

Az AXA megoldásai a pénzügyi biztonságért

Mindannyiunk igénye az, hogy életünk biztos alapokra épüljön és magabiztosan készülhessünk a jövőre.

A mi feladatunk, hogy ehhez olyan biztosítási, nyugdíj-előtakarékosági, egészségbiztosítási illetve befektetési megoldásokat 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 érzünk

Ügyfeleink iránt

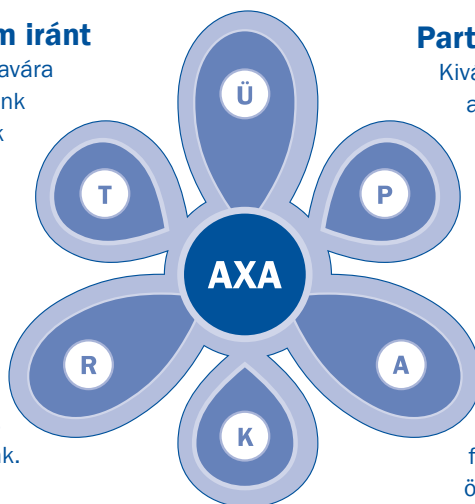
Ügyfeleinknek következetesen hatékony szolgáltatásokat és testre szabott megoldásokat kínálunk, ugyanakkor messzemenően betartjuk a szakma legszigorúbb etikai szabályait.

A társadalom iránt

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

Részvényeseink iránt

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



Partnereink iránt

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

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.

Ügyféltájékoztató – Általános információk

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

A biztosítási szerződés tartama, a kockázatviselés kezdete

A biztosítási szerződés határozott tartamra köthető. A biztosítás a kockázatvállalás kezdetének időpontjától, az ajánlat felvételét és az első díj a Biztosító számlájára történő beérkezését követő nap 0 órájától a szerződésben meghatározott tartam utolsó napjának 24 órájáig tart. Az ezzel kapcsolatos részletes szabályokat az Általános Személybiztosítási Feltételek tartalmazzák.

A biztosítási esemény

A biztosítási eseményeket és az azokhoz kapcsolódó szolgáltatásokat a főbiztosítás és a kiegészítő biztosítások Különös Feltételei tartalmazzák.

A díjfizetés

A díjfizetés jellemzően átutalással, csoportos beszédési megbízás útján történik, amely a díjfizetés tartama alatt megváltoztatható a Biztosítóhoz írásban benyújtott nyilatkozat alapján. A díjfizetés havi, negyedéves, féléves vagy éves gyakoriságú, illetve eseti. A díjfizetés gyakorisága a biztosítási évfordulón változtatható meg, a Biztosítóhoz előzetesen benyújtott írásbeli kérelem alapján. A kiegészítő biztosítások díjfizetése 5 évvel rövidebb a főbiztosításénál.

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 szolgáltatása havonta folyósított járadék, de az ügyfél rendelkezése szerint lehet egyösszegű kifizetés is. A Biztosító a lejáratú szolgáltatást automatikusan indítja el, de lehetőséget ad a szolgáltatás elhalasztására is, melyet írásbeli nyilatkozattal kell kérni.

A szerződés megszűnése

A biztosítási szerződés megszüntetésére, visszavásárlására vonatkozó részletes rendelkezéseket az Általános Személybiztosítási- és a főbiztosítás-, valamint a kiegészítő biztosítások Különös Feltételei tartalmazzák. Az egyes termékek minimális visszavásárlási értékét a vonatkozó Különös Feltételek tartalmazzák.

A biztosítás felmondása

Az életbiztosítási szerződést csak az Ügyfél mondhatja fel. A szerződések lejárat előtti felmondása, (visszavásárlása) esetén a Biztosító – a tartamtól, az eltelt időtől és a befizetett díjaktól függő költséget számíthat fel. 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, kizárások

A Biztosító teljesítés alóli mentesülésének eseteit, és azokat a kockázati eseményeket, amelyek esetén a Biztosító nem szolgáltat (kizárt kockázat) részletesen az Általános Személybiztosítási Feltételek, valamint a főbiztosítás és a kiegészítő biztosítások Különös Feltételei tartalmazzák.

Biztosítási titok

A biztosítóról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (a továbbiakban Bit.) szerint biztosítási titok minden olyan – államtitoknak nem minősülő –, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

Adatvédelem

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a Biztosító az ügyfél írásbeli hozzájárulásával külföldi Biztosítóhoz vagy külföldi adatfeldolgozó szervezethez továbbítja az adatokat, amennyiben a külföldi cég adatkezelése minden egyes adatra nézve teljesíti a magyar jogszabályokat, valamint a külföldi cég székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályokat kielégítő adatvédelmi jogszabállyal. 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 nyilatkoztatási 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 képviselőjével, 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 állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő Biztosítóval, a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel szemben, ha a szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját. A Biztosító a nyomozó hatóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet kábítószerkereskedelemmel, terrorizmussal, illegális fegyverkereskedelemmel, vagy a pénzmosás bűncselekményével van összefüggésben. A Biztosító a nyomozó hatóságot a halaszthatatlan intézkedés jelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyési jóváhagyást nélkülöző megkeresésére is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott ügygel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a Biztosító az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségnek tesz eleget. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a magyar bűnüldöző szerv, illetőleg a Vám- és Pénzügyőrség Központi Bűnüldözési Parancsnoksága – a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva, vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv, illetőleg külföldi Pénzügyi Információs Egység írásbeli megkeresése teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól, amennyiben a megkeresés tartalmazza a külföldi adatkérő által aláírt titoktartási záradékot. 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 miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása. Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatok vagy az adatvédelmi

törvény szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén 20 év elteltével törölni kell. A Biztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a Bit. 157. § (1) bekezdés b), f) és j) pontjai, illetve a 157. § (5) bekezdése alapján végzett adattovábbításokról. A Biztosító a személyes adatokat a biztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A Biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének megíiusulásával 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. 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.

A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozásának 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 üzleti 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.

Mik azok az Általános és a Különös Feltételek?

Az Általános Feltételek az adott biztosítási ág valamennyi termékére egyaránt jellemző, míg a Különös Feltételek az egyes biztosítási termékekre egyénileg jellemző meghatározások és rendelkezések összessége.

Mi a biztosítási kötvény?

A biztosítási szerződés fő jellemzőiről (szerződő felek, díj, kedvezményezett) a Biztosító kötvényt állít ki, amely 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. Ha a biztosítási összeg tartam közben növekszik, a kockázatviselés ideje alatt is előírhat a Biztosító orvosi vizsgálatot, kockázatalbírálást. Az orvosi vizsgálat költségeit a Biztosító fizeti. Az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az Ügyfél az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.

Mi történik, ha nem tudja a díjat fizetni?

Ebben az esetben lehetőség van a szerződés érvényességének megtartására díjfizetés nélkül. A díjmentes leszállítás lényege, hogy az eltelt idő, a hátralévő tartam és a már befizetett díjak függvényében az ügyfél csökkentett szolgáltatásra jogosult.

Mit jelent az értékkövetés?

A biztosítás értékének megőrzése érdekében a Biztosító felajánlja a biztosítási díj növelésének lehetőségét. A biztosítási összeg kiszámításakor a Biztosító azt feltételezi, hogy az értékkövetés mértéke a díjfizetés alatt állandó, így a biztosítási összeg a díj módosulásával nem változik. Az évenkénti díjnövelés mértéke a Szerződő választása alapján 3-7%. A díjkövetési lehetőségeket bővebben a biztosítási termékek Különös Feltételeiben találja.

Részesedik-e többlethozam visszatérítésben a szerződés?

A szerződés a folyamatos biztosítási díjfizetési tartam, és a várakozási tartam alatt nem, kizárólag a járadékfolyósítási tartamban részesedik többlethozam visszatérítésben. A technikai kamaton felüli hozam 80%-át a Biztosító jóváírja a szerződésen, így a szolgáltatás (járadék) összege évente megemelkedik. A többlethozam visszatérítésre vonatkozó részletes szabályokat az Általános- és a termékre vonatkozó Különös Feltételek tartalmazzák.

Mit jelent, hogy az eszközalapnak lejáratra van?

Az adott eszközalap meghatározott futamidejű, vagyis előre meghatározott lejárat dátumig tart. Befizetéseket, egyéb pénzmozgásokat legfeljebb a futamidő alatt lehet teljesíteni.

Milyen információs források állnak rendelkezésre?

Az életbiztosításhoz kapcsolódó befektetési egységek napi árfolyamáról a www.axa.hu honlapon és a kedvezményesen hívható 06 40 30 30 30 AXAline számon tájékozódhat. Befektetéseinek aktuális elhelyezéséről és értékéről évente egyszer, illetve erre irányuló megkeresése esetén levélben tájékoztatjuk Önt.

Milyen jogot alkalmaznak az esetleges eljárások során?

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

Milyen adójogszabály vonatkozik az életbiztosítási szerződésre?

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

Hol érhető el leggyorsabban a Biztosító?

Amennyiben Biztosítónk tevékenységével kapcsolatban kérdése, esetleg bármilyen panasza keletkezne, kérjük, hogy telefonon a 06 40 30 30 30-as AXAline vonalon vagy írásban jelezze címünkre: 1138 Budapest, Váci út 135-139.

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 Nemzeti Fogyasztóvédelmi Hatósághoz (1088 Budapest, József krt. 6., tel.: 06 1 210 0373). Panaszokat a békéltető testületekhez is elő lehet terjesztetni, ám ezek ajánlása a Biztosító számára nem kötelező. Végző esetben lehetőség van bírósági út igénybevételére is.

Kilátó feltételcsomag

Általános Személybiztosítási Feltételek

A 9104 Kilátó befektetési egységekhez kötött járadékbiztosítás különös feltételei

A 9110 jelű Halálestre szóló kiegészítő biztosítás különös feltételei

A 9111 jelű Rokkantságra szóló kiegészítő biztosítás különös feltételei

A 9112 jelű Kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítás különös feltételei

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., 1138 Budapest, Váci út 135-139.), 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 szorulóak. Tartósan és teljesen munkaképtelennek kell tekinteni azokat, akik betegség, egyéb fogyatékosság miatt nem képesek kereső tevékenységre és ilyet nem is folytathatnak. Állandó gondozásra szorulóknak 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 ajánlat-tételkor, 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 lép. 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 Biztosított 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 Biztosított nyilatkozat a szerződés elválaszthatatlan részét képezi, amelynek megadása megtörténhet az ajánlaton és külön nyomtatványon is.
- (3) A Biztosító az ajánlat elfogadása előtt kockázatelbírálást 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 kockázatelbírálás eredményétől függően a Biztosító az ajánlatot elfogadja, elutasítja, vagy az ajánlatra módosító javaslatot tesz. Az ajánlat esetleges elutasítását, illetve a módosító javaslatot a Biztosító nem köteles megindokolni.
- (6) A Szerződő a módosító javaslatot annak közlésétől számított 15 napon belül írásban elutasíthatja.
- (7) A szerződés létrejön, ha a Biztosító az ajánlatot elfogadja és kötvényt állít ki.
- (8) A szerződés akkor is létrejön az ajánlatban foglalt feltételekkel, ha a Biztosító az ajánlatra az ajánlat átvételétől számított 15 napon belül nem nyilatkozik.

IV. fejezet

A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete

- (1) A Biztosító kockázatviselése a biztosítás első vagy egyszeri díjának a Biztosító számlájára vagy pénztárába történő megfizetését követő nap 0 órájakor kezdődik, feltéve, hogy a biztosítási szerződés már létrejött vagy létrejön.
- (2) Ha a Szerződő az első díjat a Biztosító képviselőjének fizeti, a díjat legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon a Biztosító számlájára, illetve pénztárába beérkezettnek kell tekinteni. A Szerződő azonban bizonyíthatja, hogy a díj korábban érkezett be.
- (3) A Biztosító kockázatviselése a szerződés hatálybalépésétől kezdődik. (A hatálybalépést az egyes termékek esetében a Különös Feltételek szabályozzák.)
- (4) Ha a Szerződő a díjat a biztosítási szerződés hatálybalépése előtt fizeti meg, ezt az összeget a hatálybalépés időpontjáig a Biztosító kamatmentes előlegként kezeli, amelyet a biztosítási kötvény kibocsátása után a biztosítási díjba beleszámít. Ha a biztosítási szerződés nem jön létre, a Biztosító a befizetett díjelőleget a Szerződőnek 15 napon belül kamatmentesen visszafizeti.
- (5) A Biztosító a szerződésben várákozási időt köthet ki. A Biztosító kockázatviselése a várákozási 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 várákozási idő

- (1) A várákozási 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 várákozási időt egyéb kikötés hiányában 6 hónapban állapítja meg. A várákozási 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 eltekint a várákozási 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 várákozási 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 várákozási idő a biztosítási időtartam alatt bekövetkező balesetekre és azok következményeire.
- (5) A várákozási 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 várákozási idő nélkülinek kell tekinteni. A Biztosító orvosi vizsgálat nélkül is eltekinthet a várákozási 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 mindenkor 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 napra írásban felmondhatja. Az életbiztosítási szerződést a Szerződő mondhatja fel a biztosítási évfordulót 30 nappal megelőzően.

XII. fejezet

A Szerződő jogai és kötelezettségei

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

XIII. fejezet

A Biztosított kötelezettségei a biztosítási esemény bekövetkezése után

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

XIV. fejezet

Közlési kötelezettség

- (1) A Szerződő és a Biztosított köteles a szerződéskötéskor a biztosítás elvállalása szempontjából minden olyan lényeges körülményt a Biztosítóval közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett. A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító kötelezettsége, ha a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt. Az ajánlattételkor írásban vagy telefonon feltett kérdésekre adott, a valóságnak megfelelő válasszal közlési kötelezettségüknek eleget tesznek. A kérdések megválaszolatlanul hagyása egymagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.
- (2) Ha a Biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, 15 napon belül írásban javaslatot tehet a biztosítási szerződés módosítására, illetve ha ezek ismeretében a kockázatot nem vállalhatja, a szerződést 30 napon belül felmondja.
- (3) A Szerződő köteles a biztosítási szerződésre vonatkozó összes változást annak bekövetkezésétől számított 30 napon belül írásban bejelenteni.
- (4) A Szerződő (Biztosított) köteles a szerződés tartama alatt a következő, a szerződést érintő lényeges változásokat 8 munkanapon belül írásban bejelenteni:
 - lakcím (Szerződő, Biztosított),
 - személyi adatainak megváltozása (Szerződő, Biztosított),
 - foglalkozás (Biztosított),
 - rendszeresen űzött sporttevékenység (Biztosított).
- (5) A Biztosító az életbiztosítási termék esetén a bejelentett, megváltozott körülmények hatására bekövetkező kockázatváltozás (csökkenés vagy növekedés) miatt a lecsökkent vagy megemelkedett kockázat fennállásának időszakára díjcsökkentést vagy díjemelést alkalmazhat. Miután a Biztosító értesül a Biztosított megváltozott körülményeiről, 15 napon belül írásban tájékoztatja a Szerződőt a megváltozott díjról. Amennyiben a megváltozott szerződést nem fogadja el vagy az értesítésre 15 napon belül nem válaszol, a szerződés kockázatnövekedés esetén a javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik.

A Biztosító baleset- és egészségbiztosítás esetén a megváltozott körülményekre (foglalkozás, rendszeresen űzött 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. 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 nappal 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 Biztosítottak nem róható fel,
- a Biztosított időközben elhunyt és az elhallgatott, vagy nem a valóságnak megfelelően közölt körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében,
- a biztosítási szerződés megkötése, illetve a változás bekövetkezése óta 5 év már eltelt.

