

ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ

A jelen kiegészítő ügyfélértékelő az AHICO Biztosító Rt. **"Prémium 2004"** elnevezésű, 322-es életbiztosításának és az ahhoz köthető kiegészítő biztosításoknak az 1995. évi XCVI. törvényben (Bt) meghatározott jellemzőit, a Bt-ben meghatározott adat- és tájékoztatási III. adatközlési tájékoztatást, valamint a biztosító főbb adatait tartalmazza. A biztosítás szerződés további jellemzőiről és a biztosítás részletes feltételeiről az életbiztosítási feltételek nyilvántartás tájékoztatást. A kiegészítő tájékoztatás és az életbiztosítási feltételek kizárólag együtt érvényesek és együttes ismeretük minősül ügyfélértékelő tájékoztatásnak.

	322/Vegyes alap életbiztosítás többszöri elértési részfizetéssel	140/Rokkantsági díjmentesítés	180/Baleseti halál és rokkantság esetére növekvő biztosítási összeggel	170/Kórházi szolgáltatások családi biztosítási leheltségével	147/Kritikus betegségek esetére szülő
Kockázatviselés kezdete	Az azt követő nap 0 órájkor kezdődik, amikor a szerződő fél az első díjat a biztosító számlájára befizeti, feltéve, hogy az életbiztosítási szerződés már létrejött, vagy utóbb létrejön.				
Várakozási idő	A biztosító 3 hónapos várakozási időt köt ki, mely időszak alatt csak a baleset vagy heveny tartózkodás miatt bekövetkező haláleset esetében fizeti ki a biztosítási összeget.	-----	-----	Betegségből eredő kórházi kezelés esetén 60 nap várakozási idő után szolgáltat a biztosító.	A biztosító 6 hónap várakozási időt köt ki és csak a kockázatviselés kezdésétől számított 6 hónap eltelte után szolgáltat.
Biztosítási időszak	A szerződésben megjelölt 20 év tartam.	A kiegészítő biztosítás tartama az alapbiztosítás tartamához igazodik, figyelembe véve az adott kiegészítő biztosításra meghatározott megszűnési eseteket.			Rosszindulatú daganat, szívinfarktus, agyi érkatasztrófia, szívkoszorúér miód, szervátültetés, veseelégtelenség, betegség következtében kialakuló teljes vakosság.
Biztosítási esemény	A biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála, vagy a biztosítottnak a biztosítás lejáratakor, illetve a fesszolgáltatásra való jogosultság megnyitakor való életben léte.	A biztosított (szerződő) teljes és tartós rokkantsága (100%-ban elvesztett munkaképessége).	A biztosított balesetből származó halála vagy maradandó rokkantsága.	Baleset, vagy betegség következtében a biztosított kórházi napi és/vagy műtői ellátása, valamint a szerződésben megnevezett olyan súlyos betegsége, melynek kapcsán orvosi konzultációt kér.	
Biztosító szolgáltatása	A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához, illetve a teljesítéshez szükséges összes irat beérkezése után, az utólagra beérkezett irat kézhezvételétől számított 15 napon belül teljesíti.	Az alapbiztosítás és a hozzá tartozó 147-es jelű kiegészítő biztosítás a rokkantság bekövetkezése után a rokkantság tartamára változatlan szolgáltatási feltételek mellett díjmentessé válik.	Baleseti halál esetén az aktuális biztosítás összeg, baleseti maradandó rokkantság esetén az aktuális biztosítás összegéből a rokkantság mértékének megfelelő összeg kerül kifizetésre. Közlekedési baleset esetén kétszeres (dupla) szolgáltatás.	a.) a biztosító a kórházi ellátás 1. napjától az ellátás tartama alatt (max. 90 napig) a szerződésben meghatározott kórházi napi térítési összeget fizeti ki (plusz térítés intenzív ellátás esetére és rehabilitációs támogatás), b.) ha a biztosítottat műtői eljárás alá utalják, a biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összegből a műtői bonyolultságának megfelelően térítést fizet, c.) a biztosított által kért orvosi konzultáció részére segíti a biztosító téríti meg a szolgáltatás részére	A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.
Díjfizetés	A biztosítás rendszeres díjfizetési (éves) A díjfizetés gyakoriságát a szerződő a biztosítási évfordulón megváltoztathatja. Az évesítő éltérő díjfizetési gyakoriság esetén a biztosító pótlékot számítt fel.		A kiegészítő biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő a biztosítás megszűnéséig, vagy a biztosított halálát követően díjessédkesség időpontjáig, ill. rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás esetében a díjmentesség kezdetétől.		
Szerződés megszűnése	a.) a biztosított halálakor, b.) a biztosítás lejáratakor, c.) a díjfizetés elmaradásakor, amennyiben nincs visszavásárlási érték, d.) a biztosítás visszavásárlásakor.	a.) a biztosítás lejáratakor, (ill. amikor a biztosított a 60. életévét betölti), b.) díj nemfizetés esetén; c.) az alapbiztosítás megszűnésakor, d.) katonai szolgálat, háború idején.	a.) a biztosítás lejáratakor, b.) díj nemfizetés esetén; c.) alapbiztosítás megszűnésakor; d.) a rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás szolgáltatásának kezdete; e.) amikor a biztosított ideg-, illetve elméletességére való tekintettel cselekvőképtelenség nyilvántartás; f.) katonai szolgálat, háború idején. A fentiekben túl az orvosi konzultáció szolgáltatás megszűnik továbbá, az alábbi esetekben: a.) a biztosított által igénybe vett konzultációk száma eléri a hat (6) alkalmat, a 6. konzultációs kérelemnek a szolgáltatás részére történő átadásával; b.) ha a biztosított megváltoztatja a tartózkodási országát.		a.) a biztosítás lejáratakor, (ill. amikor a biztosított a 60. életévét betölti); b.) díj nemfizetés esetén; c.) az alapbiztosítás megszűnésakor; d.) biztosítási összeg kifizetésakor.
Szerződés felmondása	a.) a biztosító a biztosítási szerződést a Ptk. 537. és 541. §-ában meghatározott esetekben mondhatja fel, b.) a szerződő a biztosítási szerződés kézhezvételét követő 30 napon belül felmondhatja a szerződést.				
A szerződő felmondásakor a biztosító által visszatartott költségek	a.) orvosi vizsgálat költsége (amennyiben a biztosított részt vett a biztosító által előírt orvosi vizsgálaton), b.) kórhelyesítés adminisztrációs költsége c.) kockázatviselés költsége A kórhelyesítés adminisztrációs költsége és a kockázatviselés költsége jogcímen a biztosító 1 havi díjat, de legfeljebb 20 000 forintot von le a befizetett díjból, míg az esetlegesen felmerülő orvosi költség teljes összege levonásra kerül.				

	322/Vegyes alap életbiztosítás többszöri elértési részkitérítéssel	140/Rokkantsági díjmentesítés	180/Baleseti halál és rokkantság esetiére nyelvekő biztosítási összeggel	178/Kórházi szolgáltatások családi biztosítási letelebességel	147/Kritikus betegségek esetiére szoló
	a.) ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét, b.) ha a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, vagy azzal összefüggésben halt meg, c.) ha a biztosított a szerződésükötési idő számított 2. éven belül elkövetett öngyilkosság következtében halt meg d.) ha a biztosított halálát opportunista fertőzés vagy rosszdindulati daganatképződés okozta, feltéve, hogy a halál bekövetkezésakor a biztosított kimutathatóan fertőzött volt a humán immunhiányt okozó vírussal (HIV) és/vagy szervezetében kialakult a szerzett immunhiány szindróma (AIDS)	a.) számdékosan elkövetett önsomkítás vagy saját kezű testi sértés következménye (tekintet nélkül a biztosított elkövetés kori tudatlálapotára), b.) bármely legi járművel való utazás, illetve repülés következménye, kivéve a legi forgalomban engedélyezett menetrend szerinti közlekedő legi járat utasaként történő repülést; c.) opportunista betegség következménye, feltéve, hogy a rokkantság bekövetkezésakor a biztosított kimutathatóan fertőzött volt a humán immunhiányt okozó vírussal (HIV) és/vagy szervezetében kialakult a szerzett immunhiány szindróma (AIDS).	a.) a szerződés hatályba lépése előtti bekövetkezett bármilyen testi sérülés, b.) bármilyen betegség vagy bakteriális fertőzés (a baleseti sérülésből származó gyogetnikus fertőzések kivételével), gyogetnászati vagy sebészeti gyogetkezelések (ez a kizárás a 178-as lejárú kiegészítő biztosításra nem vonatkozik), c.) a biztosítottnak bármely kábítószert, gyogetnszer vagy gyogetkezelés hatása alatti állapota, kivéve, ha ezeket egésségügyű intézményben, rehabilitációs vagy utókezelő központban végezték, d.) a biztosított akoholos befoyasoltsági állapota, amennyiben vértárholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedéssrendszert szabályokban megengedett határértékrel,	a.) a biztosított öngyilkossága, önsomkítása illetve ezek kísérléte (tekintet nélkül a biztosított elkövetés kori elme- és tudatlálapotára), f.) bármely idegi vagy elmebeli rendellenesség, elmevezéslúdi vagy osztályozásukról függetlenül (pszichikai állapot, depresszió vagy elmebeteg), g.) bármely sérvet, lumbargot vagy sciaticát (az ülő-ideg zsába egyedül formáját) okozó sérülés, h.) bármely olyan károsomény, amelynek oka közvetve vagy közvetlenül a HIV (Emberi Immunhiányt Okozó Vírus) és / vagy bármely HIV-vel kapcsolatos betegség beleértve az AIDS-t (Szerzett Immunhiányos Szindróma), és / vagy annak bármí mutáns származékát vagy változatát.	a.) a biztosított általi szándékosan okozott sérülés vagy megbetegedés, b.) a biztosított ittas állapota, c.) a biztosított kábítószert hatása alatti állapota, d.) a biztosított betegségge vagy HIV-vel való fertőzöttsége, e.) maghasadás, illetve radioaktív vagy egyéb ionizáló sugárzás (kivéve, ha gyogetnászati célú alkalmazazzák), f.) mérgező vagy maró anyagok bevétele, illetve gázok, gőzök vagy füst belélegzése, amennyiben a belélegzett anyagok koncentrációja a jogszabályban meghatározott egésségügyű határértéket meghaladja.
Biztosító mentesülése, kizárások	<i>Továbbá nem terjed ki a 180 és a 178. lejárú kiegészítő biztosítások esetében azon balesetből addóó sérüléssekre, amelyek az alábbi körülmények között következtek be:</i> i.) a biztosított hivatássszerű részvétele bármely sport tevékenységben, j.) a biztosított részvétele bármely olyan versenyben vagy versenyre való telkészülésben, amely motoros meghajtású szárazföldi-, vízi- vagy legi jármű használatával jár, k.) amennyiben a biztosított 125cm3-nél nagyobb hengertűrtartalumu motorokérképtart vagy motorsoránokról vezet, vagy azon utazik, l.) amennyiben a biztosított fizető utasaként utazik olyan legi járművon, amely nem tartozik egyetlen legítársasághoz sem és nincs megfelelő bejegyzése ill. engedélye fizető utasok szállítására rendszeres és közlétt menetrend szerinti útvonalon, m.) a biztosított aktív szolgálatba bármely nemzetközi szervezet bármely tevékenyes erejével, n.) a biztosított általi jogellenesen, szándékosan, vagy súlyosan gondatlannal okozott vagy előidéztet esemény, o.) miátt a biztosított pilótaként vagy utasaként gylakolásra vagy egyéb célból sárkányrepülő, vitorlázó- vagy egyéb könnyűszerkezetű repülőgépet ill. ejtőernyőt használ vagy nem utas minőségben bármilyen legi járművel utazik, p.) bármely, radioaktív energia vagy maghasadás által mtkódortett vagy mtkódoltásra alkalmas fegyver vagy eszköz használata, minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt, q.) polgárháború vagy országok közötti háború (a hadüzenet tényétől függetlenül), háborús állapotok, harcok cselekményekben, felkelésben, lázadásban, zavargásban, zendülésben való részvétel (függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételről van szó). <i>A fentiekben túl a 178-es lejárú kiegészítő biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a kórházi ellátásra és/vagy műtéti feltérítésre szoló biztosítású összeg nem kerül kifizetésre, ha a biztosított kórházi naplóját, vagy műtéti ellátását okozó baleset vagy betegség közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:</i> a.) születési rendellenességek és az ebből fakadó következmények, b.) terhesség, szülés, elvetéés, koraszülés, vagy abortusz, c.) a szerződés hatályba lépése előtti bekövetkezett bármilyen betegség, d.) a szerződés hatályba lépését követő első hatvan (60) napon belül bekövetkezett bármilyen betegség miatt és/vagy műtéti ellátását okozó baleset vagy betegség közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével: a.) születési rendellenességek és az ebből fakadó következmények, b.) terhesség, szülés, elvetéés, koraszülés, vagy abortusz, c.) a szerződés hatályba lépése előtti bekövetkezett bármilyen betegség, d.) a szerződés hatályba lépését követő első százyoetvan (180) nap alatt végrehaltat, a mandula ill. orrpólp eltávolítását célzó műtét, ill. kórházi gyogetkezelése, f.) szükségessé vált kórházi ellátás és műtét beavatkozása, e.) a szerződés általi fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást, g.) orvosi rutin vizsgálat vagy egyéb vizsgálat, ha nincsen egésségromlításra utaló tényleges tünet jel, kozmetikai és plasztikai sebészlet, kivéve a szerződés általi fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást, h.) elmebeli és idegi rendellenességek és továbbá laboratórium diagnózis és röntgen vizsgálat, kivéve a megelőző orvosi vizsgálat során megállapított, egésségkárosodás következtében alkalmazott ilyen jellegű vizsgálatot, i.) elmebeli és idegi rendellenességek és gyogetkezelésük, valamint alkoholi és hallucinogen anyag függőségi elvonókúra és gyogetkezelésük, l.) a kórházi ellátás tartama alatt elszemvedett bármilyen fertőzés, j.) bármely veszteség, amelynek oka a biztosított általi megkésérlt, vagy elkövetett jogellenes cselekedet, ill. abban való szándékos részesség, vagy olyan cselekmény, amely a biztosított önzébe vételéhez vezet, ill. a letartóztatással való aktív vagy passzív szembeesgütés, k.) bármely olyan kezelés vagy gyogetnmód, amelyet kórháziól eltérő egésségügyű intézményben, rehabilitációs vagy utókezelő központban végeznek, l.) a biztosítottnak bármely kábítószert, gyogetnszer vagy gyogetkezelés hatása alatti állapota kivéve, ha ezeket egésségügyű hatóságra alkalmazazzák, m.) háború, invazió, idegen erő beavatkozása, polgárháború, forradalom, lázadás, engedéltségg, egyéb háborús cselekmények, katonai vagy bitörti hatalom, vagy bármely esemény, vagy ok, amely státárium vagy ostromállapot kihirdetésének eredménye, letartóztatás, bármely helyi, vagy közhatóság rendelkezéltől származó veszteglát, vagy vámszabályozás.				
Kockázatviseelés színelételese	Amikor a biztosított háború vagy polgárháború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) katonai szolgálatot teljesít bármely hadiállapokban lévő ország, nemzetközi szervezet vagy szemben álló fél bármely tevékenyes erejével.				
Értéktörvényes	Az indexálás a haláleseti biztosítási összeg és díj növelésével valóssul meg a VSH által közlétt fogyasztói ártindex (inflációs ráta) figyelmenbevételevel. A szerződésükötési időjában áll az indexálást visszatérítssani a biztosító részére megküldött írásbeli értesítéssel. Amennyiben a szerződő két egyénst követő indexálást utasít vissza, a továbbiakban nincs telétősége újabb indexálásra.	Amennyiben az alapbiztosítás indexálásra kerül, úgy a kiegészítő biztosítás díja azonos arányban, az alapbiztosításra vonatkozó indexáttával kerül növelésre.	A biztosítási összeg a biztosítás díjának változása nélkül évente, az ötödik biztosítási évfordulóig az induló biztosítási összeg 10 % -val növelésre kerül.	Amennyiben az alapbiztosítás indexálásra kerül, úgy a kiegészítő biztosítás díja azonos arányban, az alapbiztosításra vonatkozó indexáttával kerül növelésre.	A kiegészítő biztosítás nem indexálható.
Többlethozam	Az első biztosítási évfordulót követően a szerződő jogosult a 3,5 százalékos technikai kamaton felüli elért hozamból, amely részesedés a többlethozam legalább 85 százaléka. A többlethozam a biztosítás megszűnésakor (elérés, halál vagy visszaszárítás esetei) esedékessé váló szolgálatással együtt kerül kifizetésre. A biztosító a felhalmozott többlethozamot a részszolgálatás összegével együtt is kifizetheti.	A kiegészítő biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik, de rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás esetében a biztosító a szerződő részesedését a díjmentességg tartama alatt ugyanúgy jóváírja, mintha az esedékes díjakat megfizették volna.			

