

Az AXA szolgáltatásai az Ön pénzügyi biztonságaért

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 lehetőségeket javasoljunk, amelyek megfelelnek ügyfeleink különböző életszakaszaiban 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 érünk

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, újító 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.

Résztvényeseink 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 továbbfejlődésre ösztönözzük őket.

A környezet iránt

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

Ügyfélértékelő – 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 Ügyfélértékelőt, továbbá az általános és különös szerződési feltételeket, majd ezek ismeretét erősítse meg az ajánlat aláírásával.

A biztosítási időszak

A biztosítás határozott tartamra 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 Személybiztosítási Feltételek tartalmazzák.

A biztosítási esemény

A biztosítási eseményeket és az azokhoz kapcsolódó szolgáltatásokat a termékek 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 készpénzben szolgáltat.

A szerződés megszűnése

A biztosítási szerződés megszüntetési lehetőségével (visszavásárlás) kapcsolatosan a jogi tudnivalókat az Általános Személybiztosítási és a vonatkozó Különös Feltételek, az egyes termékekre 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. Felmondás esetén a Biztosító kockázatviselése a felmondás kézhezvételének napján megszűnik. A szerződés létrejöttéről szóló értesítés kézhezvételétől 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 Személybiztosítási Feltételek, valamint a termék Különös Feltételei tartalmazzák.

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 jogszabályokban foglalt rendelkezéseket, 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 érdekképviselői 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 titkosszolgálati 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 kötvénynyilvántartást vezető Hivatallal, az állományáttruházás 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 ügygel 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 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 pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzése és megakadályozása

A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvényben foglaltak értelmében kötelező az ügyfél-átvilágítás a jogszabályban meghatározott esetekben, így különösen a szerződéses kapcsolat keletkezésénél és a szolgáltatás igénybevételekor, illetve a 3,6 millió forintot elérő vagy meghaladó összegű ügyleti megbízás teljesítése 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 jogalanya, aki/amely 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 természetes-, vagy jogi személy, aki/amely a biztosítási esemény bekövetkezésekor a Biztosító szolgáltatását igénybe veheti, akinek számlájára a biztosítási összeg kifizetése megtörténik. A kedvezményezettet a szerződés létrejöttekor vagy tartama alatt lehet megjelölni. A kedvezményezett személye később írásban módosítható.

Mit jelent a tartam kifejezés?

Az az időszak, amelynek során a biztosítási szerződés életben van. A tartam vége előre meghatározott dátumhoz vagy esemény bekövetkezéséhez 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. A Szerződő és a Biztosított köteles a Biztosító írásban feltett kérdéseire a valóságnak megfelelő választ adni.

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 termékre egyaránt jellemző, míg a Különös Feltételek az egyes biztosítási termékekre 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 termékre jellemző Különös Feltételekkel együtt elválaszthatatlan egységet képez.

Mikor kell orvoshoz menni?

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

Mi történik, ha a Szerződő 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 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-re 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 termékek Különös Feltételeiben találja.

Milyen információs források állnak rendelkezésre?

Az életbiztosításhoz kapcsolódó befektetési egységek napi árfolyamáról és az eszközalapok befektetési politikájáról 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. 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. Végző esetben lehetőség van bírósági út igénybevételére is.

Zeusz feltétel csomag

Általános Személybiztosítási Feltételek

Z 6105 Svájci frank alapú, folyamatos díjas Zeusz főbiztosítás különös feltételek

Z 0110 Baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás különös feltételek

Z 0111 Baleseti rokkantságra szóló 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 fogyatékosság 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 jelenteni.

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 órájkor 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 díjelőleget 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 orvosiilag 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 eltelte 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 üzőtt 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 kiterjesztheti 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 új 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 termékeknel 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 többleshozamából 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 használtat 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 kockázatalbírálás 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, s kedvezményezett, illetőleg a Szerződő jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása, szándékosan elkövetett bűncselekménye,
 - 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, határvillongás, forradalom, zendülés, puccs vagy puccskísérlet, népi megmozdulás, terrorcselekmény, felvonulás, sztrájk, munkahelyi rendbontás.
 - felkelésben, lázadásban vagy zavargásban való részvétel, kivéve ha erre belföldön valamilyen hivatali vagy közszolgálati kötelességteljesítés 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 valamilyen 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 orvosiilag kialakultnak, véglegesnek tekinthető.

- (7) Balesetbiztosítási termékeknek 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 beszerezze.
 - 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 adatszerzés 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 adatszerzési 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 kötvénykölcson 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 díjhátralékot, 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 díjelmaradást) 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 tőbblethozamából 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 kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli; a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálatnak; a Biztosítónak, a biztosításközvetítőnek, a szaktanácsadónak, a harmadik országbeli Biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselőjének, ezek érdek-képviselői 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 (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló Biztosítóknak; az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvévő Biztosítónak; a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében a Kártalanítási Számlát kezelő szervezetnek, az Információs Központnak, 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 meghiúsulásával 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.

Z 6105 Folyamatos díjas Zeus

Svájci frank alapú, folyamatos díjas 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 hatályos magyar jogszabályok vonatkoznak.

I. fejezet

Fogalmak és meghatározások

- (1) Befektetési egység: az eszközalap befektetéseiben való arányos részesedést megtestesítő elszámolási egység.
- (2) Befektetési egység eladási ára: az az ár, amellyel a Biztosító a befektetni szándékozott összeget befektetési egységekké számítja át.
- (3) Befektetési egység vételi ára: az az ár, amellyel a Biztosító a szolgáltatás kiszámítása, illetve a költségek elszámolása során a befektetési egységeket svájci frankra számítja át.
- (4) Díjjóváírás: a forintban befizetett díj jóváírása a Szerződő számláján, svájci frankban kifejezett aktuális eladási áron számított befektetési egységekben történik.
- (5) Értékelési nap: az a nap, amikor a Biztosító a befektetési egységek aktuális vételi és eladási árát svájci frankban meghatározza.
- (6) Kezdeti befektetési egység: az első és második éves rendszeres díjból vásárolt befektetési egység.
- (7) Felhalmozási befektetési egység: a kezdeti egységeken túl vásárolt összes befektetési egység.
- (8) Bónusz díjhatárok: évente egyszer változtatható díjnagyságok, amelyeknek a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő összegét elérő rendszeres díj esetén a Szerződő többletjövőírás formájában kedvezményt kap. A szerződéskötés időpontjában érvényes bónusz díjhatárok összege és többlet jóváírások mértéke a feltétel 3. számú mellékletének (1) pontja tartalmazza.
- (9) Tranzakció: Az ügyféltől függő, a befektetéshez kapcsolódó esemény, mint pl. díjjóváírás, átváltás, átirányítás, részleges és teljes visszavásárlás.
- (10) Devizanem: A termék svájci frank alapú, azaz a szolgáltatásokat, költségeket és egységárfolyamokat svájci frankban közli és tartja nyilván a Biztosító. Kivéve a díjhoz kötődő költséget, miután ennek valutáneme forint.