- (9) Azt, hogy a (8) pontban leírt körülmények valamelyike fennáll, annak kell bizonyítania, aki azokra hivatkozik.
- (10) A felsorolt esetekben a biztosítási díj csak annak a biztosítási évnek a végéig jár a Biztosítónak, amelyben a közlési kötelezettség megsértését a Szerződő vagy a Biztosított írásban elismerte, vagy a bíróság azt valamelyikük, vagy mindkettőjük terhére megállapította.
- (11) Adatvédelem, titoktartási kötelezettség alóli felmentés
A Szerződő és a Biztosított az ajánlattételkor felhatalmazza a Biztosítót, hogy a szerződés megkötésével, fenntartásával és a Biztosító szolgáltatásával összefüggő adatokat – beleértve a Biztosított egészségi állapotára vonatkozó adatokat is – a Biztosító beszerezze és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja. Egyúttal felmentik az ezen adatokat szolgáltató és a Biztosított adatait kezelő egészségi intézményeket és személyeket a titoktartási kötelezettség alól. A Biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni és időbeli korlátozás nélkül megőrizni.

XV. fejezet

A biztosítási díj

- (1) A biztosítás díj lehet egyszeri vagy folyamatosan fizetendő éves díj.
- (2) Az egyszeri díj, illetve az éves díjfizetés első díja a szerződés hatálybalépésekor, minden későbbi díj pedig annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.
- (3) A Biztosító a biztosítási díj éves, féléves, negyedéves és havi részletekben történő kiegyenlítésére is lehetőséget ad. Ekkor éves, féléves, negyedéves és havi fizetési gyakoriságról beszélünk, és fizetési időszaknak nevezzük a biztosítási hónapos, negyedéves, féléves periódust. Az évesnél gyakoribb díjfizetés esetén a Biztosító pótdíjat számít fel, melynek mértéke változhat. A Biztosító a pótlék mértékének változásáról legalább 60 nappal előtte írásban értesíti a Szerződőt.
- (4) A biztosítási díj kiszámítása a Biztosító díjszabása alapján történik, melynél a Biztosító figyelembe veszi a Biztosított életkorát, nemét, egészségi állapotát, kórelőzményét, foglalkozását, a rendszeresen végzett sporttevékenységet, a biztosítás időtartamát, a biztosítási összeget és a díjfizetés gyakoriságát.
- (5) A biztosítási díj annak a biztosítási időszaknak a végéig esedékes, amelyben a biztosítási esemény bekövetkezett. A Biztosító a biztosítási összeggel együtt az utolsó díjköteles biztosítási időszak díján felüli esetleges túlfizetést is visszafizeti.
- (6) Az életbiztosításnál visszavásárlás és díjmentes leszállítás esetén a díj a fizetési időszak végéig esedékes.
- (7) A baleset- és egészségbiztosítási termékeknél a biztosítási esemény bekövetkezésekor a Biztosítót az egész évre szóló biztosítási díj illeti meg.

- (8) Amennyiben a Biztosító figyelembe veszi az életkort, annak helytelen bevallása esetén a Biztosító a Biztosítottak valódi életkorának megfelelő biztosítási összeget fizeti ki, a ténylegesen befizetett díj figyelembevételével.
- (9) A Biztosító az életbiztosítási termék esetén a biztosítási díjak egy részéből a biztosításmatematika elvei alapján életbiztosítási díjtartalékot képez. A díjtartalékot szerződésenként tartja nyilván és ez a szerződés visszavásárlásának, díjmentes leszállításának, a kötvénykölcsönnek és a befektetések többlethozamából 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 halasztást 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 Biztosítóknak írásban bejelenteni. A reaktiválást a Biztosító esetlegesen új egészségi nyilatkozat vagy orvosi vizsgálat meglétéhez, illetve kockázatelbírálás 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 veszítette 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 kötelestelteljesítés közben kerül sor.

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

- (3) A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a biztosítási esemény jogszabály szerint ionizáló vagy annak minősülő sugárzás, illetve nukleáris energia hatására következett be, kivéve ha a biztosítási esemény egészségbiztosítási szerződés hatálya alatt következett be.
- (4) Amennyiben a fentiek valamelyike teljesül, az életbiztosítási termékeknél a biztosítási összeg helyett a visszavásárlási összeg kerül kifizetésre.
- (5) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben a Biztosított olyan betegsége, amely a Biztosító kockázatviselése előtt bizonyíthatóan fennállott, és amelyet a kockázatviselést megelőző három éven belül kórisméztek, vagy amely ez idő alatt gyógykezelést igényelt.
- (6) Nem terjed ki a Biztosító kockázatviselése azokra az eseményekre sem, amelyek oka részben vagy egészben a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása. Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha a Biztosított egészségi állapota orvosilag kialakultnak, véglegesnek tekinthető.
- (7) Balesetbiztosítási termékeknél a biztosítási védelem nem terjed ki továbbá azokra az eseményekre, melyek összefüggésbe hozhatók:
 - a) az elme- és tudatzavarban bekövetkezett balesetekkel, ha azok a Biztosított alkohol, kábítószer vagy gyógyszerek okozta lényeges korlátozottsága miatt következtek be.
 - b) A Biztosítottat ért szívinfarktus, szívszélhűdés, agyvérzés folytán bekövetkező balesetekkel. A szívinfarktus semmilyen körülmények között sem tekinthető baleseti következménynek.
 - c) A Biztosított öngyilkossága vagy öncsonkítása miatt bekövetkező eseményekkel.
 - d) A Biztosított testén saját maga vagy az ő hozzájárulásával mások által végzett gyógyító kezelések és beavatkozások folytán előidézett testi károsodásokkal, amennyiben erre nem valamely balesetbiztosítási esemény következtében került sor.
- (8) A Biztosító kockázatviselése csak a biztosítási tartam alatt bekövetkező balesetek következményeire terjed ki.

XX. fejezet

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

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

XXI. fejezet

A biztosítási esemény bejelentése

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

XXII. fejezet

A biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez szükséges iratok

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

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

- e) hivatalos orvosi dokumentumok a betegség pontos diagnózisáról, a vizsgálat, az orvosi beavatkozás, műtét, ápolás, az állapot diagnosztizálásáról,
- f) kórházi zárójelentés,
- g) az egészségügyi intézmény által kibocsátott hivatalos számla, mely tartalmazza a betegség pontos diagnózisának, a vizsgálatnak, az orvosi beavatkozásnak, műtétnek, ápolásnak, az állapot diagnosztizálásának ellenértékét (amennyiben azt az intézmény a rendelkezésre bocsátotta),

- (2) Halál bekövetkezése esetén a fentiekben túl a Biztosító a következő okmányok bemutatását kéri:
 - a) halotti anyakönyvi kivonat eredeti példánya,
 - b) az elhunytat utolsóként kezelt orvostól származó részletes orvosi bizonyítványt, vagy ha ilyen kezelésre nem került sor, más olyan orvosi vagy hatósági bizonyítványt, amely tartalmazza a halál okát, a halált okozó betegség kezdetének időpontját, lefolyását, illetőleg a halál körülményeit,
 - c) külföldön bekövetkezett halál esetén a külföldi hatóság által kiállított hiteles okirat hitelesített magyar fordítását,
 - d) hatósági eljárás esetén a nyomozást megszüntető vagy megtagadó jogerős határozatot,
 - e) a különös feltételekben meghatározott egyes betegségekre előírt okmányokat.
- (3) A Biztosított a biztosítási szerződés létrejöttével felhatalmazza a Biztosítót, hogy a biztosítási eseménnyel összefüggő információkat
 - a) az orvosoktól, egészségügyi intézményektől, hatóságoktól, akik, illetve amelyek a Biztosítottat kezelték, vizsgálták, a kért felvilágosításokat, orvosi jelentéseket és dokumentumokat beszeresse.
 - b) a Biztosított tisztázatlan halála esetén a holttestet megvizsgáltsa, 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 Biztosítóról 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 kötvénykölcsön felvételének érvényesítésére. A baleset- 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 (figyelembevétel az esetleges díjmaradást) esetén a díjmentes leszállítás nem hajtható végre.
- (3) A díjmentes leszállítás alapjául szolgáló összeg megállapítása a terméktervben rögzített biztosításmatematikai alapelvek figyelembevételével kerül kiszámításra. A díjmentességet a Biztosító a kötvényre rávezeti.
- (4) Amennyiben a szerződés díjmentesen leszállítottá válik, a korábbi szerződésben meghatározott kiegészítő biztosítások a díjmentesség kezdetétől számítva megszűnnek.
- (5) A díjmentesen leszállított, befektetési egységet nem tartalmazó biztosításra is vonatkoznak a befektetések többleshozamából 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 feljegyzi. 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 termékek 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 törteves, 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 jogosultnak, 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 joghatályságként 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 tudomás-szerzéssel, 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 képviselőének, 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 közérdeklő adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adataira 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 adata nézve teljesíti a magyar jogszabályokat, valamint a harmadik országbeli adatkezelő székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal.

- (7) A Biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének meghíúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. A Biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

XXXII. fejezet

A biztosítás elévülése

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

XXXIII. fejezet

Illetékes bíróság

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

A 9104 Kilátó befektetési egységekhez kötött járadékbiztosítás különös feltételei

Az AXA Biztosító Zrt. (1138 Budapest, Váci út 135-139.) – a továbbiakban Biztosító – által kiadott Általános Személybiztosítási Feltételek ezen szerződés részét képezik. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekre a magyar jogszabályok és a Biztosító Általános Személybiztosítási Feltételei vonatkoznak. Jelen biztosításhoz kiegészítő biztosítások köthetők, amelyekre a kiegészítő biztosítások különös feltételei 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 befizetett biztosítási díjat 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 forintba számítja át.
- (4) Díjjóváírás: a befizetett biztosítási díj jóváírása a Szerződő számláján, aktuális eladási áron számított befektetési egységekben történik.
- (5) Értékelési nap: az a nap, amikor a Biztosító a befektetési egységek aktuális vételi és eladási árát meghatározza.
- (6) Kezdeti befektetési egység: az első három év rendszeres biztosítási díjából vásárolt befektetési egységek.
- (7) Felhalmozási befektetési egység: a kezdeti egységeken túl vásárolt összes befektetési egység.
- (8) Baleseti halál: A Biztosított akarától függetlenül, hirtelen fellépő külső behatás, melynek következtében a Biztosított meghal.
- (9) Tranzakció: A Szerződőtől függő, a befektetéshez kapcsolódó üzleti megbízás, mint pl. díjjóváírás, átváltás, átirányítás, részleges- és teljes visszavásárlás.
- (10) Eszközalap: befektetési egységhez kötött életbiztosítások – a biztosítási szerződésben meghatározott levonásokkal csökkentett – biztosítási díjából tőkebefektetés céljából létrehozott eszközállomány.
- (11) Lejárat dátummal rendelkező eszközalap: eszközalap, mely határozott futamidejű, vagyis előre meghatározott lejárat dátumig tart. Befizetéseket, egyéb pénzmozgásokat legfeljebb a futamidő alatt lehet teljesíteni.
- (12) Eszközalap befektetési politikája: Azon szabályok összessége, amelyek az adott eszközalap befektetéseinek összetételét meghatározzák.
- (13) Allokáció: A biztosítási díj(ak) egyes eszközalapokban való elhelyezésének megjelölése a biztosítási díj(ak) arányában.
- (14) Biztonsági szint: A rendszeres biztosítási díj azon része, melyet a Szerződő a Lejárat dátummal rendelkező eszközalapba allokál.
- (15) Járadék: a Biztosító szolgáltatásának teljesítése, folyamatos, havi kifizetések formájában, határozott tartamon keresztül.
- (16) A járadékösszeg minimális értéke: a Biztosító legalább a kötvényben feltüntetett járadékösszeg kifizetését vállalja a II. fejezet (1) pontjában foglalt bármely biztosítási esemény bekövetkezésével induló járadékfolyósítással. Ennek értéke a szerződés tartama alatt változhat.
- (17) Maradványösszeg: A Biztosító szolgáltatásának része, ha a Szerződő ezt írásban kéri. A járadékfolyósítási tartam végén a járadékösszegek kifizetése után a megjelölt összeg kifizetését teljesíti a Biztosító.

II. fejezet

A biztosítási esemény

- (1) Jelen különös feltételekre való hivatkozással létrejött biztosítási szerződésben biztosítási esemény lehet:
 - a) A Biztosított halála
 - b) A szerződés folyamatos díjfizetési tartamának lejáratát követő december 31-e életbenélése. (A szerződéshez kapcsolódó lejárat dátummal rendelkező eszközalap lejárat.)

III. fejezet

A biztosítási szolgáltatás

- (1) Amennyiben a szerződéshez nem kapcsolódik haláleseti kiegészítő biztosítás és a Biztosított a járadékfolyósítási tartam kezdete előtt meghal, a Biztosító a Szerződő számláján nyilvántartott befektetési egységek aktuális értékét fizeti ki a Kedvezményezett javára.
- (2) Amennyiben a szerződéshez kapcsolódik haláleseti kiegészítő biztosítás, és a Biztosított a II. fejezet (1) b pontban meghatározott időpont előtt meghal, a Biztosító a kiegészítő biztosítás szolgáltatásából a folyamatos díjfizetést kiegyenlítettnek tekinti, és jelen fejezet (5) pontjában meghatározott szolgáltatást fizeti ki a biztosítási esemény bekövetkezésekor a Kedvezményezett javára.
- (3) Ha a Biztosított a járadékfolyósítási tartam előtt balesetből eredően meghal, a Biztosító – jelen fejezet (1) vagy (2) pontok szolgáltatásán túl – a Szerződő számláján nyilvántartott befektetési egységek aktuális értékét is kifizeti a Kedvezményezett javára.
- (4) Amennyiben a Biztosított halála a járadékfolyósítási tartam alatt következik be, akkor a Biztosító változatlan feltételekkel folyósítja tovább a járadékot. Kedvezményezett(ek) hiányában a Biztosított törvényes örököse(i) javára teljesíti a Biztosító a szolgáltatást.
- (5) A II. fejezet (1) b pontban meghatározott biztosítási esemény bekövetkeztével a Biztosító járadékot folyósít, amelynek kifizetése minden hónap 15-én, vagy az ezt követő első munkanapon esedékes. Az első járadékösszeg a biztosítási eseményt követő hónap 15-én vagy az ezt követő első munkanapon esedékes.
- (6) A járadékfolyósítás tartama megegyezik a folyamatos biztosítási díjfizetés tartamával, ha a Szerződő és a Biztosító ettől eltérően nem állapodtak meg.
- (7) A járadékfolyósítás megkezdődhet az (5) pontban leírtaknál korábban is, ha a Szerződő számláján a minimális járadékösszeg kifizetéséhez szükséges tartalék rendelkezésre áll, vagyis az aktuális számla értéke magasabb, mint a járadékfolyósítás tartamára kifizetendő járadékösszegek minimális értéke (járadékfolyósítás tartama * kifizetendő járadékösszeg minimális értéke $\leq$ aktuális számlaérték).
- (8) A járadék összegét a Biztosító a járadékfolyósítási tartam első hónapjának első értékelési napján, a Szerződő számláján rendelkezésre álló befektetési egységek aktuális vételi árfolyamon átszámított értékéből, a járadékfolyósítás tartamának függvényében számítja ki.
- (9) Biztosító vállalja, hogy legalább a járadékösszeg minimális értékét (Biztosítási összeg) megfizeti abban az esetben, ha a Szerződő a rendszeres biztosítási díjakat a folyamatos biztosítási díjfizetés tartama alatt a szerződésben meghatározottak szerint fizeti meg. Szerződéskötéskor a járadékösszeg aktuális minimális értékét a Biztosító a biztosítási kötvényben meghatározza.
- (10) A járadékösszeg minimális értéke változhat, és függ a folyamatos biztosítási díj biztonsági szinttel arányos mértékétől, az eseti biztosítási díj lejáratával rendelkező eszközalapba allokált mértékétől, a lejáratával rendelkező eszközalapot érintő átváltások, átirányítások, részleges visszavásárlások mértékétől, a járadékfolyósítás- és a folyamatos biztosítási díjfizetés tartamától, az éves értékkövetés mértékétől és a maradványösszegektől. A járadékösszeg minimális értékének számítása a 2. számú melléklet (17) pontjában található. A maradványösszeg módosítása esetén is változhat a járadékösszeg minimális értéke. A változásról a Biztosító írásban tájékoztatja a Szerződőt.
- (11) A Szerződő írásbeli kérése szerint a Biztosító az utolsó járadékösszeg folyósítása után maradványösszeg kifizetését is teljesíti. Ennek esedékessége annak a hónapnak utolsó napja vagy az ezt követő első munkanap, amikor az utolsó járadékösszeg kifizetésre került. A Biztosító a maradványösszegekre minimális összeget határozhat meg, a 2. számú melléklet (18) pontjában. A maradványösszeg kifizetését a Biztosító az Általános Személybiztosítási Feltételek II. fejezet (8) pontjában megnevezett Kedvezményezettnek teljesíti, ha a Szerződő ettől eltérően nem nyilatkozott. A tartam során a Szerződő bármikor kérheti a maradványösszeg módosítását vagy megszüntetését.

