

BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK

A 204-es jelű halálesetre és kritikus betegségek bekövetkezésére szóló életbiztosítás feltételei

A jelen életbiztosítási szerződés az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Rt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A feltételekben és a szerződésben nem rendezett kérdésekben a hatályos jogszabályok rendelkezései az irányadók.

I. Fejezet Általános rendelkezések

1. A biztosítási szerződés létrejötte

- (1) A biztosítási szerződés a szerződő és a biztosító kölcsönös megállapodása alapján jön létre.
- (2) A biztosítóval szerződő fél az ajánlatát írásban, a biztosító ajánlati nyomtatványán terjeszti elő. A szerződés létrejötte esetén az ajánlat a szerződés részét képezi.
- (3) A biztosítás meghatározott tartamra vagy a biztosított meghatározott életkoráig, mint lejárat korig köthető.
- (4) A szerződés létrejöttéhez a biztosított egészségi nyilatkozata, illetve a biztosító előírásaitól vagy igényétől függően orvosi vizsgálata is szükséges.

Az ajánlat elfogadása esetén a biztosító a szerződésről kötvényt állít ki. Az ajánlat esetleges elutasítását a biztosító nem köteles megindokolni. Az elutasítással a biztosítási ajánlat és a vele kapcsolatos valamennyi irat a biztosító tulajdonában marad.

A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és biztosítási titokként kezelni.

2. A biztosítási szerződés alanyai

- (1) A biztosító az a jogi személy, amely a biztosítási szerződés létrejötte esetén a biztosítási szolgáltatások teljesítésére kötelezettséget vállal.

A szerződő az a személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz és a díj fizetésére kötelezettséget vállal.

A biztosított az a természetes személy, akinek az életével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön.

A biztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához - ha a szerződést nem ő köti meg - a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Ha a biztosított kiskorú, és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló személy köti meg, a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges.

A biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a szerződés a biztosítási időszak végével megszűnik, kivéve, ha a biztosított a szerződő fél írásbeli hozzájárulásával a szerződésbe belép.

- (2) A biztosított a szerződő fél írásbeli beleegyezésével a szerződésbe bármikor beléphet, a belépéshez a biztosító hozzájárulása nem szükséges. A biztosított, mielőtt a szerződés felmondása vagy díjfizetés elmaradása miatt megszűnik, a biztosítóval közölt írásbeli nyilatkozatával a szerződő fél helyébe léphet.

- (3) A kedvezményezett az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási szerződésben megjelölt szolgáltatásra jogosult.

3. A kedvezményezett jelölése és megváltoztatása

A kedvezményezett a szerződésben megjelölt személy. Kedvezményezett állítás hiányában a kedvezményezett a biztosított örököse.

Több kedvezményezett jelölése esetén minden egyes kedvezményezett vonatkozásában meg kell jelölni a kedvezményezés mértékét. Ennek hiányában a kedvezményezés arányát egyenlőnek kell tekinteni.

- (1) A szerződő fél az eredetileg jelölt kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával bármikor más kedvezményezettet nevezhet meg. Ha nem a biztosított a szerződő fél, ehhez a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

- (2) A kedvezményezett jelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal.

II. Fejezet A biztosítási esemény és szolgáltatás

4. A biztosítási esemény

A jelen feltételek szempontjából biztosítási esemény:
a) a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála, vagy
b) a biztosítottnak a biztosítás tartamán belül, a kockázatviselés kezdetétől számított 6 hónap eltelte után a jelen feltételek III. fejezetében meghatározott bármely kritikus betegségben való megbetegedése, feltéve, hogy a betegség pontos diagnózisának megállapítását, illetve a műtét elvégzését követően a biztosított legalább 30 napig életben van.