II. fejezet

A biztosítási szolgáltatás

- (1) A Biztosított halála esetén a garantált haláleseti biztosítási összeg, illetve a Szerződő számláján nyilvántartott befektetési egységek aktuális értéke közül a magasabb összeg kerül kifizetésre a kedvezményezett javára.
- (2) A biztosítási tartam 10. és 15. évfordulóján egyösszegű időszaki kifizetésre kerülhet sor a kedvezményezett javára. Ezen esetekben a rendszeres díjból származó aktuális felhalmozási egységek maximum 50%-a kerülhet kifizetésre az évfordulót követő egy éven belül. Az időszaki kifizetésre kerülő egységek a felhalmozási egységek közül, az eszközalapok értékeinek arányában kerülnek kiválasztásra. Az időszaki kifizetést kivonási költség nem terheli. Az időszaki kifizetés végrehajtásának időpontját a

Szerződő választhatja meg a rendelkezésre álló egy éven belül. A kifizetésre kerülő egységek árfolyama a Szerződő által megnevezett időpontot követő legközelebbi értékelési napon érvényes vételi árfolyam lesz.

- (3) A IV. fejezet szerinti határozott tartam végén a Biztosító kifizeti a Szerződő számláján nyilvántartott befektetési egységek aktuális értékét.
- (4) A szolgáltatás devizaneme svájci frank, de az ügyfél kérésére a Biztosító a forintban való kifizetést is teljesítheti.

III. fejezet

Kiegészítő biztosítások

- (1) A Z 6105 jelű Zeusz főbiztosítás (továbbiakban főbiztosítás) mellé bármely biztosítási évfordulón kiegészítő biztosítások köthetők, amit a Biztosított és a Szerződő a biztosítási évforduló előtt 30 nappal írásban, egészségi nyilatkozat kitöltésével kérhet. Ezen biztosítási termékek listáját a feltétel 3. számú mellékletének (13) pontja tartalmazza.
- (2) A Biztosító korlátozhatja a kiegészítő biztosítások éves díjai összegének és a főbiztosítás éves díjának arányát.
- (3) A kiegészítő biztosítások biztosítási összegeit a biztosítási évfordulón lehet módosítani. A biztosítási összegek emelésének elfogadását a Biztosító orvosi vizsgálatához vagy egészségügyi nyilatkozathoz kötheti.
- (4) A kiegészítő biztosítások futamideje annak a biztosítási évnél a végéig tart, melyben a Biztosított betölti a választott kiegészítő biztosítás Különös Feltételeiben meghatározott maximális megengedett életkort, amennyiben a főbiztosítás időközben nem szűnik meg. A kiegészítő biztosítások bármely biztosítási hónapfordulón megszüntethetők.

IV. fejezet

A biztosítás tartama

A biztosítás 10 és 20 év közötti egész évekre köthető.

V. fejezet

A Biztosított életkora

A biztosítás 15–65 éves korig köthető, de lejáratkor a Biztosított életkora nem haladhatja meg a 75 évet.

VI. fejezet

A garantált haláleseti biztosítási összeg

- (1) A garantált haláleseti biztosítási összeget (GHBÖ) a Biztosított belépési életkora és a rendszeres biztosítási díj figyelembevételével meghatározott minimális és maximális értékek között szerződéskötéskor a Szerződő fél határozza meg. A szerződéskötéskor érvényes GHBÖ a kezdeti biztosítási összeg. A GHBÖ-t növelheti az elfogadott értékkövetés (XVIII. fejezet) és a rendkívüli díjnövelés (X. fejezet), valamint megváltoztathatja a VI. fejezet (2) pontban szereplő emelési vagy csökkentési lehetőség. Az elfogadott

értékkövetésen kívül a GHBÖ minden megnövelése esetén ismételt kockázat-elbírálásra kerülhet sor, melynek felmerülő költségeit a Szerződő viseli.

- (2) A Szerződő az alábbiak szerint bármely biztosítási hónapfordulón kérheti a GHBÖ növelését vagy csökkentését.
 - Amennyiben a Szerződő a VI. fejezet (1) pontban leírtak szerint meghatározott maximális GHBÖ-nél nagyobb összeget választ, a biztosítás rendszeres díja is megemelkedik. A díjemelkedés mértéke a GHBÖ emelésének arányával megegyezik.
 - A Szerződő a GHBÖ csökkentését is kérheti, de a csökkentett összeg a VI. fejezet (1) pontban leírtak szerint meghatározott minimális érték alá nem kerülhet.

VII. fejezet

Biztosítási díj

- (1) A biztosítás díja forintban meghatározott éves díj, amely fizethető havi-, negyedéves és féléves részletekben is.
- (2) A díjfizetési gyakoriságnak megfelelő bónusz díjhatárok összegét elérő rendszeres díjfizetés esetén a Szerződő kedvezményben részesül [XIV. fejezet (5) pont].
- (3) A Szerződőnek lehetősége van a rendszeres díjat esedékessége előtt befizetni. Előrefizetés esetén a Szerződő előrefizetési szándékát egyértelműen rögzítő írásbeli nyilatkozatra van szükség.
- (4) Amennyiben az előrefizetéssel fedezett időszak biztosítási évfordulót is magába foglal, úgy arra az évfordulóra vonatkozóan az értékkövetés elutasítottnak tekintendő [XVIII. fejezet (5)].

VIII. fejezet

Eseti egyszeri díjak

- (1) A Szerződőnek a rendszeres díjfizetésen túl lehetősége van korlátlan számú eseti egyszeri díj befizetésére. Az eseti díjak díjfizetésére a Biztosító külön számlaszámot ad meg. Azok a díjak melyek erre a számlaszámra érkeznek eseti díjként kerülnek befektetésre az eszközalapokba.
- (2) A befizetett eseti egyszeri díjakból a Biztosító felhalmozási befektetési egységeket vásárol.
- (3) Az eseti egyszeri díj minimális összege a feltétel 3. számú mellékletének (2) pontjában található.
- (4) Eseti egyszeri díj befizetésére már a szerződéskötéskor is van lehetőség.
- (5) Az eseti egyszeri díj befektetésére a XIV. fejezet (2) pontja szerint kerül sor.
- (6) Eseti egyszeri díj befizetésekor a Biztosító díjbeszedési költséget nem von le.
- (7) A befizetett eseti díjak a rendszeres díjtól eltérően is allokálhatók, amennyiben az allokációs nyilatkozat a díj beérkezését követő két munkanapon belül a Biztosító központjába beérkezik.
- (8) Az eseti egyszeri díjból származó egységeket a Szerződő számláján (XIV. fejezet) a Biztosító nevesítve is nyilvántartja.
- (9) Eseti díjat a tartam során kizárólag átutalással lehet fizetni. Az átutalási bankszámlaszám a 3. számú melléklet (15) pontjában található.

IX. fejezet

Díjfizetési késedelem

- (1) Amennyiben a Szerződőnek díjmaradása van a rendszeres díjak vonatkozásában, és az elmaradt díjakat 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 90 nap után megszűnik, illetve díjmentessé válik.
- (2) A Szerződő a visszavásárlási értékre jogosult, amennyiben a befektetési egységek aktuális értéke nem haladja meg a Biztosító által meghatározott minimális díjmentes leszállítási 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.
- (3) Amennyiben a Szerződő a biztosítási díjat az esedékesség időpontjáig nem egyenlíti ki, és a befizetésre halasztást sem kapott, vagy a Biztosító a biztosítási díj iránti igényét bírósági úton nem érvényesíti, a Biztosító az első elmaradt díj esedékességétől számított, 90 napig viseli a kockázatot. Ezalatt az idő alatt a Szerződő az elmaradt díjat pótolhatja.