Adatkezelés, adattovábbítás, titokvédelem

Biztosítási titok minden olyan adat, amely az ügyfelek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik. Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a biztosító a törvényben meghatározott célból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti. A biztosító azon adatokat jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Biztosítási titok - a törvényben meghatározott eseteket kivéve - 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.

A biztosító az ügyfelek adatait az 1995. évi XCVI. törvény (a biztosítótársaságokról és a biztosítási tevékenységről) 97. §-ában meghatározott alábbi szervezetek részére továbbíthatja:

a) a feladatkörében eljáró Felügyelet, b) a kétévi vagy ennél súlyosabb szabadságvesztéssel büntetendő szándékos bűncselekmény felderítése érdekében eljáró és az ügyész előzetes jóváhagyásával rendelkező rendészeti nyomozóhatóság vezetője, valamint az ügyész, c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bíróság, d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző, e) adóügyben az adóhatóság, ha az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkoztatni kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli, f) a főigazgató eseti engedélye alapján a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálat, g) a biztosítókkal, illetve a biztosítási tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatal, h) a feladatkörében eljáró gyámhatóság, i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatóság.

(A 2003. évi LX. Törvény 157. §-sa alapján, a Magyar Köztársaságnak az Európai Unióhoz történő csatlakozásáról szóló nemzetközi szerződést kihirdető törvény hatálybalépésétől a biztosító az ügyfelek adatait - a fentiekben felsoroltakon túl - az alábbi szervezetek részére is, ill. az alábbi feltételekkel továbbíthatja:

a) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozóhatóság és ügyész, b) a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtó, c) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálat, d) a biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselőivel, ezek érök-képviselői szervezetével, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatal, e) a külön törvényben meghatározott feltételek meglete esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, tiltkos információ gyűjtésre felhatalmazott szerv, f) a viszonbiztosító, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítók, g) a törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető Hivatal, h) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosító, i) a karrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében a Kártalanítási Számlát kezelő szervezet, az Információs Központ, a Kártalanítási Szervezet és a karrendezési megbízott, j) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végző, k) fioktelep - ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adata nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal l) a harmadik országbeli biztosító, biztosításközvetítő, szaktanácsadó, ha a törvényben megjelölt 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. (4 cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is).

A biztosító a nyomozóhatóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet a) kábítószer-kereskedelemmel, b) terrorizmussal, c) illegális fegyverkereskedelemmel, vagy d) a pénzmosás bűncselekményével van összefüggésben. A biztosító a nyomozó hatóságot a "halaszthatatlan intézkedés" jelezéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyészi jóváhagyást nélkülöző megkeresésére is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott ügygel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról.

Nem jelenti továbbá a biztosítási titok sérelmét: a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem

állapítható meg, b) a biztosítók, valamint az általuk létrehozott és működtetett központi információs rendszer elemei közötti olyan adatszolgáltatás, mely egyedi azonosításra nem alkalmas, c) a biztosítók egymás közötti olyan adatszolgáltatása, amely a veszélyközösség érdekeinek megóvását szolgálja. (A 2003. évi LX. Törvény 159. §-sa alapján, a Magyar Köztársaságnak az Európai Unióhoz történő csatlakozásáról szóló nemzetközi szerződést kihirdető törvény hatálybalépésétől a biztosító az ügyfelek adatait az alábbi szervezetek részére is, ill. az alábbi feltételekkel továbbíthatja: a) a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adattovábbító szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben, ha a biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, és a harmadik országbeli adatkezelő a Bit. feltételeinek megfelelő, b) a jogalkotás megapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a Pénzügy-minisztérium részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása.) A biztosító és az ügyfél viszonyában a Magyar Posta és a Drescher Magyarország Kft. (1097 Budapest, Gyáli út 31.) adattfeldolgozonak minősül.

Alkalmazandó jogszabályok

A szerződésre, illetve az abból származó jogviták elbírálására, a mindenkor hatályos magyar jogszabályok az irányadóak, különös tekintettel az 1959. évi IV. törvény (Polgári Törvénykönyv), a 1995. évi XCVI. törvény (biztosítónizetokról és a biztosítási tevékenységről) és az 1995. évi CXVII. törvény (a személyi jövedelemadóról) rendelkezéseire.

Panaszügyi szervezetek

AHICO Biztosító Rt. Ügyfélszolgálat: 1083 Budapest, Szigetvári u. 7.; Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.; Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőség: 1088 Budapest, József krt. 6; 1428 Budapest 8., Pf. 20.

A biztosító főbb adatai

AHICO Első Amerikai - Magyar Biztosító Részvénytársaság, székhely: 1083 Budapest, Szigetvári u. 7., Levélcím: Budapest 1440, Pf. 3., Tevékenységi eng. száma: 95/1990, Cégjegyzékszám: 01-10-041501

A 322-es jelű halálesetre vagy elérésre szóló (vegyes) alap életbiztosítás feltételei többszöri elérési részkiegészítéssel és állandó haláleseti szolgáltatással

A halálesetre vagy elérésre szóló (vegyes) alap életbiztosítási szerződés többszöri elérési kifizetéssel és állandó haláleseti szolgáltatással 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 20 éves tartamra köthető.
- (4) A szerződés létrejöttéhez a biztosított egészségi nyilatkozata, illetve a biztosító előírásaitól vagy igényétől függően orvosi vizsgálata is szükséges.
- (5) 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.
- (6) 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.
- (2) A szerződő az a személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz és a díj fizetésére kötelezettséget vállal.
- (3) A biztosított az a természetes személy, akinek az életével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön.
- (4) 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 képviselőtől gyakorló személy köti meg, a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges.
- (5) 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.
- (6) A biztosított a szerződő fél írásbeli beleegyezésével a szerződésbe bármikor beléphet, a belépéshez a biztosító hozzájárulása nem szükséges. A biztosított, mielőtt a szerződés felmondás vagy díjfizetés elmaradása miatt megszűnik, a biztosítóval közölt írásbeli nyilatkozatával a szerződő fél helyébe léphet.
- (7) A kedvezményezett az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási szerződésben megjelölt szolgáltatásra jogosult.

3. A kedvezményezett jelölése és megváltoztatása

- (1) A kedvezményezett a szerződésben megjelölt személy. Kedvezményezett állítás hiányában a haláleseti kedvezményezett a biztosított örököse, az elérési

(lejáratkori) kedvezményezett a biztosított.

- (2) Több kedvezményezett jelölése esetén minden egyes kedvezményezett vonatkozásában meg kell jelölni a kedvezményezés mértékét. Ennek hiányában a kedvezményezés arányát egyenlőnek kell tekinteni.
- (3) 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.
- (4) 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 lejáratí időpontjában vagy a részszolgáltatásra való jogosultság megnyitakor való életben léte.

5. A biztosítási szolgáltatás

A biztosító a szolgáltatást az alábbiak szerint teljesíti:

- a) a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála esetén a teljes biztosítási összeg kifizetésre kerül,
- b) a biztosítási szerződés 10. évfordulóján a biztosítási összeg 1/3-a kerül kifizetésre, a lejáratkori szolgáltatás összege a fennmaradó időszakra a biztosítási összeg 2/3-ára csökken (a haláleseti szolgáltatás összege változatlan marad),
- c) a biztosítási szerződés 15. évfordulóján a biztosítási összeg újabb 1/3-a kerül kifizetésre, a lejáratkori szolgáltatás összege a fennmaradó időszakra a biztosítási összeg 1/3-ára csökken (a haláleseti szolgáltatás összege változatlan marad),
- d) a biztosítási szerződés lejáratkor a biztosítási összeg fennmaradó 1/3-a kerül kifizetésre, amennyiben a biztosított a lejáratkor életben van.

A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződésben meghatározott biztosítási összeget egyösszegben kifizeti, vagy a jelen feltételek 17. pontja szerinti opciók egyike szerint teljesít.

**III. Fejezet
A biztosító kockázatviselése**

6. A kockázatviselés kezdete

- (1) A biztosító kockázatviselése az azt követő nap 0 órájaktól kezdődik, amikor a szerződő fél az első díjat a biztosító számlájára vagy pénztárába befizeti, feltéve, hogy az életbiztosítási szerződés már létrejött, vagy utóbb létrejön.

- (2) A biztosítás létrejötte előtt befizetett biztosítási díjat a biztosító kamatmentes előlegként kezeli.

7. 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.

8. Háborús kockázat

- (1) A biztosító - a jelen rendelkezés (2) bekezdésében foglalt kivételtől eltekintve - viseli a biztosított háború idején felmerülő kockázatát, feltéve, hogy - kiegészítő biztosítások vonatkozásában - a háború vagy polgárháború nem tartozik a kizárások körébe.

- (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 alapbiztosítás 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 az aktuális díjtartalék és a biztosításra ténylegesen befizetett díjak összege közül a nagyobb kerül kifizetésre.

- (3) A biztosítás a felfüggesztési időszak végén újra érvénybe helyezhető vagy - ha a feltételek lehetővé teszik - visszavásárolható. Az újra érvénybehelyezésre a jelen feltételek 11. pontját kell alkalmazni, de a felfüggesztési időszak első hat hónapjára a biztosító nem számít fel kamatot az elmaradt díjak után.

**IV. Fejezet
A biztosítási díj, díjfizetés**

9. 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 biztosító jogosult a biztosítási kötvény adminisztrációjával kapcsolatos kötvényköltség felszámítására, mely a mindenkor esedékes biztosítási díjjal együtt kerül megfizetésre. A kötvényköltség összege a szerződés érvényessége alatt a biztosító adminisztrációs költségeinek jelentős változása esetén változhat. A hatályos költségeket a kötvény tartalmazza. A biztosított belépési kora a biztosítás kezdetekor betöltött életkor alapján kerül megállapításra.

10. A díjfizetés esedékessége, fizetési késedelem

- (1) A biztosítás lehet egyszeri vagy rendszeres díjfizetésű. Az egyszeri díjat a szerződés megkötésekor egy összegben, az egész futamidőre vonatkozóan kell megfizetni. Rendszeres díjfizetés esetén 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 pótlékokat számít fel. A díjfizetés gyakoriságát a szerződő a biztosítási évfordulón megváltoztathatja. Az erre irányuló kérést a biztosítási évforduló előtt 30 nappal írásban kell jelezni. A biztosító a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő díj(ak) esedékességéről nem köteles a szerződőt, az esedékességet megelőzően értesíteni. Az értesítés elmaradására az ügyfél, követelést nem alapíthat.

- (2) Amennyiben a szerződő a díjat az esedékességkor nem egyenlíti ki, a biztosító a kockázatot az elmaradt díj esedékességétől számított 30 napig viseli (tűrelmi idő). Ezen tűrelmi időn belül a szerződő az elmaradt díj befizetését pótolhatja.

- (3) Ha a szerződő az elmaradt díjat a tűrelmi időn belül nem fizeti meg és a biztosítás még nem rendelkezik maradékjoggal, a biztosítás a 30 napos határidő elteltével, a 31. napon kifizetés nélkül megszűnik.

- (4) Amennyiben a szerződő a tűrelmi időn belül az elmaradt díjat nem fizeti meg, és a biztosítás visszavásárlása vagy díjmentes leszállítása iránti igényét sem jelzi írásban, valamint a biztosítás rendelkezik maradékjoggal, a biztosító automatikus díjkölcsönt léptet életbe. Ebben az esetben a biztosítás változatlan biztosítási összeggel fennmarad addig az időpontig, amíg a biztosítás visszavásárlási összege meghaladja az elmaradt díjak, az utánuk felszámított késedelmi kamatok és az esetleges egyéb tartozások összegét. Amikor a visszavásárlási összeg már nem nyújt fedezetet a hátralékos díjakra és az egyéb fennálló tartozásokra, a biztosítás minden további maradékjog nélkül megszűnik. Ha az automatikus díjkölcsön időszaka alatt a biztosítási

esemény bekövetkezik, a biztosító a biztosítási szolgáltatásból levonja az addig elmaradt díjak és a fennálló egyéb tartozások összegét. A szerződő a szerződés megszűnése előtt bármely időpontban a teljes díjhátralék kamatokkal növelt összegét befizetheti, amelynek következtében a biztosítás az eredeti tartalommal folytatódik.