5. A biztosítási szolgáltatások

a) Kockázati életbiztosítás szolgáltatása

A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződésben meghatározott biztosítási összeget egyösszegben kifizeti a biztosítottnak, vagy a jelen feltételek 12. pontja szerinti opciók egyike szerint teljesít. Ha a biztosított él a biztosítás lejáratakor, a biztosítás kifizetés nélkül megszűnik.

b) Kritikus betegségekre szóló biztosítás szolgáltatása

A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződésben meghatározott biztosítási összeget egyösszegben kifizeti a biztosítottnak, vagy a jelen feltételek 13. pontja szerinti opciók egyike szerint teljesít. A fenti biztosítási események bármelyikének a kockázatviselés kezdetétől számított 6 hónap várakozási idő eltelte előtt történő bekövetkezése esetén a biztosító az ezen kiegészítő biztosításra befizetett díj(ak)at a szerződőnek visszafizeti és ezzel a jelen kiegészítő biztosítás megszűnik.

A jelen kiegészítő biztosítás alapján a biztosítási összeg csak egy ízben és egyszeresen kerülhet kifizetésre. Több betegség egyidejű vagy egymást követő fellépése esetén a biztosító nem teljesít többszöri kifizetést.

Amennyiben a fenti biztosítási események bármelyike bekövetkezik, a biztosítás automatikusan megszűnik. A biztosítási összeg kizárólag az egyik bekövetkező biztosítási eseményre és egy alkalommal kerül kifizetésre.

III. Fejezet

Betegség-definíciók és a biztosítási események bekövetkezésének időpontja

Jelen feltételek szempontjából az egyes betegségek definíciója és a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja - amelyet a rendelkezésre álló orvosi iratok alapján a biztosító orvosa bírál el - a következők:

a) Rosszindulatú daganat

Rosszindulatú daganat (malignus tumor) a rosszindulatú sejtek kontrollálatlan növekedése és szövetek közötti terjedése, távolabbi áttétek képződése. A rosszindulatú daganat meghatározás magában foglalja az egyéb szervi daganatok mellett a nyirokszövet rosszindulatú daganatait (Hodgkin-kór, Non-Hodgkin lymphoma és plazmasejtes myeloma) és a vérképző szövetek rosszindulatú daganatait (leukémiák) a krónikus lymphoid leukémia kivételével.

A biztosítás nem terjed ki:

- helyi, a környezetét nem elárasztó, úgynevezett lokális daganatokra (carcinoma in situ);
- a bőr daganataira, kivéve a festékes anyajegyek rosszindulatú daganatait (melanoma malignum);
- körülírt, nem a környezetébe törő olyan daganatokra, melyek korai rosszindulatúvá válás jeleit mutatják ("pre-malignus" és "pre-carcinomas" elfajulást mutató szöveti elváltozások);
- AIDS megbetegedés, illetve HIV fertőzöttség mellett fellépő bármely rosszindulatú daganatra.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a betegség diagnosztizálásának időpontja.

b) Szívinfarktus

A szívinfarktus a szívizomzat egy részének minden rétegét érintő - un. transmuralis - visszafordíthatatlan elhalása, melynek oka a megfelelő terület vérellátásának hirtelen kialakuló elégtelensége.

A diagnózisnak legalább két, egyidejűleg fennálló tényen kell alapulnia az alábbiak közül:

1. típusos klinikai tünetek (mellkasi fájdalom);
2. az infarktust igazoló jellegzetes EKG elváltozások;
3. a szívenzim értékek típusos emelkedése.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a betegség bekövetkezésének a kezelőorvos által megállapított időpontja.

c) Agyi érkatasztrófa

Agyi érkatasztrófa az olyan hirtelen fellépő idegrendszeri történés, amit agyi értrombózis, koponyán belüli vérzés, koponyán kívüli embólia forrásból eredő agyi embólia okoz, amelynek akut tünetei 24 óránál hosszabb ideig fennállnak, és amelynek maradandó, az esemény bekövetkezése után 45 nap elteltével is egyértelműen fennálló, az érkárosodással okozati összefüggésben álló káros idegrendszeri tünetei vannak. A biztosítás nem terjed ki a balesetből eredő koponyaűri vérzésekre, illetve az átmeneti (24 óránál rövidebb ideig tartó), maradandó tüneteket nem okozó agyi keringési zavarokra.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a betegség bekövetkezésének a kezelőorvos által megállapított időpontja.