X. fejezet

Rendkívüli díjnövelés

- (1) A Szerződő a második biztosítási évet követő bármely díjfizetési gyakoriság szerinti fordulón kérheti a rendszeres díj növelését.
- (2) Rendkívüli díjnövelés esetén a Szerződő írásban nyilatkozik arról, hogy kívánja-e a díj növelésével együtt a garantált haláleseti biztosítási összeg növelését is.
- (3) A Biztosító meghatározhatja a rendkívüli díjnövelés minimális értékét.

XI. fejezet

Eszközalapok

- (1) Minden eszközalap befektetési egységekből áll, amely egységek az eszközalap befektetett eszközeiben való arányos részesedést testesítenek meg.
- (2) Az eszközalap célja a befektetett eszközök értékének hosszú távú növelése. A befektetések hozama növeli az eszközalap, és ezáltal a befektetési egységek értékét. Az egyes eszközalapok a befektetések típusában, ezáltal a várható hozamban és a befektetés kockázatában különböznek egymástól.
- (3) A Szerződő a biztosítás megkötésekor a díj százalékában meghatározva megválasztja a rendszeres díj különböző eszközalapokban való elhelyezésének arányát.
- (4) Az eseti egyszeri díjak a Szerződő eltérő tartalmú rendelkezése hiányában a rendszeres díjaknak megfelelő arányban kerülnek elhelyezésre az eszközalapokban [VIII. fejezet (7) pont].
- (5) A Biztosító korlátozhatja az egyes eszközalapokban elhelyezett rendszeres, illetve eseti egyszeri díjak arányát. A korlátozás feltételei a feltétel 3. számú mellékletének (11) pontjában találhatók. Amennyiben a Biztosító megváltoztatja az arányok mértékét, a változásról a Szerződőt a változtatás előtt legalább 60 nappal írásban tájékoztatja.

- (6) A Biztosítónak jogában áll eszközalapokat létrehozni és megszüntetni. A Biztosító a Szerződőt legalább 60 nappal a tervezett megszüntetés előtt írásban értesíti és a megszűnő eszközalap egységeit az ügyfél által választott eszközalap befektetési egységeire költségmentesen átváltja, amennyiben a Szerződő erre vonatkozó írásbeli rendelkezése az eszközalap megszüntetése előtt legalább 15 nappal a Biztosítóhoz beérkezik. A rendelkezés alapján a továbbiakban beérkező díjak is a megjelölt eszközalapba kerülnek, feltéve hogy az utolsó allokációs döntés értelmében a megszűnő eszközalap befektetési célként jelölve volt.
- (7) Amennyiben a Szerződő a megszűnő eszközalapban elhelyezett befektetéseinek átváltásáról rendelkező írásbeli nyilatkozata az eszközalap megszüntetése előtt 15 nappal nem érkezik be a Biztosítóhoz, úgy a Biztosítónak jogában áll az általa előre meghatározott, és az ügyféllel közölt napon és eszközalapba átváltani a Szerződő befektetési egységeit. A későbbiekben befizetett díjak szintén ebbe az eszközalapba kerülnek, feltéve hogy az utolsó allokációs döntés értelmében a megszűnő eszközalap befektetési célként jelölve volt.
- (8) A megszüntetett eszközalap befektetési egységeit a Biztosító vételi áron váltja át az új eszközalap befektetési egységeire. Eszközalap megszüntetése esetén az átváltás költségét a Biztosító fedezi.
- (9) A Biztosítónak jogában áll az eszközalapok befektetési politikáját módosítani. A Biztosító a Szerződőt legalább 60 nappal a tervezett módosítás előtt írásban értesíti a módosítás jellemzőiről. Amennyiben a tervezett módosítás időpontja előtt legalább 15 nappal a Biztosítóhoz beérkezik a Szerződő írásbeli rendelkezése a módosuló eszközalapban elhelyezett befektetési egységeinek más eszközalapba való átváltásáról, úgy a Biztosító az átváltást költségmentesen végrehajtja és befekteti az ügyfél által megjelölt eszközalapba, feltéve hogy az utolsó allokációs döntés értelmében a módosuló eszközalap befektetési célként jelölve volt.
- (10) Amennyiben a tervezett módosítás előtt legalább 15 nappal a Biztosítóhoz a Szerződő írásbeli rendelkezése nem érkezik be, úgy az adott eszközalapban való egységek nem kerülnek áthelyezésre és a Biztosító a továbbiakban befizetett díjakat is a módosult eszközalapba fekteti, feltéve hogy az utolsó allokációs döntés értelmében a módosuló eszközalap befektetési célként jelölve volt.
- (11) Az ügyfél rendelkezése alapján történő átváltás (XI. fejezet (6) és (9) pont) során a Biztosító a XV. fejezet (3) pontja szerint jár el.
- (12) A szerződéskötéskor választható eszközalapok listáját a 3. sz. melléklet (10) pontja, az egyes eszközalapok összetételét a 4. sz. melléklet tartalmazza.

XII. fejezet

Az eszközalapok értékelése

- (1) A Biztosító az eszközalapokat rendszeresen értékeli annak érdekében, hogy a befektetési egységek vételi és eladási árát meghatározza. Az értékelésre lehetőség szerint minden munkanapon, de naptári hetenként legalább egyszer sor kerül.
- (2) Az eszközalapok értéke az értékelés napján rendelkezésre álló befektetett eszközök és a fennálló kötelezettségek értékének különbözete.
- (3) A Biztosítónak jogában áll az eszközalapok értékéből levonni a befektetett eszközök vételével és eladásával összefüggő közvetlen költségeket.
- (4) A Biztosító éves alapkezelési díjat határoz meg az eszközalap értékének százalékában, amely az adott eszközalap minden értékelési napján az előző értékeléstől eltelt idővel arányosan kerül elszámolásra.

A szerződés létrejöttékor érvényes alapkezelési díjat a feltétel 3. számú mellékletének (3) pontja tartalmazza. Az éves alapkezelési díj a biztosítás tartama során változhat, de az éves alapkezelési díj nem haladhatja meg a 2%-ot. Az éves alapkezelési díj változásáról a Biztosító a Szerződőt a hatálybalépés előtt legalább 60 nappal írásban tájékoztatja.

- (5) Az éves alapkezelési díj az egyes eszközalapok tekintetében eltérő lehet.

XIII. fejezet

A befektetési egységek árának meghatározása

- (1) Az eszközalapok indításakor a Biztosító határozza meg a befektetési egységek eladási és vételi árát.
- (2) A befektetési egység vételi ára az eszközalap aktuális értékének és a befektetési egységek számának hányadosa.
- (3) Az eladási és a vételi ár közötti különbséget az eladási ár százalékában a 3. sz. melléklet (9) pontja határozza meg.