- 5) A rendszeres díjfizetésű biztosítás díja a biztosítás lejáratáig vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjesedékeség időpontjáig fizetendő. Tartamon túli díjfizetéssel nem keletkezik jogosultság biztosítási szolgáltatásra. A tartozatlanul fizetett díjakat a biztosító kamatok nélkül fizeti vissza.

11. A biztosítás újra érvénybehelyezése

- (1) A biztosítási esemény nélkül megszűnt biztosítás újra érvénybe helyezhető, ha azt a szerződő a biztosító által rendelkezésre bocsátott formanyomtatvány és egészségi nyilatkozat hiánytalan kitöltésével írásban kéri és az összes elmaradt díjat az időarányos késedelmi kamattal együtt befizeti. Újra érvénybehelyezés esetén a késedelmi kamat a meg nem fizetett díj esedékeségének napjától számítható. Az újra érvénybehelyezésre vonatkozó kérelem legfeljebb a biztosítás megszűnésének időpontjától számított 3 éven belül terjeszthető elő. 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.
- (2) A már visszavásárolt biztosítás nem helyezhető újra érvénybe. Amennyiben a szerződőnek (biztosítottnak) a biztosítás megszűnésekor kölcsöntartozása volt, a szerződés újra érvénybehelyezéséhez szükséges a biztosítás megszűnésekor fennálló kölcsön visszafizetése vagy újra érvénybehelyezése is a biztosító által meghatározott kamatokkal együtt.

V. Fejezet Maradékjogok

12. Maradékjogok fogalma

A jelen biztosítási feltételek szerinti maradékjogok a visszavásárlás és a díjmentes leszállítás. A maradékjogok gyakorlására legkorábban a feltételekben meghatározott, díjjal fedezett tartam eltelte után kerülhet sor. A maradékjogok megnyílását követően a biztosítás díjtartalékának terhére kötvénykölcsön igényelhető.

13. Visszavásárlás

- (1) Amennyiben a rendszeres díjfizetésű biztosítási szerződés 3 év eltelte után érvényben van, a szerződés írásban történő felmondása esetén a biztosító visszavásárlási összeget fizet. Az egyszeri díjas biztosítás már az első biztosítási évben visszavásárolható. A garantált visszavásárlási értékeket a biztosítási kötvény melléklete tartalmazza.
- (2) A visszavásárlási igény bejelentését követően, a biztosító által rendelkezésre bocsátott és hiánytalanul kitöltött formanyomtatványnak (visszavásárlási kérelem) a biztosító részére történő beérkezésével a biztosító kockázatviselése megszűnik.
- (3) A visszavásárlási összegből a biztosító levonja az elmaradt esedékes díjak, valamint a fennálló egyéb tartozások összegét.

14. Díjmentes leszállítás

- (1) Amennyiben a rendszeres díjfizetésű biztosítási szerződés 3 év eltelte után érvényben van, a szerződő kérheti, hogy a biztosító a biztosítást leszállított szolgáltatási összegű díjmentes biztosítással alakítsa át.
- (2) A biztosítás leszállított szolgáltatási összege megfelel a díjmentesítés időpontjában rendelkezésre álló

visszavásárlási összeg, mint egyszeri nettó díj alapulvételével nyújtható biztosítási összegnek, figyelembe véve a biztosítás hátralévő tartamát és a biztosított díjmentesítéskori életkorát.

- (3) Amennyiben a szerződés szerinti alapbiztosítás díjmentessé válik, a hozzá tartozó kiegészítő biztosítások a díjmentesség kezdetekor megszűnnek.
- (4) A díjmentességet a biztosító a bemutatott kötvényen záradékkal feljegyzi. A leszállított szolgáltatási összegű díjmentes biztosítást az eredeti tartalommal és összeggel visszaállítani nem lehet.
- (5) A biztosító jogosult meghatározni a díjmentes leszállítás esetén számított minimális biztosítási összeget, amely összeg alatt a díjmentes leszállításra nincs lehetőség.

15. Kötvénykölcsön

- (1) A visszavásárlási értékkel rendelkező biztosítási szerződések esetében a biztosító az életbiztosítási díjtartalék terhére kölcsönt folyósíthat a szerződő félnek, vagy beleegyezésével a biztosítottnak, feltéve, hogy a szerződőnek nincs díjhátraléka, illetve kölcsönvagy kamattartozása. A biztosító a kölcsön folyósítását a bemutatott kötvényen záradékkal feljegyzi.
- (2) A folyósítható kölcsön összege nem haladhatja meg az elmúlt biztosítási évfordulón rendelkezésre álló visszavásárlási összeget, levonva abból a következő biztosítási évfordulói esedékes díjak és kölcsönkamatok összegét.
- (3) A felvett kölcsön után fizetendő kamat mértékét a biztosító határozza meg. A biztosítási évfordulón az addig meg nem fizetett kamatok a kölcsöntartozás összegét növelik.
- (4) Amennyiben a fennálló kölcsöntartozás és az esedékes kamatok együttesen meghaladják az aktuális visszavásárlási összeget, a biztosítás megszűnik.
- (5) Bármely fennálló, illetve esedékes tartozás egészben vagy meghatározott részletekben visszafizethető, illetve megfizethető bármely időpontban a biztosítás érvényessége alatt.

VI. Fejezet Többlethozam

16. Többlethozam

- (1) Az első biztosítási évfordulót követő naptári év kezdetétől a szerződő a biztosítás érvényességének időtartama alatt részesedésre jogosult biztosítása matematikai tartalékának befektetésén elért hozamból. A részesedés alapja a biztosító által közzétett hozamnak a díjkalkulációban alkalmazott technikai kamatot meghaladó része. A részesedés mértéke az így meghatározott hozam legalább 85 százaléka. Az elérhető hozam tényleges értéke nem határozható meg előre.
- (2) A szerződő részesedését a biztosító évente, a megelőző évre vonatkozóan utólag számítja ki és írja jóvá, feltéve, hogy a biztosítás egész évben érvényben volt. A számítás alapja az adott évet megelőző év végén rendelkezésre álló matematikai tartaléknak bármely igénybevett kölcsönrel csökkentett összege.
- (3) A szerződőnek a hozamrészesedésre való jogosultsága a harmadik biztosítási évfordulót követően nyílik meg, de a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a részesedés a kedvezményezett részére ezen időpont előtt is kifizetésre kerülhet. A szerződő részére már jóváírt hozam szintén befektetésre kerül és a befektetésen elért hozam a fent leírtak szerint, de a technikai kamattal növelve kerül kiszámításra. Amennyiben a matematikai tartalékok befektetésén elért hozam kisebb a technikai kamattal, a matematikai tartalékra vonatkozóan nem kerül sor többlethozam jóváírására. A korábban jóváírt részesedések befektetésén elért hozam legalább 85 százaléka viszont ekkor is jóváírásra kerül.

- (4) A felhalmozott többlethozam a biztosítás visszavásárlásakor vagy a biztosítási esemény bekövetkeztével (elérés vagy halál) esedékesévé váló szolgáltatással együtt kerül kifizetésre, de a biztosító a szerződő kérése a felhalmozott többlethozamot a részszolgáltatás összegével együtt is kifizetheti. A biztosítási esemény bekövetkeztével (halál vagy elérés) a biztosító a töredékére még el nem számolt többlethozamból való részesedést is kifizeti.

VII. Fejezet Választható kifizetési és járadék opciók

17. Választható kifizetési és járadék opciók

A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésekor esedékesévé 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.

VIII. Fejezet A biztosító teljesítése

18. A biztosító teljesítése

- (1) A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 8 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 több 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 vádiratát,
 - e) mindazon egyéb okiratokat, amelyek a jogosultság (személyazonosság, illetve kedvezményezettii vagy örökös státusz) igazolásához, illetve a biztosítási esemény megállapításához szükségesek.
- (3) A biztosító szükség esetén egyéb okiratokat vagy igazolásokat is bekérhet, illetve bizonyos kérdések tisztázására maga is beszerezhet adatokat.
- (4) A szükséges iratok beszerzésével kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényét a biztosítóval szemben érvényesíteni kívánja.
- (5) A biztosítás díjmentes leszállításához, a visszavásárlási összeg kifizetéséhez, illetve kölcsön igényléséhez 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 biztosító erre a célra kiadott és megfelelően kitöltött igénybejelentő lapját.

(6) A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához, illetve a teljesítéshez szükséges összes irat beérkezése után, az utójára beérkezett irat kézhezvételétől számított 15 napon belül teljesíti.

(7) A biztosító a már esedékessé vált, de még meg nem fizetett díjakat, valamint a fennálló kölcsöntartozás és az esedékes kamatok összegét bármely szolgáltatás összegéből levonja, illetve díjmentes leszállítás esetén figyelembe veszi.

(8) 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 létrejöhett. Amennyiben a tényleges belépési kor szerint a biztosítás nem jöhetett volna létre, a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályokat kell alkalmazni.

19. Hitelfedezet

(1) A biztosító a szerződésben meghatározott haláleseti összeg erejéig hitelfedezeti kezességet nyújthat a biztosított elhalálása esetére.

(2) Amennyiben az életbiztosítás haláleseti összege valamely hitelfolyósító intézménynél hitelfedezeti szolgálat, akkor a szerződést hitelfedezeti záradékkal látja el a biztosító. Ebben az esetben a haláleseti biztosítási összeg kifizetését a biztosító kizárólag az aktuális hiteltartozás összegének a kedvezményezett pénzintézet által történő igazolását követően teljesíti.

(3) A hitelfedezeti kezesség tartama alatt a pénzintézet kedvezményezettkénti jelölése csak a pénzintézet hozzájárulásával változtatható meg.

(4) A biztosítási szerződésből származó, a szerződőt illető, illetve terhelő jogok, illetve kötelezettségek a biztosító előzetes írásbeli hozzájárulásával ruházhatóak át. Az átruházás érvényességéért a biztosító nem vállal felelősséget.

IX. Fejezet

Közlési kötelezettség, mentesülés

20. 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 valószínűleg 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 valószínűleg 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) Amennyiben a biztosító a közlési kötelezettség megsértése miatt mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, a visszavásárlási összeget fizeti ki.

(4) 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.

21. A biztosító mentesülése

(1) A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét. A visszavásárlási összeg ebben az esetben az örökösöket illeti meg, és a kedvezményezett abból nem részesülhet.

(2) A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg és a biztosító nem a visszavásárlási összeget, hanem a haláleset időpontjában meglévő díjtartalékok kötelees visszatérítet, ha a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, vagy azzal összefüggésben halt meg a biztosított.

22. Öngyilkosság

(1) A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg és a biztosító a haláleset időpontjában meglévő díjtartalékok téríti vissza, 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.

23. AIDS kizárás

(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, 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) lymphoma 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.

X. Fejezet

A biztosítási szerződés megszűnése

(1) A biztosítási szerződés automatikusan megszűnik a következő esetekben:

- a) a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála időpontjában,
- b) a biztosítási szerződésben meghatározott lejáratú időpontban,
- c) a díjfizetés elmaradása miatt, a türelmi idő végével,
- d) ha a biztosítást visszavásárolják.

(2) Megszűnik továbbá a szerződés a szerződő felmondása esetén. A szerződő a felmondási jogát legfeljebb a kötvénykibocsátásról szóló értesítés kézhezvételét követő

30 napon belül gyakorolhatja a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal, indokolási kötelezettség nélkül. A felmondó nyilatkozattal egyidejűleg a szerződő köteles az eredeti biztosítási kötvényt a biztosító részére visszaküldeni. A felmondó nyilatkozat és az eredeti biztosítási kötvény kézhezvételét követő 15 napon belül a biztosító a biztosítási szerződést a felmondó nyilatkozat kézhezvételének időpontjával megszünteti és a befizetett díjakat a szerződés megkötésével és megszüntetésével összefüggésben felmerült költségekkel csökkentett összegét egy összegben visszafizeti a szerződő részére.

XI. Fejezet Egyéb rendelkezések

24. Bejelentési kötelezettség

(1) A szerződő köteles lakcímének (értesítési címének) a 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. Kockázatonövekedés 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.

25. Jognyilatkozatok

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

(2) 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.

(3) 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.

26. A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése

A kötvény elvesztése vagy megsemmisülése esetén a biztosító a szerződő kérésére az eredetivel egyező kötvénymásodlatot állít ki, miután az eredeti okiratot közjegyzői úton érvénytelenné 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.

27. Elévülés

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

28. 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.

XII. Fejezet INDEXÁLÁSI ZÁRADÉK

A jelen indexálási záradék a 322-es jelű többszöri eljárási kifizetést és állandó haláleseti szolgáltatást nyújtó, halálesetre vagy elérésre szóló (vegyes) alap életbiztosítás feltételeinek részét képezi.

Az indexálási záradék célja az életbiztosítási szolgáltatások értékállóságának az inflációval szemben történő meg-

őrzése, a záradékban foglalt feltételek szerint.

Az indexálás évente egy alkalommal, az alap életbiztosítás haláleseti biztosítási összegének és díjának a növelésével valósul meg.

Indexálás

A haláleseti szolgáltatás és a biztosítási díj növelésének mértékét a biztosító évente, a KSH által közzétett fogyasztói árindex (inflációs ráta) figyelembevételével állapítja meg. A növelés mértéke minden egyes, az indexráta meghatározását követő naptári év során évfordulós biztosítási szerződésre egyformán vonatkozik.

A haláleseti biztosítási összeg növelése

A haláleseti biztosítási összeg növelésére (indexálására) minden egyes biztosítási évfordulón kerülhet sor annyi éven keresztül, amennyi év az életbiztosítás tartamának felével megegyezik (a töredékét a biztosító nem veszi figyelembe). Az utolsó indexálás időpontját követően a haláleseti biztosítási összeg a továbbiakban változatlan. Az első indexálás alkalmával a haláleseti biztosítási összeg növelése az indexráta és az induló haláleseti biztosítási összeg alapján kerül kiszámításra. A további biztosítási évfordulók az alap életbiztosítás haláleseti biztosítási összege az aktuális indexráta és az előző év haláleseti biztosítási összege alapján kerül kiszámításra.

A biztosító a haláleseti biztosítási összeg növeléséről minden egyes biztosítási évforduló előtt írásban értesíti a szerződőt. A biztosító a megnövelt összegű haláleseti kockázatot a biztosítási évforduló napjának 0 órájától viseli, amennyiben a növelt összegű díjat megfizették.

A biztosítottak a türelmi idő alatt bekövetkező halála esetén, amennyiben az esedékes díjat addig az időpontig még nem fizették meg, a biztosító a kötvényévforduló előtt érvényes szolgáltatási összeget teljesíti.