d) Szívkoszorúér műtét

Szívkoszorúér műtét az az aktuális, nyitott mellkasban

végzett operáció, melynek célja a koszorúérrendszer koszorúérfestéssel előzetesen igazolt két vagy több koszorúér szűkületének, illetve elzáródásának megszüntetése érptlással. A biztosítás nem terjed ki a nem nagysebészeti megoldásokra melyek közül ma ismert a ballonkatéterrel végzett tágitás, illetve a koszorúér részleges vagy teljes elzáródásának lézeres kezelése.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét időpontja.

e) Szervátültetés

A szervátültetés olyan műtéti beavatkozást jelent, amelynek során a biztosított, mint szervet kapó (recipiens) testébe más személy (donor) szervezetéből szív, tüdő, máj, vese vagy hasnyálmirigy kerül átültetésre. A biztosítás csontvelő, illetve egyéb szervátültetésre nem terjed ki.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét időpontja.

f) Veseelégtelenség

A veseelégtelenség mindkét vese működésének tartós, krónikus, visszafordíthatatlanul beszűkült, végállapotot jelző funkcióját jelenti.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a rendszeres dialízis kezelés megkezdését követő 60. nap.

g) Vakság

Mindkét szem látóképességének teljes, végleges és visszafordíthatatlan elvesztése valamilyen betegség következtében. A súlyos látásgyengülés, csökkent fényérzékelés, látótér csökkenés vagy részleges vakság, illetve nem betegség következtében kialakuló teljes vakság jelen feltételek szempontjából nem tekinthető biztosítási eseménynek.

A biztosítási esemény időpontja a teljes vakság diagnosztizálásának időpontja, amelyet a biztosító által kijelölt szakorvos véleménye igazol.

6. Kizárások

A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon megbetegedésekre, illetve műtétekre, amelyek bekövetkezése közvetlenül vagy közvetve okozati összefüggésben van:

- a) a biztosított által szándékosan okozott sérüléssel vagy megbetegedéssel (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori tudatállapotára);
- b) a biztosított ittas állapotával, amennyiben az alkoholos befolyásoltság mértéke eléri vagy meghaladja a jogszabályban a súlyos ittasagra meghatározott határértéket;
- c) a biztosított kábítószer hatása alatti állapotával;
- d) a biztosított AIDS betegségével vagy HIV-val való fertőzöttségével;
- e) maghasadással, illetve rádióaktív vagy egyéb ionizáló sugárzással kivéve, ha az ilyen sugárzásat jogszabályban feljogosított egészségügyi intézmény vagy orvos utasítására gyógyászati céllal alkalmazzák;
- f) mérgező vagy maró anyagok bevitelével, illetve gázok, gőzök vagy füst belélegzésével, amennyiben a belélegzett anyagok koncentrációja a jogszabályban meghatározott egészségügyi határértéket meghaladja.

Amennyiben a biztosított a szerződéskötés előtt a III. fejezet a, b, c, f, g, pontjaiban meghatározott betegségek (egészségkárosodások) valamelyikében már szenvedett, illetve a III. fejezet d-e pontjaiban meghatározott műtéti kezelések valamelyikében már részesült, úgy a biztosító kockázatviselése ezen betegségre, illetve kezelésre nem terjed ki.

IV. Fejezet A biztosító kockázatviselése

7. A kockázatviselés kezdete

- (1) A biztosító kockázatviselése az azt követő nap 0 órájakor kezdődik, amikor a szerződő fél az első díjat a biztosító számlájára vagy pénztárába befizeti, feltéve, hogy az életbiztosítási szerződés már létrejött, vagy utóbb létrejön. Ha a szerződő fél a díjat a biztosító képviselőjének fizette, a díjat legkésőbb a fizetés napjától számított 4. napon a biztosító számlájára, illetőleg pénztárába beérkezettnek kell tekinteni.

A biztosítás létrejötte előtt befizetett biztosítási díjat a biztosító kamatmentes előlegként kezeli.