XIV. fejezet

A befektetések nyilvántartása

- (1) A Szerződő által fizetett rendszeres díjakat a Biztosító elkülönítetten, befektetési egységek formájában tartja nyilván.
- (2) A befektetési egységekben történő jóváírás feltétele, hogy a díj azonosítható módon (kötvényszám, név, cím,) érkezen be, továbbá hogy a Szerződő megfelelő, a Biztosító által rendelkezésre bocsátott érvényes és hatályos (papír vagy elektronikus alapú) nyomtatvány felhasználásával rendelkezzen az allokációról. Az egységekben történő jóváírás a fentieknek eleget tevő díjjóváírást követő legkésőbb ötödik értékelési nap aktuális eladási árfolyamán történik. Az első díj jóváírására a biztosítási kötvény kibocsátásakor, befektetésére a kötvényesítést követő első értékelési napon kerül sor. Az első díjjal együtt befizetett azonosítható eseti egyszeri díjak az első díjjal azonos napon kerülnek befektetésre.
- (3) Az első két évben esedékes rendszeres díjakat a Biztosító kezdeti befektetési egységekben helyezi el.
- (4) A harmadik évtől kezdődően esedékes és megfizetett rendszeres díjakat, valamint a tartam kezdetétől az eseti egyszeri díjakat a Biztosító felhalmozási befektetési egységekben helyezi el.
- (5) A bónusz díjhatár összegét elérő rendszeres díjfizetés esetén a Biztosító a befizetett díj összegénél magasabb összeget ír jóvá a szerződésen. A magasabb (bónusz díjhatár szerinti) jóváírás a teljes rendszeres díjra vonatkozik. A biztosítás megkötésekor érvényes magasabb jóváírás mértéke a feltétel 3. számú mellékletének (1) pontjában található. A kétféle magasabb jóváírás közül csak az egyik alkalmazható.

XV. fejezet

Átváltás

- (1) A Szerződő kérésére a befektetési egységek bármikor a Biztosító által meghatározott más eszközalapba helyezhetők. A Szerződő az átváltási kérelem benyújtásakor az átváltandó összeget az adott alapon nyilvántartott befektetési egységeinek százalékában határozza meg. Átváltási kérelemként csak a

Biztosító által rendelkezésre bocsátott érvényes és hatályos (papír vagy elektronikus alapú) nyomtatvány használható fel.

- (2) Egy átváltás során csak egy egységalap egységeinek számát lehet csökkenteni, és egy vagy több egységalap egységeinek számát növelni.
- (3) Az egységek levonása az eszközalapból és jóváírása a megjelölt eszközalapokba a kérelem Biztosító központjába való beérkezését követő legkésőbb ötödik értékelési napon érvényes vételi áron történik. A 13 óra utáni beérkezés következő munkanapi beérkezésnek felel meg.
- (4) Le nem zárult átváltási tranzakció közben érkezett átváltási kérelem beérkezési dátumának a lezárást követő munkanap tekintendő.
- (5) Átváltás végeredményeként a XI. fejezet (5) pontban említett, feltétel 3. számú mellékletének (11) pontja által meghatározott értékarányoknak teljesülniük kell.
- (6) Egy biztosítási év során az első két átváltás költségmentes, a további átváltásokért a Biztosító e feltétel 3. számú mellékletének (5) pontjában meghatározott átváltási költséget vonja le a Szerződő számlájáról. Egy átváltásnak csak az egy egységalapból egy vagy több egységalapba irányuló tranzakció számít.

XVI. fejezet

Átírányítás

- (1) A jövőbeli rendszeres díjak egyes befektetési eszközalapokban való elhelyezésének aránya a Szerződő kérésére bármikor módosítható. Egy biztosítási év során az első átírányítás költségmentes, a további átírányításokért a Biztosító a feltétel 3. számú mellékletének (5) pontjában meghatározott átírányítási költséget vonja le a Szerződő számlájáról. Átírányítási kérelemként csak a Biztosító által rendelkezésre bocsátott érvényes és hatályos (papír vagy elektronikus alapú) nyomtatvány használható fel. Az átírányítási kérelem beérkezését követően jóváírt befektetések már a kérelemben rögzített allokáció szerint történnek.
- (2) Átírányítás során a XI. fejezet (5) pontban említett, a Biztosító által meghatározott díjarányokat figyelembe kell venni.

XVII. fejezet

Terhelések a Szerződő számláján

- (1) A haláleseti kockázat díja: A Biztosító minden biztosítási hónapfordulón a Szerződő számlájáról levonja a haláleseti kockázat fedezetére szolgáló – a Biztosított aktuális életkorával számított – kockázati díjat. A díjtételeket a feltétel 2. számú melléklete tartalmazza. A haláleseti biztosítási összeg (amelyre a kockázati díj vonatkozik) a garantált haláleseti biztosítási összeg és a Szerződő számláján levő egységek vételi áron számított értékének különbsége, megnövelve az el nem számolt terhelésekkel.
- (2) Kiegészítő biztosítások díja: A Biztosító minden biztosítási hónapfordulón a Szerződő számlájáról levonja a választott kiegészítő biztosítási szolgáltatások fedezetére szolgáló biztosítási díjakat.
- (3) Adminisztrációs költség: A szerződés fenntartásával és adminisztrációjával kapcsolatos havonta esedékes költség. [(3. számú melléklet (7.))]
- (4) El nem számolt terhelések: Az előző pontokban felsorolt terhelések a Szerződő számláján nyilvántartott felhalmozási befektetési egységekből kerülnek levonásra úgy, hogy a levonás esedékességének időpont-

jában érvényes vételi áron az esedékes költségterheket a Biztosító befektetési egységekké váltja át, majd az eszközalapokban nyilvántartott befektetési egységek számát ezzel csökkenti. A még el nem számolt terheléseket a Biztosító nyilvántartja. Levonásra akkor kerülnek, amikor a Szerződő számláján nyilvántartott felhalmozási egységek aktuális értéke legalább akkora, mint az el nem számolt terhelések számláján levő követelés. A Szerződőnek a folyamatos díjfizetés fenntartása mellett el nem számolt terhelése csak a tartam első négy évében lehet. Ha a Szerződő számláján nyilvántartott felhalmozási befektetési egységek a negyedik biztosítási év végén nem nyújtanak fedezetet az el nem számolt terhelésekre, a Biztosító a szerződést visszavásárolja és az esedékes összegekkel csökkentett visszavásárlási értéket kifizeti.

- (5) Díjbeszedési költség: A Biztosító díjbeszedési költséget von le a Szerződő számlájáról minden díjfizetés esedékességének alkalmával. A díjbeszedési költség kezdeti összegét a feltétel 3. számú mellékletének (6) pontja tartalmazza. A díjbeszedési költség naptári évenként legfeljebb a XVIII. fejezet (2) pont szerint felajánlott értékkövetéssel egyező mértékben változhat. A díjbeszedési költség változásáról a Biztosító a Szerződőt évforduló előtt legalább 30 nappal írásban értesíti. A díjbeszedési költség devizaneme forint.
- (6) Kezdeti költség: A Biztosító a szerződéssel kapcsolatos induló költségek fedezetére a kezdeti egységek aktuális számát a tartam végéig, de legfeljebb 15 évig minden biztosítási év végén 8,5%-kal csökkenti.
- (7) Ha a Szerződő számláján nyilvántartott befektetési egységek különböző eszközalapokban vannak befektetve, akkor az (1)–(4) pontban szereplő költségek az egyes eszközalapokból értékarányosan kerülnek levonásra.