A biztosítási díj növelése

A biztosítási díj növelésére a biztosítási évfordulón kerülhet sor.

Az első indexálás alkalmával a növelt összegű biztosítási díj az indexráta és az induló biztosítási díj figyelembevételével kerül meghatározásra. A további biztosítási évfordulók a díj az aktuális indexráta és az előző év biztosítási díja alapján kerül kiszámításra. Minden olyan esetben, amikor az aktuális díjnövelés összege nem elegendő a haláleseti biztosítási összeg megfelelő mértékű növeléséhez, a haláleseti biztosítási összeg a díjnövelés által ténylegesen fedezett mértékig kerül növelésre.

Az indexálás felfüggesztése

A biztosító az indexálási záradékkal rendelkező összes szerződés, vagy azok egy meghatározott csoportja tekintetében felfüggesztheti az indexálás alkalmazását, amennyiben az éves infláció mértéke az életbiztosítási szolgáltatások értékállóságának megőrzése szempontjából az indexálást szükségtelenné teszi.

Baleseti kiegészítő biztosítások indexálása

Amennyiben az alap életbiztosításhoz a szerződésben bármilyen kiegészítő balesetbiztosítás kapcsolódik, úgy a balesetbiztosítás biztosítási összege és díja a jelen záradék feltételei szerint kerül növelésre.

Az indexálás visszautasítása

A szerződőnek jogában áll az indexálást visszautasítani a biztosító részére megküldött írásbeli értesítéssel. Amennyiben a szerződő két egymást követő indexálást utasít vissza, a továbbiakban nincs lehetősége újabb indexálásra. A biztosító által előírt kockázatvizsgálat függvényében a biztosító a szerződő indexáláshoz való jogát újra érvénybe helyezheti.

Újra érvénybehelyezés esetén az indexálás visszautasítására vonatkozó két egymást követő alkalom az újra érvénybehelyezés időpontjától számítható.

Befektetési Számla

A Befektetési Számla létrehozása

Az alapbiztosítás értékállóságának megőrzése – a haláleseti biztosítási összeg növelésén túl – egy Befektetési Számla (a továbbiakban: Számla) létrehozásával történik.

A Számlán az alábbi összegek kerülnek jóváírásra ill.

terhelésre:

- bármely díjnak az alábbiakban meghatározott része,
- a Számla befektetéseiből képződött hozam,
- a Számla kezelésével kapcsolatban meghatározott költségek.

Befektetési díjrész

A befektetési díjrész a teljes díjnövekménynek és a haláleseti biztosítási összeg növelésére szolgáló díjnövekménynek a különbözete. A Számlán jóváírt összeg az első indexálástól számított 60. hónapig a befektetési díjrész összegének 90%-a, azt követően a befektetési díjrész teljes összege.

Automatikus díjkölcsön és díjmentes leszállítás céljára a Számla egyenlege nem használható fel, a Számla terhére életbiztosítási kötvénykölcsön nem folyósítható.

b) A Számla befektetése és adminisztrációja

A biztosító bármely, általa megfelelőnek tartott befektetési stratégiát alkalmazhat és ellátja a Számla adminisztrációját. A befektetések hozamainak jóváírása a Számlán évente egy alkalommal, az alap életbiztosítás feltételeiben a többi hozamra vonatkozó szabályok szerint történik. A Számla adminisztrációs költsége havi 100 Ft., továbbá az indexálás első 10 évében havonta legfeljebb a számlaérték 0,25%-a.

c) A Számla kifizetése

A Számla összege az alapbiztosítás szolgáltatásainak teljesítésére meghatározottakkal megegyező módon kerül kifizetésre. Amennyiben a szerződés díjfizetés elmulasztása miatt megszűnik, visszavásárolják vagy az díjmentesen leszállított összegű biztosítással alakul át, a Számla a szerződő részére kerül kifizetésre az alábbi, százalékos értékekkel csökkentett összegben:

Eltelt hónapok száma az első indexálástól számítva	Számlaösszeg % -a
0-24	100
25-36	5
37-48	4
49-60	3
60 fölött	0

Eseti befizetések

Az első biztosítási évfordulót követően a szerződőnek jogában áll az általa meghatározott összegben eseti befizetéseket teljesíteni, amely befizetések – legfeljebb 3%-os költség levonása után - a Számlán kerülnek jóváírásra. A biztosítási szerződés bármely okból történő megszűnése esetén az eseti befizetéseknek a Számlán jóváírt összege kifizetésre kerül.

Az indexálás megszűnése

Az indexálási jog megszűnik és további indexálásra nincs lehetőség, amennyiben:

- a szerződő egymást követő két alkalommal visszautasítja az indexálást,
- a biztosító díjmentesítési szolgáltatást nyújt az alapbiztosításhoz kapcsolt kiegészítő biztosítás alapján.

Az a) pont alatt meghatározott esetben a haláleseti biztosítási összeg és a biztosítási díj a záradék megszűnésének időpontját közvetlenül megelőzően érvényes összegben változatlan marad.

A b) pont alatt meghatározott esetben a haláleseti biztosítási összeg és a biztosítási díj a díjmentesítési szolgáltatás igénybevételére jogosító biztosítási esemény bekövetkezésének időpontját közvetlenül megelőzően érvényes összegben változatlan marad. A szolgáltatási igény bejelentésével kapcsolatos késedelem, ill. a biztosítási esemény bekövetkezése után hatályba lépő növelt összegű biztosítási díj a biztosítót nem kötelezi. Ebben az esetben a szolgáltatás növelésére befizetett díjnövekmény összegét a biztosító a szerződő részére visszafizeti.

A záradék megszűnése

A záradék automatikusan megszűnik a következő esetekben:

- az alapbiztosítás lejáratakor, a kötvényben meghatározott időpontban,
- ha az alapbiztosítás díjfizetés elmaradása miatt, maradjákogok nélkül megszűnik,

- ha az alapbiztosítást visszavásárolják,
- ha az alapbiztosítást díjmentesen leszállított összegű biztosítással alakítják át, amely esetben a növelt összegű haláleseti szolgáltatás megszűnik,
- a biztosított halálakor, amely esetben a növelt összegű haláleseti szolgáltatás a Számlával együtt kerül kifizetésre.

140-es jelű „Rokkantsági díjmentesítés” kiegészítő biztosítás feltételei

A "Rokkantsági díjmentesítés" kiegészítő biztosítás az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Rt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben azon alap életbiztosítás feltételei az irányadók, amelyhez a kiegészítő biztosítást kötötték.

1. A biztosított személye

Amennyiben a biztosítási szerződésben a szerződő és a biztosított személye különvlik, úgy a jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja

- a szerződő, amennyiben a biztosítóval szerződést kötő fél természetes személy, vagy
- b) az alapbiztosítás biztosítottja, amennyiben a biztosítóval szerződést kötő fél nem természetes személy.

2. Biztosítási esemény és szolgáltatás

A biztosító ezen kiegészítő biztosítás feltételei alapján, a szerződő díjfizetése ellenében, a következő szolgáltatás teljesítését vállalja:

Amennyiben a benyújtott igazoló okiratok alapján, illetve az elvégzett orvosi vizsgálat(ok) eredményeként megállapításra kerül, hogy a biztosított a jelen feltételek szerinti teljes és tartós rokkantságot szenvedett, a szerződés szerinti alapbiztosítás és - eltérő szerződésbeli rendelkezések hiányában - a hozzá tartozó kiegészítő biztosítás(ok) a rokkantság bekövetkezését követő díjesedékeségtől a rokkantság tartamára változatlan szolgáltatási feltételek mellett díjmentessé válnak. A biztosító azonban nem teljesít díjmentesítési szolgáltatást azon díjfizetési időszakra, amelynek díja több mint 6 hónappal azt megelőzően vált esedékessé, amikor a díjmentesítés iránti igénybejelentés a biztosító központjába beérkezett.

3. A teljes és tartós rokkantság meghatározása

Ezen kiegészítő biztosítás szempontjából teljes és tartós rokkantságnak minősül az a betegségből származó egészségromlás vagy az a baleseti testi sérülésből eredő egészségkárosodás, amelynek következtében a biztosított teljes egészében (100%-ban) elveszíti munkaképességét (teljesen képtelenné válik bármely keresőfoglalkozás folytatására), és amely egészségromlás, illetve egészségkárosodás legalább 6 hónapon keresztül folyamatosan fennáll.

A biztosító az előző meghatározástól függetlenül teljes és tartós rokkantságnak ismeri el a következő egészségkárosodásokat:

- mindkét szem látóképességének teljes és végleges elvesztése,
- mindkét kéz elvesztése (csuklóból vagy csukló felett),
- mindkét láb elvesztése (bokából vagy boka felett),
- egy kéz elvesztése (csuklóból vagy csukló felett) és egy láb elvesztése (bokából vagy boka felett).

A díjmentesítés csak abban az esetben kerülhet alkalmazásra, ha:

- a teljes és tartós rokkantságot eredményező betegség vagy baleseti sérülés a jelen kiegészítő biztosítás kezdete után, a kockázatviselés hatálya alatt következett be, továbbá ha
- b) a teljes és tartós rokkantság a biztosított 60. születésnapját követő biztosítási évforduló előtt következett be, valamint ha
- c) a teljes és tartós rokkantság azt megelőzően következett be, mielőtt a szerződésbeli alapbiztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díjfizetés elmaradása miatt vagy bármely más okból megszűnt volna.

A továbbiakban a "rokkantság" kifejezés a jelen pontban meghatározott teljes és tartós rokkantságot jelenti.

4. Kizárások

A biztosító mentesül a díjmentesítési szolgáltatás teljesítése alól, ha a rokkantság közvetve vagy közvetlenül:

- a) szándékosan elkövetett öncsonkítás vagy saját kezű testi sértés következménye (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori tudatállapotára);
- b) bármely légi járművel való utazás, illetve repülés következménye, kivéve a légiforgalomban engedélyezett menetrend szerint közlekedő légi járat utasaként történő repülést;
- c) opportunista betegség következménye, feltéve, hogy a rokkantság bekövetkezésekor a biztosított kimutathatóan fertőzött volt a humán immunhiányt okozó vírussal (HIV) és/vagy szervezetében kialakult a szerzett immunhiány szindróma (AIDS).

A biztosító fenntartja a jogot, hogy bizonyos veszélyes foglalkozások, munkakörök, rendszeres szabadiós tevékenység (sport, hobbi, stb.) esetén, illetve a biztosított egészségi nyilatkozata vagy orvosi vizsgálata alapján a jelen kiegészítő biztosítást nem, vagy csak megemelt díjjal, illetve további kizárás(ok) alkalmazásával köti meg.

5. A biztosítási esemény bejelentése és igazolása

A biztosítási eseményt és a díjmentesítési szolgáltatás iránti igényt írásban kell bejelenteni a biztosítónak. A bejelentésnek a biztosított életében, a rokkantság folyamatos fennállása alatt és - ha a díjfizetést időközben elmulasztották - az első elmaradt díj esedékességétől számított 1 éven belül kell beérkeznie a biztosító központjába.

Az igényelbírálás tartama alatt a biztosító jogosult a saját költségén és az általa megnevezett orvosokkal a biztosítottat megvizsgáltatni a rokkantság megállapítása érdekében.

6. A rokkantság folyamatos fennállásának bizonyítása

A szerződő a biztosító felhívására köteles igazolni a rokkantság folyamatos fennállását, függetlenül attól, hogy a biztosító a rokkantság igazolását korábban már elfogadta. A folyamatos rokkantság igazolását a biztosító legfeljebb negyedévente kérheti, azonban ha a rokkantság már két teljes éven át folyamatosan fennállott, a biztosító a továbbiakban csak évente egyszer kérhet ilyen igazolást. Amennyiben a szerződő nem tesz eleget ezen bizonyítási kötelezettségének vagy a biztosító megállapítása szerint már nem rokkant (képesse vált bármely olyan foglalkozásnak vagy szakmai tevékenységnek a folytatására, amelyért fizetést vagy jövedelmet realizálhat), a díjmentesítés megszűnik és a szerződés szerint fizetendő összes díj a bizonyítási kötelezettség elmulasztását, illetve a rokkantság megszűnését követő díjesedékességtől újból esedékessé válik. A biztosító a díjmentesség megszűnéséről és a soronkövetkező díjak esedékessé válásáról írásban értesíti a szerződőt.

7. Díjfizetés

A biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő a biztosítás megszűnéséig vagy a díjmentesség kezdetéig.

8. A biztosítás kezdete

A jelen kiegészítő biztosítás kezdete megegyezik a szerződés szerinti alapbiztosítás kezdetével, kivéve, ha a kötvényben vagy az ahhoz csatolt záradékban egy későbbi időpont került megjelölésre a kiegészítő biztosítás kezdeteként.

9. A biztosítás megszűnése

Ezen kiegészítő biztosítást a szerződő (biztosított) bármely díjesedékesség időpontjára - 30 nappal az esedékesség előtt - írásban felmondhatja. A felmondó nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt, amelyen a biztosítás megszűnését a biztosító záradékkal feljegyzi.

A jelen kiegészítő biztosítás és a biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik:

- a) a biztosítás lejáratokor, de legkésőbb annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 60. életévét betölti;
- b) ha a szerződés szerinti alapbiztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díját az esedékességkor, illetve a feltételek szerinti türelmi időn belül nem fizetik meg;

- c) amikor a szerződés szerinti alapbiztosítást visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy az bármely okból megszűnik;
- d) 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;
- e) amikor a biztosított háború vagy polgárháború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) kiegészítő (nem harcoló) egység tagjaként polgári szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország, nemzetközi szervezet vagy szemben álló fél bármely fegyveres ereje mellett.

A jelen kiegészítő biztosítás megszűnése esetén a biztosító a befizetett díj meg nem szolgált részét visszafizeti. A biztosítás megszűnése után tartozatlanul fizetett díjak az ilyen díjak visszafizetésén kívül másra nem kötelezik a biztosítót.

10. Maradékjogok

A jelen biztosítás maradjékjogokkal nem rendelkezik, de amennyiben a díjfizetés elmulasztása miatt a szerződés szerinti alapbiztosításra automatikus díjkölcsonn lép életbe, a jelen kiegészítő biztosítás elmaradt díjai - az alapbiztosítás díjtartalékának terhére - szintén automatikus díjkölcsonn kerülnek kiegyenlítésre. A jelen feltételek alapján díjmentesített alapbiztosítás maradjékjogai a díjmentesség tartama alatt is változatlan feltételek mellett gyakorolhatók.