8. Várakozási idő

Amennyiben a biztosítás orvosi vizsgálat nélkül jön létre, a biztosító a biztosítás kezdetétől számítva 3 hónap várakozási időt köt ki. Amennyiben a biztosított a várakozási időn belül meghal, a biztosító a befizetett díjakat visszatéríti és ezzel a biztosítás megszűnik, kivéve, ha a biztosított halála a várakozási időn belül bekövetkezett baleset vagy a várakozási időn belül szerzett heveny fertőző betegség következménye, amely esetben a biztosító a szerződésben meghatározott haláleseti összeget fizeti ki.

9. Háborús kockázat

- (1) A biztosító - a jelen rendelkezés (2) bekezdésében foglalt kivételtől eltekintve - viseli a biztosított háború idején felmerülő kockázatait.
- (2) Amikor a biztosított háború vagy polgárháború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) katonai szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország, nemzetközi szervezet vagy szemben álló fél bármely fegyveres erejénél, a szerződés szerinti alaptartozás és a hozzá tartozó összes kiegészítő biztosítás hatálya felfüggesztésre kerül, és a biztosító kockázatviselése szünetel. Amennyiben a biztosított a kockázatviselés szünetelése alatt meghal, a biztosítási összeg helyett a biztosításra ténylegesen befizetett díjak költségekkel csökkentett összege kerül kifizetésre.

A biztosítás a felfüggesztési időszak végén újra érvénybehelyezhető. Az újra érvénybehelyezésre a jelen feltételek 12. pontját kell alkalmazni, de a felfüggesztési időszak első hat hónapjára a biztosító nem számít fel kamatot az elmaradt díjak után.

V. Fejezet A biztosítási díj, díjfizetés

10. A biztosítási díj

A biztosítási díj kiszámítása a biztosított életkorának, nemének, egészségi állapotának, tevékenységének (foglalkozás, szabadidős tevékenység stb.), valamint a biztosítás tartamának, a biztosítási összeg nagyságának és a díjfizetés gyakoriságának a figyelembevételével történik.

A biztosított belépési kora a biztosítás kezdetekor betöltött életkor alapján kerül megállapításra.

A jelen feltételek III. fejezetében meghatározott betegségek bekövetkezési valószínűségeiben bekövetkezett jelentős mértékű változás esetén a biztosító a díjat felülvizsgálja és az új díjkalkuláció alapján új díjtételeket állapíthat meg, amelyek minden hatályban lévő kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosításra egységesen érvényesek. A díjtételeket a biztosító első ízben a termék bevezetésétől

számított ötödik (5) évben módosíthatja, függetlenül az egyes szerződések tartamától.

A díjmódosítás mértékéről a biztosító írásban tájékoztatja a szerződőt oly módon, hogy a szerződő legalább 30 nappal a következő biztosítási évforduló előtt kézhez kapja az értesítést. Amennyiben a szerződő a módosított díjat elutasítja, úgy az erre vonatkozó írásbeli nyilatkozatát a biztosítási évfordulót megelőzően kell eljuttatnia a biztosítóhoz, amelynek következtében a jelen kiegészítő biztosítás az első emelt díj esedékességét megelőző nap 24. órájával megszűnik. A nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt, amelyen a biztosítás megszűnését a biztosító záradékkal feljegyzi. Írásbeli nyilatkozat hiányában a jelen kiegészítő biztosítás módosított díja a biztosítási évfordulótól kezdődően automatikusan életbe lép.

11. A díjfizetés esedékessége, fizetési késedelem

A biztosítás rendszeres díjfizetésű. A biztosítás első díja a szerződés létrejöttekor, minden későbbi díj pedig annak a biztosítási időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik. Az évestől eltérő díjfizetési gyakoriság esetén a biztosító pótlékot számít fel. A díjfizetés gyakoriságát a szerződő a biztosítási évfordulón megváltoztathatja. Az erre irányuló kérést a biztosítási évforduló előtt 30 nappal írásban kell jelezni.