- (12) A szerződő a járadék folyósítási tartama során részesül az Általános Személybiztosítási feltételek XXVIII. fejezete szerinti több-lethozam-visszatérítésben, jelen különös feltételek 2. számú melléklet (15) pontjában leírtak szerint.
- (13) A Biztosító lehetőséget adhat a járadékfolyósítás későbbi időpontban történő indítására a Szerződő kérelme alapján (halasztás). A halasztást írásbeli nyilatkozatban kell kérni a Biztosítótól, a járadékfolyósítási tartam kezdete előtt legalább 15 nappal. A halasztás tartamára a Biztosító a 2. számú melléklet (19) pontjában leírtakat alkalmazza. Halasztás esetén a járadékösszeg minimális értéke változhat, a jelen fejezet (9)-(10) pontjai alapján. A változásról a Biztosító írásban tájékoztatja a Szerződőt.
- (14) A járadékfolyósítás megkezdése után bármely időpontban lehetősége van a Szerződőnek a járadék egyösszegű megváltására, amelynek költségét és mértékét az 1. számú melléklet tartalmazza. A Biztosító jogosult a költségek mértékének megváltoztatására, amelyről a Szerződőt a változtatást megelőzően legalább 30 nappal írásban tájékoztatja. A járadék egyösszegű megváltásának költsége nem lehet magasabb, mint a kifizetendő összeg 10%-a.
- (15) Járadék egyösszegű megváltásával a Biztosító egy összegben teljesíti a még ki nem fizetett járadék- és maradványösszeget, és a szerződés megszűnik.

IV. fejezet

Kiegészítő biztosítások

- (1) Jelen biztosításhoz az ötödik biztosítási évfordulóig kiegészítő biztosítás köthető. A kiegészítő biztosítások listáját a feltétel 2. számú mellékletének (16) pontja tartalmazza.
- (2) A kiegészítő biztosítások kockázatviselése a folyamatos biztosítási díjfizetési tartamot követő december 31-éig, de legfeljebb a főbiztosítás megszűnéséig tart.
- (3) A kiegészítő biztosítások kockázatviselése nem terjed ki a III. fejezet (13) pontja szerinti halasztás- és az V. fejezet (5) pont szerinti járadékfolyósítási tartamára.
- (4) A kiegészítő biztosítások a tartam alatt bármikor megszüntethetők.

V. fejezet

A biztosítás tartama

- (1) A biztosítás határozott tartamra szól. A biztosítási szerződés tartama a következő résztartamokból áll:
- a) folyamatos biztosítási díjfizetési tartam
 - b) várakozási tartam
 - c) járadékfolyósítási tartam.
- (2) A folyamatos biztosítási díjfizetési tartam 10, 15 vagy 20 év.
- (3) A folyamatos biztosítási díjfizetési tartam meghosszabbítható, de nem rövidíthető. Ebben az esetben a Biztosító az Átváltás (XV. fejezet) és az Átirányítás (XVI. fejezet) szabályait alkalmazza.
- (4) A várakozási tartam a folyamatos biztosítási díjfizetési tartamot követő december 31-éig tart. A várakozási tartam alatt nincs folyamatos biztosítási díjfizetési kötelezettség.
- (5) A járadékfolyósítási tartam kezdete a folyamatos biztosítási díjfizetési tartamot követő várakozási tartam letelte utáni nap.
- (6) A biztosítás tartama legfeljebb 21, 31 vagy 41 év lehet, a szerződés szerint. A III. fejezet (13) pontjában meghatározott halasztás esetén a várakozási tartam, és egyben a biztosítás tartama változik.

VI. fejezet

A Biztosítottak életkora

A biztosítás 20. életévüket betöltöttökre köthető, de a járadékfolyósítási tartam a Biztosított legfeljebb 70. életéve előtt megkezdődik.

VII. fejezet

Biztosítási díj

- (1) A biztosítás díja éves, de az éves biztosítási díj fizethető havi, negyedéves és féléves részletekben is. A Biztosító az Általános Személybiztosítási Feltételek XV. fejezet (3) pontja értelmében éves díjfizetésnél gyakoribb díjfizetés esetén pótdíjat számolhat fel, melynek mértéke a 2. számú melléklet (3) pontjában található.
- (2) A Szerződőnek lehetősége van a rendszeres díjat esedékessége előtt befizetni.
- (3) Előre megfizetett biztosítási díj befektetése a XI. fejezet (3) pontjában meghatározott allokáció alapján történik.
- (4) A szerződéskötés évében érvényes minimális díjak a feltétel 2. számú mellékletének (1) pontjában találhatók.

VIII. fejezet

Eseti díjak

- (1) A Szerződőnek a rendszeres biztosítási díjfizetésen túl lehetősége van korlátlan számú eseti biztosítási díj befizetésére. Rendszeres biztosítási díj elmaradása esetén a Biztosító a beérkező eseti biztosítási díjat a biztosítás elmaradt rendszeres biztosítási díjainak megfelelő összeghatárig rendszeres biztosítási díjként kezeli.
- (2) A befizetett eseti biztosítási díjakból a Biztosító felhalmozási befektetési egységeket vásárol.
- (3) Az eseti biztosítási díj minimális összege a feltétel 2. számú melléklet (2) pontjában található.
- (4) Eseti biztosítási díj befizetésére a szerződéskötéskor is van lehetőség.
- (5) Az eseti biztosítási díj befektetésére a XIV. fejezet (2) pontja szerint kerül sor.
- (6) Eseti biztosítási díj nyilvántartási költségére a Biztosító a 2. számú melléklet (8) pontja szerinti összeget vonja le.
- (7) A befizetett eseti biztosítási díjak allokációja megegyezik a rendszeres díjak allokációjával, de a rendszeres biztosítási díjtól eltérően is allokálhatók, amennyiben az allokációs nyilatkozat legkésőbb a biztosítási díj beérkezését követő munkanapon a Biztosító központjába beérkezik.
- (8) Eseti biztosítási díj befizetésével a járadékösszeg minimális értéke változhat a jelen feltételek III. fejezet (9)-(10) pontjai alapján. A változásról a Biztosító írásban tájékoztatja a Szerződőt.
- (9) Az eseti biztosítási díjból származó egységeket a Szerződő számláján (XIV. fejezet) a Biztosító elkülönítve is nyilvántartja.
- (10) Eseti biztosítási díjat a tartam során kizárólag banki átutalással vagy a Biztosító által kibocsátott postautalványon lehet fizetni.

IX. fejezet

Díjfizetési késedelem

- (1) Amennyiben a Szerződőnek elmaradása van a rendszeres biztosítási díjak vonatkozásában és ezt nem pótolta eseti befizetéssel sem, akkor a Biztosító az Általános Személybiztosítási Feltételek XI. fejezet (3) pontja és XVI. fejezete szerint jár el.

- (2) A szerződéskötést követően, három díjjal fedezett év után lehetőség van a biztosítási díjfizetés szüneteltetésére. A biztosítási díjfizetés szüneteltetésére a tartam során legfeljebb egy alkalommal, legfeljebb 1 éven keresztül van lehetőség.
- (3) A biztosítási díjfizetés szüneteltetésével a járadékösszeg minimális értéke változhat a jelen feltételek III. fejezet (9)-(10) pontjai alapján. A változásról a Biztosító írásban tájékoztatja a Szerződőt.
- (4) A Biztosító a biztosítást 1 év díjjal nem fedezett időszak elteltével díjmentesen leszállítja a XXI. fejezetben leírtaknak megfelelően, illetve visszavásárolja, amennyiben a szerződés nem felel meg a díjmentes leszállítás feltételeinek.

X. fejezet

Rendkívüli díjnövelés, értéknövelés

- (1) A Szerződő díjfizetési hónapfordulón kérheti a rendszeres biztosítási díj növelését.
- (2) A Biztosító rendkívüli díjnövelés esetén kérheti egészségi nyilatkozat kitöltését vagy orvosi vizsgálat elvégzését az Általános Személybiztosítási Feltételek VI. fejezete szerint.
- (3) A rendkívüli díjnöveléssel a járadékösszeg minimális értéke változhat a jelen feltételek III. fejezet (9)-(10) pontjai alapján. A változásról a Biztosító írásban tájékoztatja a Szerződőt.

XI. fejezet

Eszközalapok

- (1) Minden eszközalap befektetési egységekből áll, amely egységek az eszközalap befektetett eszközeiben való arányos részesedést testesítenek meg.
- (2) 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 biztosítási díj százalékában meghatározva megválasztja a rendszeres biztosítási díj különböző eszközalapokban való elhelyezésének arányát (allokáció).
- (4) Az eseti biztosítási díjak a Szerződő eltérő tartalmú rendelkezése hiányában a rendszeres biztosítási díjnak megfelelő arányban kerülnek elhelyezésre az eszközalapokban [VIII. fejezet (7) pont].
- (5) Bármely eszközalap abban az esetben választható, ha a terméken belül választható, és a Szerződő megismerte annak befektetési politikáját.
- (6) Jelen biztosítási szerződéshez kapcsolódóan egy időben csak egy lejáratú dátummal rendelkező eszközalap választható.
- (7) A folyamatos biztosítási díjfizetés tartam V. fejezet (2) pontja szerint egyértelműen meghatározza a szerződéshez kapcsolódó lejáratú dátummal rendelkező eszközalapot.
- (8) A Biztosító korlátozhatja az egyes eszközalapokban elhelyezett rendszeres, illetve eseti biztosítási díjak arányát. A korlátozás feltételei a feltétel 2. számú mellékletének (12) pontjában található. Amennyiben a Biztosító megváltoztatja az arányok mértékét, a változásról az adott eszközalapban befektetéssel rendelkező Szerződőt a változás előtt legalább 30 nappal írásban tájékoztatja. A változást a Biztosító a honlapján közlésezi.
- (9) A Biztosító jogosult eszközalapokat létrehozni és megszüntetni. A Biztosító az adott eszközalapban befektetéssel rendelkező Szerződőt legalább 30 nappal a tervezett megszüntetés előtt írásban értesíti, és a megszűnő eszközalap egységeit az Szerződő által választott eszközalap befektetési egységeire átváltja, amennyiben a Szerződő erre vonatkozó írásbeli rendelkezése az eszközalap megszüntetése előtt legalább 15 nappal a Biztosítóhoz beérkezik. A rendelkezés alapján a továbbiakban beérkező biztosítási díjak is a megjelölt eszközalapba kerülnek (átírányítás), feltéve, hogy az utolsó allokációs döntés értelmében a megszűnő eszközalap befektetési célként jelölve volt. A változást a Biztosító a honlapján közlésezi.
- (10) Amennyiben a Szerződőnek a lejáratú dátummal rendelkező vagy más megszűnő eszközalapban elhelyezett befektetéseinek átváltásáról rendelkező írásbeli nyilatkozata az eszközalap megszüntetése előtt 15 nappal nem érkezik be a Biztosítóhoz, úgy

a Biztosító jogosult a Szerződő befektetési egységeit a megszűnés idején legalacsonyabb kockázatúnak minősített eszközalapjába a megszűnéssel egyidejűleg átváltani. A megszűnő eszközalapban befektetéssel rendelkező Szerződőt a változás előtt legalább 30 nappal a Biztosító írásban tájékoztatja a megszűnéstől a legalacsonyabb kockázatúnak minősített eszközalapjáról. A változást a Biztosító a honlapján közzéteszi. A későbbiekben befizetett biztosítási díjak – eltérő allokációs nyilatkozat hiányában – szintén ebbe az eszközalapba kerülnek befektetésre (átírányítás).

- (11) A megszüntetett eszközalap befektetési egységeit a Biztosító vételi áron váltja át az új eszközalap befektetési egységeire. Eszközalap megszüntetése esetén az átváltás, átírányítás költségét a Biztosító fedezi.
- (12) A Biztosító jogosult az eszközalapok befektetési politikáját módosítani. A Biztosító az adott eszközalapban befektetéssel rendelkező Szerződőt legalább 30 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 a továbbiakban a Szerződő által megjelölt eszközalapba fektet (átírányítás), feltéve, hogy az utolsó allokációs döntés értelmében a módosuló eszközalap befektetési célként jelölve volt. A változást a Biztosító honlapján közzéteszi.
- (13) 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 biztosítási díjakat is a módosult eszközalapba fekteti, feltéve, hogy az utolsó allokációs döntés értelmében a módosuló eszközalap befektetési célként jelölve volt.
- (14) Az Szerződő rendelkezése alapján történő átváltás jelen fejezet (9) és (12) pontjai során a Biztosító a XV. fejezet (5) pontja szerint jár el.
- (15) A szerződéskötéskor választható eszközalapok listáját a 2. számú melléklet (11) pontja, az egyes eszközalapok összetételét és befektetési politikáját a 3. számú 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 minden munkanapon, de naptári hetente legalább egyszer sor kerül, amelyet a Biztosító a honlapján közzétesz.
- (2) Az eszközalapok értéke az értékelés napján rendelkezésre álló befektetett eszközök és a fennálló kötelezettségek értékének különbözete.
- (3) A Biztosító jogosult 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 2. számú melléklet (11) pontja tartalmazza. Az éves alapkezelési díj a biztosítás tartama során változhat, de az éves alapkezelési díj nem haladhatja meg a 2,5%-ot. Az éves alapkezelési díj változásáról a Biztosító a Szerződőt a hatálybalépés előtt legalább 30 nappal írásban tájékoztatja. A Biztosító a változást a honlapján is közzéteszi.

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 2. számú melléklet (10) pontja határozza meg.

XIV. fejezet

A Szerződő számlája

- (1) A Szerződő által fizetett rendszeres biztosítási díjak a Szerződő elkülönített számlájára kerülnek befektetési egységek formájában.
- (2) A Szerződő számláján a befektetési egységekben történő jóváírás – a díjjóváírást követő legkésőbb ötödik értékelési nap aktuális eladási árfolyamán – a biztosítási díjnak a Biztosító számlájára azonosítható módon (név, cím, kötvényszám) való beérkezését követő legkésőbb ötödik munkanapon történik. Az első biztosítási díj jóváírására a biztosítási kötvény kibocsátásakor, befektetésére a kötvényesítést követő első értékelési napon kerül sor. Az első biztosítási díjjal együtt befizetett eseti biztosítási díjak az első biztosítási díjjal azonos napon kerülnek befektetésre.
- (3) Az első három évben esedékes rendszeres biztosítási díjat a Biztosító kezdeti befektetési egységekben helyezi el.
- (4) Az eseti biztosítási díjakat, valamint a harmadik évtől kezdődően fizetett rendszeres biztosítási díjakat a Biztosító felhalmozási befektetési egységekben helyezi el.

