

Ügyfél-tájékoztató és Szerződési Feltételek

Életbiztosítások

Egészségbiztosítások

Tartalom

Életbiztosítások	5. oldal
------------------------	----------

Ügyfél-tájékoztató	7. oldal
az Esély II. kockázati életbiztosításról,	
a Harmónia II. vegyes életbiztosításról,	
a Família II. elérésre és halálesetre szóló életbiztosításról,	
a Lépéselőny II. elérésre és halálesetre szóló, lépcsőzetes szolgáltatású életbiztosításról,	
a Prémium életbiztosításról,	
a Baleseti halál esetére szóló II., és	
a Rokkantsági díjmentesítésre szóló II. kiegészítő biztosításról	

Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek	19. oldal
--	-----------

Az Esély II. kockázati életbiztosítás	
különös szerződési feltételei	28. oldal

A Harmónia II. vegyes életbiztosítás	
különös szerződési feltételei	29. oldal

A Família II. elérésre és halálesetre szóló	
életbiztosítás különös szerződési feltételei	30. oldal

A Lépéselőny II. elérésre és halálesetre szóló,	
lépcsőzetes szolgáltatású életbiztosítás	
különös szerződési feltételei	33. oldal

A Prémium életbiztosítás	
különös szerződési feltételei	37. oldal

A Baleseti halál esetére szóló II.	
kiegészítő biztosítás szerződési feltételei	42. oldal

A Rokkantsági díjmentesítésre szóló II.	
kiegészítő biztosítás szerződési feltételei	45. oldal

Egészségbiztosítás	49. oldal
---------------------------------	-----------

Ügyfél-tájékoztató	
Elixír egészségbiztosításról	51. oldal

Az Elixír egészségbiztosítás	
általános szerződési feltételei	58. oldal

Az Elixír egészségbiztosítás	
keretében köthető biztosítási csomagok	64. oldal

A kórházi napi térítésre szóló Elixír egészségbiztosítás	
különös biztosítási feltételei	64. oldal

A műtéti térítésre szóló Elixír egészségbiztosítás	
különös biztosítási feltételei	66. oldal

A társadalombiztosítási I. és II. csoportú rokkantsági nyugdíj esetére szóló Elixír egészségbiztosítás	
különös biztosítási feltételei	67. oldal

A kritikus betegségekre szóló Elixír egészségbiztosítás	
különös biztosítási feltételei	67. oldal

A gyógyulási támogatásra szóló Elixír egészségbiztosítás	
különös biztosítási feltételei	69. oldal

A napi térítésre szóló Elixír egészségbiztosítás	
különös biztosítási feltételei	70. oldal

1. számú melléklet Heveny fertőző betegségek	73. oldal
---	-----------

2. számú melléklet Műtéti lista	75. oldal
--	-----------

Életbiztosítások

- **Esély II. kockázati** életbiztosítás
- **Harmónia II. vegyes** életbiztosítás
- **Família II. elérésre és halálesetre szóló** életbiztosítás
- **Lépéselőny II. elérésre és halálesetre szóló,**
lépcsőzetes szolgáltatású életbiztosítás
- **Prémium** életbiztosítás
- **Baleseti halál esetére szóló II.** kiegészítő biztosítás
- **Rokkantsági díjmentesítésre szóló II.** kiegészítő biztosítás

Ügyfél-tájékoztató

- az **Esély II.** kockázati életbiztosításról,
- a **Harmónia II.** vegyes életbiztosításról,
- a **Família II.** elérésre és halálesetre szóló életbiztosításról,
- a **Lépéselőny II.** elérésre és halálesetre szóló, lépcsőzetes szolgáltatású életbiztosításról,
- a **Prémium** életbiztosításról,
- a **Baleseti halál esetére szóló II.**, és
- a **Rokkantsági díjmentesítésre szóló II.** kiegészítő biztosításról

Tisztelt leendő Partnerünk!

Ez az ügyfél-tájékoztató, amit Ön most a kezében tart, nem helyettesíti a biztosítási feltételeket, pusztán az Ön bővebb **előzetes tájékoztatását** szolgálja.

Engedje meg, hogy először megismertessük azokkal a közös tudnivalókkal, amelyek a címben felsorolt termékekre általában vonatkoznak, ezután pedig bemutassuk Önnek a választott biztosítás jellemzőit.

A **szerződő fél** az, aki a szerződés megkötésekor ajánlatot tett és a biztosítás díját fizeti.

Biztosított az a természetes személy, akinek a személyére a biztosítás létrejött.

Kedvezményezett a szerződő által megjelölt személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási szolgáltatásra jogosult.

A **biztosítási esemény** az a jövőbeni esemény, amelynek bekövetkezése esetén a biztosító a szerződési feltételekben meghatározott feltételek szerint **szolgáltatást** teljesít. A **biztosítási eseményeket** és a **biztosító szolgáltatásait** az egyes termékek bemutatásakor részletezzük.

A kockázatviselés kezdete

A kockázatviselés – a várakozási időre vonatkozó rendelkezésekben foglalt eltérésekkel – az azt követő napon 0 órakor kezdődik, amikor a szerződő fél az első biztosítási díjat a biztosító számlájára vagy pénztárába befizette, vagy amikor a díj megfizetésére vonatkozóan halasztás-

ban állapodtak meg. Ha a szerződő a díjat a biztosító képviselőjének fizette, a díjat legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon a biztosító számlájára beérkezettnek kell tekinteni.

Várakozási idő

Orvosi vizsgálat nélkül létrejött szerződések esetén, ha a biztosított halála – kivéve a balesetből eredő halált – a szerződés létrejöttét követő 6 hónapon belül (várakozási idő) következett be, a biztosító a biztosítási összeg helyett az addig befizetett díjakat téríti vissza a szerződőnek.

A biztosítás területi és időbeli hatálya

Társaságunk kockázatviselése kiterjed a biztosítás hatálya alatt a világon bárhol, bármikor bekövetkező biztosítási eseményekre.

A biztosítás tartama, a biztosítási időszak és a biztosítási évforduló

A biztosítás **határozott** tartamra köthető, a biztosítási tartam csak egész év lehet. A biztosítási tartam vége meg kell, hogy előzze a biztosított 71. születésnapját. A szerződés úgy jön létre, hogy Ön ajánlatot tesz, amelyet társaságunk elbírál. Döntésünket az ajánlat átadásától számított 15 napon belül kell meghoznunk. Ha a rendelkezésünkre álló kockázat-elbírálási határidőn belül nem nyilatkozunk, az az ajánlat hallgatólagos elfogadását jelenti.

Ha a biztosító a kockázat-elbíráláshoz szükséges adatok hiánya miatt a szerződő ajánlatát a rendelkezésre álló 15 napos határidő alatt nem tudja elbírálni, és emiatt az ajánlatot el kellene utasítani, akkor **a 15 napos** ajánlat elbírálási **határidő további 15 nappal meghosszabbodik**, ha ehhez a szerződő **az ajánlaton hozzájárult, és a biztosító az ajánlattételtől számított 15 napon belül értesítette a szerződőt** a kockázat-elbírálásához szükséges adatok hiányáról. Ha a biztosító a meghosszabbított határidő alatt az ajánlatra nem nyilatkozik, a szerződés az ajánlat szerint létrejön, az ajánlatnak a biztosító vagy képviselője részére történő átadása időpontjára visszamenő hatállyal.

Az ajánlat elfogadása után a kötvényt rövid időn belül kiadjuk. A biztosítási tartam kezdete az ajánlat aláírását és a biztosító vagy képviselője részére történt átadását – az ajánlattételt – követő hó első napjának 0 órája, ha a felek másként nem állapodtak meg. **A biztosítási időszak** egy év.

A biztosítási évforduló a biztosítási tartamon belül, minden évben annak a hónapnak az első napja, amely hónapban a biztosítási tartam megkezdődött.

A biztosítási összeg az a pénzösszeg, amelynek a megfizetését a biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén vállalja. A biztosítás kezdeti biztosítási összegét az ajánlattételkor a szerződő határozza meg.

A biztosítási díj

A biztosítás díjának nagysága függ a biztosítás tartamától, a biztosítási összeg nagyságától és a díjfizetés gyakoriságától, valamint – a Prémium életbiztosítás kivételével – a biztosított nemétől, belépési korától és egészségi állapotától. A biztosítási díj konkrét mértékéről üzletkötőink, hálózati egységeink részletes felvilágosítással szolgálnak. A biztosítás díját Ön végig a biztosítás tartama alatt fizeti meg (ún. folyamatos díjfizetés). A biztosítási díj minden biztosítási évfordulón előre esedékes, azonban tetszése szerint választhat havi, negyedéves vagy féléves díjfizetési gyakoriságot is. A választott díjfizetési gyakoriságot a tartam alatt megváltoztathatja.

A biztosítási díj és ezzel azonos arányban a biztosítási összeg minden évben a biztosítási évfordulón emelhető. A díj-emelés mértékéről a biztosító évenként tájékoztatja a szerződőt, aki eldöntheti, kíván-e élni a biztosítási összeg és a biztosítási díj emelésének lehetőségével. A díj-emelés mértékét a biztosítási díjtartalékon elért

befektetési többlethozam alapulvételével a biztosító határozza meg.

A díj-emelés első alkalommal történő elutasítása esetén a biztosítás változatlan biztosítási összeggel és biztosítási díjjal marad érvényben mindaddig, ameddig a biztosító kezdeményezése alapján a biztosítási összeg és a biztosítási díj egyidejű emelése legközelebb lehetővé nem válik.

Ha a szerződő második alkalommal is **elutasítja** a díj-emelést, akkor a biztosítás díja a második elutasításnak megfelelő biztosítási évforduló után, a biztosítási tartam hátralevő részében **már nem emelkedhet**.

A díjtartalék a második elutasítást követően minden biztosítási évfordulón a biztosító által visszajuttatott többlethozammal emelkedik. A biztosító a biztosítási összeget a második elutasítást követően minden biztosítási évfordulón akkora mértékben emeli meg, amekkorára összegemelésre a díjtartalék növekedése fedezetet nyújt.

A biztosítási díjtartalék

A biztosító a befizetett díjnak azt a részét, amely a tárgyév utáni évek kockázatának fedezetéül szolgál, biztosítási díjtartalékként kezeli.

A biztosítási összeg értékállóságát nemcsak a díj-emelkedés alapozza meg, hanem az is, hogy a biztosítási díjtartalékot a lehető legkedvezőbb módon **befektetjük**, s a befektetési hozamból az ügyfél részére – a biztosítási összeg emelésével – **visszajuttatunk**.

Korábbi szerződéses gyakorlatunktól eltérő mértékű, évi 3,5% befektetési hozamot garantálunk a biztosítás teljes tartamára (ez az úgynevezett technikai kamatláb). Ha a biztosítónál érvényben lévő díjtartalékos életbiztosítási szerződések díjtartalékainak a befektetéséből származó ténylegesen elért hozama az adott évben meghaladja az egyes szerződésekre vonatkozó technikai kamatlábbal kiszámított előre garantált hozamok összességét, akkor a biztosító a tényleges hozam garantált hozamot meghaladó részének (az ún. többlethozamnak) legalább 85%-át – a díjtartalékos életbiztosítási szerződések összességének a szintjén – visszajuttatja a szerződő ügyfelei részére.

A garantált hozamot a biztosító már a szerződés megkötésekor figyelembe veszi akként, hogy a biztosítási díjat a garantált hozamra tekintettel alacsonyabban állapítja meg az egyébként szükségesnél.

A szolgáltatás teljesítésének módja, ideje: a biztosítási eseményt társaságunkhoz a feltételekben előírt, rövid határidőn belül írásban be kell jelenteni. A szolgáltatáshoz szükséges utolsó irat beérkezését követő 15 napon belül a biztosító az arra jogosultnak az őt megillető összeget kifizeti.

Díjmentesítés

A biztosítás díjmentesítése történhet kérelemre, vagy a szerződő díj nemfizetése következményeként, feltéve, hogy a biztosítás díjmentes érvénybenmaradásának feltételei fennállnak. Díjmentesítés esetén az életbiztosítási szerződés további díjfizetés nélkül és csökkentett biztosítási összeggel marad érvényben.

A szerződő írásban jelezheti a biztosítónak, ha a biztosítást a további díjak megfizetése nélkül kívánja fenntartani.

Ha a szerződő a biztosítási díjat az esedékesség napjától számított 30 nappal bezárólag nem fizeti meg, akkor a biztosítás a díj esedékessége utáni 31. naptól díjmentes biztosításként marad fenn, ha a díjmentesítésre lehetőség van.

A szerződő díjmentesítési igénye és a díj nemfizetés miatti díjmentesítés esetén a biztosító a biztosítást egyszeri díjfizetésű változatára dolgozza át. Az átdolgozott biztosítás akkora biztosítási összeggel marad érvényben, amekkora összegre az átdolgozás időpontjában érvényes visszavásárlási összeg, mint egyszeri díj a díjszabás szerint fedezetet nyújt. Ha a díjmentesítés napján a biztosítási szerződés visszavásárlási összeggel nem rendelkezik, akkor a díjmentesítésre nincs lehetőség.

Arra a kérdésre, hogy van-e mód a díjmentesítésre, és ha igen, akkor mennyi idővel a szerződés létrejötté után, a termékek bemutatásakor adunk választ.

Visszavásárlás

A szerződő azt is jelezheti írásban a biztosítónak, ha a biztosítását vissza kívánja vásárolni. A visszavásárlás azt jelenti, hogy a díjfizetés megszűnik, s a visszavásárlási értéket kifizetjük. A visszavásárlással a szerződés is megszűnik. A visszavásárlás az ügyfél egyoldalú, a szerződés megszüntetésére irányuló nyilatkozata, ez tükröződik a visszavásárlási értékek megállapításában is.

A visszavásárlási összegek értékére a kötvény mellékletét képező visszavásárlási táblázat ad iránymutatást az Ön konkrét szerződése vonatkozásában.