- (1) Amennyiben a szerződő a díjat az esedékességgel nem egyenlíti ki, a biztosító a kockázatot az elmaradt díj esedékességétől számított 90 napig viseli (tűrelmi idő). Ezen tűrelmi időn belül a szerződő az elmaradt díj befizetését pótolhatja.
- (2) Ha a szerződő az elmaradt díjat a tűrelmi időn belül nem fizeti meg, a biztosítás a 90 napos határidő elteltével, a 91. napon kifizetés nélkül megszűnik.
- (3) A rendszeres díjfizetésű biztosítás díja a biztosítás lejáratáig vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjesedékesség időpontjáig fizetendő. Tartamon túli díjfizetéssel nem keletkezik jogosultság biztosítási szolgáltatásra. A tartozatlanul fizetett díjakat a biztosító kamatok nélkül fizeti vissza.

12. A biztosítás újra érvénybehelyezése

A biztosítási esemény nélkül megszűnt biztosítás újra érvénybehelyezhető, ha a szerződő azt írásban kéri és az összes elmaradt díjat az időarányos késedelmi kamattal együtt befizeti. Újra érvénybehelyezés esetén a biztosító kockázatviselése az elmaradt díjak és a késedelmi kamat befizetését követő nap 0 órájától folytatódik, feltéve, hogy a biztosító a szerződő kérelmét annak a biztosító kockázatbírálására jogosult egységéhez történő beérkezését követő 15 napon belül nem utasítja vissza. Az újra érvénybehelyezési kérelem vonatkozásában a biztosító jogosult kockázatbírálásra, egészségi nyilatkozatot kérhet, szükség szerint a biztosított orvosi vizsgálatát is előírhatja.

VI. Fejezet Választható kifizetési és járadék opciók

13. Választható kifizetési és járadék opciók

A biztosító a biztosítás megszűnésekor esedékessé váló bármely szolgáltatás egyösszegben történő kifizetése helyett, a szolgáltatásra jogosult(ak) választásától függően, a biztosító és a kedvezményezett között létrejövő külön megállapodás alapján a következő kifizetési és járadék opciók egyike szerint is teljesíthet:

- a) meghatározott időtartam lejáratakor egyösszegű kifizetést teljesít,
- b) meghatározott egyenlő részletekben történő kifizetést teljesít,

- c) meghatározott időtartam alatt, egyenlő részletekben történő kifizetést teljesít,
- d) élethossziglan tartó havi járadékot fizet,
- e) élethossziglan tartó, de egy meghatározott ideig (legfeljebb 15 évig) garantált havi járadékot fizet,
- f) élethossziglan tartó havi járadékot fizet, amelynek összege 60%-ban átruházható a járadékos halála esetén az öt túlélő házastárs javára.

A szolgáltatási összeg életjáradékra váltása esetén a biztosító a havi járadék összegét az átváltáskor érvényben lévő járadéktáblázat szerint számítja ki. A biztosító jogosult meghatározni a fenti opciók alapján teljesített kifizetések minimális összegét, amely összeg alatt a szolgáltatás igénybevételére nincs lehetőség. A jogosult által választott szolgáltatás alapján teljesített első kifizetést követően a szolgáltatás típusának megváltoztatására nincs lehetőség.

VII. Fejezet

A biztosító teljesítése

14. A biztosítási esemény bejelentése és igazolása

- (1) A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 15 napon belül a biztosítónak be kell jelenteni és a szükséges felvilágosításokat meg kell adni.
Ennek elmulasztása esetén a biztosító annyiban megtagadhatja a szolgáltatás teljesítését, amennyiben emiatt lényeges körülmények utóbb kideríthetetlenekké válnak.
- (2) A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a következő iratokat kell a biztosító részére bemutatni, illetve átadni:
 - a) a biztosítási kötvényt és az utolsó díjfizetést igazoló nyugtát,
 - b) a biztosított születési idejét hitelt érdemlően igazoló okiratot,
 - c) a biztosított halála esetén a hiteles halotti anyakönyvi kivonatot és a halál okát, valamint a halált okozó betegség kezdetének időpontját és lefolyását igazoló részletes orvosi bizonyítványt,
 - d) hatósági eljárás esetén a nyomozást megszüntető vagy megtagadó jogerős határozatot vagy a vádindítványt,
 - e) mindazon egyéb okiratokat, amelyek a jogosultság (személyazonosság, illetve kedvezményezett vagy örökös státusz) igazolásához, illetve a biztosítási esemény megállapításához szükségesek.