XV. fejezet

Átváltás

- (1) A Szerződő kérésére a befektetési egységek a termékhez kapcsolt más eszközalapba helyezhetők (átváltás).
- (2) Az első három biztosítási évben nincs lehetőség átváltásra.
- (3) A Szerződő az átváltási kérelem benyújtásakor az átváltandó összeget az adott eszközalapban nyilvántartott befektetési egységeknek százalékában határozhatja meg.
- (4) Átváltás során a járadékösszeg minimális értéke változhat a jelen feltételek III. fejezet (9)-(10) pontjai alapján. A változásról a Biztosító írásban tájékoztatja a Szerződőt.
- (5) 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.
- (6) Le nem zárult átváltási tranzakció közben érkezett átváltási kérelem beérkezési dátumának a lezárást követő munkanap tekintendő.
- (7) Az átváltás eredményeként a XI. fejezet (8) pontban említett, jelen feltétel 2. számú mellékletének (12) pontja által meghatározott értékarányoknak teljesülniük kell.
- (8) Az átváltásokért a Biztosító a feltétel 2. számú mellékletének (5) pontjában meghatározott átváltási költséget vonja le a Szerződő számlájáról.

XVI. fejezet

Átírányítás

- (1) A jövőbeli rendszeres biztosítási díjak egyes befektetési eszközalapokban való elhelyezésének aránya a Szerződő kérésére módosítható (átírányítás).
- (2) Az első három biztosítási évben nincs lehetőség átírányításra.
- (3) Átírányítás során a járadékösszeg minimális értéke változhat a jelen feltételek III. fejezet (9)-(10) pontjai alapján. A változásról a Biztosító írásban tájékoztatja a Szerződőt.

- (4) Átírányítás során a XI. fejezet (8) pontban említett, jelen feltétel 2. számú mellékletének (12) pontja által meghatározott értékarányoknak teljesülniük kell.
- (5) Átírányításokért a Biztosító a feltétel 2. számú mellékletének (6) pontjában meghatározott átírányítási költséget vonja le a Szerződő számlájáról.

XVII. fejezet

Terhelések a Szerződő számláján

- (1) Kockázati díj: A Biztosító minden biztosítási hónapfordulón a Szerződő számlájáról levonja a baleseti haláleset kockázat fedezetére szolgáló időarányos kockázati díjat. A díjtételt a feltétel 2. számú melléklet (4) pontja tartalmazza.
- (2) Tranzakció költsége: A Biztosító minden, a szerződésben megjelölt tranzakció után – a 2. számú melléklet szerinti – költséget von le a Szerződő számlájáról. Amennyiben a Biztosító megváltoztatja a költségek mértékét, a változásról a változás előtt legalább 30 nappal a Szerződőt írásban tájékoztatja. A változást a Biztosító a honlapján közzéteszi.
- (3) El nem számolt terhelések: Az előző pontokban felsorolt terhelések a Szerződő számláján nyilvántartott felhalmozási befektetési egységekből kerülnek levonásra úgy, hogy a levonás esedékességének időpontjában 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 biztosítási 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 biztosítási szerződés megszűnik, és a Biztosító az esedékes összegekkel csökkentett visszavásárlási értéket kifizeti.
- (4) Nyilvántartási költség: A Biztosító havonta nyilvántartási költséget von le a Szerződő számlájáról. A nyilvántartási költség kezdeti összegét a feltétel 2. számú mellékletének (7) pontja tartalmazza. A nyilvántartási költség legfeljebb a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett, aktuális évek fogyasztói árindexeinek mértékében változhat. A nyilvántartási költség változásáról a Biztosító a Szerződőt évforduló előtt legalább 30 nappal írásban értesíti, és a honlapján közzéteszi.
- (5) Kezdeti költség: A Biztosító a szerződéssel kapcsolatos induló költségek fedezetére a kezdeti egységek aktuális számát a folyamatos díjfizetési tartam alatt minden biztosítási év végén 4,5%-kal csökkenti.
- (6) Ha a Szerződő számláján nyilvántartott befektetési egységek különböző eszközalapokban vannak befektetve, akkor a jelen fejezetben szerepelő költségek a lejárat dátummal nem rendelkező eszközalapból kerülnek levonásra. Ha a szerződéshez nem kapcsolódik lejárat dátummal nem rendelkező eszközalap, abban az esetben a lejárat dátummal rendelkező eszközalapból kerülnek a költségek levonásra. Több lejárat dátummal nem rendelkező eszközalap esetén az egyes eszközalapokból értékarányosan kerülnek a költségek levonásra.

XVIII. fejezet

A biztosítás értékének megőrzése

- (1) A biztosítás értékének megőrzését a rendszeres biztosítási díj évenkénti emelésének lehetősége biztosítja.
- (2) Az értékkövetés mértéke a 2. számú melléklet (14) pontja szerint választható. Amennyiben a Biztosító megváltoztatja az értékkövetés lehetséges mértékeit, a változásról a változás előtt legalább 30 nappal a Szerződőt írásban tájékoztatja. A változást a Biztosító a honlapján közzéteszi.
- (3) A Biztosító legalább az értékkövetés minimális mértékét alkalmazza az értékkövetés kiszámításához.
- (4) A biztosítási díj emelkedése a biztosítás megkötését követő első biztosítási évfordulón kezdődik, és évente a biztosítási évfordulón ismétlődik.
- (5) A Biztosító a járadékösszeg minimális értékének kiszámításakor feltételezi, hogy az értékkövetés mértéke a folyamatos biztosítási díjfizetési tartam során állandó, így a járadékösszeg minimális értéke nem változik, ha a biztosítási díj az értékkövetés mértékével emelkedik az (1)-(4) pontok szerint.

- (6) A biztosítási évfordulót megelőzően (legalább 30 nappal) a Biztosító értesítést küld a megemelt biztosítási díjról és az aktuális járadékösszeg minimális értékéről.
- (7) A tartam során a Szerződőnek lehetősége van az értékkövetés mértékét módosítani 2. számú melléklet (14) pontja szerint. A Szerződőnek az értékkövetés módosításáról a Biztosítót írásban értesítenie kell, legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőzően 15 nappal. Az értékkövetés mértékének módosításával a járadékösszeg minimális értéke változhat jelen feltételek III. fejezet (9)-(10) pontjai alapján. A változásról a Biztosító írásban tájékoztatja a Szerződőt.
- (8) A Biztosító az értékkövetés mértékének módosítása esetén kérheti egészségi nyilatkozat kitöltését vagy orvosi vizsgálat elvégzését az Általános Személybiztosítási Feltételek VI. fejezete szerint.

XIX. fejezet

Visszavásárlás

- (1) Jelen biztosítás rendelkezik az Általános Személybiztosítási Feltételek XXV. fejezetében leírt visszavásárlási joggal. 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.
- (2) A befektetési egységekre számított érték a kezdeti és felhalmozási egységek aktuális számának az 1. számú mellékletben található visszavásárlási táblázatban feltüntetett hányadából a hiánytalan visszavásárlási kérelem Biztosító központjába történő beérkezését követő legkésőbb ötödik értékelési napon érvényes vételi áron számított összeg. A 13 óra utáni beérkezés, következő munkanapi beérkezésnek felel meg.
- (3) Hiánytalan visszavásárlási kérelemnek a Szerződő nevét, címét, a kötvényszámot, az igényelt összeget és a Szerződő aláírását tartalmazó dokumentum tekintendő. A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy telefax útján érkezett visszavásárlási kérelem indokolt esetben csak az eredeti irat beérkezését követően teljesítse a jelen fejezet (1) pontjának megfelelően.
- (4) Visszavásárlás esetén a Biztosító kivonási költséget von le, melynek értéke a feltétel 2. számú mellékletének (9) pontjában található.

XX. fejezet

Részleges visszavásárlás

- (1) A Szerződő kérheti a szerződés részleges visszavásárlását, amennyiben nincs el nem számolt terhelése. Részleges visszavásárlás csak a felhalmozási egységek terhére lehetséges. A visszavásárlás értéke kifejezhető pénzüsszegben vagy a Szerződő számláján nyilvántartott felhalmozási egységek százalékában.
- (2) A részleges visszavásárlás esetén alkalmazott árfolyam a hiánytalan részleges visszavásárlási kérelem Biztosítóhoz történő beérkezését követő legkésőbb ötödik értékelési napon érvényes vételi ár. A 13 óra utáni beérkezés következő napi beérkezésnek felel meg.
- (3) Részleges visszavásárlás esetén a járadékösszeg minimális értéke változhat jelen feltételek III. fejezet (9)-(10) pontjai alapján. A változásról a Biztosító írásban tájékoztatja a Szerződőt.
- (4) Részleges visszavásárlás esetén a Biztosító kivonási költséget von le, melynek értéke a feltétel 2. számú mellékletének (9) pontjában található. A Biztosító minimális kivonási összeget határoz meg, a 2. számú melléklet (13) pontjában. Amennyiben a Biztosító megváltoztatja a kivonási költség mértékét vagy a minimális kivonási összeget, a változásról a változás előtt legalább 30 nappal a Szerződőt írásban tájékoztatja. A változást a Biztosító a honlapján közzéteszi.

XXI. fejezet

Díjmentes leszállítás

- (1) Jelen biztosítás díjmentes leszállítási jogokkal rendelkezik (Általános Személybiztosítási Feltételek XXVI. Fejezet).
- (2) A szerződés díjmentesen leszállítható, ha rendelkezik a Biztosító által meghatározott minimális visszavásárlási értékkel.
- (3) A díjmentes leszállítás alapja a szerződés visszavásárlási értéke. Díjmentes leszállítás esetén, a díjmentes leszállítástól számított két év után a Biztosító a Szerződő kezdeti befektetési egységeit az 1. számú mellékletben található visszavásárlási táblázat szerint felhalmozási befektetési egységekké váltja át.
- (4) Díjmentes leszállítás esetén a járadékösszeg minimális értéke változhat jelen feltételek III. fejezet (9)-(10) pontjai alapján. A változásról a Biztosító írásban tájékoztatja a Szerződőt.
- (5) Díjmentes leszállítás esetén a maradványösszeg értéke 0 Ft.
- (6) Díjmentesen leszállított szerződés esetén a szerződéshez kötött kiegészítő biztosítások megszűnnek.
- (7) A Biztosító a díjmentesen leszállított szerződés esetében is érvényesíti az éves alapkezelési díjat [XII. fejezet (4)], kockázati díjat [XVII. fejezet (1)] és a nyilvántartási költséget [XVII. fejezet (4)].
- (8) Díjmentesen leszállított szerződésre eseti biztosítási díjak továbbra is befizethetők, valamint a XIX. fejezetben leírtak szerint visszavásárolható.
- (9) A Szerződő kérheti a díjmentesen leszállított szerződés visszaállítását, amennyiben a díjmentes leszállítástól számítva két év még nem telt el. A szerződés visszaállításától kezdődően fizetendő rendszeres biztosítási díjat a Szerződő választja meg az aktuális minimális biztosítási díj figyelembevételével. A szerződés visszaállításakor a járadékösszeg minimális értékét a Biztosító a választott rendszeres biztosítási díj alapján határozza meg. A maradványösszeg megszűnik, értéke: 0 Ft-ra változik.

XXII. fejezet

Kötvénykölcson

- (1) Jelen biztosítás nem rendelkezik kötvénykölcson jogokkal. (Általános Személybiztosítási Feltételek XXVII. Fejezet).

XXIII. fejezet

Szerződés módosítása

- (1) A Biztosító jogosult a jelen szerződésben meghatározott és a 2. számú mellékletben számszerűsített adatoknak az egyoldalú megváltoztatására a szerződésben meghatározott keretek (minimum-maximum) között.
- (2) A Biztosító a változásról a változással érintett Szerződőt a változást megelőzően 30 nappal írásban (e-mail vagy levél útján) tájékoztatja. Szerződő elfogadó nyilatkozata a változás hatályba lépéséhez nem szükséges.
- (3) Amennyiben a Szerződő jogosult a Biztosító által választott módosítástól eltérő módosítást kérni, akkor köteles válaszát a változás hatályba lépését megelőző 15 nappal a Biztosító részére megküldeni. A válasznak minimum 15 nappal korábban be kell érkeznie a Biztosítóhoz. Amennyiben a Szerződő nem válaszol határidőben, akkor a Biztosító által ajánlott változás lép hatályba.
- (4) A Biztosító a változásról szóló tájékoztatást honlapján is közzéteszi minden esetben.

1. számú melléklet

Visszavásárlási értékek

- (1) A táblázat adatai a szerződés visszavásárlási értékeit mutatják a befektetési egységek százalékában a folyamatos biztosítási díjfizetés tartama alatt:

Biztosítási évforduló	Folyamatos díjfizetési tartamonként a rendszeres biztosítási díjakra						Eseti
	10 éves tartam		15 éves tartam		20 éves tartam		biztosítási díj
	Kezdeti egység	Felhalmozási egység	Kezdeti egység	Felhalmozási egység	Kezdeti egység	Felhalmozási egység	Felhalmozási egység
0	0%	95%	0%	95%	0%	95%	100%
1	0%	95%	0%	95%	0%	95%	100%
2	0%	95%	0%	95%	0%	95%	100%
3	64%	95%	48%	95%	36%	95%	100%
4	68%	95%	51%	95%	38%	95%	100%
5	72%	95%	54%	95%	41%	95%	100%
6	76%	95%	57%	95%	43%	95%	100%
7	80%	95%	60%	95%	46%	95%	100%
8	85%	95%	64%	95%	48%	95%	100%
9	90%	95%	68%	95%	51%	95%	100%
10	100%	100%	72%	95%	54%	95%	100%
11			76%	95%	57%	95%	100%
12			80%	95%	60%	95%	100%
13			85%	95%	64%	95%	100%
14			90%	95%	68%	95%	100%
15			100%	100%	72%	95%	100%
16					76%	95%	100%
17					80%	95%	100%
18					85%	95%	100%
19					90%	95%	100%
20					100%	100%	100%

- (2) A szerződés járadékfolyósítási tartama alatt a visszavásárlási érték: 100% (az adott szerződés tartalékának arányában) a visszavásárlás költsége: 0 Ft, 0%

2. számú melléklet

Az alábbi adatok 2009. június 1-től érvényesek.