Arról, hogy van-e egyáltalán ilyen lehetőség, illetve ha igen, akkor mennyi idővel a szerződés létrejötté után, a termékek bemutatásakor tájékoztatjuk.

A biztosítási díj nemfizetésének következményei

Ha a szerződő a biztosítási díjat az esedékesség napjától számított 30. nappal bezárólag nem fizeti meg, akkor a biztosítás a díj esedékessége utáni 31. naptól díjmentes biztosításként marad fenn, ha a díjmentesítésre lehetőség van. A díjmentesítés napja annak a hónapnak az első napja, ameddig a szerződő díjfizetési kötelezettségének eleget tett.

Ha az életbiztosítási díjtartalék rendelkezik befektetési többlethozammal, akkor a díj nemfizetés miatt díjmentesített biztosítás biztosítási összege a díjmentesítés utáni biztosítási évfordulókon akkora mértékben emelkedik, amekkora emelkedésre a visszajuttatott többlethozam fedezetet nyújt.

Ha díjmentesítéskor a visszavásárlási összeg, mint egyszeri díj nem fedezi a díjmentesítés után felmerülő biztosítási költségeket, akkor a biztosítási szerződés a díj esedékessége napjától számított 31. napon 0 órakor megszűnik.

Ha díjmentesítésre nincs lehetőség, akkor a biztosítási szerződés a díj esedékessége napjától számított 31. napon 0 órakor megszűnik.

Ha a szerződő a díj nemfizetés miatt díjmentessé vált biztosítás összes elmaradt díját a mindenkor törvényes kamatokkal együtt az első elmaradt díj esedékességétől számított 60 napon belül megfizeti, a biztosítás az elmaradt díj megfizetésének napjától úgy folytatódik, mintha az addig esedékes díjakat az esedékesség napján fizették volna meg.

A szerződő a szerződést bármely hónap végére írásban **felmondhatja**.

A létrejött szerződést társaságunk nem mondhatja fel.

A túlfizetés visszatérítése, illetve a díjhátralék levonása

Ha a szerződés megszűnik, a biztosító visszafizeti a szerződőnek azt a biztosítási díjat, amelyet a szerződő a szerződés megszűnése utáni időszak kockázatviselésére, előre megfizetett (túlfizetés visszatérítése). Ha a szerződés a biztosított biztosítási eseménynek minősülő halála miatt szűnik meg és a biztosított a szerzővel azonos személy, akkor a biztosító a túlfizetést a biztosítási szolgáltatás jogosultjának fizeti ki.

A biztosító az életbiztosítási szerződés alapján általa kifizetésre kerülő összegből jogosult levonni a szerződés megszűnéséig esedékesé vált és a szerződő által be nem fizetett biztosítási díjat (díjhátralék).

Az életbiztosítási szerződést önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személy szerződő – **eltérően a korábbi szerződéses gyakorlattól** – a szerződés létrejöttéről és a szerződő felmondási jogáról szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül az életbiztosítási szerződést írásbeli nyilatkozattal – indoklás nélkül – **felmondhatja**. A szerződő felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően a biztosító köteles 15 napon belül a szerződő által a biztosítási szerződéssel kapcsolatban bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel elszámolni. A szerződő érvényesen nem mondhat le az őt megillető felmondási jogról.

Amennyiben a szerződő a biztosítási szerződés létrejöttéről szóló, társaságunk által nyújtott tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül felmondja a szerződést, akkor társaságunk a szerződésre addig befizetett díjat visszautalja.

Tájékoztatjuk, hogy az **Esély II.** kockázati életbiztosításra, a **Harmónia II.** vegyes életbiztosításra, a **Família II.** elérésre és halálesetre szóló életbiztosításra, a **Lépéselőny II.** elérésre és halálesetre szóló, lépcsőzetes szolgáltatású életbiztosításra, a **Prémium** életbiztosításra, a **Baleseti halál esetére szóló II.**, és a **Rokkantsági díjmentesítésre szóló II.**, kiegészítő biztosításra a magyar jog rendelkezései az irányadók.

A biztosítási titokról és a biztosítási titoknak minősülő adatok továbbíthatóságáról

A biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (Bit.) értelmében a biztosítót és ügynökét titoktartási kötelezettség terheli minden olyan rendelkezésre álló adat tekintetében, amely ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy társaságunkkal kötött szerződéseire vonatkozik.

Biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosító csak akkor adhat ki harmadik személynek, ha

- a biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad, vagy;
- a törvény alapján nem áll fenn titoktartási kötelezettség.

A titoktartási kötelezettség a Bit. 157. § értelmében bizonyos szervezetek esetében nem áll fenn. E szervezeteknek a biztosító az ügyfelek adatait adott esetekben továbbíthatja az ügyfelek erre vonatkozó írásos hozzájárulása nélkül is. E szervezetek a következők:

- a feladatkörében eljáró Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete;
- a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozóhatóság és ügyészség;
- büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bíróság, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtó;
- a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző;
- adóügyben az adóhatóság, ha annak felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha a biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről szóló törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli;
- a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálat;
- a verseny-felügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatal;
- a feladatkörében eljáró gyámhatóság;
- az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben foglalt egészségügyi hatóság;
- a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésre felhatalmazott szerv;
- a viszontbiztosító, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítók;
- az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosító;
- a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végző,
- az európai uniós támogatások felhasználását ellenőrző Európai Csalásellenes Hivatal (OLAF);

ha a fent felsorolt személyek vagy szervek írásbeli megkereséssel fordulnak a biztosítóhoz, mely tartalmazza az ügyfél nevét a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

A biztosító a nyomozó hatóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet kábítószer-kereskedelemmel, terror-

izmussal, illegális fegyverkereskedelemmel vagy pénzmosás bűncselekményével van összefüggésben.

A biztosító a nyomozó hatóságot a „halaszthatatlan intézkedés” jelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyészi jóváhagyást nélkülöző megkeresésére is köteles tájékoztatni az általa kezelt az adott ügygel összefüggő biztosítási titoknak minősülő adatokról.

Társaságunk a működésével kapcsolatban tudomására jutott biztosítási titoknak is minősülő üzleti titkot köteles megtartani, azt harmadik személynek nem adhatja ki. Az üzleti titok megtartásának kötelezettsége – a Bit. 157. §-ban felsorolt szerveken túl – nem áll fenn:

I. a feladatkörében eljáró

- Magyar Nemzeti Bankkal,
 - Állami Számvevőszékkel,
 - a központi költségvetési pénzeszközök felhasználásának szabályszerűségét és célszerűségét ellenőrző Kormányzati Ellenőrzési Hivatallal,
 - vagyonellenőrrel,
- szemben.

II. az eljárás alapját képező ügyre vonatkozóan a feladatkörében eljáró

- a feljelentés kiegészítése keretében a nyomozó hatósággal, ügyességgel,
 - az önkormányzati adósságrendezési eljárás keretében a bírósággal,
- szemben.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben, ha a biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, és a harmadik országbeli adatkezelőnél a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adata nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli adatkezelő székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg, továbbá a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a Pénzügyminisztérium részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása. Az ilyen adatok átadását a biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

Társaságunk biztosítási szolgáltatásai során igénybe vesz külső közreműködőket olyan esetekben, amikor a szolgáltatás nyújtásához szerződéses partnerünk speciális szakértelmére van szükség, vagy ha külső cég igénybevételével szolgáltatásunkat azonos minőségben, ám kisebb költségekkel és alacsonyabb árakon nyújthatjuk.

Ügyfeleink tájékoztatása céljából ezért az ügyfélforgalom számára nyitva álló helyiségeinkben kifüggesztjük szerződéses partnereink listáját, akik közreműködnek a biztosítási tevékenység végzésében, s ezáltal személyes és biztosítási adatokat is megismernek. A társaságunk megbízása alapján eljáró e cégekről és vállalkozásokról információt kérhet telefonos ügyfélszolgálatunknál is a 06-40-421-421-es telefonszámon.

Ezek a szolgáltatók a biztosítási tevékenységre vonatkozó törvény, valamint az adott szakmára vonatkozó speciális titokvédelmi jogszabályok szerint, továbbá a biztosítótársaságunkkal kötött megbízási szerződések alapján kötelesek a tudomásukra jutott biztosítási titkot időbeli korlátozás nélkül megőrizni, azt harmadik személyeknek nem adhatják át.

A szerződésre vonatkozó adójogszabályok

A mindenkor hatályos személyi jövedelemadóról szóló törvény, valamint ha a társasági és osztalékadóról szóló törvény hatálya alá tartozó vállalkozó szervezet köti meg a biztosítást, akkor a mindenkor hatályos társasági és osztalékadóról szóló törvény.

Panaszügyintézésről tájékoztatás

Ha kérdése vagy panasza merül fel, kérjük, forduljon bizalommal a lakóhelye szerinti területi egységünkhöz, valamint a vezérigazgatóságon működő Központi Ügyfélszolgálati Irodához (1054 Budapest, Bajcsy-Zsilinszky út 52., Levelezési címünk: 1368 Budapest, Pf. 191.), ahol készséggel állnak rendelkezésére.

Amennyiben panaszára nem kapott kielégítő választ, valamint szolgáltatásukkal kapcsolatosan továbbra sem elégedett, panaszát a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéhez (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.), a Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőséghez vagy a békéltető testületekhez terjesztheti elő, vagy bírói utat vehet igénybe.

Néhány szó az Allianz Hungária Biztosító Részvénytársaságról

Társaságunk az Allianz AG-nak, Európa vezető és a világ egyik legnagyobb biztosítócsoportjának a tagja. Az Allianz Hungária Biztosító Rt. Magyarország piacvezető biztosítójaként sokéves hazai és nemzetközi tapasztalattal áll ügyfelei rendelkezésére. Társaságunk 1990-től részvénytársasági formában működik. Székhelyünk: 1054 Budapest, Bajcsy-Zsilinszky út 52. Levelezési címünk: 1368 Budapest, Pf. 191. Cégjegyzékszám: Fővárosi Bíróság, mint Cégbíróság Cg. 01-10-041356 Székhely állama: Magyarország Felügyeleti szervünk a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (címe: 1013 Budapest, Krisztina körút 39.).

Biztosítási termékeinkre vonatkozó tudnivalókkal és egyéb kérdésekkel kapcsolatban területi igazgatóságaink ügyfélszolgálatain és vezérigazgatóságunk Központi Ügyfélszolgálati Irodájában munkatársaink készséggel állnak az érdeklődők rendelkezésére. Központi Ügyfélszolgálati Irodánk címe: 1054 Budapest, Bajcsy-Zsilinszky út 52.

Az Esély II. kockázati életbiztosítás

A **biztosítási esemény**, amely bekövetkezte esetén társaságunk szolgáltatást nyújt, a biztosítottnak a biztosítás tartamán belül bekövetkezett halála.

A biztosítási szolgáltatás

A biztosítottnak a biztosítás tartamán belül bekövetkezett halála esetén a kedvezményezettnek (ennek hiányában a biztosított örökösének) társaságunk a halál időpontjában aktuális biztosítási összeget fizeti ki.

Társaságunk mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított halála a kedvezményezett szándékos magatartása miatt következett be. Ebben az esetben a biztosítás kifizetés nélkül megszűnik.

A **szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg**, és társaságunk a díjtartalékot téríti vissza a szerződőnek, ha a biztosított

- szándékosan elkövetett, súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, vagy
- a szerződés létrejöttét követő két éven belül elkövetett öngyilkosság következtében halt meg.

A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg akkor is, ha a biztosított halála nem minősül biztosítási eseménynek.

E biztosítás szempontjából **nem minősül biztosítási eseménynek**, ha a biztosított halála harci eseményekben, háborús vagy polgárháborús cselekményekben való részvétel miatt, vagy felkelésben, lázadásban, zavargásban való részvétel miatt (kivéve azt az esetet, ha erre hivatali vagy közszolgálati kötelezettség teljesítése miatt került sor) következett be.

A **biztosítás** maradékjogokkal nem rendelkezik, **a szerződés nem díjmentesíthető, visszavásárlására nincs mód**.

A korábbi szerződési gyakorlattól eltérően, az **Esély II. életbiztosításnak nincs visszavásárlási értéke**.

A **szerződés** a következők miatt **szűnhet meg**:

- a biztosítási tartam lejárta,
- a díj nemfizetése,
- a biztosítottnak a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulásának visszavonása,
- a szerződő általi felmondás,
- a biztosított tartamon belül bekövetkezett halála.

A Harmónia II. vegyes életbiztosítás

A **biztosítási események**, amelyek bekövetkezte esetén társaságunk szolgáltatást nyújt, a következők:

- a biztosítottnak a biztosítás tartamán belül bekövetkezett halála,
- a biztosítottnak a biztosítás lejártakor való életben léte.

A **biztosítási szolgáltatások** a következők:

- a biztosítottnak a biztosítás tartamán belül bekövetkezett halála esetén a kedvezményezettnek (ennek hiányában a biztosított örökösének) társaságunk a halál időpontjában aktuális biztosítási összeget fizeti ki,
- a biztosítottnak a biztosítási tartam végén való életben léte esetén a kedvezményezettnek (kedvezményezetti jelölés hiányában a biztosítottnak) társaságunk a lejárt időpontjában aktuális biztosítási összeget fizeti ki.

Társaságunk mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított halála a kedvezményezett szándékos magatartása miatt következett be. Ebben az esetben a visszavásárlási összeget fizeti ki a biztosító a szerződőnek.

A **szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg**, és társaságunk a díjtartalékot téríti vissza a szerződőnek, ha a biztosított

- szándékosan elkövetett, súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, vagy
- a szerződés létrejöttét követő két éven belül elkövetett öngyilkosság következtében halt meg.

A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg akkor is, ha a biztosított halála nem minősül biztosítási eseménynek.