A kritikus betegségekre szóló biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez a fentiekben túl az alábbi iratokat kell benyújtani az egyes biztosítási események igazolásához:

a) Rosszindulatú daganat esetén

- határozott orvosi diagnózist (szöveti leletet) a rosszindulatúság igazolására;
- szövettani bizonyítékot (leletet) arról, hogy a daganat a környező szöveteket elárasztotta vagy távolabbi áttétet képzett.

b) Szívinfarktus esetén

- a típusos klinikai tünetek leírását tartalmazó orvosi dokumentumot;
- az infarktust igazoló jellegzetes EKG elváltozások leletét;
- a szívenzim értékek típusos emelkedését igazoló orvosi dokumentumot.

c) Agyi érkatasztrófa esetén

- az esemény bekövetkeztét és a bekövetkezés időpontját

megállapító dokumentumot (orvosi lelet, zárójelentés);
- neurológiai szakvéleményt, amely az esemény után 45 nappal, az eseménnyel okozati összefüggésben álló kóros idegrendszeri tüneteket állapít meg.

d) Szívkoszorúér műtét esetén

- a műtét szükségességének orvosi dokumentációját beleértve a műtét előtt készített koszorúérfestés (coronariographia) leletét;
- a műtét leírását tartalmazó zárójelentést.

Amennyiben a műtetre nem Magyarországon kerül sor, úgy a biztosítási esemény elfogadásának feltétele, hogy a biztosító orvosszakértőjének műtét előtti, a beavatkozás indokoltságát megállapító írásbeli véleményét beszerezzék.

e) Szervátültetés esetén

- a műtét szükségességének orvosi dokumentációját;
- a műtét leírását tartalmazó zárójelentést.

Amennyiben a műtetre nem Magyarországon kerül sor, úgy a biztosítási esemény elfogadásának feltétele, hogy a biztosító orvosszakértőjének műtét előtti, a beavatkozás indokoltságát megállapító írásbeli véleményét beszerezzék.

f) Veseelégtelenség esetén

- a dialízis szükségességét igazoló leletet;
- a 60 napot meghaladó, rendszeres dialízis kezelés orvosi igazolását.

g) Vakság esetén

- mindkét szem látóképességének betegség következtében történt teljes, végleges és visszafordíthatatlan elvesztését igazoló szakorvosi véleményt.

A biztosító a szolgáltatását a biztosító orvosának véleménye alapján teljesíti. Az igényelbírálás tartama alatt a biztosító jogosult a saját költségén és az általa megnevezett orvosokkal a biztosítottat megvizsgáltatni a biztosítási esemény megállapítása érdekében.

- (1) A biztosító szükség esetén egyéb okiratokat vagy igazolásokat is bekérhet, illetve bizonyos kérdések tisztázására maga is beszerezhet adatokat.
- (2) A szükséges iratok beszerzésével kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényét a biztosítóval szemben érvényesíteni kívánja.
- (3) A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához, illetve a teljesítéshez szükséges összes irat beérkezése után, az utóljára beérkezett irat kézhezvételétől számított 15 napon belül teljesíti.
- (4) A biztosító a már esedékessé vált, de még meg nem fizetett díjakat bármely szolgáltatás összegéből levonja.
- (5) Az életkor helytelen bevallása esetén a biztosító az esedékes szolgáltatás összegét megfelelően módosítja a díjtáblázat alapján, a befizetett díjak és a biztosított valószínű belépési kora szerint, feltéve, hogy a biztosítás a valószínű belépési életkorral létrejöhetett. Amennyiben a tényleges belépési kor szerint a biztosítás nem jöhetett volna létre, a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályokat kell alkalmazni.

15. A biztosítás átruházása

A szerződő a biztosító részére megküldött írásbeli nyilatkozatával bármely időpontban átruházhatja a szerződésből származó jogait és kötelezettségeit. Az átruházás hatálya a biztosítóra kizárólag az átruházás időpontjában a biztosító részéről fennálló kötelezettségek erejéig hat ki. Az átruházás érvényességéért a biztosító felelősséget nem vállal.

