását a Biztosító orvosa a WHO-kódok alapján végzi. A besorolásoknál a Biztosító azt tekintette legfontosabb szempontnak, hogy a műtét az általános orvosi gyakorlat szerint milyen fizikai és anyagi megterhelést jelent az ügyfél számára, illetve milyen hosszú ideig tart a gyógyulás, felépülés folyamata.
- (4) A biztosítási szolgáltatás a következő korlátozásokkal kerül kifizetésre:
 - A kifizetendő térítés egy biztosítási éven belül (biztosítási tartam egésze alatt) nem haladhatja meg a választott biztosítási összeg kétszeresét.
 - Olyan műtétek, sebészeti beavatkozások esetén, amelyek elvégzését a szerződés megkötése előtt fennálló betegségek jelentősen előidéztek, azokban közrehatottak (legalább 25%-ig), a Biztosító a térítési összeget a közrehatás mértékével csökkentetten fizeti ki.
 - A Biztosítottnak a biztosítás tartama alatt több biztosítási esemény bekövetkezése esetén is összesen legfeljebb a választott biztosítási összeg ötszöröse fizethető ki szolgáltatásként.
- (5) A biztosítási esemény bekövetkezése után, a Biztosító szolgáltatását követően, a szerződés a Szerződő további díjfizetése mellett továbbra is fennmarad, figyelembevéve a III. fejezet (4) pontot.

V. fejezet

A biztosítás tartama, megszűnése

- (1) A biztosítás 1–18 éves tartamra, egész évekre köthető, de lejáratá nem haladhatja meg a főbiztosítás lejáratát. A szerződés tartamát úgy kell megválasztani, hogy lejáratkor a Biztosított életkora ne haladja meg a 18 évet.
- (2) Ha a főbiztosítás bármely okból megszűnik, díjmentes leszállításra kerül, vagy a főbiztosítás biztosítási eseménye kapcsán a rendszeres díj fizetését a Biztosító folytatja, azzal egyidejűleg jelen kiegészítő biztosítás is automatikusan megszűnik.
- (3) Jelen kiegészítő biztosítás lejáratkor kifizetés nélkül megszűnik abban az esetben is, ha nem történt biztosítási esemény.
- (4) A kockázatviselés megszűnése után bekövetkezett biztosítási eseményre a Biztosítónak szolgáltatási kötelezettsége nincs.

VI. fejezet

A Biztosítottak életkora

A biztosítás 0–18 éves korig köthető.

VII. fejezet

A biztosítási összegek

A baleseti rokkantságra és baleseti műtéti térítésre vonatkozó biztosítási összegeket az 1. számú melléklet tartalmazza.

VIII. fejezet

A biztosítási díj

- (1) A biztosítás díja éves. A kiegészítő biztosítás díjfizetési gyakorisága meg kell egyezzen a főbiztosítás díjfizetési gyakoriságával. A részletekben történő díjfizetés esetén a Biztosító pótlékot számíthat fel, amelynek mértéke változhat. A Biztosító a pótlék mértékének változásáról legalább 30 nappal előtte írásban értesíti a Szerződőt.
- (2) A biztosítási díj kiszámítása a Biztosító díjszabása alapján történik, amelynél a Biztosító figyelembe veheti a Biztosított egészségi állapotát, kórelőzményét, foglalkozását, a rendszeresen végzett sporttevékenységét, a biztosítás időtartamát és a biztosítási összeget.
- (3) A biztosítási díjat a Biztosító 5 éves tartamokra garantálja. Az 5 év elteltével a Biztosító a biztosítási díjat felülvizsgálhatja és új díjtételt állapíthat meg, ha a műtétek száma jelentős statisztikai változást mutat, valamint ha számos új műtéti eljárás került bevezetésre. Ez a folyamat a tartam egésze alatt a biztosítás kezdetének időpontjától 5 évente megismétlődhet. Erről a Biztosító a biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal értesíti a Szerződőt.

IX. fejezet

A szolgáltatási igény bejelentése

A műtéti térítésre vonatkozó szolgáltatási igény bejelentése

- (1) A szolgáltatási igény benyújtásához az Általános Személybiztosítási Feltételek XXII. fejezetében szabályozott iratokon túl a következő iratokat kell csatolni:
 - a műtéti leírást,
 - a kórházi zárójelentést és
 - az esetleg egyéb rendelkezésre álló orvosi dokumentumokat.