E biztosítás szempontjából **nem minősül biztosítási eseménynek**, ha a biztosított halála harci eseményekben, háborús vagy polgárháborús cselekményekben való részvétel miatt, vagy felkelésben, lázadásban, zavargásban való részvétel miatt (kivéve azt az esetet, ha erre hivatali vagy közszolgálati kötelezettség teljesítése miatt került sor) következett be.

A biztosítás két év folyamatos díjfizetés után **visszavásárolható**, vagy **díjmentesíthető**.

A **szerződés** a következők miatt **szűnhet meg**:

- a biztosítási tartam lejártá,
- a szerződés hatálybalépésétől számított két éven belül a díj nemfizetése,
- a biztosítottnak a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulásának visszavonása,
- a szerződő általi felmondás,
- a biztosított tartamon belül bekövetkezett halála.

A Família II. elérésre és halálesetre szóló életbiztosítás

A **biztosítási események**, amelyek bekövetkezte esetén társaságunk szolgáltatást nyújt, a következők:

- a biztosítottnak a biztosítás tartamán belül bekövetkezett halála,
- a biztosított életben léte a biztosítási tartam végén.

A **biztosítási szolgáltatások** a következők:

- a biztosítottnak a biztosítás tartamán belül bekövetkezett halála esetén a kedvezményezettnek (ennek hiányában a biztosított örökösének) társaságunk a halál időpontjában aktuális biztosítási összeg 25%-át fizeti ki azzal, hogy bár a díjfizetési kötelezettség a biztosított halálával megszűnik, a biztosítási tartam lejáratakor az akkor aktuális biztosítási összeget is kifizeti. A haláleseti összeg kifizetésével a lejáratkor esedékes biztosítási összeg nem csökken.
- a biztosítottnak a biztosítási tartam lejáratakor életben léte esetén társaságunk a lejárat időpontjában aktuális biztosítási összeget fizeti ki a biztosítottnak,
- a lejáratkor esedékes szolgáltatásra jogosult kérheti a biztosítási tartam végén fizetendő biztosítási összeg járadékra történő váltását. A járadékszolgáltatás tartama 3, 4 vagy 5 év lehet.

Társaságunk mentesül a biztosítási és a haláleseti szolgáltatás kifizetése alól, ha a biztosított halála a kedvezményezett szándékos magatartása miatt következett be. Ebben az esetben a visszavásárlási összeget fizeti ki a biztosító a szerződőnek.

A **szerződés a biztosítási összeg és a haláleseti összeg kifizetése nélkül szűnik meg**, és társaságunk a díjtartalékot téríti vissza a szerződőnek, ha a biztosított

- szándékosan elkövetett, súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, vagy
- a szerződés létrejöttét követő két éven belül elkövetett öngyilkosság következtében halt meg.

A szerződés a biztosítási összeg és a haláleseti összeg kifizetése nélkül szűnik meg akkor is, ha a biztosított halála nem minősül biztosítási eseménynek.

E biztosítás szempontjából **nem minősül biztosítási eseménynek**, ha a biztosított halála harci eseményekben, háborús vagy polgárháborús cselekményekben való részvétel miatt, vagy felkelésben, lázadásban, zavargásban való részvétel miatt (kivéve azt az esetet, ha erre hivatali vagy közszolgálati kötelezettség teljesítése miatt került sor) következett be.

A biztosítás két év folyamatos díjfizetés után **visszavásárolható** vagy **díjmentesíthető**.

A **szerződés** a következők miatt **szűnhet meg**:

- a biztosítási tartam lejártá,
- a szerződés hatálybalépésétől számított két éven belül a díj nemfizetése,
- a biztosítottnak a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulásának visszavonása,
- a szerződő általi felmondás.

A Lépéselőny II. elérésre és halálesetre szóló, lépcsőzetes szolgáltatású életbiztosítás

A **biztosítási tartam csak 15 vagy 20 év lehet**.

A **biztosítási események**, amelyek bekövetkezte esetén társaságunk szolgáltatást nyújt, a következők:

- a biztosítottnak a biztosítás tartamán belül bekövetkezett halála,
- a biztosítottnak a biztosítás tartamán belüli kifizetési évfordulókon, illetve a biztosítás lejáratkor való életben léte (kifizetési évforduló a szerződés megkötésétől számítva 5 évenként van).

A **biztosítási szolgáltatások** a következők:

- a biztosítottnak a biztosítás tartamán belül bekövetkezett halála esetén a kedvezményezettnek (ennek hiányában a biztosított örökösének) társaságunk a halál időpontjában aktuális biztosítási összeget fizeti ki (ezt az elérési szolgáltatások kifizetései nem csökkentik),
- a biztosítottnak a biztosítási tartam végén való életben léte esetén a kedvezményezettnek (kedvezményezett jelölés hiányában a biztosítottnak) társaságunk a lejárat időpontjában aktuális biztosítási összeget fizeti ki. A biztosított (vagy a kedvezményezett) jogosult a biztosítási tartamon belüli kifizetési évfordulók

elérésekor a biztosítási összeg meghatározott hányadának felvételére. Az elérési szolgáltatások mértéke a biztosítási összeg százalékában:

Biztosítási tartam (év)	Kifizetési évforduló			
	5. év	10. év	15. év	20. év
15	20%	20%	60%	-
20	20%	20%	20%	40%

Amennyiben az arra jogosult a biztosítási tartam közben esedékes elérési szolgáltatásokra nem tart igényt (erről az évfordulót követő 15 napon belül írásban nyilatkozik társaságunknak), a szolgáltatás a biztosítási tartam végén válik esedékessé.

Társaságunk mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított halála a kedvezményezett szándékos magatartása miatt következett be. Ebben az esetben a visszavásárlási összeget fizeti ki a biztosító.

A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, és társaságunk a díjtartalékot téríti vissza a szerződőnek, ha a biztosított

- szándékosan elkövetett, súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, vagy
- a szerződés létrejöttét követő két éven belül elkövetett öngyilkosság következtében halt meg.

A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg akkor is, ha a biztosított halála nem minősül biztosítási eseménynek.

E biztosítás szempontjából **nem minősül biztosítási eseménynek**, ha a biztosított halála harci eseményekben, háborús vagy polgárháborús cselekményekben való részvétel miatt, vagy felkelésben, lázadásban, zavargásban való részvétel miatt (kivéve azt az esetet, ha erre hivatali vagy közszolgálati kötelezettség teljesítése miatt került sor) következett be.

A biztosítás két év folyamatos díjfizetés után **visszavásárolható**, vagy **díjmentesíthető**. Díjmentesítés során az **átdolgozott biztosítás akkora biztosítási összeggel marad érvényben**, amekkora biztosítási összegre az átdolgozás időpontjában érvényes visszavásárlási összeg, mint egyszeri díj az Allianz Hungária Biztosító Rt. által a Lépéselőny II. biztosítási konstrukció díjmentesítéséhez kidolgozott Harmónia II. egyszeri díjfizetésű vegyes életbiztosítás díjszabása szerint fedezetet nyújt.

A **szerződés** a következők miatt **szűnhet meg**:

- a biztosítási tartam lejárta,
- a szerződés hatálybalépésétől számított két éven belül a díj nemfizetése,
- a biztosítottnak a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulásának visszavonása,
- a szerződő általi felmondás,
- a biztosított tartamon belüli halála.

A Prémium életbiztosítás

A biztosítási események, amelyek bekövetkezte esetén társaságunk szolgáltatást nyújt, a következők:

- a biztosítottnak a biztosítási tartam végén való életben léte, valamint

a biztosított kockázatviselési időszakban bekövetkezett

- nem baleseti eredetű halála,
- baleseti eredetű halála,
- balesetből eredő, baleseti rokkantsági alapon I., II. vagy III. rokkantsági csoportba tartozó rokkanttá válása, ha azt az Országos Orvosszakértői Intézet szakvéleménye alapján a nyugdíjbiztosítási igazgatóság a baleset bekövetkeztétől számított 2 éven belül megállapítja.

A biztosítási szolgáltatások a következők

- a biztosítottnak a biztosítási tartam lejáratkori életbenléte esetén társaságunk **a kedvezményezett (kedvezményezetti jelölés hiányában a biztosított) választásától függően** a lejáratkor aktuális biztosítási összeget (elérési biztosítási összeget) fizeti ki, vagy járadékszolgáltatást nyújt, a járadékra váltáskor érvényben lévő járadék biztosítási kínálatából.
- a biztosított nem baleseti eredetű halála esetén az addig befizetett díjnak az értéknövelés módszerével megnövelt összegét téríti vissza társaságunk a kedvezményezettnek (haláleseti díjvisszatérítés). A haláleseti díjvisszatérítés az utoljára fizetett díj összegének és a fizetett díjak számának a szorzatával egyenlő.
- a biztosított baleseti eredetű halála esetén társaságunk a halál időpontjában aktuális biztosítási összeget (haláleseti biztosítási összeget) fizeti ki a kedvezményezettnek (ennek hiányában a biztosított örökösének).
- a biztosított balesetből eredő nyugdíjbiztosítási szerv által megállapított I., II. vagy III. fokozatú rokkanttá válása esetén társaságunk átvállalja a szerződőtől a biztosítás díjának fizetését (rokkantsági díjmentesítés), feltéve, hogy a biztosítási szerződés díj-nemfizetés miatt díjmentesítésre még nem került.

A szolgáltatások teljesítésének módja, ideje:

A rokkantsági díjmentesítést társaságunk a szolgáltatáshoz szükséges okmányok kézhezvételét követő hónap első napjával hajtja végre.

A biztosítási tartam lejártakor esedékes elérési biztosítási összeget társaságunk a biztosított életbenlétének igazolásától számított 15 napon belül fizeti ki.

A biztosító mentesül a baleseti eredetű halálra vonatkozó baleset-biztosítási és a rokkantsági díjmentesítési szolgáltatási kötelezettség teljesítése alól, ha a biztosítási esemény

- a kedvezményezett szándékos magatartásának következménye,
- a biztosított olyan balesetével függ össze, amelyet jogellenesen a biztosított, a szerződő vagy a szerződővel, illetőleg a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozó szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott.

Súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak

tekintendő a baleset különösen akkor, ha a baleset a biztosított, illetőleg a szerződő fél szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, továbbá ittas állapotával vagy kábító, illetve egyéb bódulatot keltő szer hatása alatti állapotával oki összefüggésben, valamint jogosítvány nélküli vagy ittas gépjárművezetése közben következett be.

Ittas állapotnak a jelen pont szempontjából az minősül, ha a biztosított véralkohol koncentrációja meghaladta a 0,8 ezreléket.

A biztosító nem teljesít baleseti eredetű halálra vonatkozó baleset-biztosítási és a rokkantsági díjmentesítési szolgáltatást, ha a biztosítási esemény a biztosítottnak

- harci eseményekben, háborús vagy polgárháborús cselekményekben való részvétele miatt vagy, felkelésben, lázadásban, zavargásban való részvétele miatt, (kivéve azt az esetet, ha erre hivatali vagy közszolgálati kötelezettség teljesítése miatt került sor) vagy
- atommag szerkezeti módosulása, illetőleg radioaktív sugárzás vagy egyéb ionizáló sugárforrás hatása miatt (ha azt nem terápiás célból alkalmazták),
- orvosi javaslat nélküli vagy nem az előírt adagolásban való gyógyszereszedése miatt,
- elme- vagy tudatzavarával, bármilyen okú eszméletvesztésével, illetve öngyilkosságával vagy annak kísérletével okozati összefüggésben,
- saját maga vagy hozzájárulásával mások által végzett gyógyító célú kezelés és beavatkozás folytán előidézett testi károsodása következtében (kivéve, ha erre valamely biztosítási esemény miatt került sor), következett be.

Ittas állapotnak a jelen pont szempontjából az minősül, ha a biztosított véralkohol koncentrációja meghaladta a 0,8 ezreléket.

Nem teljesít a biztosító baleseti eredetű halálra vonatkozó baleset-biztosítási és rokkantsági díjmentesítési szolgáltatást, ha a biztosított a balesettel összefüggésben előírt orvosi kezelésnek nem vetette alá magát, vagy nem követte az orvosi utasításokat, és ezzel gyógyulását akadályozta.

A rokkantsági díjmentesítési szolgáltatás tekintetében a baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek és testrészek a biztosító kockázatviseléséből ki vannak zárva.

A biztosító mentesülése és a fent felsorolt kizárások esetén a baleseti eredetű halálra vonatkozó baleset-biztosítási szolgáltatás helyett haláleseti díjvisszatérítési szolgáltatást teljesít a biztosító.

A biztosítás három év folyamatos díjfizetés után **visszavásárolható** vagy **díjmentesíthető**.

A szerződés a következők miatt szűnhet meg:

- a biztosítási tartam lejárt,
- a szerződés hatálybalépésétől számított három éven belül a díj nemfizetése,
- a biztosítottnak a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulásának visszavonása,
- a szerződő általi felmondás,
- ha a szerződő a szerződés díjmentesítését kéri és arra a szerződési feltételek szerint nincs lehetőség,
- a biztosított tartamon belül bekövetkezett halála.

A Baleseti halál esetére szóló II. kiegészítő biztosítás

Az ún. alapbiztosítások (Esély II., Harmónia II., Família II., és Lépéselőny II.) mellé köthető.

A biztosítás **határozott, az alapbiztosítással azonos tartamra köthető**.

A **biztosítás díjának nagysága** a kiegészítő biztosítás biztosítási összegének nagyságától függ. A kiegészítő biztosítás díját az alapbiztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell megfizetni.

A **kiegészítő biztosítás** díja a biztosítási évfordulón az alapbiztosítás díjával azonos arányban **növekszik**.

A biztosítási esemény, amely bekövetkezte esetén társaságunk szolgáltatást nyújt, a következő:

- a biztosítottnak a biztosítás tartamán belül bekövetkezett balesetből eredő halála,
- a biztosítottnak a biztosítás tartamán belül bekövetkezett közlekedési balesetből eredő halála.