XVIII. fejezet

A biztosítás értékének megőrzése

- (1) A főbiztosítás értékkövetését a Biztosító a következők szerint kínálja a Szerződőnek.
- (2) A biztosítás értékének megőrzését a rendszeres biztosítási díj évenkénti emelésének lehetősége biztosítja. Az ehhez tartozó garantált haláleseti biztosítási összeg a biztosítás díjával azonos arányban növekszik. Ebben az esetben a Biztosító eltekint egy újabb kockázat-elbírálástól.
- (3) Az értékkövetéshez használt díjindex (az évenkénti díjnövekedés mértéke) a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett, előző naptári év fogyasztói árindex és a Magyar Nemzeti Bank által meghatározott svájci frank-forint árfolyam változása közül a nagyobbiknak a figyelembevételével kerül meghatározásra. A használt díjindex az előzőekben leírt árindextől legfeljebb 5 százalékponttal térhet el.
- (4) A biztosítási díj és a garantált haláleseti összeg emelkedése a biztosítás megkötését követő első biztosítási évfordulón kezdődik és évente ismétlődik. A díjnövekedés mértékét a Biztosító minden naptári év július 1-jére vonatkozóan határozza meg és ez a mérték július 1-jétől a következő naptári év június 30-ig van érvényben.
- (5) A biztosítási évfordulót megelőzően (legalább 30 nappal) a Biztosító minden évben értesítést küld a megemelkedett garantált haláleseti biztosítási összegről és a megemelkedett díjról. A Szerződőnek jogában áll a díjemelést (értékkövetést) 30 napon belül visszautasítani. Ha ezt nem teszi meg, a Biztosító a megnövelt biztosítási összeget és díjat tekinti érvényesnek. Az értékkövetési lehetőség a garantált haláleseti biztosítási összegre és a kiegészítő biztosítások biztosítási összegeire vonatkozóan két egymást követő elutasítás után elvész, azonban a rendszeres díj tekintetében az értékkövetés lehetősége továbbra is érvényben marad.

XIX. fejezet

Öngyilkosság

- (1) Amennyiben a Biztosított halálának oka a szerződés hatálybalépésének napjától számított két éven belüli öngyilkossága, a Biztosító a hiánytalan bejelentést követő legközelebbi értékelési napon érvényes, a Szerződő számláján nyilvántartott befektetési egységek értékét fizeti ki.
- (2) A Biztosított szerződéskötéstől számított két év után elkövetett öngyilkossága által bekövetkezett halála esetén a Biztosító a II. fejezetben meghatározott összeget fizeti ki, amennyiben a megelőző két évben nem volt egyedi garantált haláleseti biztosítási összegnövelés. Amennyiben volt, úgy a Biztosító az emelést megelőzően érvényes garantált haláleseti biztosítási összeget veszi figyelembe a haláleseti összeg kifizetésekor.

XX. fejezet

Visszavásárlás

- (1) Jelen főbiztosítás rendelkezik az Általános Személybiztosítási Feltételek XXV. fejezetében leírt visszavásárlási joggal, a XX. fejezet (3) pontja szerinti korlátozás figyelembevételével.
- (2) A szerződés visszavásárlási értéke a kezdeti és felhalmozási egységekre számított értékek összegének és a XVII. fejezet (3) pontjában leírt el nem számolt terheléseknek a különbözete.
- (3) A kockázatviselés kezdetétől számított első hat hónapban a rendszeres díjakból származó befektetési egységek visszavásárlási értéke nulla.
- (4) A befektetési egységekre számított érték a felhalmozási egységek aktuális értéke és a kezdeti egységek aktuális számának az 1. számú mellékletben található visszavásárlási táblázatban feltüntetett hányadából a hiánytalan visszavásárlási kérelem Biztosító központjába történő beérkezését követő legkésőbb ötödik napon érvényes vételi áron számított összeg. A 13 óra utáni beérkezés a következő munkanapi beérkezésnek felel meg.
- (5) Az eseti egyszeri díjakból vásárolt felhalmozási egységekre számított érték a felhalmozási egységek számának a hiánytalan visszavásárlási kérelem Biztosítóhoz történő beérkezését követő legkésőbb ötödik napon érvényes vételi áron számított összege.
- (6) Hiánytalan visszavásárlási kérelemnek a Szerződő nevét, címét, a kötvényszámot, az igényelt összeget és a Szerződő aláírását tartalmazó irat tekintendő. A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy telefax útján érkezett visszavásárlási kérelmet indokolt esetben csak az eredeti irat beérkezését követően teljesítse a jelen fejezet (4) pontjának megfelelően.
- (7) Visszavásárlás esetén a Biztosító kivonási költséget von le, melynek értéke a feltétel 3. számú mellékletének (8) pontjában található.

XXI. fejezet

Részleges visszavásárlás

- (1) A második biztosítási évfordulót követő tetszőleges biztosítási hónapfordulón a Szerződő kérheti a szerződés részleges visszavásárlását, amennyiben nincs el nem számolt terhelése. Részleges vissza-

vásárlás csak a felhalmozási egységek terhére lehetséges. A visszavásárlás értéke kifejezhető svájci frankban vagy a Szerződő számláján nyilvántartott befektetési egységek százalékában.

- (2) A befizetett eseti egyszeri díjakból származó egységek a tartam során bármikor részlegesen visszavásárolhatók.
- (3) A részleges visszavásárlás esetén alkalmazott árfolyam a hiánytalanul kitöltött részleges visszavásárlási kérelemnek a Biztosítóhoz történő beérkezését követő legkésőbb ötödik értékelési napon érvényes vételi ár. A 13 óra utáni beérkezés következő napi beérkezésnek felel meg.
- (4) Részleges visszavásárlás esetén is érvényesek a XX. fejezet (6) pontjában leírtak.
- (5) Részleges visszavásárlás esetén a Biztosító kivonási költséget von le, melynek értéke a feltétel 3. számú mellékletének (8) pontjában található. A Biztosító a minimális visszavásárlási összeget meghatározhatja.
- (6) Rendszeres díjból származó felhalmozási egységek terhére történő részleges visszavásárlás esetén a Biztosító meghatározhatja a számlán maradó felhalmozási egységek minimális értékét.

XXII. fejezet

Díjmentes leszállítás

- (1) Jelen főbiztosítás rendelkezik az Általános Személybiztosítási Feltételek XXVI. fejezetében leírt díjmentes leszállítás jogával.
- (2) A szerződés díjmentesen leszállítható, ha a biztosítás rendelkezik a Biztosító által meghatározott minimális visszavásárlási értékkel.
- (3) A díjmentes leszállítás alapja a szerződés visszavásárlási értéke. Díjmentes leszállítás esetén a Biztosító a Szerződő kezdeti befektetési egységeit az 1. számú mellékletben található visszavásárlási táblázat szerint felhalmozási befektetési egységekké váltja át.
- (4) Díjmentesen leszállított szerződés esetén nincs garantált haláleseti biztosítási összeg, valamint a díjmentes leszállításkor a szerződéshez kötött kiegészítő biztosítások automatikusan megszűnnek.
- (5) A Biztosító a díjmentesen leszállított szerződés esetében is érvényesíti az éves alapkezelési díjat [XII. fejezet (4)].
- (6) Díjmentesen leszállított szerződésre eseti egyszeri díjak továbbra is befizethetők, valamint a szerződés XX. fejezetében leírtak szerint visszavásárolható.
- (7) A Szerződő kérheti a díjmentesen leszállított szerződés visszaállítását. A szerződés visszaállításakor fizetendő rendszeres díjat a Szerződő választja meg az aktuális minimális díj figyelembevételével. A szerződés visszaállításakor a garantált haláleseti biztosítási összeget a Biztosító a választott rendszeres díjhoz tartozó minimális szinten határozza meg. Amennyiben a Szerződő a garantált haláleseti biztosítási összeget növelni kívánja, a VI. fejezet (2) pontja szerint kell eljárnia. A visszaállításhoz a Biztosító orvosi vizsgálatot előírhat.