Biztosítási díjak

- (1) Minimális éves biztosítási díj: 200 000 Ft
 Minimális féléves biztosítási díj: 100 000 Ft
 Minimális negyedéves biztosítási díj: 50 000 Ft
 Minimális havi biztosítási díj: 20 000 Ft
- (2) Minimális eseti biztosítási díj: 100 000 Ft

- (3) Évesnél gyakoribb díjfizetés esetén alkalmazott pótdíj mértéke:
- | | |
|------------------------|----|
| Féléves díjfizetés: | 0% |
| Negyedéves díjfizetés: | 0% |
| Havi díjfizetés: | 0% |

Költségek

- (4) Éves kockázati díj: 0,1%
- (5) Átváltási költség: biztosítási évenként az első: ingyenes
minden további: ingyenes
- (6) Átírási költség: biztosítási évenként az első: ingyenes,
minden további: ingyenes
- (7) Nyilvántartási költség: 290 Ft havonta
- (8) Eseti biztosítási díjak nyilvántartási költsége: 0 Ft/befizetés
- (9) Kivonás költsége: a kivont összeg 5%-e, min. 500 Ft, max. 5 000 Ft
- (10) Vételi-eladási árkülönbség: rendszeres és eseti biztosítási díjra egyaránt: 3%
- (11) Választható eszközalapok és alapkezelési költségeik:

Eszközalap	Éves alapkezelési díj ¹
Perfekt 2019 eszközalap	1,0%
Perfekt 2024 eszközalap	1,0%
Perfekt 2029 eszközalap	1,0%
Best Selection eszközalap	1,9%

¹ (naponta (alapkezelési költség/365)% kerül levonásra)

- (12) Allokáció:
Ha a Szerződő vásárol valamely eszközalapból, akkor a biztosítási díj minimálisan 5%-át az adott eszközalapba kell helyezni. Átváltás esetén az eszközalap értékének legalább 5%-át kell átváltani. Az allokációs százalékarányokat egész szám pontossággal kell megadni.
- (13) Kivonás minimuma: 50 000 Ft
- (14) Értékkövetés mértéke:
értékkövetés minimális mértéke: 3%
értékkövetés további választható mértékei: 4%, 5%, 6%, 7%
- (15) A szerződésre vonatkozó technikai kamat: 0%.
A szerződésben visszajuttatandó többlethozam mértéke: 80%
- (16) Kiegészítő biztosítások

Kiegészítő biztosítás	Minimális belépési kor	Maximális lejárat kor
A9110 Halálesetre szóló kiegészítő biztosítás	20	70
A9111 Rokkantságra szóló kiegészítő biztosítás	20	70
A9112 Kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítás	20	70

- (17) Járadékösszeg minimális értéke:
A járadékfolyósítási tartam során járadékösszeg és maradványösszeg formájában legalább a folyamatos biztosítási díjfizetési tartam során a lejárat dátummal rendelkező eszközalapba fizetett rendszeres biztosítási díjak összege kerül kifizetésre. Amennyiben a folyamatos biztosítási díjfizetési tartam alatt a szerződésen az alábbi tranzakciók történnek, a járadékösszeg minimális értéke módosulhat a következők szerint:

A rendszeres biztosítási díj csökkenése:

- a. A lejárat dátummal rendelkező eszközalapba a tranzakció után fizetendő rendszeres biztosítási díjak csökkenésének mértékével a járadékösszeg minimális értéke csökken.
- b. Ha a tranzakcióra a negyedik vagy ötödik biztosítási évben kerül sor, akkor az a) pontban leírtakon túl a járadékösszeg minimális értéke csökken az első három biztosítási évben a lejárat dátummal rendelkező eszközalapba befizetett rendszeres biztosítási díjaknak a díjcsökkenés arányának megfelelő mértékével is.

A rendszeres biztosítási díj növelése:

- a. A lejárat dátummal rendelkező eszközalapba a tranzakció után fizetendő rendszeres biztosítási díjak növekedésének mértékével a járadékösszeg minimális értéke nő.
- b. A Biztosító élhet azzal a jogával, hogy a folyamatos díjfizetési tartam utolsó három évében a tranzakció végrehajtásával a járadékösszeg minimális értéke változatlan marad.

A rendszeres biztosítási díj szüneteltetése:

- a. A tranzakció hatálya alá eső, be nem fizetett rendszeres biztosítási díjak mértékével a járadékösszeg minimális értéke csökken.

A szerződés díjmentesítése:

- a. A járadékösszeg minimális értéke csökken a lejárat dátummal rendelkező eszközalapban lévő befektetési egységek díjmentesítéskori értékének és a szerződés teljes tartama alatt elvárt összes, lejárat dátummal rendelkező eszközalapba fizetendő rendszeres biztosítási díjának arányában.

Az értékkövetés mértékének csökkenése:

- a. A lejárat dátummal rendelkező eszközalapba a tranzakció után fizetendő rendszeres biztosítási díjak csökkenésének mértékével a járadékösszeg minimális értéke csökken.

Az értékkövetés mértékének növelése:

- a. A lejárat dátummal rendelkező eszközalapba a tranzakció után fizetendő rendszeres biztosítási díjak növekedésének mértékével a járadékösszeg minimális értéke nő.
- b. A Biztosító élhet azzal a jogával, hogy a folyamatos díjfizetési tartam utolsó három évében a tranzakció végrehajtásával a járadékösszeg minimális értéke változatlan marad.

Eseti biztosítási díj befizetése lejárat dátummal rendelkező eszközalapba:

- a. A lejárat dátummal rendelkező eszközalapba befizetett eseti biztosítási díjak mértékével nő a járadékösszeg minimális értéke.
- b. A folyamatos díjfizetési tartam utolsó három évében az a) pontban leírtak úgy módosulnak, hogy a lejárat dátummal rendelkező eszközalapba befizetett eseti biztosítási díjak 95%-os mértékével nő a járadékösszeg minimális értéke.

Átváltás lejárat dátummal rendelkező eszközalapba:

- a. A lejárat dátummal rendelkező eszközalapba átváltott befektetési egységeknek a tranzakció idején aktuális értékének mértékével nő a járadékösszeg minimális értéke.
- b. A folyamatos díjfizetési tartam utolsó három évében az a) pontban leírtak úgy módosulnak, hogy a lejárat dátummal rendelkező eszközalapba átváltott befektetési egységeknek a tranzakció idején aktuális értékének 95%-os mértékével nő a járadékösszeg minimális értéke.

Átváltás lejárat dátummal rendelkező eszközalapból:

- a. A lejárat dátummal rendelkező eszközalapból átváltott befektetési egységek és a tranzakciót megelőzően az adott eszközalapban rendelkezésre álló összes befektetési egység arányában csökken a járadékösszeg minimális értéke.
- b. A folyamatos díjfizetési tartam utolsó három évében végrehajtott tranzakció esetén az a) pontban leírtakon túl a lejárat dátummal rendelkező eszközalapba a tranzakció után fizetendő rendszeres biztosítási díjak 10%-ával csökken a járadékösszeg minimális értéke.

Átirányítás lejárat dátummal rendelkező eszközalapba:

- a. A lejárat dátummal rendelkező eszközalapba a tranzakció után fizetendő rendszeres biztosítási díjak növekedésének mértékével a járadékösszeg minimális értéke nő.
- b. A Biztosító élhet azzal a jogával, hogy a folyamatos díjfizetési tartam utolsó három évében a tranzakció végrehajtásával a járadékösszeg minimális értéke változatlan marad.

Átirányítás lejárat dátummal rendelkező eszközalapból:

- a. A lejárat dátummal rendelkező eszközalapba a tranzakció után fizetendő rendszeres biztosítási díjak csökkenésének mértékével a járadékösszeg minimális értéke csökken.
- b. Ha a tranzakcióra a negyedik vagy ötödik biztosítási évben kerül sor, akkor az a) pontban leírtakon túl a járadékösszeg minimális értéke csökken az első három biztosítási évben a lejárat dátummal rendelkező eszközalapba befizetett rendszeres biztosítási díjaknak az átirányítás arányának megfelelő mértékével is.

Részleges visszavásárlás lejárat dátummal rendelkező eszközalapból:

- a. A lejárat dátummal rendelkező eszközalapból részlegesen visszavásárolt felhalmozási befektetési egységek és a tranzakciót megelőzően az adott eszközalapban rendelkezésre álló összes felhalmozási befektetési egység arányában csökken a járadékösszeg minimális értéke.
- b. A folyamatos díjfizetési tartam utolsó három évében végrehajtott tranzakció esetén az a) pontban leírtakon túl a lejárat dátummal rendelkező eszközalapba a tranzakció után fizetendő rendszeres biztosítási díjak 10%-ával csökken a járadékösszeg minimális értéke.

A folyamatos biztosítási díjfizetés tartamának növelésekor:

- a. A lejárat dátummal rendelkező eszközalapba a tranzakció után fizetendő rendszeres biztosítási díjak növekedésének mértékével a járadékösszeg minimális értéke nő.

A maradványösszeg változása:

- a. A maradványösszeg növelésének mértékével megegyező mértékben a járadékösszeg minimális értéke csökken.
- b. A maradványösszeg csökkenésének mértékével megegyező mértékben a járadékösszeg minimális értéke nő.

A járadékfolyósítási tartam változása:

- a. A járadékfolyósítási tartam növelésével a járadékösszeg minimális értéke csökken.
- b. A járadékfolyósítási tartam csökkenésével a járadékösszeg minimális értéke nő.

(18) Minimális maradványösszeg: 1 000 000 Ft

(19) A halasztás tartama: egész hónap

3. számú melléklet

Perfekt 2019

Az eszközalap célja

Az eszközalap célja, hogy az ügyfelek által befizetett tőke értékét megőrizze, mely cél elérését biztonságos államkötvényekbe történő befektetéssel kívánja elérni. Sajátossága abban rejlik, hogy előre meghatározott időpontig gyűjti ügyfelei megtakarításait, és az így felhalmozott tőkét legkésőbb 2019-ben lejáratú állampapírokba fekteti. Az eszközalap a kamatlábak ingadozásából eredő kockázatot határidős kamatláb-ügyletek kötésével csökkentheti. Az országkockázat csökkentése érdekében magyar állampapírokon kívül az Eurózána országai által kibocsátott állampapírokat is vásárolhat. Az eszközalap az aktuálisan érvényes hazai fizetőeszköz devizanemében fekteti be ügyfelei megtakarításait. A külföldi devizanemben tartott eszközökből eredő devizaárfolyam-kockázat kivédésére fedezeti ügyleteket köt.

Az eszközalap lejáratkor az aktuális nettó eszközérték az ügyfelek között befektetési egységeik arányában kerül felosztásra.

Az eszközalap fő befektetési területe

- Hazai, valamint az Eurózána országai által kibocsátott állampapírok

Az eszközalap az alábbi eszközökben tarthatja ügyfelei megtakarításait:

- A pénzeszközök portfólión belüli súlya 0% és 100% között lehet
- A kötvények és pénzpiaci eszközök portfólión belüli súlya minimum 0%, maximum 100%

Az eszközalap napi, valamint lejáratkori árfolyamát befolyásoló tényezők

- Országkockázat
- Politikai kockázat
- Visszafizetési kockázat
- Kamatláb ingadozásból eredő kockázat
- Likviditási kockázat
- Partnerkockázat

Az eszközalap árfolyam-ingadozásának várható mértéke:	alacsony
Ajánlott befektetési időtáv az eszközalap indulásakor:	10 év
Nyilvántartás pénzneme:	magyar forint
Az eszközalap zártvégű, lejáratának időpontja:	2019. december 31.

Perfekt 2024

Az eszközalap célja

Az eszközalap célja, hogy az ügyfelek által befizetett tőke értékét megőrizze, mely cél elérését biztonságos államkötvényekbe történő befektetéssel kívánja elérni. Sajátossága abban rejlik, hogy előre meghatározott időpontig gyűjti ügyfelei megtakarításait, és az így felhalmozott tőkét legkésőbb 2024-ben lejáró állampapírokba fekteti. Az eszközalap a kamatlábak ingadozásából eredő kockázatot határidős kamatláb-ügyletek kötésével csökkentheti. Az országgkockázat csökkentése érdekében magyar állampapírokon kívül az Eurózána országai által kibocsátott állampapírokat is vásárolhat. Az eszközalap az aktuálisan érvényes hazai fizetőeszköz devizanemében fekteti be ügyfelei megtakarításait. A külföldi devizanemben tartott eszközökből eredő devizaárfolyam-kockázat kivédésére fedezeti ügyleteket köt.

Az eszközalap lejáratakor az aktuális nettó eszközérték az ügyfelek között befektetési egységeik arányában kerül felosztásra.

Az eszközalap fő befektetési területe

- Hazai, valamint az Eurózána országai által kibocsátott állampapírok

Az eszközalap az alábbi eszközökben tarthatja ügyfelei megtakarításait:

- A pénzeszközök portfólión belüli súlya 0% és 100% között lehet
- A kötvények és pénzpiaci eszközök portfólión belüli súlya minimum 0%, maximum 100%

Az eszközalap napi, valamint lejáratkori árfolyamát befolyásoló tényezők

- Országgkockázat
- Politikai kockázat
- Visszafizetési kockázat
- Kamatláb ingadozásból eredő kockázat
- Likviditási kockázat
- Partnerkockázat

Az eszközalap árfolyam-ingadozásának várható mértéke:	alacsony
Ajánlott befektetési időtáv az eszközalap indulásakor:	15 év
Nyilvántartás pénzneme:	magyar forint
Az eszközalap zártvégű, lejáratának időpontja:	2024. december 31.

Perfekt 2029

Az eszközalap célja

Az eszközalap célja, hogy az ügyfelek által befizetett tőke értékét megőrizze, mely cél elérését biztonságos államkötvényekbe történő befektetéssel kívánja elérni. Sajátossága abban rejlik, hogy előre meghatározott időpontig gyűjti ügyfelei megtakarításait, és az így felhalmozott tőkét legkésőbb 2029-ben lejáró állampapírokba fekteti. Az eszközalap a kamatlábak ingadozásából eredő kockázatot határidős kamatláb-ügyletek kötésével csökkentheti. Az országgkockázat csökkentése érdekében magyar állampapírokon kívül az Eurózána országai által kibocsátott állampapírokat is vásárolhat. Az eszközalap az aktuálisan érvényes hazai fizetőeszköz devizanemében fekteti be ügyfelei megtakarításait. A külföldi devizanemben tartott eszközökből eredő devizaárfolyam-kockázat kivédésére fedezeti ügyleteket köt.

Az eszközalap lejáratakor az aktuális nettó eszközérték az ügyfelek között befektetési egységeik arányában kerül felosztásra.

Az eszközalap fő befektetési területe

- Hazai, valamint az Eurózána országai által kibocsátott állampapírok

Az eszközalap az alábbi eszközökben tarthatja ügyfelei megtakarításait:

- A pénzeszközök portfólión belüli súlya 0% és 100% között lehet
- A kötvények és pénzpiaci eszközök portfólión belüli súlya minimum 0%, maximum 100%

Az eszközalap napi, valamint lejáratkori árfolyamát befolyásoló tényezők

- Országgkockázat
- Politikai kockázat
- Visszafizetési kockázat
- Kamatláb ingadozásból eredő kockázat
- Likviditási kockázat
- Partnerkockázat

Az eszközalap árfolyam-ingadozásának várható mértéke:	alacsony
Ajánlott befektetési időtáv az eszközalap indulásakor:	20 év
Nyilvántartás pénzneme:	magyar forint
Az eszközalap zártvégű, lejáratának időpontja:	2029. december 31.

Best Selection

Az eszközalap célja

Az eszközalap célja minden piaci ciklusban a lehető legjobb hozam elérése. A befektetési stratégia nem egy meghatározott referencia portfólióhoz igazodik, a Vagyonkezelő folyamatos piacelemzéssel törekszik az optimális portfólió kialakításához. Az eszközalap rugalmas befektetési irányelveken alapul, a Vagyonkezelő szakértői a széles körű diverzifikációval, valamint a különböző piaci eseményekre történő azonnali reakcióval törekednek a hosszú távú hozam maximalizálására. A befektetési skála felöleli a hazai és nemzetközi állampapírokat, a fejlett, valamint a fejlődő országok részvényeit is. Az aktív eszközallokáció megvalósításához az elsődleges szempont a megfelelő likviditással rendelkező instrumentumok tartása, ezért az eszközalap kerüli az árupiaci, hedge fund, kockázati tőkealap, valamint a zárt végű ingatlanalapokba történő befektetéseket. A Vagyonkezelő az eszközosztályok közötti megosztottságon kívül nagy hangsúlyt fektet a földrajzi diverzifikációra is.