A biztosítási szolgáltatás a következő:

- a biztosítottnak a biztosítás tartamán belül bekövetkezett balesetből eredő halála esetén a kedvezményezettnek társaságunk a halál időpontjában aktuális biztosítási összeget fizeti ki,
- a biztosítottnak a biztosítás tartamán belül bekövetkezett közlekedési balesetből eredő halála esetén a kedvezményezettnek társaságunk a halál időpontjában aktuális baleset-biztosítási összeg további 50 %-át fizeti ki.

Társaságunk mentesül a baleset-biztosítási összeg kifizetése alól, ha a balesetet

- a kedvezményezett szándékos magatartása, vagy
- a biztosított, illetőleg a szerződő fél vagy a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk jogellenes és szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő.

Súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak tekintendő a baleset különösen akkor, ha a baleset a biztosított, illetőleg a szerződő fél szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, továbbá ittas állapotával vagy kábító, illetve egyéb bódulatot keltő szer hatása alatti állapotával okozati összefüggésben, valamint jogosítvány nélküli vagy ittas gépjárművezetése közben következett be.

Ittas állapotnak a jelen pont szempontjából az minősül, ha a biztosított véralkohol koncentrációja meghaladta a 0,8 ezreléket.

E biztosítás szempontjából **nem minősül biztosítási eseménynek**, ha a biztosított halála harci eseményekben, háborús vagy polgárháborús cselekményekben való részvétel miatt; illetőleg felkelésben, lázadásban, zavarásban való részvétel miatt következett be (kivéve azt az esetet, ha erre hivatali vagy közszolgálati kötelezettség teljesítése miatt került sor).

A kiegészítő biztosítás **visszavásárlási értékkel nem rendelkezik**, a díj nem fizetése miatt **díjmentesítésre nincs lehetőség**. Az alapt biztosítás megszűnésével vagy díj nem fizetés

miatt történő díjmentesítésével a kiegészítő biztosítás megszűnik.

A **szerződés** a következők miatt **szűnhet meg**:

- a biztosítási tartam lejárt (a szerződés kifizetés nélkül szűnik meg),
- a díj nemfizetése,
- az alapt biztosítás megszűnése,
- az alapt biztosítás díj nemfizetés miatt történő díjmentesítése,
- az alapt biztosítás mentesülési eseteiben,
- a biztosított tartamon belüli, nem baleseti eredetű halála,
- a szerződés felmondása.

Ha a szerződés megszűnik, a biztosító visszafizeti a szerződőnek azt a biztosítási díjat, amelyet a szerződő a szerződés megszűnése utáni időszak kockázatviselésére előre megfizetett.

A szerződést a felek bármely hónap végére írásban, 30 napos határidővel **felmondhatják**.

A Rokkantsági díjmentesítésre szóló II. kiegészítő biztosítás

Az ún. alapt biztosítások (Esély II., Harmónia II., Família II., és Lépéselőny II.) mellé köthető.

A biztosítás **határozott, az alapt biztosítással azonos tartamra köthető**.

A **biztosítás díjának nagysága** az alapt biztosítás kiegészítő biztosításokkal összegzett díjától függ. A kiegészítő biztosítás díját az alapt biztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell megfizetni.

A **kiegészítő biztosítás díja** minden évben a biztosítási évfordulón az alap- és kiegészítő biztosítások biztosítási díjának emelkedésével azonos arányban **emelkedik**.

A **biztosítási események**, amelyek bekövetkezte esetén társaságunk szolgáltatást nyújt, a következők:

- a biztosított az alapt biztosítás biztosítási tartamán belül a társadalombiztosítási nyugellátásról szóló, 1997. évi LXXXI. törvény szerinti I. vagy II. rokkantsági csoportnak megfelelő rokkanttá válása, (ideértve mind a rokkantsági-, mind a baleseti rokkantsági nyugdíjat), vagy
- a biztosított az alapt biztosítás biztosítási tartamán belül legalább 50%-os mértékű baleseti eredetű maradandó egészségkárosodást szenved.

A biztosítási szolgáltatás a következő:

- a biztosítási esemény bekövetkezte esetén társaságunk átvállalja a szerződőtől azon biztosítások biztosítási tartamból hátralévő időtartamra esedékes díjának fizetését (díjmentesítés), melyek után a szerződő a jelen kiegészítő biztosítás díját megfizette.

A szolgáltatások teljesítésének módja, ideje: a biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 15 munkanapon belül írásban be kell jelenteni. A nyugdíjbiztosítási igazgatóság rokkantsági nyugdíjazásról szóló határozatának bemutatását, illetőleg a maradandó egészségkárosodás biztosító részéről történő megállapítását követő hónap első napjától a kiegészítő biztosítás alapján díjmentesített alap- és kiegészítő biztosítások díjmentessé válnak.

E biztosítás szempontjából **nem minősül biztosítási eseménynek, a díjmentesítés nem alkalmazható**, ha a biztosított rokkantsága, illetve maradandó egészségkárosodása

- harci cselekményekben, háborús vagy polgárháborús cselekményekben való részvétel,
- felkelésben, lázadásban, zavargásban való részvétel (kivéve azt az esetet, ha erre hivatali vagy közszolgálati kötelezettség teljesítése miatt került sor) következménye.

Társaságunk mentesül a díjmentesítési szolgáltatás teljesítése alól, ha

- a rokkantságot a szerződő vagy a biztosított szándékos magatartása idézte elő, vagy,
- a balesetet a biztosított, illetőleg a szerződő fél vagy a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk jogellenes és szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő.

Súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak tekintendő a baleset különösen akkor, ha a baleset a biztosított, illetőleg a szerződő fél szándékosan elkövetett súlyos

bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, továbbá ittas állapotával vagy kábító, illetve egyéb bódulatot keltő szer hatása alatti állapotával okozati összefüggésben, valamint jogosítvány nélküli vagy ittas gépjárművezetése közben következett be. Ittas állapotnak a jelen pont szempontjából az minősül, ha a biztosított véralkohol koncentrációja meghaladta a 0,8 ezreléket.

A kiegészítő biztosítás **visszavásárlási értékkel nem rendelkezik**, a díj nem fizetése miatt **díjmentesítésre nincs lehetőség**. Az alapt biztosítás megszűnésével vagy díjnemfizetés miatt történő díjmentesítésével a kiegészítő biztosítás megszűnik.

A **szerződés** a következők miatt **szűnhet meg**:

- a biztosítási tartam lejárt (a szerződés kifizetés nélkül szűnik meg),
- a díj nemfizetése,
- az alapt biztosítás megszűnése,
- az alapt biztosítás díjnemfizetés miatt történő díjmentesítése,
- az alapt biztosítás mentesülési eseteiben,
- a biztosított tartamon belül bekövetkezett halála,
- a szerződés felmondása.

A szerződést bármely hónap végére írásban, 30 napos határidővel a felek **felmondhatják**.

További információk

További információk telefonszolgálatunktól a **06-40-421-421**-es számon kaphatók, valamint honlapunkon a **www.allianz.hu** címen érhetők el. Bízunk abban, hogy tájékoztatónk felkeltette érdeklődését termékeink iránt, s így hamarosan Önt is ügyfeleink között üdvözölhetjük.

Tisztelettel

Allianz Hungária Biztosító Részvénytársaság

Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek

- az **Esély II. kockázati** életbiztosításhoz,
- a **Harmónia II. vegyes** életbiztosításhoz,
- a **Família II. elérésre és halálesetre szóló** életbiztosításhoz,
- a **Lépéselőny II. elérésre és halálesetre szóló, lépcsőzetes szolgáltatású** életbiztosításhoz, valamint
- a **Prémium** életbiztosításhoz.

1. Jelen Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek azokat a feltételeket tartalmazzák, amelyeket az Allianz Hungária Biztosító Rt. (a továbbiakban: biztosító) által művelt életbiztosítási szerződésekre alkalmazni kell, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték.

A biztosító és a szerződő fél között a jelen feltételek alapján létrejött szerződésre az itt nem szabályozott kérdésekben a Polgári törvénykönyv rendelkezései az irányadók.

I. Általános rendelkezések

A biztosítási szolgáltatás

2. A biztosító a biztosítási díj megfizetése ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezte esetén az adott típusú (a jelen szerződési feltételek címében felsorolt) életbiztosításra vonatkozó Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételekben meghatározott biztosítási szolgáltatást teljesíti a kedvezményezettnek.

A biztosítási esemény

3. A biztosítási esemény meghatározását az adott típusú életbiztosítás Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételei tartalmazzák.

Nem biztosítási esemény, ha a biztosított halála

- a) harci eseményekben, háborús vagy polgárháborús cselekményekben való részvétellel összefüggésben,
- b) felkelésben, lázadásban, zavargásban való részvétellel összefüggésben (kivéve azt az esetet, ha erre hivatali vagy közzszolgálati kötelezettség teljesítése miatt került sor)

következett be.

A biztosítási tartam, a biztosítási időszak, a biztosítási évforduló

4. A biztosítás tartamát a felek a szerződésben rögzítik.

A biztosítási tartam kezdete az ajánlattételt (az aláírt ajánlatnak a biztosító vagy képviselője részére történt átadását) követő hó első napjának 0 órája, ha a felek másként nem állapodnak meg.

A biztosítási tartam kezdetétől annak lejáratáig terjedő időre (a biztosítási tartamra) vonatkozó szabályokat az adott típusú életbiztosítás Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételei tartalmazzák.

A biztosítási időszak egy év.

A biztosítás évfordulója a biztosítási tartamon belül minden évben annak a hónapnak az első napja, amely hónapban a biztosítási tartam eredetileg megkezdődött.

A biztosítási összeg

5. A biztosítási összeg az a pénzösszeg, amelynek megfizetését a biztosító a biztosítási esemény bekövetkezte esetén vállalja.

A biztosítás kezdeti biztosítási összegét az ajánlattételkor a szerződő határozza meg. A kezdeti biztosítási összeg a biztosítási tartam alatt a 16/d. pontban, valamint a III. és a IV. fejezetben foglaltak szerint változhat.

A szerződő fél

6. A szerződő az, aki a szerződés megkötésére ajánlatot tett, és a biztosítás díját fizeti.

A biztosított – a szerződő fél írásbeli hozzájárulásával – a biztosítóval közölt írásbeli nyilatkozatával a szerződés létrejötte után bármikor a szerződő helyébe léphet. Ha nem a biztosított, hanem más lép a szerződő fél helyébe, ahhoz a szerződőn túl a biztosított írásbeli hozzájárulása is szükséges.

A biztosított, mielőtt a szerződés felmondás vagy a díjfizetés elmaradása miatt megszűnik, a biztosítóval közölt írásbeli nyilatkozatával a szerződő hozzájárulása nélkül a szerződő helyébe léphet.

Azokban az esetekben, amikor a biztosított a szerződő helyébe lép, a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a biztosított a szerződő féllel egyetemlegesen felelős.

A biztosított

7. Biztosított az a szerződés létrejöttékor legalább 18, de legfeljebb 65 éves belépési korú természetes személy, akinek személyére a biztosítási szerződés létrejött.

A biztosító a szerződéskötéskor a biztosított belépési korát úgy állapítja meg, hogy a biztosítási tartam kezdetének évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.

A kedvezményezett

8. Kedvezményezett a szerződő által megjelölt személy, aki a biztosítási esemény bekövetkezte esetén a 2. pontban foglalt biztosítási szolgáltatásra jogosult.

Több kedvezményezett megjelölése esetén meg kell határozni a kedvezményezés arányait. Ennek hiányában a kedvezményezés arányát egyenlőnek kell tekinteni.

A szerződő fél az eredetileg kijelölt kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal a biztosítási esemény bekövetkezte előtt más kedvezményezettet nevezhet meg.

A kedvezményezett kijelöléséhez, illetőleg a kedvezményezés megváltoztatásához – ha nem a biztosított a szerződő fél – a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

A kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezte előtt meghal (illetve a jogi személy kedvezményezett megszűnik). Ha a szerződő ilyenkor nem tesz új nyilatkozatot a kedvezményezésről, de korábban több kedvezményezettet is jelölt, akkor a továbbiakban a kedvezményezés arányára a hatályban maradt jelölések egymáshoz viszonyított aránya az irányadó.

Ha a szerződő nem jelölt kedvezményezettet, vagy a kedvezményezés a biztosítási esemény bekövetkeztekor nincs hatályban, a biztosító az elérti biztosítási összeget, illetőleg az elérti szolgáltatást (38. pont) a biztosítottnak, a haláleseti biztosítási összeget, illetőleg a haláleseti szolgáltatást (32. pont) a biztosított örökösének fizeti ki.

II. A szerződés létrejötte és hatálybalépése

A szerződés létrejötte

9. A szerződés a felek írásbeli megállapodásával jön létre. Az írásbeli megállapodást, illetőleg a biztosító elfogadó nyilatkozatát a biztosítási kötvény kiállítása pótolja. Ha a kötvény tartalma a fél ajánlatától eltér, és az eltérést a fél 15 napon belül nem kifogásolja, a szerződés a kötvény tartalma szerint jön létre. Ezt a rendelkezést a lényeges eltérésekre – ideértve különösen azt az esetet is, amikor a biztosító a kockázat elbírálása alapján az ajánlatban rögzített díjhoz képest emelt díjat határoz meg – csak akkor lehet alkalmazni, ha a biztosító az eltérésre a szerződő fél figyelmét a kötvény kiszolgáltatásakor írásban felhívja. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.

10. A szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatra 15 napon belül nem nyilatkozik. Ilyen esetben a szerződés az ajánlatnak a biztosító vagy képviselője részére történő átadása időpontjára visszamenő hatállyal jön létre.