XXIII. fejezet

Rendszeres pénzkivonás

- (1) Rendszeres pénzkivonásra a díjmentesen leszállított szerződés esetén van lehetőség. A díjmentes leszállítás lehetővé teszi, hogy a Szerződő – felhalmozási befektetési egységeinek eladása révén – rendszeres időközönként pénzt vonjon ki a biztosításából. A kivonni kívánt pénzmennyiség összegszerűen adható meg. A rendszeresen kivont összeg nem lehet kevesebb a Biztosító által meghatározott összegnél. A rendszeres pénzkivonás első kivonására a részleges visszavásárlás (XXI. fejezet) meghatározásai és szabályai érvényesek.
- (2) Rendszeres pénzkivonás esetén a Biztosító a Szerződő számláját pótlólagos költségeivel terheli, amelynek aktuális értékét a feltétel 3. számú mellékletének (8) pontja tartalmazza.
- (3) Rendszeres pénzkivonásra mindaddig lehetőség van, amíg arra a Szerződő számláján nyilvántartott befektetési egységek aktuális értéke fedezetet nyújt. Azon a biztosítási hónapfordulón, amelyen a befektetési egységek aktuális értéke már nem nyújt fedezetet a rendszeres pénzkivonás teljes összegének kifizetésére, a Biztosító a befektetési egységek aktuális értékét fizeti ki és ezzel a biztosítás megszűnik.

XXIV. fejezet

Kötvénykölcsön

- (1) A szerződés nem rendelkezik az Általános Személybiztosítási Feltételek XXVII. fejezetében leírt kötvénykölcsön jogokkal.
- (2) A szerződés a Biztosító partnerbankjai által nyújtott kedvezményes hitel fedezetűl szolgálhat a partnerbank által meghatározott feltételek szerint.
- (3) A felhalmozási egységek hitelfedezetül való felhasználása esetén a kötvényt záradékkal kell ellátni.

XXV. fejezet

Meghosszabbítás

- (1) A Szerződő a tartam végének elérése előtt legalább 60 nappal írásban kérheti a szerződés meghosszabbítását.
- (2) A meghosszabbítás során a szerződés díjmentesített, tartam nélküli szerződéssé alakul át.
- (3) A tartam nélküli szerződésre eseti egyszeri díj bármikor fizethető.
- (4) A tartam nélküli szerződés részben vagy teljesen bármikor visszavásárolható.
- (5) A tartam nélküli szerződés egy év elteltével a Szerződő írásbeli kérésére tartamossá alakítható.

XXVI. fejezet

Záradék

Jelen biztosítási szerződésre az Általános Személybiztosítási Feltételek XXVI. fejezet (5) pontja és XXVIII. fejezete nem vonatkozik, egyéb pontjaiban a díjtartalék fogalma alatt a befektetési egységek aktuális értéke az el nem számolt terhelésekkel csökkentetten értendő.

1. számú melléklet

A táblázat adatai a kezdeti egységek visszavásárlási értékeit mutatják a választott tartam és az eltelt idő függvényében:

Eltelt évek	Tartam										
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
0	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
1	45%	41%	38%	34%	32%	29%	29%	29%	29%	29%	29%
2	49%	45%	41%	38%	34%	32%	32%	32%	32%	32%	32%
3	54%	49%	45%	41%	38%	34%	34%	34%	34%	34%	34%
4	59%	54%	49%	45%	41%	38%	38%	38%	38%	38%	38%
5	64%	59%	54%	49%	45%	41%	41%	41%	41%	41%	41%
6	70%	64%	59%	54%	49%	45%	45%	45%	45%	45%	45%
7	77%	70%	64%	59%	54%	49%	49%	49%	49%	49%	49%
8	84%	77%	70%	64%	59%	54%	54%	54%	54%	54%	54%
9	92%	84%	77%	70%	64%	59%	59%	59%	59%	59%	59%
10	100%	92%	84%	77%	70%	64%	64%	64%	64%	64%	64%
11		100%	92%	84%	77%	70%	70%	70%	70%	70%	70%
12			100%	92%	84%	77%	77%	77%	77%	77%	77%
13				100%	92%	84%	84%	84%	84%	84%	84%
14					100%	92%	92%	92%	92%	92%	92%
15						100%	100%	100%	100%	100%	100%
16							100%	100%	100%	100%	100%
17								100%	100%	100%	100%
18									100%	100%	100%
19										100%	100%
20											100%

2. számú melléklet

A táblázat a KSH által hivatalosan közzétett 1990. évi férfi néphalandósági táblából 4,5% biztonsági pótlékkal számított havi kockázati díjakat tartalmazza. A nők esetében a 7 évvel fiatalabb férfigalandság a kockázati díj alapja, mivel a hivatkozott statisztikák alapján, a nemek közötti halandóság különbségét a 7 éves eltolás fejezi ki.

Kor	Férfi	Nő
15	0,005964%	0,002931%
16	0,007305%	0,002754%
17	0,008737%	0,002400%
18	0,010263%	0,002134%
19	0,011794%	0,002045%
20	0,012884%	0,002668%
21	0,013530%	0,004804%
22	0,013641%	0,005964%
23	0,013842%	0,007305%
24	0,014134%	0,008737%
25	0,014788%	0,010263%
26	0,015988%	0,011794%
27	0,017555%	0,012884%
28	0,019404%	0,013530%
29	0,021356%	0,013641%
30	0,023413%	0,013842%
31	0,025394%	0,014134%
32	0,027576%	0,014788%
33	0,029961%	0,015988%
34	0,032462%	0,017555%
35	0,035268%	0,019404%
36	0,038293%	0,021356%
37	0,041542%	0,023413%
38	0,044931%	0,025394%
39	0,048841%	0,027576%
40	0,053289%	0,029961%
41	0,058387%	0,032462%
42	0,063968%	0,035268%
43	0,069956%	0,038293%
44	0,076375%	0,041542%
45	0,083152%	0,044931%

Kor	Férfi	Nő
46	0,090213%	0,048841%
47	0,097582%	0,053289%
48	0,105491%	0,058387%
49	0,113979%	0,063968%
50	0,123405%	0,069956%
51	0,133630%	0,076375%
52	0,144724%	0,083152%
53	0,156443%	0,090213%
54	0,168970%	0,097582%
55	0,182056%	0,105491%
56	0,195663%	0,113979%
57	0,209985%	0,123405%
58	0,224877%	0,133630%
59	0,240549%	0,144724%
60	0,257114%	0,156443%
61	0,274436%	0,168970%
62	0,292358%	0,182056%
63	0,311113%	0,195663%
64	0,330972%	0,209985%
65	0,352102%	0,224877%
66	0,373590%	0,240549%
67	0,395134%	0,257114%
68	0,418248%	0,274436%
69	0,444630%	0,292358%
70	0,475460%	0,311113%
71	0,510225%	0,330972%
72	0,547154%	0,352102%
73	0,588668%	0,373590%
74	0,636034%	0,395134%
75	0,691471%	0,418248%

3. számú melléklet

Az alábbi adatok 2008. március 31-től érvényesek.