11. Többlethozam

A jelen kiegészítő biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik. Azonban ha a szerződésben olyan alapbiztosítás szerepel, amely a befektetések többlethozamából való részesedésre jogosít, ezen jogosultság a jelen feltételek alapján nyújtott díjmentesség tartama alatt is változatlan feltételekkel fennáll és a biztosító a szerződő részesedését ugyanúgy jóváírja, mintha az esedékes díjakat megfizették volna.

147-es jelű kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítás feltételei

A kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítás az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Rt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben azon alap életbiztosítás feltételei az irányadók, amelyhez a kiegészítő biztosítást kötötték.

1. A biztosított személie

A jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja az alapbiztosítás biztosítottja, amennyiben a biztosítási szerződésben a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozóan más biztosított nem került megjelölésre.

2. Biztosítási esemény és szolgáltatás

A biztosító ezen kiegészítő biztosítás feltételei alapján, a szerződő díjfizetése ellenében vállalja, hogy a biztosítottnak a biztosítás tartamán belül, a kockázatviselés kezdetétől számított 6 hónap eltelte után

- a) rosszindulatú daganatban való megbetegedése,
- b) szívinfarktus diagnosztizálása,
- c) agyi érkatasztrófa diagnosztizálása,
- d) szívkoszorúér műtétje,
- e) szervátültetése,
- f) veseelégtelenség fellépése,
- g) betegség következtében kialakuló teljes vakága esetén

kifizeti a szerződésben (kötvényben) a kritikus betegségekre meghatározott biztosítási összeget, feltéve, ha a betegség pontos diagnózisának megállapítását, illetve a műtét elvégzését követően a biztosított legalább 30 napig életben van.

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.

A biztosított életében esedékes szolgáltatás kedvezményezettje - eltérő szerződéses kikötés hiányában - a biztosított.

3. 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 következő:

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-carcinomás" 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 (melles 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 kóros idegrendszeri tünetei vannak. A biztosítás nem terjed ki a balesetből eredő koponyatörési 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 koszorúérresttel előzetesen igazolt két vagy több koszorúér szűkületének, illetve elzáródásának megszüntetése érptátással. A biztosítás nem terjed ki a nem nagysebészeti megoldásokra melyek közül ma ismert a ballonkatéterrel végzett tágtágítás, illetve a koszorúér részleges vagy teljes elzáródásának lézeres kezelése.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét időpontja.

e) Szervátültetés

A szervátültetés olyan műteti beavatkozást jelent, amelynek során a biztosított, mint szervet kapó (recipiens) testébe más személy (donor) szervezetéből szív, szív-tüdő, 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 beszűkülő, 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.

4. 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-vírussal való fertőzöttségével;
- e) maghasadással, illetve radioaktív vagy egyéb ionizáló sugárzással kivéve, ha az ilyen sugárzást jogszabályban feljogosított egészségügyi intézmény vagy orvos utasítására gyógyászati céllal alkalmazták;
- f) mérgező vagy maró anyagok bevételeivel, illetve gázok, gőzök vagy füst belelegzésével, amennyiben a belelegzett anyagok koncentrációja a jogszabályban meghatározott egészségügyi határértéket meghaladja.

Amennyiben a biztosított a szerződéskötés előtt a 2. a, b, c, f, g, pontokban meghatározott betegségek (egészségkárosodások) valamelyikében már szenvedett, illetve a 2. d-e, pontokban meghatározott műteti kezelések valamelyikében már részesült, úgy a biztosító kockázatviselése ezen betegségekre illetve kezelésre nem terjed ki.

5. A biztosítási esemény bejelentése és igazolása

A biztosítási eseményt a szolgáltatás iránti igényvel együtt annak bekövetkeztétől számított 15 napon belül kell a biztosítónak írásban bejelenteni. Tizenöt napon túli bejelentés esetén a biztosító annyiban tagadhatja meg a szolgáltatás teljesítését, amennyiben a késedelmes bejelentés miatt lényeges körülmények utóbb kideríthetetlenül válnak.

A szolgáltatás teljesítéséhez az alap életbiztosítási feltételekben megjelölten túl az alábbi iratokat kell benyújtani az egyes biztosítási események igazolásához:

- a) Rosszindulatú daganat esetén
 - határozott orvosi diagnózist (szövettani 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 koszorúérfestést (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 szakorvos véleményét.

A biztosító szükség esetén egyéb iratokat is bekérhet a biztosítási esemény igazolásához.

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.

6. Díjfizetés

A jelen kiegészítő biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő a biztosítás lejáratáig, vagy annak a biztosítási időszaknak a végéig, amelyben a biztosítás megszűnt.

A jelen feltételek 2. pontjában 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 termékengedélytől 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.

7. A biztosítás kezdete

A jelen kiegészítő biztosítás kezdete megegyezik a szerződés szerinti alapbiztosítás kezdetével, kivéve, ha a kötvényben vagy az ahhoz csatolt záradékban egy későbbi időpont került megjelölésre a kiegészítő biztosítás kezdeteként.

8. A biztosítás megszűnése

Ezen kiegészítő biztosítást a szerződő (biztosított) bármely díjesedékesség időpontjára - 30 nappal az esedékesség előtt - írásban felmondhatja. A felmondó nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt, amelyen a biztosítás megszűnését a biztosító záradékkal feljegyzi.

A jelen kiegészítő biztosítás és a biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik:

- a) a biztosítás lejáratakor, de legkésőbb annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 60. életévét betölti;
- b) ha a szerződés szerinti alapbiztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díját az esedékességkor, illetve a feltételek szerinti türelmi időn belül nem fizetik meg;
- c) amikor a szerződés szerinti alapbiztosítást visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy az bármely okból megszűnik;
- d) a biztosítási összeg kifizetésével;
- e) a várakozási időn belül bekövetkezett biztosítási esemény esetén a díj visszafizetésével (2. pont).

A jelen kiegészítő biztosítás megszűnése esetén a biztosító a befizetett díj meg nem szolgált részét visszafizeti. A biztosítás megszűnése után tartozatlanul fizetett díjak az ilyen díjak visszafizetésén kívül másra nem kötelezik a biztosított.

9. Maradékjogok

A jelen biztosítás maradjogokkal nem rendelkezik, de amennyiben a díjfizetés elmulasztása miatt a szerződés szerinti alapbiztosításra automatikus díjkölcsonn lép életbe, a jelen kiegészítő biztosítás elmaradt díjai - az alapbiztosítás díjtartálékának terhére - szintén automatikus díjkölcsonnnel kerülnek kiegyenlítésre.

10. Többlethozam

A jelen kiegészítő biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik.

A 178-as jelű balesetből vagy betegségből származó kórházi ellátásra szóló napi térítésre és műtéli térítésre, valamint orvosi konzultációra szóló kiegészítő biztosítás feltételei

A jelen kiegészítő biztosítás az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Rt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben azon alapbiztosítás feltételei az irányadók, amelyhez a kiegészítő biztosítást kötötték.

1. A biztosított személye

A jelen kiegészítő biztosítás (fő)biztosítottja az alapbiztosítás biztosítottja. A jelen kiegészítő biztosítás alapján biztosított lehet továbbá a (fő)biztosított házastársa/élettársa, valamint a (fő)biztosított eltartott gyermeke, akire vonatkozóan díjat megfizették.

2. Biztosítási esemény és szolgáltatás

a) Kórházi ellátásra szóló napi térítés

Amennyiben a biztosított személy, a biztosítási szerződés hatálya lépése után bekövetkezett sérülés vagy első alkalommal bekövetkezett betegség következtében bennfekvőként kórházi ellátásban részesül és a kórházi ápolási időszak három (3) egymást követő napot meghalad, a Biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott kórházi napi térítési összeget fizeti a biztosítottnak a kórházi ellátás első (1.) napjától az ellátás tartama alatt, de legfeljebb a kilencvenedik (90.) naptári napig.

Amennyiben a biztosított személy a kórházi ellátás tartama alatt intenzív ellátásban részesül, a Biztosító az intenzív ellátás napjaira jutó napi térítés összegét ötven (50) százalékkal növelten teljesíti.

A Biztosító a napi térítés összegén felül, a kórházi ellátást követően rehabilitációra szóló térítésként a kórházi napokra megállapított térítés összegének ötven (50) százalékát teljesíti a kórházi napi térítéssel fedezett napokkal megegyező számú napra, függetlenül bármely más tényezőtől.

A kórházi ellátás tartamának legalább egy (1) napos megszakítása esetén a Biztosító a következő kórházi ellátás(oka)t a korábbi kórházi ellátás(ok)tól függetlenül, új kórházi ellátásként veszi figyelembe. Ugyanazon, vagy hasonló ok következtében szükségessé váló, egymást követő kórházi ápolások esetén a kórházi ellátás teljes időtartama ugyanazon baleset vagy betegség következményének számít kivéve, ha az egyes kórházi ápolási periódusok között legalább tizenkét (12) hónap eltelik.

Ugyanazon, vagy hasonló ok következtében szükségessé vált kórházi ellátás esetén a Biztosító a biztosítási szerződés teljes érvényességi ideje alatt legfeljebb két (2) alkalommal teljesít kórházi napi térítési szolgáltatást.

b) Műteti térítés

Ha a biztosított személy a biztosítási szerződés hatályaba lépése után bekövetkezett sérülés vagy első alkalommal bekövetkezett betegség következtében kórházi ellátásban részesül és orvos által elvégzendő műteti eljárás alá utalják, a Biztosító a szerződés rendelkezéseinek megfelelően műteti térítést fizet, melynek összegét a műteti táblázatban az adott eljárásra megállapított százalékos érték és a szerződésben meghatározott biztosítási összeg alapján állapítja meg.

Ha ugyanazon műteti eljárásban több sebészeti beavatkozás szükséges, akkor az egész műteti eljárásért fizetendő összeg a legmagasabb százalékos értékű műteti beavatkozás térítési összegével egyezik meg.

Abban az esetben, ha a biztosított olyan műteti térítésre jogosult, mely térítés nincs egyértelműen megjelölve a műteti táblázatban, akkor a Biztosító a táblázatban feltüntetett, azonos bonyolultságú műtétre megállapított térítési összeget fizeti. A műtét bonyolultsági fokát a műteti táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján a Biztosító orvosa állapítja meg.

c) Orvosi konzultáció

Ha a biztosítottnak a kiegészítő biztosítás érvényességének tartama alatt, a jelen pontban meghatározott heveny, szövődőményes és súlyos egészségi rendellenessége vagy betegsége következik be, melynek bekövetkezése kapcsán és arra vonatkozóan a szolgáltató képviselőjén keresztül a biztosított orvosi (orvosi) konzultációt kér, úgy a biztosított által kért egészségügyi (orvosi) konzultáció költségeit a biztosított helyett a biztosító téríti meg a szolgáltató részére.

A jelen biztosítás szolgáltatásaként igénybe vehető konzultációt a 4.g) pontban meghatározott szolgáltató nyújtja, a konzultációk lefolytatása, a kapcsolattartás és a konzultációs jelentés elkészítése és annak tartalma a szolgáltató kizárólagos felelőssége. A biztosító nem felelős a szolgáltató eljárásában vagy a konzultációs jelentésben bekövetkezett vagy elkövetett bármely hibáért vagy mulasztásért.

A biztosított a konzultáció igénybevételére a következő heveny, szövődőményes vagy súlyos egészségi állapotok és betegségek esetén jogosult: a) Rosszindulatú daganat, b) Szívizominfarktus, c) Szívkoszorúér műtét, d) Kóma, e) Agyi érkatasztrófa, f) Sclerosis Multiplex, g) Bénulás, h) Krónikus obstruktív tüdőbetegség, i) Tüdőtágulat, j) Gyulladásos bélbetegség, k) Krónikus májbetegség, l) Veseelégtelenség, m) Krónikus medencetáji fájdalom, n) Cukorbetegség, o) Trombózisos visszérgyulladás és embólia, p) Bármely amputáció, q) Reumás ízületi gyulladás (Rheumatoid Arthritis), r) Rosszindulatú pigmentsejtes daganat (melanoma malignum), s) Nagyfokú égési sérülés, t) Betegségből származó hirtelen bekövetkező vakság, u) Szervátültetés, v) Idegi-elfajulással járó betegségek, w) Egyéb hasonló, az életet veszélyeztető egészségi állapotok.

A betegségek minősítését a megküldött egészségügyi adatok és iratok alapján a szolgáltató állapítja meg, aki e döntést más orvosok vagy orvosszakértői testületek megállapításától függetlenül hozza meg.

Az egészségügyi (orvosi) konzultáció a következőket foglalja magába:

- egy írásbeli konzultáció a szolgáltató megfelelő klinikai szakorvosával.
- egy konzultáció CT vizsgálatra, MRI vizsgálatra, röntgenre, ultrahangra, egyéb radiológiai tanulmányokra vagy patológiára vonatkozóan,
- egy ismételt konzultáció. Ismételt konzultációnak minősül, ha a biztosított Konzultáció eredményének kézhezvételétől számított 30 napon belül az első Konzultációval összefüggésben vagy ahhoz kapcsolódóan kiegészítő diagnózist ill. konzultációt kér, vagy további kérdéseket nyújt be.
- a szolgáltató képzett szakorvosai és egészségügyi szakértői által ajánlott gyógykezelési terv. Az esetek magukban foglalhatnak radiológiai képalkotást és/vagy szövettani metszetet is.
- szükség esetén egy telefonon történő konferencia megbeszélést angol nyelven, a biztosított kezelőorvosa és a szolgáltató szakorvosa között.

Ha ugyanannak az anatómiai területnek több olyan tanulmánya került kiadásra ugyanazzal az egészségi állapottal kapcsolatban, mely ugyanazt a módszert használja, egy diagnosztikai tanulmány kerül kidolgozásra a leggyakoribb tanulmányból. Ugyanannak az anatómiai területnek az összes többi tanulmánya, amely ugyanazt a módszert használja, és amelyet az első Konzultációs Jelentés kézhezvételétől számított 30 napon belül nyújtottak be összehasonlít tanulmányának számít és nem tekintendő új Konzultációra való jelentkezésnek.

A szolgáltató egy biztosítási évben legfeljebb két (2), a kiegészítő biztosítás érvényességének teljes tartama alatt legfeljebb hat (6) konzultációs lehetőséget biztosít.

Bármely konzultációs jelentés kézhezvételétől számított 30 napon túl benyújtott kérelem, illetve a 30 napon belül benyújtott, de a konzultációs jelentés tartalmához és tárgyához közvetlenül nem kapcsolódó kérelem új konzultációs kérelemnek minősül.