- (2) A szolgáltatási igény elbírálása során a Biztosító kérheti további dokumentumok benyújtását (pl. a biztosítási eseményt megelőző, a biztosítási eseménnyel kapcsolatos egészségi állapotra vonatkozó igazolások) és további orvosi vizsgálatokat is elvégeztethet. A vizsgálatok lefolytatásának kezdeményezésére és azok elvégzésére a Biztosító orvosa jogosult.

X. fejezet

Egyéb rendelkezések

- (1) Jelen kiegészítő biztosítás nem rendelkezik maradékjogokkal, így nem vehető fel rá kötvénykölcsön, nem díjmentesíthető és nem vásárolható vissza.

- (2) Jelen kiegészítő biztosítás a többlethozam-visszatérítésből nem részesedik.

1. számú melléklet

Biztosítási szolgáltatás	Biztosítási összeg
Baleseti rokkantság	1 000 000 Ft
Baleseti műtéti térítés	100 000 Ft

2. számú melléklet

I. csoport (0%-os térítés)

Külső fül varrása
Szemgödri implantátum behelyezése
Bőralatti vérömleny eltávolítása
Bőr összevarrása

II. csoport (25%-os térítés)

Bőr traumás hiányának megszüntetése (félvastag bőrátültetés)
Külbokaszalag varrata műtéttel
Csavarozás (csonttörésnél)
Egy lábujj amputációja
Szem kötőhártyájának varrása
Artéria-lekötés
Nyelvsérülés helyreállítása
Érsérülés helyreállítása varrással
Vékonybél-sérülés varrása
Végbél sérülésének varrása
Hímvesztő sérülésének varrása
Izomsérülés helyreállítás
Feszítő ínvarrat kézen
Ín helyreállítása műtéttel
Ujjízületbe protézis beültetése
Leszakadt térdszalag műtéti rögzítése, helyreállítása
Elülső keresztszalag varrata térdízületben műtéttel
Mell baleseti sérülésének kimetszése
Sérült ideg varrása

III. csoport (50%-os térítés)

Teljes vastagságú bőrátültetés
Arccsont és állkapocscsont törések műtéti helyreállítása
Állcsont kimetszése és rekonstrukciója/csontgraft, prothézis
Mellkasfal sérülés rekonstrukciója
Kéz-sérülés komplex ellátása
Érvarrat a fej nyak területén
Érsérülés ellátása folttal
Rekeszizom varrása (trauma miatt)
Ízületi ficam műtéti helyreállítása
Hasnyálmirigy sérülés ellátása
Léptávolítás sérülés miatt
Gerincvelő körüli vérömleny eltávolítása
Agyburok alatti vérömleny eltávolítása

Agyállományból vérömleny eltávolítása
Kisagy vérömleny eltávolítása
Lemezes műtéti rögzítés csonttörésnél
Végtagi csonttörések velőúr szögezése
Traumás szemsérülés miatt egyik szem eltávolítása
Achilles ínruptúra rekonstrukciója
Velőúr sinezés
Combnyak szegezés

IV. csoport (100%-os térítés)

Nyakcsigolyatörés, csonthelyreállító lemezes műtét
Baleseti gégesérülés miatti gégecsonkolás
Gerinctörés, csontdarabok kiemelése, műtéti ellátása
Lábszár, lábfej amputációja baleset miatt
Kisagy és mélyagyi régiók részleges kiirtása sérülés miatt
Agyhártya, agykéreg sérülés ellátása
Helyreállító műtét nagy amputáció után
Lumbopelvicus gerinc-stabilizáció
Koponya-nyak átmenet csigolya sérülésének ellátása
Mellkasfal rekonstrukció + fémimplantátum
Agylebenyeltávolítás
Totál térdprotézis beültetés roncsolásos baleset után
Totál csípőprotézis
Totál vállprotézis
V. csoport (200%-os térítés)
Kar, kézfej amputációja sérülés miatt
Impressziós koponyatörés ellátása
Nyílt koponya, agysérülés komplex ellátása
Teljes gégekiirtás baleseti sérülés miatt
Comb amputációja baleset miatt (egyoldali is)
Szívpitvar sérülésének ellátása
Szívkamra sérülésének ellátása
Liquorcsgorgás fülön keresztül, agyalapi sérülés komplex ellátása
Agy egyik féltekéjének az eltávolítása
Hasi főütőér traumás sérülésének ellátása
Mellkasi főütőér sérülésének ellátása
Hasi artériák sérülésének ellátása
Hasi vénák sérülésének ellátása
Hörgők és tüdő varrása
Kombinált mellső-hátsó gerincstabilizáció