11. A szerződő ajánlatának elutasítását a biztosító nem köteles megindokolni.

Ha a biztosító a kockázat-elbíráláshoz szükséges adatok hiánya miatt a szerződő ajánlatát a rendelkezésre álló – 10. pont szerinti – 15 napos határidő alatt nem tudja elbírálni, és emiatt az ajánlatot el kellene utasítani, akkor a 15 napos ajánlat elbírálási határidő további 15 nappal meghosszabbodik, ha ehhez a szerződő az ajánlaton hozzájárult, és a biztosító az ajánlattételtől számított 15 napon belül értesítette a szerződőt a kockázat-elbíráláshoz szükséges adatok hiányáról. Ha a biztosító a meghosszabbított határidő alatt az ajánlatra nem nyilatkozik, a szerződés az ajánlat szerint létrejön, az ajánlatnak a biztosító vagy képviselője részére történő átadása időpontjára visszamenő hatállyal.

12. A szerződés megkötéséhez és módosításához – ha a szerződést nem ő köti meg – a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

A közlési kötelezettség

13. A biztosítottnak a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulása egyben annak a kötelezettségnek a vállalását is jelenti, hogy

- a valóságnak megfelelően tájékoztatja a biztosítót a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt illetően, melyre a biztosító kérdést tett fel, és melyet ismert vagy ismernie kellett,
- a kockázat-elbíráláshoz szükséges orvosi vizsgálatoknak aláveti magát,
- a közölt adatok ellenőrzését a biztosító részére lehetővé teszi.

14. Az életbiztosítás elvállalása szempontjából lényeges kérdésnek azok a kérdések minősülnek, amelyeket a biztosító az orvosi vizsgálat során tesz fel, vagy amelyekre az egészségi nyilatkozatban kérdez rá.

15. A biztosító a biztosítás elvállalása szempontjából más lényeges kérdésben is kérhet tájékoztatást a szerződőtől és a biztosítotttól.

16. a) A biztosított, illetve a szerződő fél a biztosítónak a 14. és a 15. pont szerinti, írásban vagy szóban feltett kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő és aláírt válaszával eleget tesz a közlési kötelezettségének. Az orvosi vizsgálat nem mentesít a közlési kötelezettség megsértésének jogkövetkezményei alól.
- b) Ha a biztosítónak a 14. és 15. pont szerinti kérdéseire adott tájékoztatás valótlanak bizonyulna, a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.
- c) A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a biztosító kötelezettsége, ha a szerződés létrejöttétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.
- d) Ha az életkor helytelen bevallása következtében a díjat a valóságos belépési kor után járónál alacsonyabb összegben állapították meg, akkor a biztosító a biztosítási összeget a ténylegesen fizetett, illetve a valóságos belépési kornak megfelelő díj arányában leszállítja, ha viszont a díj a helytelen korbevallás folytán magasabb összegben nyert megállapítást, a biztosító a díjkülönbözetet visszatéríti a szerződőnek.
- e) Ha a biztosított életkorát nem a valóságnak megfelelően – 18. életévét elérőnek vagy 65. életévét meg nem haladónak – vallották be, a közlési kötelezettség megsértésének a 16.b) és c) pontban foglalt következményeit kell alkalmazni, ha pedig a közlési kötelezettség megsértésének a következményei nem alkalmazhatók, a 16/d. pont az irányadó.

A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete

17. A biztosítás az azt követő napon 0 órakor lép hatályba, amikor

- a szerződő fél az első biztosítási díjat a biztosító számlájára vagy pénztárába befizette, vagy
- amikor a felek a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodtak meg, vagy
- a biztosító a díj iránti igényét bírósági úton érvényesítette.

A biztosítási díj azon a napon tekintendő megfizetettnek, amikor a biztosító pénztárába vagy számlájára megérkezett.

Ha a szerződő fél a díjat a biztosító képviselőjének (ügynökének) fizette, a díjat legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon a biztosító számlájára vagy pénztárába beérkezettnek kell tekinteni. A szerződő azonban bizonyíthatja, hogy a díj korábban érkezett be.

A biztosító kockázatviselése – a várakozási időre vonatkozó rendelkezésekben foglalt eltérésekkel – a szerződés hatálybalépésével kezdődik meg, feltéve, hogy a szerződés már létrejött, vagy utóbb létrejön.

A díjfizetés tartama, a biztosítási díj esedékessége

18. A biztosítás díja a teljes biztosítási tartam alatt, ezen belül legfeljebb a biztosított halála hónapjának utolsó napjáig vagy a szerződés korábbi megszűntéig, illetőleg a IV. fejezet szerinti díjmentesítés napjáig fizetendő.

A szerződő a szerződéskötéskor évi, félévi, negyedévi vagy havi díjfizetési gyakoriságot választhat. A díjfizetési tartam alatt a szerződő a biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatban – a biztosítási évforduló napjával – módosíthatja a díjfizetés gyakoriságát.

A biztosítás első díját az ajánlattételkor kell megfizetni, minden későbbi díj pedig annak – a felek megállapodása szerinti (évi, félévi, negyedévi vagy havi) díjfizetési gyakoriságnak megfelelő – időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.

A biztosítás első díját a biztosító a biztosítási tartam kezdetétől számolja el.

Ha a felek díjhalasztásban állapodnak meg, a halasztott első díjat az ajánlattételt követő hó első napjától (a biztosítási tartam kezdetétől) számított 30. nappal bezárólag kell megfizetni.

A biztosítási díjtartalék

19. A biztosító a befizetett díjakat a biztosítási díj számításakor meghatározott költségei levonása után a 2. pontban megjelölt biztosítási szolgáltatás fedezetére fordítja.

A biztosító a befizetett díjnak azt a részét, amely a tárgyév utáni évek kockázatának fedezetül szolgál, biztosítási díjtartalékként kezeli.

A biztosítási díjtartalék szolgál a szerződés visszavásárlásának (36. pont), díjmentesítésének (IV. fejezet) és a befektetések többlethozamából történő részesedésnek (III. fejezet) a számítási alapjául is.

A díjtartalék nagysága függ a biztosítás tartamától, a biztosítási tartamból eltelt díjjal fedezett évek számától, a biztosított nemétől, belépési korától és a biztosítási összeg nagyságától.

III. Az értéknövelés

20. A biztosító – a hosszú távon lehető legmagasabb és legbiztonságosabb hozam elérésére törekedve – befekteti a 19. pont szerinti díjtartalékot és a biztosítás teljes tartamára évi 3,5%-os befektetési hozamot (ún. technikai kamatot) garantál. A garantált hozamot a biztosító már a szerződés megkötésekor figyelembe veszi akként, hogy a biztosítási díjat a garantált hozamra tekintettel alacsonyabban állapítja meg az egyébként szükségesnél.

Ha a biztosítónál érvényben lévő díjtartalékos életbiztosítási szerződések díjtartalékainak a befektetéséből származó ténylegesen elért hozama az adott évben meghaladja az egyes szerződésekre vonatkozó technikai kamatlábbal kiszámított előre garantált hozamok összességét, akkor a biztosító a tényleges hozam garantált hozamot meghaladó részének (az ún. többlethozamnak) legalább 85%-át – a díjtartalékos életbiztosítási szerződések összességének a szintjén – visszajuttatja a szerződő ügyfelei részére.

E visszajuttatás a jelen Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek alapján létrejött életbiztosítási szerződések esetén az életbiztosítási szerződés biztosítási összegének emelése formájában történik a 21., 22. vagy 23. pontokban foglaltak szerint.

21. A biztosítási évforduló napjától a biztosítási díj és a biztosítási összeg azonos arányban emelkedik. A biztosítási díj és a biztosítási összeg emelésének mértékéről a biztosító a tárgyévi biztosítási évforduló előtt legalább 90 nappal értesíti a szerződőt. A díj- és összegemelés mértékének számítási alapja a biztosítási díjtartalékon jóváírt (visszajuttatott) többlethozam. Az azonos arányú díj- és összegemelésre a biztosító által a díjtartalékba visszajuttatott többlethozam mellett a szerződő által fizetett emelt díj nyújt fedezetet. A biztosítási díj és a biztosítási összeg olyan arányban növekedik, mint amilyen arányban a biztosítási díjtartalék is emelkedik

a többlethozamnak a biztosítási díjtartalékba való visszajuttatása miatt.

22. A szerződő a biztosító 21. pont szerinti értesítésének a kézhezvétele után, a biztosítási évforduló előtti 60. napig írásban közölheti a biztosítóval, hogy a díjemelést elutasítja. Ha a szerződő a biztosítási évforduló előtti 60. napig nem tesz elutasító nyilatkozatot, akkor a biztosítási évfordulótól kezdődően a biztosítás a biztosító értesítésében szereplő emelt biztosítási díjjal és biztosítási összeggel lesz érvényben.

A díjemelés első alkalommal történő elutasítása esetén a biztosítás változatlan biztosítási összeggel és biztosítási díjjal marad érvényben mindaddig, ameddig a biztosító kezdeményezése alapján a biztosítási összeg és a biztosítási díj egyidejű emelése legközelebb lehetővé nem válik.

23. Ha a szerződő második alkalommal is elutasítja a díjemelést, akkor a biztosítás díja a második elutasításnak megfelelő biztosítási évforduló után, a biztosítási tartam hátralevő részében már nem emelkedhet. A díjtartalék a második elutasítást követően minden biztosítási évfordulón a biztosító által visszajuttatott többlethozammal emelkedik. A biztosító a biztosítási összeget a második elutasítást követően minden biztosítási évfordulón akkora mértékben emeli meg, amekkora összegemelésre a díjtartalék növekedése fedezetet nyújt. A biztosítási összegnek a jelen pont szerinti emelkedése – az emelt díj megfizetésének hiányában – kisebb mértékű, mint a 21. pontban szabályozott esetben.

IV. A díjmentesítés

24. A biztosítás díjmentesítése történhet kérelemre vagy a szerződő díj nemfizetése következményeként, feltéve, hogy a biztosítás díjmentes érvényben maradásának feltételei fennállnak. Díjmentesítés esetén az életbiztosítási szerződés további díj fizetés nélkül és csökkentett biztosítási összeggel marad érvényben.

Az adott típusú életbiztosításra vonatkozó Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételek tartalmazzák, hogy a díjmentesítés az adott típusú életbiztosítás esetén egyáltalán lehetséges-e, és ha igen, akkor a díjmentesítésre – feltéve, hogy a díjmentesítés egyéb, a szerződési feltételekben foglalt feltételei fennállnak – a biztosítási tartam kezdetétől számított hány év eltelte után van mód.

Kérelemre történő díjmentesítés

25. A szerződő – a biztosított egyidejű, írásos értesítése mellett – írásban nyilatkozhat a biztosítónak arról, hogy a szerződést a további díjak megfizetése nélkül kívánja érvényben tartani. A díjmentesítés napja a szerződő nyilatkozatában foglaltaknak megfelelő jövőbeli időpont. Ha a szerződő a nyilatkozatában a díj fizetés beszüntetésének kezdetét és ezzel együtt a díjmentesítés napját külön nem jelölte meg, akkor annak a szerződő nyilatkozatát követő hónap első napja tekintendő.

A biztosító a szerződő díjmentesítés iránti igényét a biztosítás egyszeri díj fizetésű változatára való átdolgozásával teljesíti. A biztosító az egyszeri díj fizetésű biztosítás díjaként az átdolgozandó biztosításnak a díjmentesítés napján érvényes visszavásárlási összegét számolja el. Ha a díjmentesítés napján a biztosítási szerződés visszavásárlási összeggel nem rendelkezik, akkor a díjmentesítésre nincs lehetőség.

26. Az átdolgozott biztosítás akkora biztosítási összeggel marad érvényben, amekkora biztosítási összegre a 25. pontban leírt egyszeri díj a díjszabás szerint fedezetet nyújt.

Ha az egyszeri díj nem fedezi azokat a biztosítási költségeket, amelyek a díjmentesítés után felmerülnek, akkor a biztosító a szerződő díjmentesítési igényét nem teljesíti és erről a szerződőt értesíti. Ha a biztosító értesítette a szerződőt, hogy a díjmentesítés iránti igény nem volt teljesíthető, és a szerződő az esedékessé vált biztosítási díjakat a mindenkor érvényes kamatokkal együtt az első elmaradt díj esedékességének napját követő 60 napon belül nem fizeti meg, akkor a szerződés az első elmaradt díj esedékességének a napját követő 61. napon 0 órakor megszűnik.

Értéknövelés díjmentes biztosítás esetén: Ha az életbiztosítási díjtartalék rendelkezik befektetési többlethozammal (20. pont), akkor a díjmentesített biztosítás biztosítási összege a díjmentesítés utáni biztosítási évfordulókon akkora mértékben emelkedik, amekkora emelésre a visszajuttatott többlethozam fedezetet nyújt.

A biztosítási díj nemfizetésének következményei

27. Ha a szerződő a biztosítási díjat az esedékesség napjától számított 30. nappal bezárólag nem fizeti meg, akkor a biztosítás a díj esedékessége utáni 31. naptól díjmentes biztosításként marad fenn, ha a díjmentesí-

tésre a 24. pontban foglaltak szerint lehetőség van. A díj nemfizetés miatti díjmentesítés esetén a biztosító a biztosítást annak egyszeri díjfizetésű változatára dolgozza át. A biztosító az egyszeri díjfizetésű biztosítás díjaként az átdolgozandó biztosításnak a díjmentesítés napján érvényes visszavásárlási összegét számolja el. A díjmentesítés napja annak a hónapnak az első napja, ameddig a szerződő díjfizetési kötelezettségének eleget tett. Ha a díjmentesítés napján a biztosítási szerződés visszavásárlási összeggel nem rendelkezik, akkor a díjmentesítésre nincs lehetőség. Az átdolgozott biztosítás akkora biztosítási összeggel marad érvényben, amekkora biztosítási összegre a visszavásárlási összeg, mint egyszeri díjas változatú biztosítás díja a díjszabás szerint fedezetet nyújt.

Ha az életbiztosítási díjtartalék rendelkezik befektetési többlethozammal (20. pont), akkor a díj nemfizetés miatti díjmentesített biztosítás biztosítási összege a díjmentesítés utáni biztosítási évfordulókon akkora mértékben emelkedik, amekkora emelkedésre a visszajuttatott többlethozam fedezetet nyújt.