VIII. Fejezet

Közlési kötelezettség, mentesülés

16. Közlési kötelezettség és megsértésének következményei

- (1) A biztosított és a szerződő a szerződéskötéskor kötelesek a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval a valószínű megfelelően és hiánytalanul közölni, amelyekre a biztosító írásban kérdést tett fel, és amelyeket ismertek vagy ismerniük kellett.
- (2) A közlési kötelezettség megsértése esetén a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve ha:
 - a) bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy nem a valószínű megfelelően közölt körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, illetve az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében;
 - b) a biztosítás már legalább 2 éve megszakítás nélkül fennállott, arra 2 évi díj befizetésre került, és bizonyítják, hogy a közlési kötelezettség megsértése nem szándékosan történt,
 - c) a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.
- (3) A közlési kötelezettségre vonatkozó szabályok érvényesek abban az esetben is, ha a biztosítás tartama alatt - a szerződő ajánlata alapján - a biztosítási összeg emelésére kerül sor, de csak a megemelt és a régi biztosítási összeg különbözetére vonatkozóan, és csak azon tények és körülmények tekintetében, amelyekre a biztosító az összegemelés kapcsán írásban kérdéseket tett fel.

17. A biztosító mentesülése

A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét. A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, ha a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, vagy azzal összefüggésben halt meg a biztosított.

18. Öngyilkosság

- (1) A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, ha a biztosított a szerződéskötéstől számított 2 éven belül elkövetett öngyilkosság következtében halt meg (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori tudatállapotára).
- (2) Amennyiben a biztosított a szerződéskötéstől számított 2 éven túl elkövetett öngyilkosság következtében halt meg, a biztosító a szerződésben meghatározott haláleseti biztosítási összeget fizeti ki, kivéve, ha az öngyilkosságot megelőző 2 éven belül - a szerződő ajánlata alapján - a biztosítási összeg emelésére került sor. Ebben az esetben a biztosító kifizeti az emelés előtti biztosítási összeget és visszatéríti azokat a díjakat, amelyeket a megemelt és a régi biztosítási összeg közötti különbözetre befizettek.

19. Kizárások

- (1) A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított halálát a jelen paragrafus (2) bekezdése szerinti opportunista fertőzés vagy rosszindulatú daganatképződés okozta, feltéve, hogy a halál bekövetkezésekor a biztosított kimutathatóan fertőzött volt a humán immunhiányt okozó vírussal (HIV) és/vagy szervezetében kialakult a szerzett immunhiány szindróma (AIDS).
- (2) Az opportunista fertőzések körébe tartoznak, de azt nem merítik ki a *Pneumocystis carinii* okozta pneumónia (PCP), a mikroorganizmusok okozta krónikus gyomor- és bélgyulladás, a vírusos és/vagy szétterjedt gombás fertőzések. A rosszindulatú daganatok körébe tartoznak, de azt nem merítik ki a Kaposi-szarkóma, a központi idegrendszeri (agyi) limfóma és/vagy az olyan rosszindulatú daganatok, amelyek a szerzett immunhiány megléte esetén a halál közvetlen okaiként ismertek vagy válnak ismertté. A szerzett immunhiány szindróma körébe tartozik a HIV által okozott agykárosodás és a HIV által okozott Wasting-szindróma.
- (3) Amennyiben a biztosító ezen kizárás szerint mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, a biztosításra ténylegesen befizetett összes díjat kifizeti a kedvezményezett részére.
- (4) A biztosító kockázatviselése továbbá nem terjed ki azon, a jelen feltételek III. fejezetében meghatározott megbetegedésekre, illetve műtétekre, amelyek bekövetkezése közvetlenül vagy közvetve okozati összefüggésben van az alábbiak bármelyikével:
 - a) a biztosított által szándékosan okozott sérüléssel vagy megbetegedéssel (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori tudatállapotára);
 - b) a biztosított ittas állapotával, amennyiben az alkoholos befolyásoltság mértéke eléri vagy meghaladja a jogszabályban a súlyos ittasságra meghatározott határértéket;
 - c) a biztosított kábítószer hatása alatti állapotával;
 - d) maghasadással, illetve radioaktív vagy egyéb ionizáló sugárzással kivéve, ha az ilyen sugárzást jogszabályban feljogosított egészségügyi intézmény vagy orvos utasítására gyógyászati céllal alkalmazták;
 - e) mérgező vagy maró anyagok bevitelével, illetve gázok, gőzök vagy füst belélegzésével, amennyiben a belélegzett anyagok koncentrációja a jogszabályban meghatározott egészségügyi határértéket meghaladja.