Az eszközalap fő befektetési területe

Az adott piaci környezetben legjobb teljesítményt nyújtó régiók, instrumentumok:

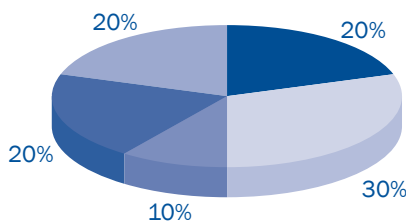
- pénzügyi eszközök
- magyar állampapírok
- nemzetközi állampapírok
- fejlett, valamint fejlődő piaci részvények

Az eszközalap stratégiai korlátai

- Az eszközalap legalább 40%-ban pénzügyi eszközöket, hazai, valamint nemzetközi állampapírokat tartalmaz
- A részvények, valamint részvény típusú befektetések az eszközalap maximum 60%-át tehetik ki

Az eszközalap stratégiai allokációja

■ Pénzügyi befektetések	20%
■ Magyar állampapírok	30%
■ Nemzetközi állampapírok	10%
■ Fejlett piaci részvények	20%
■ Fejlődő piaci részvények	20%



Az eszközalap árfolyamát befolyásoló tényezők

- részvényárfolyam-ingadozások
- kamatláb-változások
- devizaárfolyam-ingadozások
- partnerkockázat
- politikai kockázat
- visszafizetési kockázat
- likviditási kockázat

Az eszközalap árfolyam-ingadozásának várható mértéke:	alacsony
Nyilvántartás pénzneme:	magyar forint

A 9110 jelű Halálesetre szóló kiegészítő biztosítás különös feltételei

I. fejezet

Általános rendelkezések

Az AXA Biztosító Zrt. (1138 Budapest, Váci út 135-139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei és az A 9104 Kilátó befektetési egységekhez kötött járadékbiztosítás különös feltételei és a jelen kiegészítő biztosítás különös feltételei együtt az életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen kiegészítő biztosítás különös feltételeire hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadók.

II. fejezet

A biztosítási esemény

A jelen kiegészítő biztosítás különös feltételei szerint biztosítási esemény a Biztosítottnak a biztosítás tartamán belüli bármely okból bekövetkező halála.

III. fejezet

A biztosítási szolgáltatás

A Biztosító ezen kiegészítő biztosítás feltételei alapján a Szerződő díjfizetése ellenében, a következő szolgáltatást nyújtja:

- (1) ha a Biztosított a biztosítás tartamán belül meghal, a Biztosító a főbiztosítás folyamatos díjfizetését kiegyenlítettnek tekinti, és a főbiztosítás különös feltételei II. fejezet (1) b pontja szerint esedékes szolgáltatás kerül kifizetésre, a főbiztosítás különös feltételeinek III. fejezet (2)-(15) pontokban szabályozottaknak megfelelően. Ezzel egy időben a főbiztosítás folyamatos biztosítási díjfizetési- és várakozási tartama lezárul és a kiegészítő biztosítás megszűnik.
- (2) A Kritikus betegségekre szóló és/vagy Rokkantságra szóló kiegészítő biztosítás megléte esetén a Biztosító mindig az első biztosítási esemény bekövetkezésekor teljesíti a szolgáltatást.
- (3) Ha a Biztosított él a biztosítási tartam lejáratakor, a biztosítás kifizetés nélkül megszűnik.

IV. fejezet

Orvosi vizsgálat, várakozási idő

- (1) A Biztosító előírhatja a Biztosított kora és a választott biztosítási összeg függvényében az orvosi vizsgálat elvégzését, melyet a Biztosító által szerződtetett orvosnál szükséges elvégezni. Ennek költsége a Biztosított terhére.
- (2) Ha a főbiztosítás III. fejezet (10) pontja szerinti biztosítási szolgáltatás változik, a Biztosító kérheti egészségi nyilatkozat kitöltését vagy orvosi vizsgálat elvégzését az Általános Személybiztosítási Feltételek VI. fejezete szerint.
- (3) A Biztosító az egészségi nyilatkozattal létrejövő szerződések esetén hat hónap várakozási időt köt ki.
- (4) Várakozási idő alatt – a szerződés hatálybalépésétől a kockázatviselés kezdetéig – a Biztosító kockázatviselése nem, vagy csak korlátozottan áll fenn.
- (5) A várakozási idő megváltható, ha a Biztosított az előírt orvosi vizsgálatot a Biztosító által szerződtetett orvosánál saját költségén elvégezteti és a vizsgálatok eredményét a Biztosító rendelkezésére bocsátja.
- (6) Nem vonatkozik a várakozási idő a balesetekre és azok következményeire.

V. fejezet

A Biztosítottak kora

A biztosítás megköthető a Biztosított 20-60 éves kora között, de lejáratkor a Biztosított életkora nem haladhatja meg a 70. életévet.

VI. fejezet

A biztosítás lejárata és tartama

- (1) Jelen kiegészítő biztosítás kockázatviselése megszűnik a következő események közül a korábban bekövetkező időpontjában:
 - a főbiztosítás folyamatos biztosítási díjfizetési tartamát követő december 31-e
 - annak a biztosítási időszaknak a végén, amikor a Biztosított a 70. életévét betölti.
- (2) Jelen kiegészítő biztosítás tartama a kockázatviselés kezdete és a kiegészítő biztosítás lejárata közötti időszak, de legfeljebb a főbiztosítás folyamatos biztosítási díjfizetési tartamát követő december 31-éig tart, kivéve, ha a főbiztosítás ezt megelőzően megszűnt, a főbiztosítás különös feltételek IV. fejezet (2) pontban írtak szerint.
- (3) A kiegészítő biztosítás a tartam során megszüntethető, a főbiztosítás különös feltételek IV. fejezet (4) pontban írtak szerint.

VII. fejezet

A Biztosító mentesülése és kockázatviselésének korlátozása

- (1) A Biztosító mentesül az Általános Személybiztosítási Feltételekben megfogalmazott kizárások és mentesülések esetén a szolgáltatás teljesítése alól.
- (2) A Biztosító abban az esetben is mentesül a biztosítás szolgáltatási kötelezettség kifizetése alól, ha bizonyítást nyer, hogy a Biztosított betegsége a szerződés létrejöttének időpontjában már fennállt, illetve az azt jelző vagy megelőző egészségi állapot szerződéskötéskor ismert volt, de azt a Biztosítóval nem közölték.

VIII. fejezet

A biztosítási díj

- (1) A biztosítási díj éves díj, de fizethető féléves, negyedéves és havi díjrészletben is. Féléves, negyedéves és havi díjfizetés esetén a Biztosító a főbiztosítás különös feltételei VII. fejezet (1) pontja szerinti pótdíjat számíthatja fel.
- (2) A biztosítási díj kiszámítása a Biztosító díjszabása alapján történik, melynél a Biztosító figyelembe veheti a Biztosított egészségi állapotát, kórelőzményét, foglalkozását, rendszeresen végzett sporttevékenységét.
- (3) A biztosítás díja változik a főbiztosítás különös feltételeinek XVIII. fejezetében leírt értékmegőrzés szabályai szerint.
- (4) A biztosítás díja változhat, ha a főbiztosítás különös feltételeinek III. fejezet (10) pontjában leírtak szerint változik a főbiztosítás szolgáltatása.
- (5) Jelen kiegészítő biztosítás díjfizetési gyakorisága megegyezik a főbiztosítás díjfizetésének gyakoriságával.
- (6) Jelen kiegészítő biztosítás díjfizetési tartama eltér a főbiztosításétól.

IX. fejezet

A biztosítási szerződés megszűnése

A biztosítási szerződés az alábbi esetekben automatikusan megszűnik:

- (1) amikor a főbiztosítás Különös Feltételei III. fejezet (2)-(15) írtak szerinti szolgáltatás megkezdődik, de legfeljebb a főbiztosítás folyamatos biztosítási díjfizetési tartamát követő december 31-én,
- (2) annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a Biztosított a 70 életévét betölti,
- (3) a Biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halálával,
- (4) a főbiztosítás bármely okból történő megszűnésével,
- (5) a Rokkantságra szóló kiegészítő biztosítás és a Kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítás biztosítási eseményének bekövetkezésével,
- (6) 6 hónap várakozási időn belül bekövetkező biztosítási esemény esetén,
- (7) a Szerződő írásbeli felmondásával. Felmondási idő 30 nap. A felmondással a Biztosító kockázatviselése megszűnik.
- (8) díj nem fizetés esetén – díjmentesítési lehetőség hiányában – az első elmaradt díj esedékességétől számított 90. napot követő napon.

X. fejezet

Maradékjogok

Jelen kiegészítő biztosítás nem rendelkezik maradékjogokkal. (Általános Személybiztosítási Feltételek XXIV., XXV., XXVI., XXVII. fejezet)

XI. fejezet

Többlethozam-visszatérítés

Jelen kiegészítő biztosítás nem rendelkezik az Általános Személybiztosítási Feltételek XXVIII. fejezetében leírt többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal.

A 9111 jelű Rokkantságra szóló kiegészítő biztosítás különös feltételei

I. fejezet

Általános rendelkezések

Az AXA Biztosító Zrt. (1138 Budapest, Váci út 135-139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei és az A 9104 Kialtó befektetési egységekhez kötött járadék biztosítás különös feltételei és a jelen kiegészítő biztosítás különös feltételei együtt az életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik abban az esetben, ha a szerződés ezen kiegészítő biztosítás különös feltételeire hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadók.

II. fejezet

Fogalmak és meghatározások

- (1) Balesetnek minősül a Biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő, külső behatás, amelynek következtében a Biztosított meghal, tartós egészségkárosodást (rokkantságot) szenved, kórházi ápolásra szorul, vagy műtéti beavatkozást végeznek rajta.
- (2) Betegség a mindenkor orvostudomány által rendellenesnek tartott biológiai, testi, pszichés állapot.
- (3) Orvosszakértői Intézet: az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (továbbiakban: OEP) Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézete (továbbiakban: orvosszakértői intézet), amely kiadja a végleges rokkantságról szóló határozatot.
- (4) II. és I. rokkantsági csoportok:
 - a II., I. rokkantsági csoportokat: az OEP az alábbiak szerint határozza meg:
 - a II. rokkantsági csoportba tartozik az, akinél 79% feletti rokkantságot állapítottak meg, de mások által gondozásra nem szorul,
 - az I. rokkantsági csoportba tartozik az, akinél 79% feletti rokkantságot állapítottak meg és mások által gondozásra szorul.
 - a Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosított rokkantsági mértékét a Biztosító orvosával ellenőriztesse és megfelelő orvos szakmai indoklás mellett azt felülbírálja.
- (5) Végleges rokkantság: az OEP által kiadott határozat II., I. rokkantsági csoportba sorolásánál meghatározzák, hogy a rokkantnyugdíjas rokkantsága végleges rokkantság-e vagy sem. Azon határozatok, amelyeken nem szerepel a végleges minősítés, nem tekinthetők végleges rokkantságnak. Az ilyen esetekben a Biztosított a határozat kézhezvételével egyszerre megkapja a következő felülvizsgálat időpontját is. Nem végleges a rokkantnyugdíjas állapota, amennyiben tovább javulhat vagy romolhat.

Biztosított:

- (1) csak olyan személy lehet, aki a szerződés megkötésének pillanatában nem áll orvosi kezelés alatt (pl. kórházi kezelés, táppénz).
- (2) nem lehet Biztosított:
 - aki a kockázatviselést megelőzően már rendelkezik az OEP orvosszakértői intézet határozatával, illetve kérelmet nyújtott be az említett intézetnél egészségkárosodás megállapítása céljából, vagy az ajánlat felvételének időpontjában folyamatos, 100 napot meghaladó sajátjogú betegállományban van.
 - akinek a részére rokkantsági vagy baleseti rokkantsági nyugdíjat, járadékot vagy szociális járadékot állapítottak meg vagy kérelme folyamatban van.

III. fejezet

A biztosítási esemény

A TB I. és II. rokkantság biztosítási eseménye

- (1) ha a Biztosított a biztosítási díj fizetésének időtartama alatt, a 70. életévének betöltése előtt, betegség vagy baleset következtében maradandó, végleges egészségkárosodást, rokkantságot szenved el, amelyről az OEP orvosszakértői intézet TB I. vagy II. fokú rokkantsági határozatot állít ki.

- (2) a biztosítási esemény bekövetkezése csak abban az esetben vonja maga után a Biztosító fizetési kötelezettségét, amennyiben a Biztosított állapotában javulás nem várható, rokkantsága végleges.
- (3) a rokkantság kezdetének időpontja az a nap, melyet az OEP orvosszakértői intézete által kiadott rokkantsági határozat megjelöl.

Súlyos baleseti rokkantság biztosítási eseménye

- (1) Ha a baleset napjától számított egy éven belül kiderül, hogy a baleset következményeként a Biztosított egészsége tartósan véglegesen károsodott (rokkant), 50 %-os vagy azt meghaladó mértékben

A rokkantság fokát az alábbiak szerint állapítja meg a Biztosító:

Testrészek egészségkárosodása	Térítés
mindkét szem látóképességének teljes 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	90%
egyik felkar elvesztése	80%
egyik lábszár elvesztése	80%
egyik alkar elvesztése	80%
beszélőképesség teljes elvesztése	80%
mindkét fül teljes hallóképességének elvesztése	70%
jobb kéz elvesztése (csuklón alul) jobbkezes Biztosított esetén	65%
bal kéz elvesztése (csuklón alul) balkezes Biztosított esetén	65%
amennyiben a Biztosított a másik szem látóképességét már előzőleg elvesztette	60%
jobb kéz elvesztése (csuklón alul) balkezes Biztosított esetén	50%
bal kéz elvesztése (csuklón alul) jobbkezes Biztosított esetén	50%

- (2) Az egyes testrészek, érzékszervek teljes működésképtelensége esetén az előzőekben megadott fenti egészségkárosodási táblázatot kell figyelembe venni.
- (3) A baleseti maradandó végleges egészségkárosodási százalékos szolgáltatások összegeződhetnek és amennyiben ezek összege eléri az 50%-ot, ez jogosít a biztosítási szolgáltatásra.
- (4) A Biztosító csak az 50%-os vagy azt meghaladó mértékű baleseti maradandó végleges egészségkárosodás esetén szolgáltat.
- (5) Ha a baleseti rokkantság foka a táblázat alapján nem állapítható meg, a szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A baleseti maradandó végleges egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvosa állapítja meg.
- (6) Amennyiben a baleseti maradandó végleges egészségkárosodás megállapított mértékét a Biztosított nem fogadja el, abban az esetben a Biztosító független orvosszakértőt kér fel a rokkantsági fok megállapítása céljából.
- (7) A baleset utáni első évben a rokkantsági szolgáltatásra csak akkor kerülhet sor, ha a baleseti maradandó, végleges egészségkárosodás orvosi szempontból végleges.

IV. fejezet

A biztosítási szolgáltatás

A Biztosító ezen kiegészítő biztosítás feltételei alapján a Szerződő díjfizetése ellenében, a következő szolgáltatást nyújtja:

- (1) Ha a Biztosítottnak a biztosítás tartamán belül a III. fejezetben leírt biztosítási eseménye bekövetkezik, abban az esetben a Biztosító a főbiztosítás folyamatos díjfizetését kiegyenlítettnek tekinti, és a főbiztosítás különös feltételei II. fejezet (1) b pontja szerint esedékes szolgáltatás kerül kifizetésre, a főbiztosítás különös feltételeinek III. fejezet (2)-(15) pontokban szabályozottnak megfelelően. Ezzel egy időben a főbiztosítás folyamatos biztosítási díjfizetési- és a várakozási tartama lezárul és a kiegészítő biztosítás megszűnik.