Az egészségügyi (orvosi) konzultációt a szolgáltató klinikai szakorvosai biztosítják, de a szolgáltató a diagnózis és/vagy az ajánlott gyógykezelés meghatározása szempontjából igényelheti a biztosított és/vagy a kezelőorvosa közreműködését.

Amennyiben a konzultációs kérelem a jelen feltételekben meghatározott egészségi rendellenességektől vagy betegségektől különböző betegség vonatkozásában kerül benyújtásra a szolgáltató részére, úgy a szolgáltató jogosult a konzultációs lehetőséget visszautasítani.

A fenti a)-c) pont alatti meghatározott szolgáltatások külön-külön, vagy együttesen is igénybe vehetők a bekövetkezett biztosítási eseménytől függően, az egyes szolgáltatásokat azonban a biztosító kizárólag az adott szolgáltatásra meghatározott feltételek alapján nyújtja.

3. Kizárások

A. A kórházi ellátásra és/vagy műteti térítésre szóló biztosítási szolgáltatások szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a szolgáltatási összeg nem kerül kifizetésre, ha a biztosított kórházi és/vagy műteti ellátását okozó baleset vagy betegség közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:

- születési rendellenességek és az ebből fakadó következmények,
- terhesség, szülés, elvetélés, koraszülés, vagy abortusz,
- a szerződés hatályaba lépése előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés vagy betegség,
- a szerződés hatályaba lépését követő első hatvan (60) napon belül bekövetkezett bármilyen betegség miatt szükségessé vált kórházi ellátás és műteti beavatkozás,
- a szerződés hatályaba lépését követő első száznapon (180) nap alatt végrehajtott, a mandula ill. orrpoly eltávolítását célzó műtét, ill. kórházi gyógykezelése,
- a biztosított öngyilkossága vagy öngyilkossági kísérlete, az elmeállapotról való tekintet nélkül,
- kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés

által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,

- orvosi rutin vizsgálat vagy egyéb vizsgálat, ha nincsen egészségromlásra utaló tényleges tüneti jel, továbbá laboratóriumi diagnózis és röntgen vizsgálat, kivéve a megelőző orvosi vizsgálat során megállapított, egészségkárosodás következtében alkalmazott ilyen jellegű vizsgálatot,
- elmebeli és idegi rendellenességek és gyógykezelésük, valamint alkohol és hallucinogén anyag függőségi elvonókúra és gyógykezelésük,
- a kórházi ellátás tartama alatt elszennvedett bármilyen fertőzés,
- bármely veszteség, amelynek oka a biztosított által megkísérelt, vagy elkövetett jogellenes cselekedet, ill. abban való szándékos részesség, vagy olyan cselekmény, amely a biztosított őrizetbe vételéhez vezet, ill. a letartóztatással való aktív vagy passzív szembesegülés,
- bármely olyan kezelés vagy gyógymód, amelyet kórházról eltérő egészségügyi intézményben, rehabilitációs vagy utókezelő központban végeznek,
- a biztosított által jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidézett esemény,
- a biztosítottnak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota kivéve, ha ezeket egészségügyi hatóság előírására alkalmazzák,
- a biztosított alkoholos befolyásoltságú állapota, amennyiben véralkoholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedérendszert szabályokban megengedett határértéknél,
- bármely olyan betegség, halál, egészségkárosodás vagy költség, amelynek oka közvetve vagy közvetlenül a HIV (Emberi Immunhiányt Okozó Virus) és / vagy bármely HIV-val kapcsolatos betegség beleértve az AIDS-t (Szerzett Immunhiányos Szindróma), és / vagy annak bármilyen mutáns származékai vagy változatai,
- a biztosított hivatásszerű részvétele bármely sporttevékenységben,
- a biztosított részvétele bármely olyan versenyben vagy versenyre való felkészülésben, amely motoros meghajtású szárazföldi-, vízi- vagy légi jármű használatával jár,
- amennyiben a biztosított 125cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vagy motorcsónakot vezet, vagy azon utazik,
- amennyiben a biztosított fizető utasként utazik olyan légi járműben, amely nem tartozik egyetlen légitársasághoz sem és nincs megfelelő bejegyzése ill. engedélye fizető utasok szállítására rendszeres és közzétett menetrend szerinti útvonalon,
- a biztosított aktív szolgálata bármely nemzet bármely fegyveres erejénél,
- mialatt a biztosított pilótaként vagy utasként gyakorlásra vagy egyéb célból sárkányrepülő, vitorlázó- vagy egyéb könnyűszerkezetű repülőgépet ill. ejtőernyőt használ vagy nem utas minőségben bármilyen légi járművel utazik,
- háború, invázió, idegen erő beavatkozása, polgárháború, forradalom, lázadás, engedetlenség, egyéb háborús cselekmények, katonai vagy bitorolt hatalom, vagy bármely esemény, vagy ok, amely statárium vagy ostromállapot kihirdetésének eredménye, letartóztatás, bármely helyi, vagy közhatalom rendeletétől származó veszteség, vagy vámszabályozás.

B. Az orvosi konzultációs szolgáltatás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosított nem jogosult egészségügyi (orvosi) konzultáció igénybe vételére, amennyiben a jelen kiegészítő biztosításban meghatározott heveny, szövődőményes és súlyos egészségi rendellenesség vagy betegség közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:

- a biztosított öngyilkossága, öncsonkítása, valamint ezek kísérlete, illetve a biztosított által önmagának okozott egyéb testi sérülés (az elmeállapotról való tekintet nélkül), valamint a biztosított kérésére vagy beleegyezésével, más személy által okozott testi sérülés,
- a biztosított által jogellenesen, szándékosan vagy

súlyosan gondatlanul okozott vagy előidézett esemény,

- c) a biztosítottnak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota kivéve, ha ezeket egészségügyi hatóság előírására alkalmazzák,
- d) a biztosított alkoholos befolyásoltságú állapota, amennyiben véralkoholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedésrendészeti szabályokban megengedett határértéknél,
- e) a szexuális úton terjedő betegségek,
- f) bármely, radioaktív energia vagy maghasadás által működtetett vagy működtetésre alkalmas fegyver vagy eszköz használata, azokkal összefüggésben bekövetkezett radioaktív szennyeződés minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt,
- g) a biztosított mérgezése vagy mérgező gáz belélegzése,
- h) a biztosított vele született rendellenessége vagy születési fogyatékossága, amely a születés pillanatában azonnal nyilvánvalóvá vált és fennállt, vagy egy későbbi fejlődési szakaszban nagy valószínűséggel jelentkezhet.
- i) háború, invázió, idegen erő beavatkozása, polgárháború, forradalom, felkelés, lázadás, engedetlenség, egyéb háborús cselekmények, katonai vagy bitorló hatalom, vagy bármely esemény, vagy ok, amely statárium vagy ostromállapot kihirdetésének eredménye, letartóztatás, bármely helyi, vagy közhatóság rendeletétől származó vesztegvár, vagy vámszabályozás.

Továbbá az alapbiztosításhoz csatolt záradék(ok)ban meghatározott kizárások ezen kiegészítő biztosítás szolgáltatásaira is vonatkoznak.

4. Fogalom meghatározások

- a) **Betegség:** Olyan egészségkárosodást jelent, amelyet a biztosított a kiegészítő biztosítás hatályaba lépését követően, első alkalommal szenved el.
- b) **Baleset:** Balesetnek minősül a biztosított akaratán kívül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében és bármely más októl függetlenül a biztosított kórházi és/vagy műtéti ellátása válik szükségessé.
- c) **Bennfekvő beteg:** Bennfekvő beteg azt a személyt jelenti, aki bennfekvőként legalább egy (1) napi kórházi ellátásban részesült.
- d) **Kórház:** A kórház azt a létesítményt jelenti, amely mindenben megfelel az alábbi követelményeknek:
- kórházi működésre vonatkozó engedéllyel rendelkezik (ha az ilyen engedély hatósági előírás),
 - elsősorban a kórházban történő kezeléssel, bennfekvő betegek ellátásával foglalkozik,
 - a betegápolást napi 24 órán át, szakképzett személyzettel látja el,
 - egy vagy több engedéllyel rendelkező orvost foglalkoztat,
 - biztosítja a diagnosztizálás és a magas szintű orvosi beavatkozások szervezett szolgáltatását,
 - elsődlegesen nem rendelőintézet, szanatórium, vagy rehabilitációs intézet, vagy hasonló létesítmény, és nem foglalkozik alkohol vagy kábítószer függőségi terápiával,
 - nem lakása a biztosítottnak.
- e) **Intenzív ellátás:** A jelen biztosítás szempontjából intenzív ellátásnak minősül a kórháznak a közvetlen életveszély elhárítását célzó és arra szakosodott, 24 órás folyamatos szakorvosi felügyeletet biztosító és intenzív elnevezés alatt működő különálló egységében nyújtott ellátás.
- f) **Orvos:** Az orvos az - a biztosítottól vagy annak közeli hozzátartozóitól eltérő személy -, aki a jogszabályban meghatározott vizsgákkal és engedéllyel rendelkezik az igény alapjául szolgáló baleseti sérülés vagy betegség gyógyítására.
- g) **Orvosi konzultáció szolgáltatója:** A szolgáltató a WorldCare vállalatot jelenti. A WorldCare vállalat

külföldi székhelyű, a WorldCare International által létrehozott egészségügyi hálózat, amely olyan szakorvosok hálózata, akik a jelen kiegészítő biztosítás biztosítottjai számára nyújtanak orvosi konzultációs lehetőséget. A biztosított személy és/vagy kezelőorvosa által, a szolgáltatás igénybe vétele érdekében eljuttatott személyes és egészségügyi adatok feldolgozása ill. továbbítása, valamint a szolgáltató hálózatát alkotó kórházak, egészségügyi szakértők és szakorvosok fenntartása a szolgáltató kizárólagos felelőssége.

- h) **Eltartott gyermek:** A jelen biztosítás szempontjából eltartott gyermek a (fő) biztosítottnak a vele közös háztartásban élő, első életévének 3. hónapját betöltött, de a 18. életévét - felsőoktatási intézményben tanuló eltartottak esetében a 21. életévét - még nem betöltött, nem házasság, vérségi, örökbefogadott vagy mostohagyermek, aki önálló keresettel nem rendelkezik.
- i) **Közeleli hozzátartozó:** A Polgári Törvénykönyv 685. §-a alatt hozzátartozó minőségben meghatározott személyek köre.

5. Díj fizetés

A kiegészítő biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő a kiegészítő biztosítás megszűnéséig, vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjesedékeség időpontjáig. A biztosító fenntartja a jogot arra, hogy a kiegészítő biztosítás díját a biztosítási évfordulón felülvizsgálja és az új díjkalkuláció alapján új díjtételeket állapítson meg, amelyek minden hatályban lévő kiegészítő biztosításra egységesen érvényesek. 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.

6. A biztosítás kezdete

A jelen kiegészítő biztosítás kezdete megegyezik az alapbiztosítás kezdetével, kivéve, ha a kötvényen vagy a kiegészítő biztosításról kiállított záradékban a kiegészítő biztosítás kezdeteként eltérő időpont kerül feltüntetésre.

7. A biztosítás megszűnése

Ezen kiegészítő biztosítást a szerződő (biztosított) bármely díjesedékeség időpontjára -30 nappal az esedékesség előtt- írásban felmondhatja. A felmondó nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt, amelyen a jelen kiegészítő biztosítás megszűnését a biztosító záradékkal feljegyzi.

A jelen kiegészítő biztosítás és a biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik:

- a) a biztosított halálával,
- b) a biztosítás lejáratakor, de legkésőbb annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 60. életévét betölti;
- c) eltartott gyermek esetén legkésőbb annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 18. életévét - felsőoktatási intézményben tanuló eltartottak esetében a 21. életévét - betölti,
- d) házastárs/élettárs esetén a házastársi jogviszony, vagy az élettársi életközösség megszűnésének időpontjával,
- e) ha a szerződés szerinti alapbiztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díját az esedékességek, illetve a feltételek szerinti türelmi időn belül nem fizetik meg;
- f) amikor a szerződés szerinti alapbiztosítást visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy az bármely okból megszűnik;
- g) a rokkantsági díjmentesítési kiegészítő biztosítás szolgáltatásának kezdetekor;
- h) amikor a biztosított ideg-, illetve elmebetegségére való tekintettel cselekvőképtelennek nyilvánítják;
- i) amikor a biztosított háború idején (függetlenül a

hadüzenet tényétől) katonai szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres erejénél;

j) amikor a biztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) kiegészítő (nem harcoló) egység tagjaként polgári szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres ereje mellett.

Az orvosi konzultáció szolgáltatás megszűnik továbbá - a kiegészítő biztosítás érvényességének érintése nélkül - az alábbi esetekben:

- a) a jelen kiegészítő biztosítás alapján - bármely biztosított által - igénybe vett konzultációk száma eléri a hat (6) alkalmat, a 6. konzultációs kérelemnek a szolgáltató részére történő átadásával,
- b) ha a biztosított megváltoztatja a tartózkodási országát, az adott biztosított vonatkozásában.

Az orvosi konzultációs szolgáltatás vagy a kiegészítő biztosítás megszűnése után befizetett díj nem biztosít jogosultságot a konzultációra. Ebben az esetben a befizetett díjnak a konzultációs szolgáltatásra vonatkozó összege a biztosított részére visszautalásra kerül. A biztosítás megszűnése a megszűnés időpontja előtt benyújtott konzultációs kérelmet nem érinti.

Ha a kiegészítő biztosítás a türelmi időn belül a biztosított halála miatt szűnik meg, a biztosító a meg nem fizetett esedékes díjat az alapbiztosítás bármely szolgáltatási összegéből levonja.

8. A biztosítási esemény bejelentése és bizonyítása, a biztosító teljesítése

a) Eljárási rend a kórházi ellátásra szóló napi térítés és a műtéti térítés tekintetében:

A biztosítási eseményt annak bekövetkezésétől számított 8 napon belül a biztosítónak be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben ezen kötelezettségeket nem teljesítik és emiatt utóbb lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

A biztosítási szolgáltatás igénybevételehez a következő iratokat kell a biztosító részére benyújtani:

- a) a szolgáltatás iránti igénybejelentőt;
- b) az orvosi jelentést valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával illetőleg az egészségkárosodás mértékének igazolásával;
- c) a baleset tényét és körülményeit igazoló rendőrhatalósági jegyzőkönyv vagy más hatósági jelentés másolatát (amennyiben ilyen készült);
- d) hatósági eljárás esetén a jogerős határozatot;
- e) mindazon okiratokat, amelyek a jogosultság (személyazonosság, illetve kedvezményezetti vagy örökös státusz) igazolásához szükségesek;
- f) továbbá mindazon okiratokat, amelyeket a Biztosító a biztosítási esemény megállapításához és az igény elbírálásához szükségesnek tart.