Amennyiben a biztosított a szerződéskötés előtt a III. fejezet a, b, c, f, g, pontjaiban meghatározott betegségek (egészségkárosodások) valamelyikében már szenvedett, illetve a d-e, pontokban meghatározott műtéti kezeléseket valamelyikében már részesült, úgy a biztosító kockázatviselése ezen betegségekre, illetve kezelésre nem terjed ki.

20. A biztosítás megszűnése

A jelen biztosítás és a biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik:

- a) a biztosítás lejáratakor, de legkésőbb annak a biztosítás évnél a végén, amelyben a biztosított a 65. életévét betölti;
- b) ha a szerződés szerinti biztosítás díját az esedékességkor, illetve a feltételek szerinti türelmi időn belül nem fizetik meg;
- c) a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában.

IX. Fejezet Egyéb rendelkezések

21. Bejelentési kötelezettség

- (1) A szerződő köteles lakcímének (értesítési címének) megváltozása esetén az új címet a biztosítónak 15 napon belül írásban bejelenteni.
- (2) Amennyiben a biztosított tényleges foglalkozása, munkaköre, rendszeres szabadidős tevékenysége (sport, hobbi, stb.) a szerződés tartama alatt a balesetveszély szempontjából jelentősen megváltozik, a biztosított (szerződő) köteles a változást a biztosítónak haladéktalanul, de legkésőbb 15 napon belül írásban bejelenteni. Kockázatnövekedés esetén a biztosító díjemelést alkalmazhat a megnövekedett kockázat fennállásának időszakára.
- (3) Amennyiben a biztosított (szerződő) a bejelentési kötelezettségének nem tesz eleget, a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályokat kell alkalmazni.

22. Jогnyilatkozatok

A biztosító nyilatkozatait írásban juttatja el a biztosítási szerződésben érdekelt személyeknek, az általuk megadott és a biztosító által ismert utolsó értesítési címre.

- (1) Amennyiben a szerződő egy hónapnál hosszabb időre külföldre utazik, a biztosító számára magyarországi kézbesítési meghatalmazottat nevezhet meg. Ennek hiányában a biztosító az általa ismert utolsó címre joghatályosan küldhet nyilatkozatot.
- (2) A biztosító a szerződéskötéskor vagy azt követően hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. A nyilatkozat akkor hatályos, ha az a biztosító központjába megérkezett.

23. A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése

A kötvény elvesztése vagy megsemmisülése esetén a biztosító a szerződő kérésére az eredetivel egyező kötvény-másodlatot állít ki, miután az eredeti okiratot közjegyzői úton érvénytelennek nyilvánították, illetve az elvesztés vagy megsemmisülés tényét hitelt érdemlően bizonyították. A költségek a kérelmezőt terhelik. A másodlat kibocsátásával az eredeti kötvény érvénytelenné válik, amely tény a másodlaton feltüntetésre kerül.

24. Elévülés

A biztosításból eredő igények az esedékesség napjától számított 2 év elteltével elévülnek.

25. Maradékjogok

A jelen biztosítás maradékjogokkal nem rendelkezik.

26. Többlethozam

A jelen biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik.

27. Illetékes bíróság

A biztosítási szerződésből eredő igények érvényesítésére indított valamennyi perre kizárólagosan a Pesti Központi Kerületi Bíróság, illetve a hatáskörtől függően a Fővárosi Bíróság az illetékes.