Ha díjmentesítéskor a visszavásárlási összeg, mint egyszeri díj nem fedezi a díjmentesítés után felmerülő biztosítási költségeket, akkor a biztosítási szerződés a díj esedékessége napjától számított 31. napon 0 órakor megszűnik.

Ha a 24. pontban foglaltak szerint a díjmentesítésre nincs lehetőség, akkor a biztosítási szerződés a díj esedékessége napjától számított 31. napon 0 órakor megszűnik.

Ha a szerződő a díj nemfizetés miatt díjmentessé vált biztosítás összes elmaradt díját a mindenkor törvényes kamatokkal együtt az első elmaradt díj esedékességétől számított 60 napon belül megfizeti, a biztosítás az elmaradt díj megfizetésének napjától úgy folytatódik, mintha az addig esedékes díjakat az esedékesség napján fizették volna meg.

V. A szerződés megszűnésének esetei

A biztosító kockázatviselése a biztosítási tartam utolsó napján, vagy a szerződés korábbi megszűnésének a napján, 24 órakor ér véget.

28. A szerződő a szerződést bármelyik hónap végére írásban felmondhatja. A felmondási idő 30 nap.

A biztosítási szerződés a díj nemfizetése miatt – a 27. pontban foglaltaknak megfelelően – megszűnik, ha a biztosítás díjmentesítésére nincs lehetőség.

A biztosítási szerződés megszűnik akkor is, ha a biztosító a szerződő díjmentesítési igényét a 26. pontban foglaltaknak megfelelően nem teljesíti, és a szerződő az esedékessé vált díjakat a 26. pontban meghatározott határidőig nem fizeti meg.

29. A biztosított – ha nem azonos a szerződéssel – a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A szerződés a visszavonó nyilatkozat biztosítóhoz érkezése hónapjának utolsó napjával megszűnik.

30. A biztosított – kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett – halála hónapjának utolsó napján a szerződés megszűnik.

Az életbiztosítási szerződés felmondása

31. Az életbiztosítási szerződést önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személy szerződő a szerződés létrejöttéről és a szerződő felmondási jogáról szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül az életbiztosítási szerződést írásbeli nyilatkozattal – indoklás nélkül – felmondhatja. A szerződő felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően a biztosító köteles 15 napon belül a szerződő által a biztosítási szerződéssel kapcsolatban bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel elszámolni. A szerződő érvényesen nem mondhat le az őt megillető felmondási jogról.

A haláleseti biztosítási összeg, a haláleseti szolgáltatás kifizetése

32. Ha az adott típusú életbiztosítás Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételei értelmében a biztosítottnak a kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett halála biztosítási eseménynek tekintendő, akkor a biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosított halála időpontjában érvényes biztosítási összeget fizeti ki, illetőleg haláleseti szolgáltatást nyújt az arra jogosultnak.

Mentesülés a haláleseti biztosítási összeg kifizetése alól

33. A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított halála a kedvezményezett szándékos magatartása miatt következett be. Ebben az esetben a biztosító a visszavásárlási összeget fizeti ki a szerződő, illetőleg ha a szerződő és a biztosított azonos, akkor a szerződő örököse részére, feltéve, hogy a visszavásárlási összeg kifizetésére a Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételek szerint lehetőség van. Ha a Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételek szerint visszavásárlási összeg kifizetésére nincs lehetőség, akkor a biztosítás kifizetés nélkül szűnik meg a biztosított halála hónapjának utolsó napjával.

34. a) A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, és a biztosító a 19. pont szerinti díjtartalékok köteles visszatéríteni a szerződőnek (ha a szerződő a biztosítottal azonos személy, akkor a szerződő örökösenek), ha a biztosított

- szándékosan elkövetett, súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, vagy
- a szerződés létrejöttét követő 2 éven belül elkövetett öngyilkosság

következtében halt meg.

b) A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg akkor is, ha a biztosított halála a 3. pontban foglaltak szerint nem minősül biztosítási eseménynek. Ebben az esetben a biztosító a visszavásárlási összeget fizeti ki a szerződőnek (ha a szerződő a biztosítottal azonos személy, akkor a szerződő örökösenek).

A díjvisszatérítés és a várakozási idő

35. Orvosi vizsgálat nélkül létrejött szerződés esetén, ha a biztosított halála a szerződés létrejöttét követő 6 hónapon belül (várakozási idő) következett be, a biztosító a biztosítási összeg helyett az addig befizetett díjat téríti vissza a szerződőnek, (ha a szerződő a biztosítottal azonos személy, akkor a szerződő örökösenek) és ezzel a szerződés megszűnik, kivéve, ha a biztosított baleset (a biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő külső behatás) folytán halt meg, és a – 3. pontban foglaltakra tekintettel – a biztosítási esemény bekövetkezése is megállapítható.

Az orvosi vizsgálatához kötött szerződésre a 6 havi várakozási idő nem vonatkozik, létrejöttére és hatálybalépésére az általános rendelkezések az irányadók.

A visszavásárlási összeg kifizetése

36. Ha az életbiztosítási szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, a biztosító a Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételekben meghatározott visszavásárlási összeget fizeti ki (a 34/a. pontot kivéve, amikor a díjtartalékokat fizeti ki) a szerződőnek.

Az adott típusú életbiztosításra vonatkozó Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételek tartalmazzák azt is, hogy a visszavásárlási összeg kifizetésére a biztosítási tartam kezdetétől számított hány év eltelte után van mód, illetve, hogy a visszavásárlás az adott típusú életbiztosítás esetén egyáltalán lehetséges-e, s ha igen, milyen feltételekkel.

A szerződő írásban igényelheti a biztosítótól az életbiztosítási szerződés visszavásárlási összegének kifizetését. Visszavásárlás esetén a biztosítás az erre vonatkozó igénybejelentésnek a biztosítóhoz történő beérkezése hónapjának a végével szűnik meg és a biztosítót e hónap végéig illeti meg a biztosítási díj. A biztosító a visszavásárlási összeget a visszavásárlásra vonatkozó igénybejelentésnek a biztosítóhoz történő beérkezésétől, illetőleg ha a szerződés megszűnése a biztosított halálával van összefüggésben, akkor a biztosított halála körülményeit, valamint a szolgáltatásra jogosult személyt igazoló utolsó irat biztosítóhoz történő beérkezésétől számított 15 napon belül fizeti ki.

Abban az esetben, ha a biztosított a visszavásárlási igénybejelentés biztosítóhoz történő beérkezésének napja és a visszavásárlási igénybejelentés hónapjának vége közötti időben meghal, és a biztosító a biztosított halála előtt a visszavásárlási összeget már kifizette, akkor a biztosító a visszavásárlási összeget levonja a biztosított halála miatt az arra jogosultnak általa kifizetendő összegből.

A túlfizetés visszatérítése, illetve a díjhátralék levonása

37. Ha a szerződés megszűnik, a biztosító visszafizeti a szerződőnek azt a biztosítási díjat, amelyet a szerződő a szerződés megszűnése utáni időszak kockázatviselésére, előre megfizetett (túlfizetés visszatérítése). Ha a szerződés a biztosított biztosítási eseménynek minősülő halála miatt szűnik meg és a biztosított a szerződővel azonos személy, akkor a biztosító a túlfizetést a biztosítási szolgáltatás jogosultjának fizeti ki.

A biztosító az életbiztosítási szerződés alapján általa kifizetésre kerülő összegből jogosult levonni a szerződés megszűnéséig esedékessé vált és a szerződő által be nem fizetett biztosítási díjat (díjhátralék).

Az elérési biztosítási összeg kifizetése

38. Ha az adott típusú életbiztosításra vonatkozó Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételek értelmében biztosítási esemény az, hogy a biztosított a biztosítási tartam lejáratakor életben van, akkor a biztosító a biztosítási tartam végén érvényben lévő biztosítási összeget a biztosított életben létének igazolásától számított 15 napon belül kifizeti az arra jogosultnak.

VI. A szerződő felek kötelezettségei a biztosított halálának bekövetkezte után

39. Ha a Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételek értelmében a biztosítottnak a kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett halála biztosítási eseménynek tekintendő, akkor a biztosított halálát a bekövetkeztétől számított 8 napon belül be kell jelenteni a biztosítónak, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és felvilágosítások tartalmának ellenőrzését. Ennek elmulasztása esetén, amennyiben emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak, a biztosító megtagadhatja a haláleseti biztosítási összeg vagy haláleseti szolgáltatás kifizetését.

40. A biztosított halálának, illetve a haláleseti biztosítási eseménynek az igazolásához szükséges:

- a halotti anyakönyvi kivonat,
- a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány,
- a biztosítási esemény igazolásához kapcsolódó orvosi iratok,
- ha a biztosított halálával kapcsolatban hatósági vizsgálatot is folytattak, akkor a nyomozást, a hatósági eljárást megszüntető vagy megtagadó jogerős határozat, illetve a jogerős bírósági határozat.

Ha ezek az okmányok a biztosítási eseményt nem igazolják, a biztosító más okiratok bemutatását is kérheti.

41. A haláleseti biztosítási összeg kifizetéséhez szükséges:

- a biztosítási kötvény,
- ha a kedvezményezett az örökös, az öröklésről szóló jogerős közjegyzői vagy bírósági határozat, illetőleg öröklési bizonyítvány.

42. A biztosító a haláleseti biztosítási összeget a 40. és 41. pontban felsorolt okmányok kézhezvételétől számított 15 napon belül fizeti ki a kedvezményezettnek.

VII. Egyéb rendelkezések

43. A szerződő és a biztosított köteles a szerződés tartama alatt bekövetkezett címváltozását a biztosítónak 15 napon belül bejelenteni. A címváltozás bejelentésének elmulasztása esetén a biztosító az általa ismert utolsó címre joghatályosan küldhet nyilatkozatot.

44. A biztosítóhoz intézett nyilatkozat a biztosítóval szemben akkor hatályos, ha azt írásban tették, és az a biztosító valamely szervezeti egységének a tudomására jut. A biztosító ügynöke kizárólag az ajánlatok és a díjak átvételére jogosult, így szerződést a biztosító nevében nem köthet, és a szerződő (biztosított) a jognyilatkozatait érvényesen nem intézheti hozzá.

45. A szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozat abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor azt a posta az érdekeltnek ajánlott levélben kézbesítette, illetve – személyesen átadott nyilatkozat esetén – az átvételét az érdekelt írásban elismerte, illetőleg akkor is, ha a fenti esetekben az átvételt a címzett megtagadta.

46. A jelen feltételek szerint létrejött biztosítási szerződésből eredő igények az esedékességüktől számított 2 év elteltével elévülnek.

A személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók

47. **Személyes adat** az olyan adat, adatból levonható következtetés, amely egy meghatározott természetes személlyel (továbbiakban: érintett) kapcsolatba hozható. A személyes adat biztosítási titoknak minősül.

A biztosító személyes adatokat a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggésben kezel. Az adatszolgáltatás önkéntes, de a biztosítási ajánlaton rögzített egyes személyes adatok közlése nélkülözhetetlen a biztosítási szerződés létrejöttéhez. Az adatkezelés céljával összefüggésben a biztosító tudomására jutott adatokat a biztosító a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (továbbiakban: Bit.) értelmében az Ügyfél külön hozzájárulása nélkül kezelheti.

E törvényi felhatalmazás kizárólag azon személyes adatokra vonatkozik, amelyek nem minősülnek különleges adatnak.

Amennyiben a személyes adat az egészségi állapotra, a kóros szenvedélyre vonatkozik, úgy az a hatályos jogszabályok értelmében **különleges adatnak** minősül, a **különleges adat** kizárólag az Ügyfél írásbeli hozzájárulása alapján kezelhető. A különleges adatok kezelésére vonatkozó, írásbeli hozzájárulását az Ügyfél a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvény (továbbiakban: Avtv.) 3. §-ának (7) bekezdése értelmében a szerződés keretei között is megteheti, mely rendelkezés alapján **szükséges hozzájárulást** a szerződés részét képező ajánlati nyilatkozat tartalmazza.

Az adatkezelés **időtartama**: a biztosító a személyes (és azon belül a különleges) adatokat a biztosítási jogviszony fennállása alatt, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

A biztosító mint adatkezelő az adatok feldolgozásával leányvállalatát, a Hungária Biztosító Számítástechnikai Kft.-t (Cg. 01-09-069554, 1553 Budapest, Pf. 40.) bízta meg, amely szervezet az adatokat nyilvántartja. A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez igénybevelt – posta útján történő utalás vagy banki átutalás esetén – a Magyar Posta Rt. és a jogosult által megnevezett bank adatfeldolgozónak minősül.

A biztosító és az ügynöke, illetve megbízottja tevékenysége során tudomására jutott, biztosítási titoknak minősülő adatokat (személyes és vagyoni adatokat, a szerződéses adatokat) – a jogszabályban meghatározott eseteket kivéve – csak akkor hozhatja harmadik személy tudomására, ha a titoktartási kötelezettsége alól az érintett ügyféltől vagy annak törvényes képviselőjétől a kiszolgáltatható titokkört megjelölve írásban felmentést kapott. Nem sért biztosítási titokra vonatkozó szabályt a biztosító, amennyiben jogszabály alapján történő megkeresés vagy kötelező adatszolgáltatás teljesítése során biztosítási titoknak minősülő adatokat bocsát a jogszabályban meghatározott szerv(ezet) rendelkezésére. Az ügyfél-tájékoztató tartalmazza azon szerv(ezet)ek és személyek felsorolását, amelyeknek a biztosító az adatokat továbbítani jogosult és köteles.

A biztosító egyes biztosítási szolgáltatások során igénybe vesz külső közreműködőket olyan esetekben, amikor a szolgáltatás nyújtásához a megbízott speciális szakér-

telmére van szükség. A kiszervezett biztosítási tevékenységet végző megbízott személyes adatokat kezel és a törvény alapján titoktartásra kötelezett.