Díjak

1)	Bónusz díjhatárok és többlet jóváírások	
	Éves 300 000 Ft-tól	101%
	Éves 600 000 Ft-tól	102%
2)	Minimális eseti egyszeri díj:	50 000 Ft

Költségek

3)	Alapkezelési költség:	1,75%/év (naponta (1,75/365)% kerül levonásra)
4)	Átváltási költség:	biztosítási évenként az első kettő: ingyenes, minden további: 2%, min. 3 CHF, max. 20 CHF
5)	Átírányítási költség:	biztosítási évenként az első: ingyenes minden további: ingyenes
6)	Díjbeszedési költség:	250 Ft/díjfizetési esedékesség
7)	Adminisztrációs költség:	2,5 CHF/hó
8)	Kivonás költsége:	a kivont összeg 3%-e, min. 3 CHF max. 20 CHF
9)	Vételi-eladási árkülönbség:	rendszeres és eseti díjra egyaránt: 3%

Egyéb adatok és tudnivalók

- 10) Választható eszközalapok:
- a) Basel eszközalap
 - b) Matterhorn eszközalap
- 11) Allokáció:
- Ha a Szerződő vásárol valamely eszközalapból, akkor a díj minimálisan 5%-át kell az adott eszközalapba helyezni. Átváltás esetén az eszközalap értékének legalább 5%-át kell átváltani. Az allokációs százalékarányokat egész szám pontossággal kell megadni.
- 12) Kivonás minimuma: 300 CHF

Kiegészítő biztosítások

- 13) Választható kiegészítő biztosítások és alapdíjuk
- Z 0110 Baleseti halál kiegészítő biztosítás,
 - Z 0111 Baleseti rokkantság kiegészítő biztosítás
- 14) Kiegészítő biztosítások alapdíja
- Z 0110 Baleseti halál kiegészítő biztosítási összegének 2%-e,
 - Z 0111 Baleseti rokkantság kiegészítő biztosítási összegének 2%-e
- 15) A folyamatos díj számlaszáma: 10918001-00000003-01590879
Az eseti egyszeri díj számlaszáma: 10918001-00000003-01594440

4. számú melléklet

Általános befektetési szabályok

A befektetési jegyeket az őket kibocsátó alap kategóriájának megfelelően kell figyelembe venni. A befektetési alapokba fektető alapok besorolása a mögöttes termék(ek) kategóriájának megfelelően történik.

A partnerkockázat kezelésére az alapkezelő szigorú partnerminősítést alkalmaz, így csak a legjobb minősítésű befektetési alapkezelők által kezelt alapokban tartja az ügyfelek rá bízott vagyonát.

Az eszközalapokban rövid pozíciók létesítése nem megengedett.

Az eszközalapok árfolyam-ingadozásának mértékét ábrákkal szemléltetjük.

Az eszközalapok részletes befektetési politikája, valamint az aktuális árfolyamuk megtekinthető a www.axa.hu weboldalon.

Basel eszközalap

Az eszközalap célja, hogy a befektetők számára minden időszakban inflációt meghaladó hozamot biztosítson. Az eszközalapot főként olyan, fejlett államok által kibocsátott kötvények alkotják, amelyek kifizetései az adott országot jellemző árszínvonal emelkedéshez vannak kötve, így védelmet biztosítanak az infláció ellen (az infláció emelkedésével párhuzamosan emelkedő kifizetések – emelkedő névérték). A befektetések részét képezhetik fejlődő államok, illetve vállalatok által kibocsátott tőkeindexált kötvények is. Ezen instrumentumok árazási technikájának és a névértékük évente történő felértékelődésének eredményeként emelkedő inflációs környezetben magasabb hozamot érnek el, mint a hagyományos hitelviszonyt megtestesítő értékpapírok.

Stratégiai korlátok

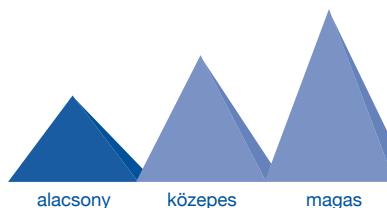
- az eszközalap maximum 15%-os mértékben tarthat pénzeszközt a portfólióban
- az eszközalap minimum 85%-át kötvény típusú befektetésben kell tartani

Az eszközalap árfolyamát befolyásoló tényezők

- devizaárfolyam-ingadozások
- országgkockázat
- globális gazdasági tendenciák alakulása

Nyilvántartás pénzneme: CHF

Az eszközalap árfolyam-ingadozásának mértéke:



Matterhorn eszközalap

Ezt az eszközalapot azon ügyfeleknek ajánljuk, akik 10-20 éves befektetési időtávban gondolkodnak, akik szeretik a kihívásokat. Magas részvény aránya miatt elsősorban azoknak kedvez, akik a magasabb árfolyam-ingadozás ellenére ragaszkodnak a kiemelkedő hozam lehetőségéhez. Az átlagosnál nagyobb volatilitás kiküszöbölésére erősen diverzifikált az eszközalap. Ennek megfelelően a befektetések között megtalálhatók a fejlődő piacok (Kelet- és Délkelet-Európa Latin-Amerika, Afrika Ázsia) gazdasági növekedésből profitáló vállalatok részvényei, trendi régiókban, trendi iparágakban tevékenykedő cégek értékpapírai. Az eszközalap kisebb hányadát képviselő kötvénybefektetéseket az állampapírpiaconál magasabb hozamot ígérő úgynevezett high-yield, valamint a fejlődő piacok államkötvényei teszik ki. A megfelelő diverzifikáció érdekében az eszközalap különböző mezőgazdasági és ipari nyersanyagokat is vásárol.

Stratégiai korlátok

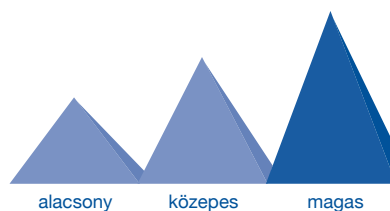
- az eszközalap maximum 15%-os mértékben tarthat pénzeszközt a portfólióban
- a hitelviszonyt megtestesítő értékpapírok minimális súlya 12%, maximális súlya 18%
- a portfólió legalább 55%-át kell, de maximum 85%-át lehet nemzetközi részvényekben tartani
- az árupiaci termékek súlya nem lehet kevesebb 12%-nál, de nem haladhatja meg a 18%-ot

Az eszközalap árfolyamát befolyásoló tényezők

- részvényárfolyam-ingadozások
- kamatláb-változások
- devizaárfolyam-ingadozások
- globális gazdasági tendenciák alakulása
- partnerkockázat
- politikai kockázat
- visszafizetési kockázat

Nyilvántartás pénzneme: CHF

Az eszközalap árfolyam-ingadozásának mértéke:



Z 0110 Baleseti halál kiegészítő biztosítás különös feltételek

Az AXA Biztosító Zrt. (1074 Budapest, Rákóczi út 70–72.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei ezen szerződés részét képezik. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a magyar jogszabályok és a Biztosító Általános Személybiztosítási Feltételei az irányadók. Jelen kiegészítő biztosítás kizárólag főbiztosítás mellé köthető.

I. fejezet

A Biztosító szolgáltatása

A Biztosító a biztosítási esemény (Általános Személybiztosítási Feltételek VII. fejezet) bekövetkeztekor a következő szolgáltatást nyújtja:

- (1) Ha a halál a baleset napjától számított egy éven belül a baleset következményeként következik be, a Biztosító kifizeti a baleseti halál biztosítási összegét. A haláleseti biztosítási összegből az ugyanazon balesetből következő rokkantsági kifizetést a Biztosító levonja.
- (2) Amennyiben a Biztosító a baleseti rokkantsági összeget a baleseti halál bekövetkezése előtt kifizette és ennek a kifizetésnek az összege meghaladta a baleseti halál összegének kifizetését, a Biztosító a többletkifizetés összegét nem követelheti vissza.
- (3) A baleseti halál összegére szóló biztosítási összeg eltérhet a főbiztosítás összegétől, ám életbiztosítás esetén a kiegészítő biztosítás összege nem haladhatja meg a főbiztosítás összegének háromszorosát.