- (2) A Kritikus betegségekre szóló és/vagy a Halálesetre szóló kiegészítő biztosítás megléte esetén a Biztosító mindig az első biztosítási esemény bekövetkezésekor teljesíti a szolgáltatást.
- (3) Ha nem következik be a III. fejezet szerinti biztosítási esemény a biztosítás díjfizetési tartamának lejáratáig, a biztosítás kifizetés nélkül megszűnik.

V. fejezet

Orvosi vizsgálat, várakozási idő

TB I. és II. rokkantságra vonatkozóan

- (1) A Biztosító előírhatja a Biztosított kora és a választott biztosítási összeg függvényében az orvosi vizsgálat elvégzését, melyet a Biztosító által szerződtetett orvosnál szükséges elvégezni. Ennek költsége a Biztosítót terheli.
- (2) Ha a főbiztosítás III. fejezet (10) pontja szerinti biztosítási szolgáltatás változik, a Biztosító kérheti egészségi nyilatkozat kitöltését vagy orvosi vizsgálat elvégzését az Általános Személybiztosítási Feltételek VI. fejezete szerint.
- (3) A Biztosító az egészségi nyilatkozattal létrejövő szerződések esetén hat hónap várakozási időt köt ki.
- (4) Várakozási idő alatt – a szerződés hatálybalépésétől a kockázatviselés kezdetéig – a Biztosító kockázatviselése nem, vagy csak korlátozottan áll fenn.
- (5) A várakozási idő megváltható, ha a Biztosított az előírt orvosi vizsgálatot a Biztosító által szerződtetett orvosánál saját költségén elvégezteti és a vizsgálatok eredményét a Biztosító rendelkezésére bocsátja.
- (6) Nem vonatkozik a várakozási idő a balesetekre és azok következményeire.

Súlyos baleseti rokkantságra vonatkozóan

A Biztosító erre a kockázatra vonatkozóan nem ír elő várakozási időt.

VI. fejezet

A Biztosítottak életkora

A biztosítás megköthető a Biztosított 20-60 éves kora között, de lejáratkor a Biztosított életkora nem haladhatja meg a 70. életévet.

VII. fejezet

A biztosítás lejárata és tartama

- (1) Jelen kiegészítő biztosítás kockázatviselése megszűnik a következő események közül a korábban bekövetkező időpontjában:
 - a főbiztosítás folyamatos biztosítási díjfizetési tartamát követő december 31-e,
 - annak a biztosítási időszaknak a végén, amikor a Biztosított a 70. életévét betölti.
- (2) Jelen kiegészítő biztosítás tartama a kockázatviselés kezdete és a kiegészítő biztosítás lejárata közötti időszak, de legfeljebb a főbiztosítás folyamatos biztosítási díjfizetési tartamát követő december 31-éig tart, kivéve, ha a főbiztosítás ezt megelőzően megszűnt. (A főbiztosítás különös feltételek IV. fejezet (2) pontban írtak szerint).
- (3) A kiegészítő biztosítás a tartam során megszüntethető, a főbiztosítás különös feltételek IV. fejezet (4) pontban írtak szerint.

VIII. fejezet

A Biztosító mentesülése és kockázatviselésének korlátozása

- (1) A Biztosító mentesül az Általános Személybiztosítási Feltételekben megfogalmazott kizárások és mentesülések esetén a szolgáltatás teljesítése alól.
- (2) A Biztosító mentesül továbbá a szolgáltatás teljesítése alól, ha a rokkantság létrejöttében alkohol- vagy drogfogyasztás közrehatása igazolható.
- (3) A Biztosító nem nyújt szolgáltatást a biztosítási szerződés hatálybelépése előtt bekövetkezett betegségekre és balesetekre, melyeknek végleges rokkantság a következménye.
- (4) A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be és visszafizeti a befizetett díjakat, amennyiben a szerződés kockázatviselésének kezdete előtt kerül sor a rokkantsági járadék iránti kérelem OEP orvosszakértői intézeténél történő beadására.

IX. fejezet

A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

A Biztosítóhoz a kárigény teljesítéséhez a következő iratokat kell 8 munkanapon belül benyújtani:

- (1) az Általános Személybiztosítási Feltételekben szabályozott iratok,
- (2) baleset esetén a balesetet követő első – 24 órán belüli – orvosi ellátás dokumentációja.

Továbbá TB I. és II. rokkantság esetén:

- (3) az OEP orvosszakértői intézeténél benyújtott kérelem másolata, a kérelem benyújtását követő 8 munkanapon belül. A Biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a Biztosított nem jelenti be 8 munkanapon belül a biztosítási szolgáltatás iránti igényét és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak,
- (4) az OEP orvosszakértői intézetének végleges rokkantsági határozata, orvosi vélemények és indoklások másolata.

X. fejezet

A biztosítási díj

- (1) A biztosítási díj éves díj, de fizethető féléves, negyedéves és havi díjrészletben is. Féléves, negyedéves és havi díjfizetés esetén a Biztosító a főbiztosítás különös feltételei VII. fejezet (1) pontja szerinti pótdíjat számíthatja fel.
- (2) A biztosítási díj kiszámítása a Biztosító díjszabása alapján történik, melynél a Biztosító figyelembe veheti a Biztosított egészségi állapotát, kórelőzményét, foglalkozását, rendszeresen végzett sporttevékenységét.
- (3) A biztosítás díja változik a főbiztosítás különös feltételeinek XVIII. fejezetében leírt értékmegőrzés szabályai szerint.
- (4) A biztosítás díja változhat, ha a főbiztosítás különös feltételeinek III. fejezet (10) pontjában leírtak szerint változik a főbiztosítás szolgáltatása.
- (5) Jelen kiegészítő biztosítás díjfizetési gyakorisága megegyezik a főbiztosítás díjfizetésének gyakoriságával.
- (6) Jelen kiegészítő biztosítás díjfizetési tartama eltér a főbiztosításétól.
- (7) A fizetendő biztosítási díj mértéke 5 éves tartamokra garantált. A módosított biztosítási díj a díjmódosítás biztosítási évfordulójának napjától hatályos. Erről a Szerződőt a Biztosító írásban tájékoztatja 30 nappal a biztosítási évforduló előtt. Amennyiben a Szerződő a módosított díjat nem fogadja el, úgy arról írásbeli nyilatkozatot kell küldenie a Biztosítóhoz az értesítés kézhezvételétől számított 15 napon belül és ezzel a kiegészítő biztosítás a biztosítási évfordulón megszűnik. Írásbeli nyilatkozat hiányában a kiegészítő biztosítás módosított díja a biztosítási évfordulón automatikusan életbe lép.

XI. fejezet

A biztosítási szerződés megszűnése

A biztosítási szerződés az alábbi esetekben automatikusan megszűnik:

- (1) amikor a főbiztosítás Különös Feltételei III. fejezet (2)-(15) pontokban írtak szerinti szolgáltatás megkezdődik, de legfeljebb a főbiztosítás folyamatos biztosítási díjfizetési tartamát követő december 31-én,
- (2) annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a Biztosított a 70. életévét betölti,
- (3) a Biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halálával,
- (4) a főbiztosítás bármely okból történő megszűnésével,
- (5) a Kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítás Különös Feltételekben meghatározott biztosítási eseményének bekövetkezésével,
- (6) 6 hónap várakozási időn belül bekövetkező biztosítási esemény esetén,
- (7) a Szerződő írásbeli felmondásával. Felmondási idő 30 nap. A felmondással a Biztosító kockázatviselése megszűnik.
- (8) díj nem fizetés esetén – díjmentesítési lehetőség hiányában – az első elmaradt díj esedékességétől számított 90. napot követő napon.
- (9) amennyiben a Szerződő a X. fejezet (7) pontjában leírt módosított díjat nem fizeti meg.

XII. fejezet

Maradékjogok

Jelen kiegészítő biztosítás nem rendelkezik maradékjogokkal. (Általános Személybiztosítási Feltételek XXIV., XXV., XXVI., XXVII. fejezet)

XIII. fejezet

Többlethozam-visszatérítés

Jelen kiegészítő biztosítás nem rendelkezik az Általános Személybiztosítási Feltételek XXVIII. fejezetében leírt többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal.

A 9112 jelű Kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítás különös feltételei

I. fejezet

Általános rendelkezések

Az AXA Biztosító Zrt. (a továbbiakban Biztosító) Általános Személybiztosítási Feltételei és az A 9104 Kilátó befektetési egységekhez kötött járadékbiztosítás különös feltételei és a jelen kiegészítő biztosítás különös feltételei együtt az életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik abban az esetben, ha a szerződés ezen kiegészítő biztosítás különös feltételeire hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadók.

II. fejezet

A biztosítási esemény

A jelen kiegészítő biztosítás különös feltételei szerint a biztosítási esemény, ha a Biztosított a biztosítás tartamán belül az alábbiakban felsorolt betegségek bármelyikét elszenved:

- (1) rosszindulatú daganatban való megbetegedés (rák),
- (2) szívinfarktus,
- (3) agyi érkatasztrófa,
- (4) szívkoszorúér műtét,
- (5) krónikus veseelégtelenség,
- (6) aorta műtét
- (7) szívbillentyű műtét
- (8) csontvelő elégtelenség (aplasztikus anémia)
- (9) vakság
- (10) sükettség
- (11) beszédképesség elvesztése
- (12) nagyfokú égés
- (13) szervátültetés
- (14) gyermekkénulás (poliomyelitis)
- (15) előrehaladott bőrkérgesedés (scleroderma progressiva)
- (16) szisztémás lupus erythematosus (SLE)

III. fejezet

A biztosítási szolgáltatás

A Biztosító ezen kiegészítő biztosítás feltételei alapján a Szerződő díjfizetése ellenében, a következő szolgáltatást nyújtja:

- (1) A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésekor a főbiztosítás folyamatos díjfizetését kiegyenlítettnek tekinti, és a főbiztosítás különös feltételei II. fejezet (1) b pontja szerint esedékes szolgáltatás kerül kifizetésre a főbiztosítás különös feltételeinek III. fejezet (2)-(15) pontokban szabályozottaknak megfelelően. Ezzel egy időben a főbiztosítás folyamatos biztosítási díjfizetési- és várakozási tartama lezárul és a kiegészítő biztosítás megszűnik.
- (2) Több betegség egyidejű vagy egymást követő fellépése esetén a Biztosító nem teljesít többszöri kifizetést.
- (3) A Halálesetre szóló és/vagy rokkantságra szóló kiegészítő biztosítás megléte esetén a Biztosító mindig az első biztosítási esemény bekövetkezésekor teljesíti a szolgáltatást.
- (4) Amennyiben a biztosítási tartam során nem következik be biztosítási esemény, lejáratkor a biztosítás kifizetés nélkül szűnik meg.

IV. fejezet

Orvosi vizsgálat, várakozási idő

- (1) A Biztosító előírhatja a Biztosított kora és a választott biztosítási összeg függvényében az orvosi vizsgálat elvégzését, melyet a Biztosító által szerződtetett orvosnál szükséges elvégezni. Ennek költsége a Biztosítót terheli.
- (2) Ha a főbiztosítás III. fejezet (10) pontja szerinti biztosítási szolgáltatás változik, a Biztosító kérheti egészségi nyilatkozat kitöltését vagy orvosi vizsgálat elvégzését az Általános Személybiztosítási Feltételek VI. fejezete szerint.
- (3) A Biztosító az egészségi nyilatkozattal létrejövő szerződések esetén hat hónap várakozási időt köt ki.
- (4) Várakozási idő alatt – a szerződés hatálybalépésétől a kockázatviselés kezdetéig – a Biztosító kockázatviselése nem, vagy csak korlátozottan áll fenn.
- (5) A várakozási idő megváltható, ha a Biztosított az előírt orvosi vizsgálatot a Biztosító által szerződtetett orvosánál saját költségén elvégezteti és a vizsgálatok eredményét a Biztosító rendelkezésére bocsátja.
- (6) Nem vonatkozik a várakozási idő a balesetekre és azok következményeire.

V. fejezet

Kritikus betegségek definíciója

- (1) Rosszindulatú daganat (rák)
Rosszindulatú daganat a rosszindulatú sejtek kontrollálatlan osztódása és az egészséges szövetek közé terjedése, azok elpusztítása. A rák meghatározása magában foglalja az egyéb szervi daganatok mellett a nyirokszövet rosszindulatú daganatait (Hodgkin és Non-Hodgkin lymphoma), a myeloma multiplexet, a leukémiát.
A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:
 - körülírt, a környezetét nem elárasztó ún. lokális daganatok (carcinoma in situ), a szövettanilag premalignus, korai stádiumú, non-invazív daganatok (ide számítva az in situ mellidaganatokat és a CIN-1, CIN-2, CIN-3 méhnyaki diszpláziákat)
 - korai stádiumú prosztatata rák (T1a, 1b, 1c)
 - bazálsejtes rák (basalioma), pikkelyes bőrrák (epithelioma), áttét nélküli melanoma, ha a tumor vastagsága 1,5 mm alatt van vagy a Clark osztályozás szerint a 3-as szint alatti
 - HIV vírus jelenléte mellett kialakult malignus tumorok
 - pajzsmirigy 1 cm-nél kisebb átmérőjű T1NOMO besorolású papilláris mikrocarcinómája
 - húgyhólyag papilláris mikrocarcinómája
 - RAI III stádiumnál alacsonyabb besorolású krónikus lymphoid leukémia.A rosszindulatú daganat diagnózisát szövettani vizsgálattal, onkológus vagy pathológus állítja fel.
A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.
- (2) Szívinfarktus
A szívizom egy részének elhalása az érintett terület elégtelen vérrellátása következtében.
A diagnózis az alábbi kritériumokon alapszik:
 - típusos mellkasi fájdalom
 - friss és szívinfarktust bizonyító EKG eltérés, ST-szakasz elevációval járó szívinfarktus (STEMI) kialakulása.
 - szívizom elhalást jelző specifikus enzimek szintjének típusos emelkedése a vérben (CK-MB, Troponin T vagy I, egyéb biokémiai markerek)A biztosítás nem terjed ki a nem ST-szakasz elevációval járó, emelkedett Troponin I vagy T-vel kísért szívinfarktusra (NSTEMI).
A diagnózist kardiológus szakorvos állítja fel.
A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.
- (3) Agyi érkatasztrófa
Az agyi érkatasztrófa olyan idegrendszeri történés – agyi trombózis, agyvérzés, koponyán kívüli embólia forrásból eredő agyi embólia – melynek akut tünetei 24 óránál hosszabb ideig fennállnak és a következményeként maradandó idegrendszeri károsodás keletkezik.
A neurológiai szakorvosi diagnózist meg kell erősítenie az agy CT vagy MRI vizsgálatának, mely friss agyi elváltozást mutat.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:

- átmeneti agyi vérkeringési zavarok (TIA)
- balesetből eredő koponyaűri vérzés
- migrén okozta idegrendszeri tünetek
- lacunaris stroke idegrendszeri jelek nélkül

A biztosítási esemény időpontja megegyezik az akut esemény napjával, feltéve, hogy az ettől számított 90 nap elteltével a maradandó idegrendszeri károsodást neurológiai szakvélemény igazolja.

(4) Szívkoszorúér műtét

A szívkoszorúér műtét nyitott mellkasban végzett operáció, melynek célja legalább kettő koronária artéria szűkületének vagy elzáródásának megszüntetése, megkerülő (bypass) ér beültetésével. A műtét indokolt voltát a műtétet megelőző coronarographia leletével és kardiológiai szakvéleménnyel kell igazolni.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:

- nem nagysebészeti megoldások pl. ballon katéterrel végzett tágítás, angioplasztika, stent beültetés,
- lézer technikával végzett beavatkozás.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét elvégzésének kardiológus, szív és érsebész által igazolt napja.