A biztosító az igényelbírálás tartama alatt jogosult a saját költségén a biztosítottat az általa megnevezett orvosokkal megvizsgáltatni olyan gyakran, ahogy az orvosilag indokolt.

A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához szükséges összes irat beérkezése után, az utólagos beérkezett irat kézhezvételétől számított 15 napon belül teljesíti. A biztosító a már esedékessé vált, de még meg nem fizetett díjakat bármely szolgáltatás összegéből levonja.

b) Eljárási rend az orvosi konzultáció esetén esetén:

A jelen kiegészítő biztosítás alapján nyújtott egészségügyi (orvosi) konzultáció igénybevételét a biztosított, vagy a biztosított hozzájárulásával kezelőorvosa kezdeményezheti a szolgáltató magyarországi képviselőjénél. A képviselő címéről és elérhetőségéről a biztosító a szerződés megkötésével egyidejűleg írásban tájékoztatja a szerződőt. A szolgáltató képviselője tájékoztatást ad a biztosítottnak és/vagy kezelőorvosának a konzultáció igénybevételének eljárási rendjéről, illetve az igénybevételhez szükséges, benyújtandó adatokról és iratokról. A konzultációs kérelem benyújtásához szükséges összes formanyomtatványt, és az azok szakszerű kitöltését a szükséges tájékoztatást

a szolgáltató képviselője térítésmentesen biztosítja. A biztosított kérésére a szolgáltató térítésmentesen gondoskodik a biztosított által magyar nyelven megadott adatok angol nyelvre, illetve az angol nyelvű konzultációs jelentés magyar nyelvre történő fordításáról.

A szolgáltató a konzultáció lefolytatását és a konzultációs jelentés megküldését az alapul szolgáló egészségi rendellenesség vagy betegség jellegének függvényében, a biztosított részére közvetlenül, az igénybevételi eljárás kezdetén átadott tájékoztatóban szereplő időtartamon belül vállalja. A konzultációs jelentésnek a biztosított részére, igazolható módon történő megküldésével a szolgáltató a teljesítésnek eleget tesz. A konzultációs jelentés, valamint az alapul szolgáló dokumentumok magyar vagy idegen nyelvre történő fordításából származó esetleges eltérésekért a biztosító nem vállal felelősséget.

A biztosító az egészségügyi (orvosi) konzultáció költségeit a biztosított helyett közvetlenül a szolgáltató részére téríti meg.

A szükséges iratok beszerzésével kapcsolatos költségeket bármely szolgáltatás igénybe vétele esetén annak kell viselnie, aki az igényét a biztosítóval szemben érvényesíteni kívánja.

9. Maradékjogok

A jelen kiegészítő biztosítás maradékjogokkal nem rendelkezik, de amennyiben a díjfizetés elmulasztása miatt a szerződés szerinti alaptáratra automatikus díjkölsön lép életbe, a jelen kiegészítő biztosítás elmaradt díjai - az alaptárat díjtartalékának terhére - szintén automatikus díjkölsönnel kerülnek kiegyenlítésre.

10. Többlethozam

A jelen kiegészítő biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik.

11. Indexálás

Amennyiben az alaptárat indexálási záradékkal rendelkezik, úgy a jelen kiegészítő biztosítás szolgáltatásai - az orvosi konzultációs szolgáltatás kivételével - az alaptárat indexálással együtt, de legfeljebb 10 éven keresztül kerül indexálásra.

A kiegészítő biztosítás díja és biztosítási összege azonos arányban, az alaptáratra vonatkozó indexrátaival kerül növelésre.

12. Egyéb feltételek

A jelen kiegészítő biztosításban nem szabályozott kérdésekben az alaptárat feltételei érvényesülnek.

A baleseti és betegségi műteti térítésre szóló biztosítás műteti táblázata

Műteti beavatkozás leírása	A maximális kártérítési összeg %-a
HAS	
- vakbélműtét (féregnyúlvány eltávolítás)	50
- béltávolítás	70
- gyomortávolítás	70
- gyomorbél-metszés	60
- epehólyag-eltávolítás	70
- hasüregi metszés a gyógykezelés diagnosztikájának felállítására, ill. egy vagy több hasüregi szerv eltávolítása céljából kivéve azon szerveket, amelyek a táblázat egyéb pontja alá esnek	50

Két vagy több műteti beavatkozás ugyanazon hasi operáció alkalmával egy műteti eljárásnak számít.

TÁLYOG, KELÉS

- egy vagy több felületi tályog, kelés, kelevény metszése	50
- egy vagy több tályog vagy karbunkulus kórházi ellátást igénylő gyógykezelése	10

AMPUTÁCIÓ

- minden egyes kéz-, vagy lábujj	10
- kéz, alkar vagy lábtő bokából	20
- lábszár, kar vagy comb	40
- a comb csípőből	70

MELL

- az egyik vagy mindkét mell teljes amputációja a hónaljban történő metszéssel	70
- az egyik vagy mindkét mell egyszerű eltávolítása	40

MELLKAS

- teljes mellkasplasztika (bordaeltávolítás)	100
- a tüdő teljes vagy részleges eltávolítása	70
- mellüregi metszés a diagnózis megállapítása vagy a belső szervek gyógykezelése céljából, a punkció kivételével	30
- gennyeeltávolítás a punkció kivételével	10
- mesterséges légmellkezelés (tüdőotlítás)	10
- hörgőtükrözés:	
a) diagnózis céljára	10
b) sebészi beavatkozással szövettani vizsgálat kivételével	20

FÜL

- dobhártyametszés	5
- mastoidéktómia - teljes	
- az egyik oldalon	50
- mastoidéktómia - teljes -	
- mindkét oldalon	60
- hallásjavítás az egyik vagy mindkét oldalon	100

NYELŐCSŐ

- szűkületi műtét	40
- gyomortükrőhasználat	10

SZEM

- retinaleválás / összetett szemképegyesülés	100
- szürkehályog	50
- zöldhályog	30
- szemgolyóeltávolítás	30
- rőphártyaeltávolítás	20
- jégárpametszés	5

TÖRÉSEK (Egyszerű gyógykezelés)

- kulcscsont, lapockacsont vagy alkar, egy csonttal	15
- farcsont, lábtőcsontok, lábközépcsont, calcis	10
- comb	40
- felkar vagy láb egy csonttal	25
- minden egyes kéz- vagy lábujj, vagy borda	5
- alkar- két csont, térdkalács vagy medencecsont, húzás alkalmazása nélkül	20
- láb, két csonttal	30
- alsó állkapocs	20
- kéztő (csukló) csontok, középsőcsontok, orrcsont, csípőcsont - két vagy több csont vagy szegycsont	10
- medence húzás alkalmazásával	30
- minden egyes hátsigolya és csigolyai harántnyúlva	5
- hátsigolyák egy vagy több kompressziós törés	40
- csukló	10

Nyílt törés: nyílt törésnél a fenti esetekben a százalékos érték a felével növekszik.

Csonttáttétést és csontösszeillesztést is igénylő műteti beavatkozás esetében a fenti értékek duplája érvényes, amely összeg azonban nem haladhatja meg a maximális biztosítási összeget. max. 100

HÚGY- ÉS IVARSZERVEK

- veseeltávolítás	70
- veserögztetés	70
- vesekövek vagy vesedaganatok eltávolítása, húgy-	

vezeték vagy hólyag eltávolítása:

a) sebészeti beavatkozással	60
b) kauterizációval vagy testüregvizsgálati eszközökkel	20
- húgyvezetékcsülket nyílt operációval	30
- húgyvezetékben belüli sebészi beavatkozás	15
- a prosztata:	
a) teljes eltávolítása nyílt operációval/teljes folyamat	70
b) részleges eltávolítása testüregvizsgálati eszközökkel	25
c) egyéb sebészi beavatkozással	50
- hereeltávolítás vagy mellékhere eltávolítás	25
- vizesér vagy ércsomós heresér (herezacskó visszártágulat)	10
- rostdaganat eltávolítás hasi metszés nélkül	20

GOLYVA, STRUMA

- pajzsmirigyeltávolítás, a műteti eljárás minden szakaszát illetően	70
--	----

SÉR

- injekciós gyógykezelés/teljes kezelés:	
a) egyedüli sér	20
b) dupla sér	25
- radikális operáció injekciós gyógykezeléssel:	
a) egyedüli sér gyógykezelése	40
b) dupla sér gyógykezelése	50

ÍZÜLETEK ÉS FICAMOK

- ízületi metszés betegség, ill. rendellenesség miatt a punkció kivételével ill., a táblázat más pontja alatt tárgyalt eljárások kivételével	15
- bemetszés a váll, a könyök, a csípő, vagy a térdízületbe punkció kivételével	40
- kivágás, rögzítés sebészi beavatkozással, ízületi csontok vagy ízületplasztika:	
a) vállban, csípőben vagy háterincben	75
b) térdben, könyökben, csuklóban vagy bokában	35
- ficam:	
a) minden egyes kéz-, vagy lábujj	5
b) váll, vagy könyök, csukló vagy boka	15
c) alsó állkapocs	5
d) csípő vagy térd, a térdkalács kivételével	20
e) térdkalács	5

A nyílt operációt igénylő ficam esetében az ilyen fcamért fizetendő összeg a fenti értékek kétszerese.

ORR

- belső orrüregi operáció	15
- külső orrüregi operáció	35
- egy vagy több orrpolip eltávolítása	5
- nyálkahártya alatti metszés	25
- orrkagylócsont eltávolítás	10

PUNKCIÓ (SZÜRCsapolás)

- hasi punkció	10
- mellkas vagy hólyag punkció, katéterezés kivételével	5
- dobhártya, vizesér, ízületek vagy háterinc	5

A 180-as jelű baleseti halál és baleseti maradandó rokkantság esetére szóló növekvő biztosítási összegű kiegészítő biztosítás feltételei

A jelen kiegészítő biztosítás az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Rt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben azon biztosítás általános és különös feltételei az irányadók, amelyhez a kiegészítő biztosítást kötötték.

1. A biztosított személye

A jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja az alapbiztosítás biztosítottja, amennyiben a biztosítási szerződésben a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozóan más biztosított nem került megjelölésre.

2. Kedvezményezett

Amennyiben a jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában eltérően nem rendelkeztek, a kiegészítő biztosítás haláleseti szolgáltatásának kedvezményezettje az alapbiztosítás haláleseti kedvezményezettje. A nem haláleseti szolgáltatások kedvezményezettje a kiegészítő biztosítás biztosítottja.

A szerződő fél az eredetileg kijelölt kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával bármikor más kedvezményezettet nevezhet meg.

3. Biztosítási esemény és szolgáltatás

A biztosítási esemény a biztosított baleseti halála és baleseti maradandó rokkantsága. A jelen feltételek szempontjából balesetnek minősül a biztosított akaratán kívül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében és bármely más októl függetlenül a biztosított a baleset időpontjától számított 180 napon belül meghal vagy maradandó rokkantságot szenved.

Baleseti halál

A biztosító a biztosított baleseti sérülésből eredő halála esetén kifizeti a szerződésben (kötvényben) a baleseti halálra meghatározott és a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeget, feltéve, hogy a biztosítás a baleseti sérülés bekövetkeztekor érvényben volt.

A biztosítási összeg a biztosítás díjának változása nélkül évente, az ötödik biztosítási évfordulójától induló biztosítási összeg 10%-ával növelésre kerül oly módon, hogy a biztosító minden egyes biztosítási évfordulót követő naptári napon - összesen egymást követő öt alkalommal - az aktuális biztosítási összeget megnöveli.

A biztosító a megnövelt biztosítási összegnek megfelelő kockázatot az emelés napjának 0 órájától viseli, feltéve, hogy a szerződés szerint esedékes díjat megfizették. Az évestől eltérő díjfizetési gyakoriság esetén a biztosító az éves emelést több részletben - de az évi 10%-ot meg nem haladó mértékben - is megvalósíthatja. Ebben az esetben a növelés időpontja és a vonatkozó kockázatviselés a díjesedékeség időpontjához igazodik.

Baleseti maradandó teljes rokkantság

Amennyiben a biztosított a baleseti testi sérülés következményeként, a baleset időpontját követő 180 napon belül olyan maradandó rokkantságot (egészségkárosodást) szenved, amelynek következtében képtelenné válik bármely olyan foglalkozásnak vagy szakmai tevékenységnek a végzésére, amelyért fizetést vagy jövedelmet realizálhat, a biztosító a szerződésben (kötvényben) meghatározott és a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeget teljesíti, feltéve, hogy ezen rokkantság az utóbbi 12 egymást követő hónapban folyamatosan fennállott és ezen időszak végén is maradandó volt.

A biztosító az előző meghatározástól függetlenül maradandó teljes rokkantságnak ismeri el a következő egészségkárosodásokat:

mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	100%
a beszédképesség teljes elvesztése	100%
az alsó állkapocs eltávolítása	100%
mindkét kar vagy mindkét kéz teljes elvesztése	100%
mindkét láb vagy mindkét lábfej teljes elvesztése	100%
egy kar, ill. kéz és egy láb, ill. lábfej teljes elvesztése	100%

A biztosítási összeg a biztosítás díjának változása nélkül évente növelésre kerül a baleseti halálra meghatározott módon és feltételekkel.

Baleseti maradandó részleges rokkantság

Amennyiben a biztosított a baleseti testi sérülés

következményeként, a baleset időpontját követő 180 napon belül maradandó részleges rokkantságot (egészségkárosodást) szenved, a biztosító a kötvényben meghatározott és a baleset időpontjában érvényes biztosítási összegből a maradandó részleges rokkantság mértékének megfelelő összeget fizeti ki.

A biztosítási összeg a biztosítás díjának változása nélkül évente növelésre kerül a baleseti halálra meghatározott módon és feltételekkel.