II. fejezet

A biztosítás területi hatálya

A biztosítási védelem az egész világra kiterjed.

III. fejezet

A biztosítás tartama

A biztosítás 1–25 évig, egész évekre köthető.

IV. fejezet

A Biztosítottak életkora

A biztosítás megköthető születéstől 64 éves korig, de a Biztosított életkora nem haladhatja meg lejáratkor a 65. életévet.

V. fejezet

A biztosítási összeg

A biztosítási összeget a Szerződő választhatja meg a szerződés megkötésekor, tekintettel az I. fejezet (3) pontban rögzítettekre.

VI. fejezet

A biztosítási díj

A kiegészítő biztosítás díjfizetési gyakoriságának meg kell egyeznie a főbiztosítás díjfizetési gyakoriságával.

VII. fejezet

A biztosítás értékének megőrzése

A kiegészítő biztosítás értékének megőrzését a Biztosító a következők szerint kínálja a Szerződőnek.

- (1) A kiegészítő biztosítás értékének megőrzését (értékkövetés) a rendszeres biztosítási díj évenkénti emelésének lehetősége biztosítja. Az ehhez tartozó biztosítási összeg a kiegészítő biztosítás díjával azonos arányban növekszik. Ebben az esetben a Biztosító eltekint egy újabb kockázatelbírálástól. Amennyiben a Szerződő a felajánlott értékkövetésen felül kívánja emelni a biztosítási összeget, a Biztosító élhet az újbóli kockázatelbírálás lehetőségével.
- (2) Az értékkövetéshez használt díjindexet (az évenkénti díjnövekedés mértéke) a Biztosító állapítja meg úgy, hogy az a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett, előző naptári év fogyasztói árindexétől legfeljebb 5 százalékponttal tér el.
- (3) A biztosítási díj és a biztosítási összeg emelkedése a kiegészítő 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 és a megemelkedett díjról. A Szerződőnek jogában áll a díjemelést (értékkövetést) 30 napon belül visszautasítani. Ha ezt nem teszi meg, a Biztosító a megnövelt biztosítási összeget és díjat tekinti érvényesnek. Az értékkövetési lehetőség a biztosítási összegre vonatkozóan két egymást követő elutasítás után elvész.
- (5) A Biztosító minden évben együtt és egyidejűleg ajánlja fel a főbiztosítás és a kiegészítő biztosítás értékkövetését. Amennyiben a főbiztosításra a Szerződő nem kér értékkövetést, a kiegészítő biztosítás értékkövetésére külön nincs mód.

VIII. fejezet

Egyéb rendelkezések

- (1) Ha a Szerződő főbiztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a Baleseti halál kiegészítő biztosítása is.
- (2) A Baleseti halál kiegészítő biztosítás nem rendelkezik maradékjogokkal, így nem vásárolható vissza, nem részesedik a többlethozam-visszatérítésben, nem szállítható le díjmentesen és nincs lehetőség kölcsön felvételére sem.

Z 0111 Baleseti rokkantság kiegészítő biztosítás különös feltételek

Az AXA Biztosító Zrt. (1074 Budapest, Rákóczi u. 70-72.) – a továbbiakban Biztosító – által kiadott Általános Személybiztosítási Feltételek ezen szerződés részét képezik. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a magyar jogszabályok és a Biztosító Általános Személybiztosítási Feltételei az irányadók. Jelen kiegészítő biztosítás kizárólag főbiztosítás mellé köthető.

I. fejezet

A Biztosító szolgáltatása

A Biztosító a biztosítási esemény (Általános Személybiztosítási Feltételek VII. fejezet) bekövetkeztekor a következő szolgáltatást nyújtja:

- (1) Ha a baleset napjától számított egy éven belül kiderül, hogy a baleset következményeként a Biztosított egészsége tartósan károsodott (rokkant), a Biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a rokkantság mértékével megegyező részét fizeti.
- (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 bekövetkezte 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.
- (10) A baleseti rokkantság összegére szóló biztosítási összeg eltérhet a főbiztosítás biztosítási összegétől, ám életbiztosítás esetén a kiegészítő biztosítás biztosítási összege nem haladhatja meg a főbiztosítás biztosítási összegének háromszorosát.

II. fejezet

A biztosítás területi hatálya

A biztosítási védelem az egész világra kiterjed.

III. fejezet

A biztosítás tartama

A biztosítás 1–25 évig, egész évekre köthető.

IV. fejezet

A Biztosítottak életkora

A biztosítás megköthető születéstől 64 éves korig, de a Biztosított életkora nem haladhatja meg lejáratkor a 65. életévet.

V. fejezet

A biztosítási összeg

A biztosítási összeget a Szerződő választhatja meg a szerződés megkötésekor, az I. fejezet (10) pont figyelembevételével.

VI. fejezet

A biztosítási díj

A kiegészítő biztosítás díjfizetési gyakoriságának meg kell egyeznie a főbiztosítás díjfizetési gyakoriságával.

VII. fejezet

A biztosítás értékének megőrzése

A kiegészítő biztosítás értékének megőrzését a Biztosító a következők szerint kínálja a Szerződőnek.

- (1) A kiegészítő biztosítás értékének megőrzését (értékkövetés) a rendszeres biztosítási díj évenkénti emelésének lehetősége biztosítja. Az ehhez tartozó biztosítási összeg a kiegészítő biztosítás díjával azonos arányban növekszik. Ebben az esetben a Biztosító eltekint egy újabb kockázatbírálástól. Amennyiben a Szerződő a felajánlott értékkövetésen felül kívánja emelni a biztosítási összeget, abban az esetben a Biztosító élhet az újbóli kockázatbírálás lehetőségével.
- (2) Az értékkövetéshez használt díjindexet (az évenkénti díjnövekedés mértéke) a Biztosító állapítja meg úgy, hogy az a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett, előző naptári év fogyasztói árindexétől legfeljebb 5 százalékponttal tér el.
- (3) A biztosítási díj és a biztosítási összeg emelkedése a kiegészítő biztosítás megkötését követő első biztosítási évfordulón kezdődik és évente ismétlődik. A díjnövekedés mértékét a Biztosító minden naptári év július 1-jére vonatkozóan határozza meg és ez a mérték július 1-jétől 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 és a megemelkedett díjról. A Szerződőnek jogában áll a díjemelést (értékkövetést) 30 napon belül visszautasítani. Ha ezt nem teszi meg, a Biztosító a megnövelt biztosítási összeget és díjat tekinti érvényesnek. Az értékkövetési lehetőség a biztosítási összegre vonatkozóan két egymást követő elutasítás után elvész.
- (5) A Biztosító minden évben együtt és egyidejűleg ajánlja fel a főbiztosítás és a kiegészítő biztosítás értékkövetését. Amennyiben a főbiztosításra a Szerződő nem kér értékkövetést, a kiegészítő biztosítás értékkövetésére külön nincs mód.

VIII. fejezet

Egyéb rendelkezések

Ha a Szerződő főbiztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a Baleseti rokkantság kiegészítő biztosítása is.

A baleseti rokkantság kiegészítő biztosítás nem rendelkezik maradékjogokkal, így nem vásárolható vissza, nem részesedik többlethozam-visszatérítésben, nem szállítható le díjmentesen és nincs lehetőség kölcsön felvételére sem.