A biztosító ügyfele saját személyes, nyilvántartott illetve továbbított adatairól – a hivatkozott törvényekben rögzített korlátozásokkal – jogosult tájékoztatást kapni, kérésére adatait a biztosító nyilvántartásában módosítja. A biztosító és ügynöke a személyes adatokat a biztosítási, illetve megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási és megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító és ügynöke köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt.

Az ügyfél jogellenes adatkezelés esetén élhet tiltakozási jogával, illetve bírósághoz is fordulhat. A biztosító mint adatkezelő köteles a bejelentést a törvény előírása szerint kivizsgálni és az ügyfelet írásban tájékoztatni.

Eltérés a korábbi szerződési gyakorlattól

48. A biztosító által a tartalék hozamára garantált évi 3,5%-os mérték, valamint az, hogy az életbiztosítási szerződést önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személy szerződő a szerződés létrejöttéről és a szerződő felmondási jogáról szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül azt nyilatkozattal – indoklás nélkül – felmondhatja, eltér a biztosító által korábban alkalmazott szerződési gyakorlattól. Eltér a biztosító által korábban alkalmazott szerződési gyakorlattól az is, hogy a 15 napos ajánlat elbírálási határidő további 15 nappal meghosszabbodik, ha a biztosító a kockázat-elbíráláshoz szükséges adatok hiánya miatt az ajánlatot a 15 napos kockázat-elbírálási határidő alatt nem tudja elbírálni, és emiatt az ajánlatot el kellene utasítani, és ha a szerződő az ajánlaton hozzájárult az ajánlat elbírálási határidő meghosszabbításához továbbá a biztosító az ajánlattételtől számított 15 napon belül értesítette a szerződőt a kockázat-elbíráláshoz szükséges adatok hiányáról.

Allianz Hungária Biztosító Részvénytársaság
1054 Budapest, Bajcsy-Zsilinszky út 52.
Cégjegyzékszám: Fővárosi Bíróság, mint Cégbíróság
Cg. 01-10-041356

Esély II.

kockázati életbiztosítás különös szerződési feltételei

1. Jelen Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételek azokat a feltételeket tartalmazzák, amelyeket az Allianz Hungária Biztosító Rt. (a továbbiakban: biztosító) által művelt Esély II. életbiztosítási szerződésekre alkalmazni kell, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték.

2. A biztosító és a szerződő fél között a jelen Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételek alapján létrejött szerződésre az itt nem szabályozott kérdésekben az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek, valamint a Polgári törvénykönyv rendelkezései az irányadók.

A biztosítási szolgáltatás

3. A biztosító a biztosítási díj megfizetése ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási összeget fizeti ki a kedvezményezettnek.

A biztosítási esemény

4. Biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkezett halála.

Azt, hogy a biztosított halála mely esetekben nem minősül biztosítási eseménynek, az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek tartalmazzák.

A biztosítási tartam

5. A biztosítási tartam kezdetétől annak lejáratáig terjedő idő legalább egy, de legfeljebb negyven, egész számú év lehet és a biztosítási tartam végének meg kell előznie a biztosított 71. születésnapját. A kívánt biztosítási tartamot e határokon belül a szerződő határozza meg.

Díjmentesítés, díjnemfizetés

6. Az Esély II. életbiztosítási szerződés esetén díjmentesítésre nincs mód, így az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételeknek a díjmentesítésre vonatkozó rendelkezései az Esély II. életbiztosítási szerződésre nem alkalmazhatók.

Ha a szerződő a biztosítási díjat az esedékesség napjától számított 30 nappal bezárólag nem fizeti meg, akkor a biztosítási szerződés a díj esedékessége napjától számított 31. napon 0 órakor megszűnik.

Visszavásárlás

7. Az Esély II. életbiztosítási szerződésnek visszavásárlási értéke nincs, így az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételeknek a visszavásárlásra vonatkozó rendelkezései az Esély II. életbiztosítási szerződésre nem alkalmazhatók.

Eltérés a korábbi szerződési gyakorlattól

8. Az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételekben foglaltakon túl eltér a biztosító által korábban alkalmazott szerződési gyakorlattól, hogy az Esély II. életbiztosítás visszavásárlási értékkel nem rendelkezik.

Allianz Hungária Biztosító Részvénytársaság

1054 Budapest, Bajcsy-Zsilinszky út 52.

Cégjegyzékszám: Fővárosi Bíróság, mint Cégbíróság

Cg. 01-10-041356

Harmónia II.

vegyes életbiztosítás különös szerződési feltételei

1. Jelen Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételek azokat a feltételeket tartalmazzák, amelyeket az Allianz Hungária Biztosító Rt. (a továbbiakban: biztosító) által művelt Harmónia II. életbiztosítási szerződésekre alkalmazni kell, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték.

2. A biztosító és a szerződő fél között a jelen Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételek alapján létrejött szerződésre az itt nem szabályozott kérdésekben az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek, valamint a Polgári törvénykönyv rendelkezései az irányadók.

A biztosítási szolgáltatás

3. A biztosító a biztosítási díj megfizetése ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezte esetén a biztosítási összeget fizeti ki a kedvezményezettnek.

A biztosítási esemény

4. Biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkezett halála, valamint az, ha a biztosított a biztosítási tartam végén életben van.

Azt, hogy a biztosított halála mely esetekben nem minősül biztosítási eseménynek, az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek tartalmazzák.

A biztosítási tartam

5. A biztosítási tartam kezdetétől annak lejáratáig terjedő idő legalább egy, de legfeljebb negyven, egész számú év lehet és a biztosítási tartam végének meg kell előznie a biztosított 71. születésnapját. A kívánt biztosítási tartamot e határokon belül a szerződő határozza meg.

Díjmentesítés

6. Az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek IV. fejezetében szabályozott díjmentesítésre csak a biztosítási tartam kezdetétől számított – díjjal fedezett – két év eltelte után van mód.

Visszavásárlás

7. Ha az életbiztosítási szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg (az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 28., 29., 33. és 34/b. pontjaiban foglalt esetekben), a biztosító a szerződés megszűnésekor érvényes visszavásárlási összegét – az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 19. pontja szerinti biztosítási díjtartaléknak a 80%-át – fizeti ki a szerződőnek.

A biztosító a visszavásárlási összeg kifizetésére csak akkor köteles, ha a biztosítási tartam kezdetétől legalább 2 év eltelt és a szerződés megszűnésének időpontjáig esedékes díjakat hiánytalanul megfizették.

A visszavásárlási összeg értékére a kötvény mellékletét képező visszavásárlási táblázat ad iránymutatást.

Allianz Hungária Biztosító Részvénytársaság
1054 Budapest, Bajcsy-Zsilinszky út 52.
Cégjegyzékszám: Fővárosi Bíróság, min, Cégbíróság
Cg. 01-10-041356

Família II.

elérésre és halálesetre szóló életbiztosítás különös szerződési feltételei

1. Jelen Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételek azokat a feltételeket tartalmazzák, amelyeket az Allianz Hungária Biztosító Rt. (a továbbiakban: biztosító) által művelt Família II. életbiztosítási szerződésekre alkalmazni kell, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték.

2. A biztosító és a szerződő fél között a jelen Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételek alapján létrejött szerződésre az itt nem szabályozott kérdésekben az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek, valamint a Polgári törvénykönyv rendelkezései az irányadók.

A biztosítási szolgáltatás

3. A biztosító a biztosítási díj megfizetése ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy

- a biztosított – biztosítási tartam lejáratát megelőzően bekövetkezett és biztosítási eseménynek minősülő – halála esetén az annak időpontjában aktuális biztosítási összeg 25%-át (a haláleseti biztosítási összeget) fizeti ki azzal, hogy bár a díjfizetési kötelezettség a biztosított halálával megszűnik, a biztosítási tartam lejáratakor az értéknövelés szabályai szerint akkor aktuális biztosítási összeget is kifizeti. A haláleseti biztosítási összeg kifizetésével a biztosítási összeg nem csökken;
- a biztosítottnak a biztosítási tartam lejáratkori életben léte esetén az akkor aktuális biztosítási összeget fizeti ki az arra jogosultnak;
- a biztosítási tartam lejáratakor esedékes biztosítási összegre jogosult kérelmére a biztosítási összeg kifizetése helyett határozott tartamú járadékszolgáltatást nyújt a jelen Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételekben meghatározottak szerint.

A biztosítási esemény

4. Biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkezett halála, valamint az, ha a biztosított a biztosítási tartam végén életben van.

Azt, hogy a biztosított halála mely esetekben nem minősül biztosítási eseménynek, az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek tartalmazzák.

A biztosítási tartam

5. A biztosítási tartam kezdetétől annak lejáratáig terjedő idő legalább egy, de legfeljebb negyven, egész számú év lehet és a biztosítási tartam végének meg kell előznie a biztosított 71. születésnapját. A kívánt biztosítási tartamot e határokon belül a szerződő határozza meg.

A biztosítási összeg

6. A biztosítási összeg az a pénzösszeg, amelynek megfizetését a biztosító a biztosítási tartam lejárat esetén vállalja. A haláleseti biztosítási összeg a haláleset időpontjában aktuális biztosítási összeg 25%-a.

A biztosítás kezdeti biztosítási összegét az ajánlattételkor a szerződő határozza meg. A biztosítási összeg a biztosítási tartam alatt az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 16/d. pontjában, valamint a III. és a IV. fejezetében foglaltak szerint változhat.

7. Az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 5. pontja a Família II. életbiztosításra nem alkalmazható.

A kedvezményezett

8. Az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 8. pontjának utolsó bekezdésében foglaltaktól eltérően, ha a szerződő nem jelölt kedvezményezettet, vagy kedvezményezés a biztosítási esemény bekövetkeztekor nincs hatályban, a biztosító

- a lejáratkor esedékes biztosítási összeget a biztosítottnak,
- a lejáratkor esedékes biztosítási összeget a biztosított

örökösének, ha a biztosított a biztosítási tartamon belüli meghalt,

- a haláleseti biztosítási összeget a biztosított örökösének fizeti ki.

Díjmentesítés

9. Az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek IV. fejezetében szabályozott díjmentesítésre csak a biztosítási tartam kezdetétől számított – díjjal fedezett – két év eltelte után van mód.

A biztosított biztosítási eseménynek minősülő halála, mint a szerződést meg nem szüntető ok

10. Az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 30. pontja a Família II. életbiztosításra nem alkalmazható. A biztosítottnak – a kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett – biztosítási eseménynek minősülő halála esetén a biztosítási szerződés nem szűnik meg. Ez nem vonatkozik a jelen feltételek 11. 12. 13. pontjában foglalt esetekre.

Mentesülés a biztosítási összeg és a haláleseti biztosítási összeg kifizetése alól

11. A biztosító mentesül a biztosítási összeg és a haláleseti biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított halála a kedvezményezett szándékos magatartása miatt következett be. Ebben az esetben a biztosító a visszavásárlási összeget fizeti ki a szerződő, illetőleg ha a szerződő és a biztosított azonos, akkor a szerződő örököse részére, feltéve, hogy a visszavásárlási összeg kifizetésére a jelen feltételek szerint lehetőség van. Ha a jelen feltételek szerint a visszavásárlási összeg kifizetésére nincs lehetőség, akkor a biztosítás kifizetés nélkül szűnik meg a biztosított halála hónapjának utolsó napjával.

12. A szerződés a biztosítási összeg és a haláleseti biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, és a biztosító az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 19. pontja szerinti díjtartalékot köteles visszatéríteni a szerződőnek (ha a szerződő a biztosítottal azonos személy, akkor a szerződő örökösének), ha a biztosított

a) szándékosan elkövetett, súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, vagy

b) a szerződés létrejöttét követő 2 éven belül elkövetett öngyilkosság következtében **halt meg.**

13. A szerződés a biztosítási összeg és a haláleseti biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg akkor is, ha a biztosított halála az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 3. pontjában foglaltak szerint nem minősül biztosítási eseménynek. Ebben az esetben a biztosító a visszavásárlási összeget fizeti ki a szerződőnek (ha a szerződő a biztosítottal azonos személy, akkor a szerződő örökösének).

14. Az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 33. és 34. pontja a Família II. életbiztosításra nem alkalmazható.

15. Az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek közlési kötelezettségre vonatkozó rendelkezései (13.-16. pontok) azzal az eltéréssel alkalmazandók, hogy ha a biztosított a kockázatviselési időszakban meghal és a biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése ellenére mentesül a haláleseti biztosítási összeg kifizetése alól közlési kötelezettség megsértése miatt, akkor a biztosítás – a jelen feltételek 10. pontja ellenére – megszűnik annak a hónapnak az utolsó napjával, amelyben a biztosított halála bekövetkezett.

Visszavásárlási összeg kifizetése

16. Ha az életbiztosítási szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg (az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 28. és 29. pontjaiban, valamint a jelen Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételek 11., 13. és 15. pontjaiban foglalt esetekben), a biztosító a szerződés megszűnésekor érvényes visszavásárlási összegét – az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 19. pontja szerinti biztosítási díjtartaléknak a 80%-át – fizeti ki a szerződőnek.

A biztosító a visszavásárlási összeg kifizetésére csak akkor köteles, ha a biztosítási tartam kezdetétől legalább 2 év eltelt és a szerződés megszűnésének időpontjáig esedékes díjakat hiánytalanul megfizették.

A visszavásárlási összeg értékére a kötvény mellékletét képező visszavásárlási táblázat ad iránymutatást.

Választható járadékszolgáltatás

17. A biztosítási tartam lejáratakor esedékes biztosítási összegre jogosult személy (a továbbiakban: járadékos) a neki járó biztosítási szolgáltatás egyösszegű kifizetése helyett kérheti annak részletekben történő teljesítését is, határozott tartamú járadékszolgáltatás formájában. A járadékszolgáltatás tartama 3, 4 vagy 5 év lehet.

18. Más megállapodás hiányában a járadékszolgáltatás minden hónap első napján, előre esedékes. A biztosító a járadékot a felek megállapodása szerint negyedévente, félévente vagy évente folyósítja.