(5) Krónikus veseelégtelenség

Mindkét vese működésének krónikus, visszafordíthatatlan, végállapotnak megfelelő beszűkülését jelenti, mely rendszeres vesedialysist (haemodialysis, peritoneális dialysis) vagy veseátültetést tesz szükségessé.

A biztosítás nem terjed ki az akut vesekárosodás miatti átmeneti időre szükséges vese dialysisra.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja: a legalább 60 napot meghaladó rendszeres dialysis kezelés igazolása a dialysist végző intézmény által vagy a veseátültetés napja (attól függően, hogy melyik következik be előbb).

A diagnózist nephrológiai szakvéleménnyel, veseátültetést a transzplantációt végző intézmény zárójelentésével kell igazolni.

(6) Aorta műtét

Nyitott mellkasban vagy hasban végzett nagyműtét az aorta szűkületének, elzáródásának, aneurizmájának (verőér tágulat), dissectiójának (az aorta belső rétegének hosszanti, tovafutó berepedése) megszüntetése céljából. Ebben a megfogalmazásban a mellkasi és hasi aorta műtétéről van szó, az oldalágak nélkül.

A biztosítási esemény időpontja a műtét napja.

A biztosítás nem terjed ki a nem nagysebészeti megoldásokra, az endoszkópos vagy katéteres eljárásokra.

A diagnózist kardiológiai kivizsgálással, szívsebészeti szakvéleménnyel kell alátámasztani.

(7) Szívbillentyű műtét

Egy vagy több műbillentyű (aorta, mitrális, pulmonális, tricuspidális) nyitott mellkasban való műtéti behelyezése a billentyű stenosis, elégtelenség vagy a kettő kombinációja miatt.

A billentyű betegség diagnózisát szív katéteres és szívultrahang vizsgálattal kell igazolni, a műtét szükségességét kardiológus, szívsebész szakvéleményével kell alátámasztani.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:

- valvuloplasztika,
- valvulotómia.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét napja.

(8) Csontvelő elégtelenség (aplasztikus anaemia)

Krónikus csontvelő elégtelenség, mely vérszegénységben, csökkent neutrophyl fehérvérsejt és thrombocyta számban nyilvánul meg.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.

A diagnózist haematológiai szakvéleménnyel, a betegséget igazoló csontvelő vizsgálat leletével kell alátámasztani.

(9) Vakság

Mindkét szem látóképességének teljes, végleges elvesztése betegség vagy baleset következtében.

A biztosítási esemény bekövetkezési időpontját szemész szakorvos állapítja meg.

Nem képez biztosítási eseményt: a súlyos látásgyengülés, részleges vakság, látótércsökkenés.

(10) Süketség

Mindkét fül hallóképességének teljes, végleges elvesztése betegség vagy baleset következtében.

A biztosítási esemény bekövetkezését (a hallás minden frekvencia tartományában legalább 80 decibeles halláscsökkenését jelenti) és annak időpontját audiometriás és hallás-küszöb vizsgálattal fül- orr- gége szakorvos állapítja meg.

(11) Beszédképesség elvesztése

Teljes és visszafordíthatatlan elvesztése a beszédképességnek a hangszálak betegsége vagy sérülése következtében.

A biztosítási esemény bekövetkezését, a diagnózist fül-orr-gégész szakorvosnak kell dokumentálnia. A beszédképesség elvesztésének legalább 6 hónap óta kell fennállnia.

(12) Nagyfokú égés

Harmadfokú (teljes bőrvastagságot érintő) égési sérülés, amely a Biztosított testfelületének legalább 20%-át érinti.

Az égési sérülés a hőforrás (tűz, forró felület, gőz) vagy elektromos áram által kiváltott élőszöveti sérülés.

A biztosítás nem terjed ki nap-, röntgen-, radioaktív-, infrásugárzás, lézer, mikrohullám által okozott égési sérülésekre.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a harmadfokú égési sérülés bekövetkezésének időpontja, amelyet bőrgyógyász, sebész szakorvos igazol.

(13) Szervátültetés

A szervátültetés olyan műtéti beavatkozást jelent, amelynek során a Biztosított, mint szervet kapó (recipiens) testébe az adott szerv végállapotú károsodása miatt, más személy (donor) testéből szívet, tüdőt, májat vagy vesét első alkalommal beültetnek. Az itt felsoroltakon kívül más szervekre nem terjed ki a kockázatviselés, valamint összejt, csontvelő, bőr, csont beültetésre, transfúzióra sem.

A biztosítási esemény időpontja a beültetés napja, melyet a transzplantáló intézmény zárójelentésével kell igazolni.

(14) Gyermekbénulás (a gerincvelő szürkeállományának gyulladása) (Poliomyelitis)

A poliomyelitis akut fertőzés, melyet Poliovírus okoz és bénulós betegséghez vezet.

A diagnózist infektológus, neurológus szakorvos állítja fel.

A diagnózist az alábbi két feltétel együttes jelenléte támasztja alá: a Poliovírus laboratóriumi azonosítása, a végtagok és/vagy a légzőszervek izmainak bénulása.

A biztosítási esemény időpontja a 6 hónap óta fennálló bénulás neurológus szakorvos által való igazolása.

A biztosítás nem terjed ki a bénulás nélküli esetekre.

(15) Előrehaladott bőrkérgesedés (Scleroderma progressiva)

Szisztémás kötőszövet-érrendszeri megbetegedés a bőrben, erekben és belső szervekben.

A biztosítási eseményt biopsziás és szerológiai vizsgálat egyértelmű eredményével kell alátámasztani, és bizonyítani kell: egy vagy több belső szerv (szív, tüdő, vese) érintettségét.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja, melyet immunológus, belgyógyász állít fel.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:

- Helyi bőrkérgesedés (scleroderma lineáris, morphoea)
- Fasciitis eosinophylica
- CREST szindróma.

(16) Szisztémás lupus erythematosus nephritisszel (SLE)

Több szervet érintő autoimmun betegség, amelyben a veseszövetet is autoantitestek és immunkomplexek lerakódása károsíthatja, melynek eredményeképpen lupus nephritis alakulhat ki.

Ebben a biztosításban az SLE diagnózisát azokra az esetekre tartjuk fenn, amikor az SLE érinti a veséket.

A biztosítás kiterjed a WHO szerinti III-VI osztályú lupus nephritisre.

A lupus nephritis WHO szerinti klasszifikációja:

- Class I. Lupus glomerulonephritis minimális elváltozással
- Class II. Mesangiális lupus glomerulonephritis
- Class III. Focalis segmentális vagy proliferatív glomerulonephritis
- Class IV. Diffúz proliferatív glomerulonephritis
- Class V. Diffúz membranózus glomerulonephritis
- Class VI. Előrehaladott, szklerotizáló glomerulonephritis

A biztosítás nem terjed ki a WHO szerinti I-II osztályú lupus nephritisre, a discoid lupusra.

A betegség diagnózisát immunológus, reumatológus, nephrológus szakorvos állapítja meg. A nephritis fennállását vese biopsziából nyert szövettan igazolja. Ez utóbbi egyúttal a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja is.

VI. fejezet

A Biztosítottak kora

A biztosítás megköthető a Biztosított 20-60 éves kora között, de lejáratkor a Biztosított életkora nem haladhatja meg a 70. életévet.

VII. fejezet

Biztosítás lejárata és tartama

(1) Jelen kiegészítő biztosítás kockázatviselése megszűnik a következő események közül a korábban bekövetkező időpontjában:

- a főbiztosítás folyamatos biztosítási díjfizetési tartamát követő december 31-e
- annak a biztosítási időszaknak a végén, amikor a Biztosított a 70. életévét betölti.

- (2) Jelen kiegészítő biztosítás tartama a kockázatviselés kezdete és a kiegészítő biztosítás lejáratára közötti időszak, de legfeljebb a főbiztosítás folyamatos biztosítási díjfizetési tartamát követő december 31-éig tart, kivéve, ha a főbiztosítás ezt megelőzően megszűnt a főbiztosítás különös feltételek IV. fejezet (2) pontban írtak szerint.
- (3) A kiegészítő biztosítás a tartam során megszüntethető, a főbiztosítás különös feltételek IV. fejezet (4) pontban írtak szerint.

VIII. fejezet

A Biztosító mentesülése és kockázatviselésének korlátozása

- (1) A Biztosító mentesül az Általános Személybiztosítási Feltételekben megfogalmazott kizárások és mentesülések esetén a szolgáltatás teljesítése alól.
- (2) A Biztosító abban az esetben is mentesül a biztosítás szolgáltatásának kifizetése alól, ha bizonyítást nyer, hogy bármelyik – biztosítási eseményként megjelölt – kritikus betegség a Biztosítottnál a szerződés létrejöttének időpontjában már fennállt, illetve az azt jelző vagy megelőző egészségi állapot szerződéskötéskor ismert volt, de azt a Biztosítóval nem közölték.

IX. fejezet

A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

A Biztosítóhoz a kárigény teljesítéséhez a következő iratokat kell 8 munkanapon belül benyújtani:

- az Általános Személybiztosítási Feltételekben szabályozott iratok,
- rosszindulatú daganat esetén: onkológiai szakorvosi vélemény, zárójelentés, a daganatot bizonyító szövettani vizsgálat lelete,
- szívinfarktus esetén: kardiológiai szakvélemény, zárójelentés (a típusos mellkasi fájdalom leírása, az akut ST-szakasz elevációval, járó, jellemző EKG-eltérések igazolása, a „kardiális” enzimek jellemző emelkedésének dokumentálása),
- agyi érrendszeri betegség esetén: ideggyógyászati szakvélemény, zárójelentés, CT vagy MRI vizsgálat lelete az akut eseményről, valamint ideggyógyászati szakvélemény a 90 napon túl fennálló, maradandó idegrendszeri károsodásról,
- koszorúérműtét esetén: kardiológiai szakvélemény, zárójelentés, a műtét előtt készített koszorúérfestés (coronarographia) lelete és szívsebészeti zárójelentés, műtét leírása,
- krónikus veseelégtelenség esetén: a kivizsgálás, a dialysis szükségességét igazoló nephrológiai leletek, kórházi zárójelentések, a legalább 60 napot meghaladó rendszeres dialysis igazolása a dialysist végző intézmény által, veseátültetés esetén a beültetést végző intézmény zárójelentése. A kockázatviselés nem terjed ki a szerződéskötéskor már várólistán levő egyénre.
- aorta műtét esetén: kardiológiai, szívsebészeti szakvélemény, zárójelentés, műtét leírása,
- szívbillentyű műtét esetén: kardiológiai, szívsebészeti szakvélemény, zárójelentés, a műtét leírása,
- csontvelő elégtelenség (aplasztikus anaemia) esetén: haematológiai, immunológiai szakvélemény, kórházi zárójelentés, a diagnózist alátámasztó laboratóriumi és csontvelő vizsgálat leletei,
- vakság esetén: a látóképesség teljes elvesztését igazoló vizsgálatok leletei, szemészeti szakvélemény,
- sükettség esetén: a teljes hallásvesztést igazoló vizsgálatok leletei, fül-orr-gégészeti, audiológiai szakvélemény,
- beszédképesség elvesztése esetén: a diagnózis felállításkor és az azt követő 6 hónap elteltével elvégzett vizsgálatok leletei és fül-orr-gégészeti szakvélemény,
- nagyfokú égés esetén: bőrgyógyászati, sebészeti szakvélemény,
- szervátültetés esetén: a transzplantációt megelőző kivizsgálás, a transzplantációt végző intézmény zárójelentései,
- gyermekkénulás – poliomyelitis: infektológiai, neurológiai szakvélemény, zárójelentés a betegség akut szakáról, valamint 6 hónappal az akut esemény utáni, a maradandó kénulást igazoló neurológiai szakvélemény,
- előrehaladott bőrkéregesedés – scleroderma progressiva esetén: immunológia, belgyógyászati szakvélemény, zárójelentés, szeroológiai, szövettani vizsgálatok eredményei,
- szisztémás lupus erythematosus nephritissel (SLE): nephrológus, immunológus, reumatológus szakvéleménye, zárójelentések, vesebiopszia lelete.

X. fejezet

A biztosítási díj

- (1) A biztosítás díja éves, de fizethető féléves és negyedéves és havi díjrészletben is. Féléves, negyedéves és havi díjfizetés esetén a Biztosító a főbiztosítás különös feltételei VII. fejezet (1) pontja szerinti pótdíjat számíthatja fel.

- (2) A biztosítási díj kiszámítása a Biztosító díjszabása alapján történik, melynél a Biztosító figyelembe veheti a Biztosított egészségi állapotát, kórelőzményét, foglalkozását, rendszeresen végzett sporttevékenységét.
- (3) A biztosítás díja változik a főbiztosítás különös feltételeinek XVIII. fejezetében leírt értékmegőrzés szabályai eljárás szerint.
- (4) A biztosítás díja változhat, ha a főbiztosítás különös feltételeinek III. fejezet (10) pontjában leírtak szerint változik a főbiztosítás szolgáltatása.
- (5) Jelen kiegészítő biztosítás díjfizetési gyakorisága megegyezik a főbiztosítás díjfizetésének gyakoriságával.
- (6) Jelen kiegészítő biztosítás díjfizetési tartama eltér a főbiztosításétól.
- (7) A fizetendő biztosítási díj mértéke 5 éves tartamokra garantált. A módosított biztosítási díj a díjmódosítás biztosítási évfordulójának napjától hatályos. Erről a Szerződőt a Biztosító írásban tájékoztatja 30 nappal a biztosítási évforduló előtt. Amennyiben a Szerződő a módosított díjat nem fogadja el, úgy arról írásbeli nyilatkozatot kell küldenie a Biztosítóhoz az értesítés kézhezvételétől számított 15 napon belül és ezzel a kiegészítő biztosítás a biztosítási évfordulón megszűnik. Írásbeli nyilatkozat hiányában, a kiegészítő biztosítás módosított díja a biztosítási évfordulón automatikusan életbe lép.

XI. fejezet

A biztosítási szerződés megszűnése

A biztosítási szerződés az alábbi esetekben automatikusan megszűnik:

- (1) amikor a főbiztosítás Különös Feltételei III. fejezet (2)-(15) pontokban írtak szerinti szolgáltatás megkezdődik, de legfeljebb a főbiztosítás folyamatos biztosítási díjfizetési tartamát követő december 31-én,
- (2) annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a Biztosított a 70. életévét betölti,
- (3) a Biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halálával,
- (4) a főbiztosítás bármely okból történő megszűnésével,
- (5) a Rokkantságra szóló kiegészítő Biztosítás biztosítási eseményének bekövetkezésével,
- (6) 6 hónap várakozási időn belül bekövetkező biztosítási esemény esetén,
- (7) a Szerződő írásbeli felmondásával. A szerződést írásban a biztosítási időszak végére lehet felmondani. Felmondási idő 30 nap. A felmondással a Biztosító kockázatviselése megszűnik.
- (8) díj nem fizetés esetén – díjmentesítési lehetőség hiányában – az első elmaradt díj esedékességétől számított 90. nap elteltével,
- (9) amennyiben a Szerződő a X. fejezet (7) pontjában leírt módosított díjat nem fizeti meg.

XII. fejezet

Maradékjogok

Jelen kiegészítő biztosítás nem rendelkezik maradékjogokkal. (Általános Személybiztosítási Feltételek XXIV., XXV., XXVI., XXVII. fejezet)

XIII. fejezet

Többlethozam-visszatérítés

Jelen kiegészítő biztosítás nem rendelkezik az Általános Személybiztosítási Feltételek XXVIII. fejezetében leírt többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal.