A rokkantság mértékét a következő táblázat szerint kell megállapítani:

Testrészek egészségkárosodása

Térítés (%)

Fej

Veszteség a koponya csontállományának vastagságában:

- legalább 6 cm ² felületen	40 %
- 3-6 cm ² felületen	20 %
- kevesebb mint 3 cm ² felületen	10 %

Alsó állkapocs részleges eltávolítása,

a felső állkapocs csont teljes vagy részleges eltávolítása (csontkolása)

Egy szem látóképességének teljes elvesztése

Egy fül hallóképességének teljes elvesztése

Felső végtagok

Egy kar vagy egy kéz elvesztése

A kar csontállományának lényeges

vesztése (meghatározott és

gyógyíthatatlan sérülés)

A felső végtag teljes bénulása

(az idegek gyógyíthatatlan

sérülése)

A circumflex ideg teljes

működésképtelensége

Váll ízületmerevsége (ankylosis)

Könyök ízületmerevsége

- kedvező állapotú

(15 fokos mozgás jobb szögben)

- kedvezőtlen állapotú

Az alkarok csontállományának

nagyfokú csökkenése (meghatározott

és gyógyíthatatlan sérülés)

A medianus ideg teljes

működésképtelensége

A radiális ideg teljes

működésképtelensége

Az alkar radiális idegének teljes

bénulása

A kéz radiális idegének teljes

bénulása

A cubitális ideg teljes bénulása

Csukló ízületmerevsége (ankylosis)

kedvező állapotban (kiegyenesítés,

behajlítás)

Csukló ízületmerevsége kedvezőtlen

állapotban (hajlított, feszítve

kinyújtott vagy ernyedt állapotban)

Hüvelykujj teljes elvesztése

Hüvelykujj teljes ízületmerevsége

(ankylosis)

Mutatóujj teljes amputációja

Hüvelykujj és mutatóujj egyidejű

amputációja

Hüvelykujj és egy másik ujj teljes

elvesztése (a mutatóujj kivételével)

Két ujj teljes elvesztése

(a hüvelykujj és a mutatóujj

kivételével)

Négy ujj teljes elvesztése

(beleértve a hüvelykujjat)

Négy ujj teljes elvesztése

(a hüvelykujj kivételével)

Alsó végtagok

Comb teljes elvesztése (combtörő)

60 %

Comb és láb teljes elvesztése
combközéptől

50 %

Lábfej teljes elvesztése (izületi
csontkolás a sípcsont és lábtőcsontok

45 %

között)

Lábfej részleges elvesztése (izületi

csontkolás a külső bokacsont és a

lábtőcsontok között)

40 %

Lábfej részleges elvesztése (izületi

csontkolás a lábtőcsontok között)

35 %

Lábfej részleges elvesztése (izületi

csontkolás a lábtőcsontok és

a lábközépcsontok között)

30 %

Alsó végtag teljes bénulása

(gyógyíthatatlan idegsérülés)

60 %

Külső térdhajlító üldőideg

(nervus tibialis) teljes bénulása

30 %

Belső térdhajlító üldőideg

(nervus communis) teljes bénulása

20 %

Külső és belső térdhajlító

üldőidegek (nervus ischiadicus)

teljes bénulása

40 %

Csípő teljes ízületmerevsége

Térd teljes ízületmerevsége

40 %

Comb csontállományának vagy a láb

két csontjának csökkenése

60 %

(gyógyíthatatlan állapotban)

Térdkalács csontállományának

csökkenése felismerhető szilánkosodással

és a láb tényleges megerősítő

mozgásával

40 %

Térdkalács csontállományának

vesztése

nyugalmi állapotban

Alsó végtag megrövidülése

20 %

- legalább 5 cm-rel

- 3-5 cm között

- 1-3 cm között

Összes lábujj teljes amputációja

Négy lábujj amputációja, beleértve

a nagy lábujjat

20 %

Négy lábujj teljes elvesztése

(a nagy lábujj kivételével)

10 %

Nagy lábujj teljes elvesztése

10 %

Abban az esetben, ha a biztosított balkezes és ezt az ajánlaton kívül feltűnteti vagy ez a tény bizonyított, a felső végtagokra meghatározott arányok fordítottját kell alkalmazni.

A táblázatban nem említett maradandó egészségkárosodások a táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján, súlyosságukkal arányosan kerülnek elbírálásra a biztosított foglalkozásának figyelmen kívül hagyásával. Szükség esetén a maradandó részleges rokkantság mértékét az igényelbírálás tartama alatt a biztosító orvosszakértője állapítja meg, aki e döntését más orvosszakértői testület megállapításától függetlenül hozza meg.

Az ugyanazon baleseti eseményből származó több egészségkárosodás esetén a különböző százalékok összegzésre kerülnek, de a biztosítási szolgáltatás nem haladhatja meg a biztosítási kötvényben meghatározott biztosítási összeget.

4. Közlekedési baleset szolgáltatás

A biztosított közlekedési balesetből származó halála vagy teljes rokkantsága esetén a biztosító kifizeti a szerződésben (kötvényben) a közlekedési baleset szolgáltatásra meghatározott és a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeget, feltéve, hogy a szolgáltatás a baleseti sérülés bekövetkeztekor érvényben volt. A biztosított közlekedési balesetből származó részleges rokkantsága esetén a közlekedési baleset szolgáltatásra meghatározott biztosítási összegből a maradandó részleges rokkantság mértékének megfelelő összeg kerül kifizetésre. E szolgáltatást a biztosító bármely egyéb szolgáltatás mellett teljesíti a kedvezményezett(ek) részére.

A biztosítási összeg a biztosítás díjának változása nélkül évente növelésre kerül a baleseti halálra meghatározott módon és feltételekkel.

A közlekedési baleset szolgáltatás szempontjából közlekedési balesetnek minősül a kockázatviselés hatálya alatt bekövetkezett olyan váratlan, előre nem látott közúti, vasúti vagy légi baleset, amelyet a biztosított személy utazása közben, akár utasként, akár a jármű vezetőjeként szenved el. Az utazás motorkerékpár kivételével történhet hivatalos regisztrációval rendelkező közforgalmú járművel, vonattal vagy polgári repülőjárral - függetlenül attól, hogy mozgásban van-e vagy áll, - beleértve a járműre utazás céljából történő fel- és leszállást is. Közlekedési balesetnek minősülnek azok a közterületen történő, váratlan, előre nem látott események is, amikor jármű okoz testi sérülést a biztosítottnak a biztosított közúton történő közlekedése során.

5. Biztonsági öv szolgáltatás

A biztosított közlekedési balesetből származó halála vagy teljes rokkantsága esetén a biztosító kifizeti a szerződésben (kötvényben) a biztonsági öv szolgáltatásra meghatározott biztosítási összeget, feltéve, hogy a biztosított akár utasként, akár a jármű vezetőjeként személygépkocsival szenvedett közlekedési balesetet, és egyértelműen bizonyítható, hogy a gyárilag beszerelt biztonsági övet a baleset pillanatában szabályszerűen bekapcsolva viselte. Amennyiben a biztosított a fenti körülmények között bekövetkezett közlekedési balesetből származóan részleges rokkantságot szenved, úgy a biztonsági öv szolgáltatásra meghatározott biztosítási összegből a maradandó részleges rokkantság mértékének megfelelő összeget fizeti a biztosító.

A biztonsági övnek a baleset pillanatában történő viselésére vonatkozó körülményeket a vizsgálatot lefolytató hatóság hivatalos, írásos jegyzőkönyvének kell bizonyítani.

E szolgáltatást a biztosító bármely egyéb szolgáltatás mellett teljesíti a kedvezményezett(ek) részére.

A biztonsági öv használata mellett bekövetkező baleset esetére nyújtott szolgáltatás összege a biztosítás tartama alatt változatlan.

6. Kizárások

Ezen kiegészítő biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosítási összeg nem kerül kifizetésre, ha a biztosított halálát vagy maradandó rokkantságát okozó testi sérülés közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:

- a szerződés hatályba lépése előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés,
- bármilyen betegség vagy bakteriális fertőzés (a baleseti sérülésből származó pyogénus fertőzések kivételével), gyógyászati vagy sebészeti gyógykezelések,
- a biztosítottnak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota, kivéve, ha ezeket egészségügyi intézmény vagy személy előírására alkalmazzák,
- a biztosított alkoholos befolyásoltságú állapota, amennyiben véralkoholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedésrendészeti szabályokban megengedett határértéknél,
- a biztosított öngyilkossága, illetve ennek kísérlete (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori elme- és tudatállapotára),
- bármely idegi vagy elmebeli rendellenesség, elmevesztésként vagy osztályozásuktól függetlenül (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezavar),
- bármely, sörvet, lumbagot vagy sciaticát (az ülő-ideg zsába egyedi formáját) okozó sérülés,
- bármely olyan káresemény, amelynek oka közvetve vagy közvetlenül a HIV (Emberi Immunhiányt Okozó Vírus) és / vagy bármely HIV-val kapcsolatos betegség beleértve az AIDS-t (Szerzett Immunhiányos Szindróma), és / vagy annak bármilyen mutáns származékát vagy változatát,

Továbbá nem terjed ki a kiegészítő biztosítás azon balesetből adódó sérülésekre, amelyek az alábbi

körülmények között következtek be:

- a biztosított hivatásos sportolói minőségben végzett sporttevékenysége,
- a biztosított részvétele bármely olyan versenyben vagy versenyre való felkészülésben, amely motoros meghajtású szárazföldi-, vízi- vagy légi jármű használatával jár,
- amennyiben a biztosított 125cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vagy motorcsónakot vezet, vagy azon utazik,
- amennyiben a biztosított fizető utasként utazik olyan légi járművön, amely nem tartozik egyetlen légitársasághoz sem és nincs megfelelő bejegyzése, ill. engedélye fizető utasok szállítására rendszeres és közzétett menetrend szerinti útvonalon,
- a biztosított aktív szolgálata bármely nemzet vagy nemzetközi szervezet bármely fegyveres erejénél,
- a biztosított által jogellenesen, szándékosan, vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidézett esemény,
- mialatt a biztosított pilótaként vagy utasként gyakorlásra vagy egyéb célból sárkányrepülő, vitorlázó- vagy egyéb könnyűszerkezetű repülőgépet, ill. ejtőernyőt használ vagy nem utas minőségben bármilyen légi járművel utazik,
- bármely, radioaktív energia vagy maghasadás által működtetett vagy működtetésre alkalmas fegyver vagy eszköz használata, minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt,
- polgárháború vagy országok közötti háború (a hadüzenet tényétől függetlenül), háborús állapotok, harci cselekményekben, felkelésben, lázadásban, zavargásban, zendülésben való részvétel (függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételről van szó).

Továbbá az alapbiztosításhoz csatolt záradék(ok)ban meghatározott kizárások ezen kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.

7. Díjfizetés

A kiegészítő biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő a kiegészítő biztosítás megszűnéséig, vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjesedékeség időpontjáig.

8. A biztosítás kezdete

A jelen kiegészítő biztosítás kezdete megegyezik az alapbiztosítás kezdetével, kivéve, ha a kötvényben vagy a kiegészítő biztosításról kiállított záradékban a kiegészítő biztosítás kezdeteként eltérő időpont kerül feltüntetésre.

9. A biztosítás megszűnése

Ezen kiegészítő biztosítást a szerződő (biztosított) bármely díjesedékeség időpontjára -30 nappal az esedékeség előtt- írásban felmondhatja. A felmondó nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt, amelyen a jelen kiegészítő biztosítás megszűnését a biztosító záradékkal feljegyzi.

A jelen kiegészítő biztosítás és a biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik:

- a biztosítás lejáratának, de legkésőbb annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 65. életévét betölti;
- ha a szerződés szerinti alapbiztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díját az esedékeségkor, illetve a feltételek szerinti türelmi időn belül nem fizetik meg;
- amikor a szerződés szerinti alapbiztosítást visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy az bármely okból megszűnik;
- a rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás szolgáltatásának kezdetekor;
- amikor a biztosítottat ideg-, illetve elmebetegségére való tekintettel cselekvőképtelennek nyilvánítják;
- amikor a biztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) katonai szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres erejénél;
- amikor a biztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) kisegítő (nem harcoló) egység tagjaként polgári szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres ereje mellett.

10. A biztosítási esemény bejelentése és bizonyítása

A balesetet, illetve a biztosítási eseményt annak bekövetkezésétől számított 8 napon belül a biztosítónak be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben ezen kötelezettségeket nem teljesítik és emiatt utóbb lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

A biztosított felhatalmazza a biztosítót, hogy baleseti halál esetén a holttestet a biztosító saját költségén orvosokkal megvizsgáltassa és szükség esetén felboncoltassa.

A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a következő iratokat kell a biztosító részére benyújtani:

- a szolgáltatás iránti igénybejelentőt;
- a halotti anyakönyvi kivonatát és a halál okát igazoló orvosi bizonyítványt;
- a baleset tényét és körülményeit igazoló rendőrhatalósági jegyzőkönyv vagy más hatósági jelentés másolatát (amennyiben ilyen készült);
- hatósági eljárás esetén a jogerős határozatot;
- mindazon okiratokat, amelyek a jogosultság (személyazonosság, illetve kedvezményezetti vagy örökös státusz) igazolásához szükségesek;
- továbbá mindazon okiratokat, amelyeket a biztosító a biztosítási esemény megállapításához és az igény elbírálásához szükségesnek tart.

A szükséges iratok beszerzésével kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényt a biztosítóval szemben érvényesíteni kívánja.

11. A biztosító teljesítése

A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához szükséges összes irat beérkezése után, az utóljára beérkezett irat kézhezvételétől számított 15 napon belül teljesíti. A biztosító a már esedékeséssé vált, de még meg nem fizetett díjakat bármely szolgáltatás összegéből levonja.

Amennyiben a biztosított ugyanazon baleseti testi sérülés következtében megrokkann, majd később, de még a baleset bekövetkezését követő 180 napon belül meghal és ugyanazon szerződésen belül rendelkezik baleseti rokkantság kiegészítő biztosítással, a biztosító csak a baleseti halál esetére járó kártérítési összeget fizeti ki.

Amennyiben a biztosított ugyanazon szerződésen belül rendelkezik baleseti rokkantság kiegészítő biztosítással és a biztosító a baleseti rokkantság esetére járó összeget a biztosított halála előtt már kifizette, a baleseti halál biztosítási összegéből a már kifizetett rokkantsági szolgáltatás összege levonásra kerül és a biztosító csak a különbözetet fizeti ki. Amennyiben a biztosító a baleseti rokkantsági szolgáltatást már kifizette a biztosított halála előtt, és a baleseti halál szolgáltatási összege kevesebb mint a rokkantsági szolgáltatás összege, a biztosító a kifizetett többletet nem követeli vissza.

12. Maradékjogok

A jelen kiegészítő biztosítás maradékjogokkal nem rendelkezik, de amennyiben a díjfizetés elmulasztása miatt a szerződés szerinti alapbiztosításra automatikus díjkölcsön lép életbe, a jelen kiegészítő biztosítás elmaradt díjai - az alapbiztosítás díjtartalékának terhére - szintén automatikus díjkölcsönrel kerülnek kiegyenlítésre.

13. Többlethozam

A jelen kiegészítő biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik.

14. Indexálás

A jelen kiegészítő biztosítás nem indexálható.