19. A járadék összege a járadékfolyósítás megkezdése utáni biztosítási évfordulókon akkora mértékben emelkedik, amekkora összegemelésre a járadékszolgáltatás tartaléka többelthozamának legalább 85%-a fedezetet nyújt. A járadék összegének emelésére akkor van mód, ha a járadékszolgáltatás tartaléka befektetésének a megelőző évi hozama a 3,5%-ot meghaladja.

20. A 100 000 Ft biztosítási összegnek megfelelő éves járadék összegét az alábbi táblázat tartalmazza:

A járadékszolgáltatás tartama (év)	Éves járadékösszeg (Ft)
3	33 160
4	25 293
5	20 577

21. A járadékos évenként – vagy kivételes és indokolt egyéb esetben is – a biztosító felhívására, e felhívás kézhezvételétől számított 15 napon belül köteles életben létét a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal, vagy más egyéb hitelt érdemlő módon igazolni. Ha a járadékos ezen kötelezettségének nem tesz eleget, a biztosító a járadék folyósítását a járadékos – életben létére vonatkozó – adatközlési kötelezettségének teljesítéséig szüneteltetheti. Ha a szünetelés tartama alatt a járadékos eleget tesz igazolási kötelezettségének, a biztosító az igazolás kézhezvételétől számított 15 napon belül az addig esedékessé vált járadékot egy összegben kifizeti.

22. Ha a járadékos a járadékfolyósítás időtartama alatt meghal, akkor a járadékszolgáltatásra az elhunyt járadékos örököse jogosult.

Allianz Hungária Biztosító Részvénytársaság

1054 Budapest, Bajcsy-Zsilinszky út 52.

Cégjegyzékszám: Fővárosi Bíróság, mint Cégbíróság

Cg. 01-10-041356

Lépéselőny II.

elérésre és halálesetre szóló, lépcsőzetes szolgáltatású életbiztosítás különös szerződési feltételei

1. Jelen Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételek azokat a feltételeket tartalmazzák, amelyeket az Allianz Hungária Biztosító Rt. (a továbbiakban: biztosító) által művelt Lépéselőny II. életbiztosítási szerződésekre alkalmazni kell, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték.

2. A biztosító és a szerződő fél között a jelen Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételek alapján létrejött szerződésre az itt nem szabályozott kérdésekben az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek, valamint a Polgári törvénykönyv rendelkezései az irányadók.

A biztosítási szolgáltatás

3. A biztosító a biztosítási díj megfizetése ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási összeget fizeti ki a kedvezményezettnek az alábbiak szerint:

- a) a biztosított – biztosítási eseménynek minősülő – halála esetén az értéknövelés szabályai szerint akkor aktuális biztosítási összeget, amely nem csökken a 3/b pontban meghatározott szolgáltatások teljesítésével,
- b) a biztosítás tartam közbeni kifizetési évfordulóinak, illetve a tartam lejáratának a biztosított által életben történő elérése esetén az értéknövelés szabályai szerint akkor aktuális biztosítási összeg 4. pontban meghatározott hányadát.

4. A 3/b pontban meghatározott elérési szolgáltatások mértéke:

15 éves tartamra kötött biztosítás esetén

- az 5. biztosítási évfordulón az akkor aktuális biztosítási összeg 20 százaléka,
- a 10. biztosítási évfordulón az akkor aktuális biztosítási összeg 20 százaléka.

- a biztosítási tartam lejáratakor az akkor aktuális biztosítási összeg 60 százaléka;

20 éves tartamra kötött biztosítás esetén

- az 5. biztosítási évfordulón az akkor aktuális biztosítási összeg 20 százaléka,
- a 10. biztosítási évfordulón az akkor aktuális biztosítási összeg 20 százaléka,
- a 15. biztosítási évfordulón az akkor aktuális biztosítási összeg 20 százaléka,
- a biztosítási tartam lejáratakor az akkor aktuális biztosítási összeg 40 százaléka.

5. Ha a biztosítási tartam közbeni elérési szolgáltatást az arra jogosult (a biztosított vagy a kedvezményezett) nem kívánja felvenni, és erről az évfordulót követő 15 napon belül írásban nyilatkozik a biztosítottnak, a szolgáltatás a biztosítási tartam végén válik esedékessé, kivéve, ha a biztosított a tartamon belül meghal, vagy a szerződés egyébként megszűnik. Ez utóbbi esetekben a biztosító e szolgáltatást a biztosított halálakor, illetve a szerződés megszűnésekor teljesíti az alábbiak szerint:

- a biztosított halála esetén: ha a szolgáltatást a biztosított nem vette fel, a haláleseti kedvezményezettnek; ha a szolgáltatást a kedvezményezett nem vette fel, a kedvezményezettnek;
- a szerződés megszűnésének egyéb eseteiben az e szolgáltatásra jogosult kedvezményezettnek, illetőleg biztosítottnak.

A fel nem vett szolgáltatás összegét a biztosító a biztosítási évfordulókon évi 3,5%-kal emeli. Amennyiben a szolgáltatás tartaléka befektetésének a megelőző évi hozama a 3,5%-ot meghaladja, a biztosító a fel nem vett szolgáltatás tartaléka többlethozamának legalább a 85%-át a fel nem vett szolgáltatás összegének emelésére fordítja.

6. Az 5. pontban foglaltak nem alkalmazhatók abban az esetben, ha a biztosítási tartam közbeni elérési szolgálta-

tásra jogosult e szolgáltatás fel nem vételéről az évfordulót követő 15 napon belül írásban nem nyilatkozik a biztosítónak.

A biztosítási esemény

7. Biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkezett halála, valamint az, ha a biztosított a biztosítási tartamon belüli, a 4. pontban meghatározott évfordulókon, illetőleg a biztosítási tartam lejáratakor életben van.

Azt, hogy a biztosított halála mely esetekben nem minősül biztosítási eseménynek, az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek tartalmazzák.

A biztosítási tartam

8. A biztosítási tartam kezdetétől annak lejáratáig terjedő idő 15 vagy 20 év lehet, de a biztosítási tartam végének meg kell előznie a biztosított 71. születésnapját.

A biztosítási összeg

9. A biztosítási összeg az a pénzösszeg, amelynek megfizetését a biztosító a jelen Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételek 3. pontjában meghatározottak szerint vállalja.

A biztosítás kezdeti biztosítási összegét az ajánlattételkor a szerződő határozza meg. A biztosítási összeg a biztosítási tartam alatt az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 16/d. pontjában, valamint a III. és a IV. fejezetében foglaltak szerint változhat.

10. Az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 5. pontja a Lépéselőny II. életbiztosításra nem alkalmazható.

A biztosított

11. Biztosított az a szerződés létrejöttékor legalább 18, de legfeljebb

- 15 éves tartamú biztosítás esetén – 56,
 - 20 éves tartamú biztosítás esetén – 51
- éves belépési korú természetes személy, akinek személyére a biztosítási szerződés létrejött.

A biztosító a szerződéskötéskor a biztosított belépési korát úgy állapítja meg, hogy a biztosítási tartam kezdetének évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.

12. Az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 7. pontja a Lépéselőny II. életbiztosításra nem alkalmazható.

Az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 16/e. pontjában meghatározott esetben az ott szereplő maximális belépési kor (65 év) helyet a jelen feltételek 11. pontja szerinti belépési korok vonatkoznak.

A biztosítási díjtartalék nagysága

13. Lépéselőny életbiztosításnál a díjtartalék nagysága függ a biztosítás tartamától, a biztosítási tartamból eltelt díjjal fedezett évek számától, a biztosított nemétől, belépési korától, a biztosítási összeg nagyságától és a már kifizetett elérési szolgáltatások nagyságától.

14. Az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 19. pontjának utolsó bekezdése a Lépéselőny II. életbiztosításra nem alkalmazható.

Díjmentesítés

15. A biztosítás díjmentesítése történhet kérelemre vagy a szerződő díjnemfizetése következményeként, feltéve, hogy a biztosítás díjmentes érvényben maradásának feltételei fennállnak. Díjmentesítés esetén az életbiztosítási szerződés további díjfizetés nélkül és csökkentett biztosítási összeggel marad érvényben.

Díjmentesítésre a biztosítási tartam kezdetétől számított – díjjal fedezett – 2 év eltelte után van mód.

Kérelemre történő díjmentesítés

16. A szerződő – a biztosított egyidejű, írásos értesítése mellett – írásban nyilatkozhat a biztosítónak arról, hogy a szerződést a további díjak megfizetése nélkül kívánja érvényben tartani. A díjmentesítés napja a szerződő nyilatkozatában foglaltaknak megfelelő jövőbeli időpont. Ha a szerződő a nyilatkozatában a díjfizetés beszüntetésének kezdetét és ezzel együtt a díjmentesítés napját

külön nem jelölte meg, akkor annak a szerződő nyilatkozatát követő hónap első napja tekintendő.

17. A biztosító a szerződő díjmentesítési igényét a biztosításnak egy olyan egyszeri díjfizetésű biztosításra való átdolgozásával teljesíti, amely a jelen Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételek 3/b. pontjában meghatározott tartam közbeni elérési szolgáltatásra nem jogosít, és amelynek a biztosítási tartam lejáratakor fizetendő elérési biztosítási összege megegyezik a haláleseti biztosítási összeggel. A biztosító az egyszeri díjfizetésű biztosítás díjaként az átdolgozandó biztosításnak a díjmentesítés napján érvényes visszavásárlási összegét – az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 19. pontja szerinti biztosítási díjtartaléknak a 80%-át – számolja el. Ha a díjmentesítés napján a biztosítási szerződés visszavásárlási összeggel nem rendelkezik, akkor a díjmentesítésre nincs lehetőség.

18. Az átdolgozott biztosítás akkora biztosítási összeggel marad érvényben, amekkora biztosítási összegről a 17. pontban leírt egyszeri díj az Allianz Hungária Biztosító Rt. által a jelen Lépéselőny II. biztosítási konstrukció díjmentesítéséhez kidolgozott Harmónia II. egyszeri díjfizetésű vegyes életbiztosítás díjszabása szerint fedezetet nyújt. Ha az egyszeri díj nem fedezi azokat a biztosítási költségeket, amelyek a díjmentesítés után felmerülnek, akkor a biztosító a szerződő díjmentesítési igényét nem teljesíti, és erről a szerződőt értesíti. Ha a biztosító értesítette a szerződőt, hogy a díjmentesítés iránti igény nem volt teljesíthető, és a szerződő az esedékessé vált biztosítási díjakat a mindenkor törvényes kamatokkal együtt az első elmaradt díj esedékességének napját követő 60 napon belül nem fizeti meg, akkor a szerződés az első elmaradt díj esedékességének a napját követő 61. napon 0 órakor megszűnik.

Értéknövelés díjmentes biztosítás esetén: Ha az életbiztosítási díjtartalék rendelkezik befektetési többlethozammal (Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 20. pont), akkor a díjmentesített biztosítás biztosítási összege a díjmentesítés utáni biztosítási évfordulókon akkora mértékben emelkedik, amekkora emelésre a visszajuttatott többlethozam fedezetet nyújt.

19. Az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 25. és 26. pontja a Lépéselőny II. életbiztosításra nem alkalmazható.

A biztosítási díj nemfizetésének következményei

20. Ha a szerződő a biztosítási díjat az esedékesség napjától számított 30. nappal bezárólag nem fizeti meg, akkor a biztosítás a díj esedékessége utáni 31. naptól díjmentesített biztosításként marad fenn.

A díj nemfizetés miatti díjmentesítés esetén a biztosító a biztosítást annak egy olyan egyszeri díjfizetésű biztosításra való átdolgozásával teljesíti, amely a jelen Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételek 3/b. pontjában meghatározott tartam közbeni elérési szolgáltatásra nem jogosít, és amelynek a biztosítási tartam lejáratakor fizetendő elérési biztosítási összege megegyezik a haláleseti biztosítási összeggel. A biztosító az egyszeri díjfizetésű biztosítás díjaként az átdolgozandó biztosításnak a díjmentesítés napján érvényes visszavásárlási összegét – az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 19. pontja szerinti biztosítási díjtartaléknak a 80%-át – számolja el. A díjmentesítés napja annak a hónapnak az első napja, ameddig a szerződő díjfizetési kötelezettségének eleget tett. Ha a díjmentesítés napján a biztosítási szerződés visszavásárlási összeggel nem rendelkezik, akkor a díjmentesítésre nincs lehetőség.

Az átdolgozott biztosítás akkora biztosítási összeggel marad érvényben, amekkora biztosítási összegről a 20. pontban leírt egyszeri díj az Allianz Hungária Biztosító Rt. által a jelen Lépéselőny II. biztosítási konstrukció díjmentesítésére kidolgozott Harmónia II. egyszeri díjfizetésű vegyes életbiztosítás díjszabása szerint fedezetet nyújt.

Ha az életbiztosítási díjtartalék rendelkezik befektetési többlethozammal (Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 20. pont), akkor a díj nemfizetés miatt díjmentesített biztosítás biztosítási összege a díjmentesítés utáni biztosítási évfordulókon akkora mértékben emelkedik, amekkora emelésre a visszajuttatott többlethozam fedezetet nyújt.

Ha a díjmentesítéskor a visszavásárlási összeg, mint egyszeri díj nem fedezi a díjmentesítés után felmerülő biztosítási költségeket, akkor a biztosítási szerződés a díj esedékessége napjától számított 31. napon 0 órakor megszűnik.

Ha a díjmentesítésre nincs lehetőség, akkor a biztosítási szerződés a díj esedékessége napjától számított 31. napon 0 órakor megszűnik.

Ha a szerződő a díjnemfizetés miatt díjmentessé vált biztosítás összes elmaradt díját a mindenkorı törvényes kamatokkal együtt az első elmaradt díj esedékességétől számított 60 napon belül megfizeti, a biztosítás az elmaradt díj megfizetésének napjától úgy folytatódik, mintha az addig esedékes díjakat az esedékesség napján fizették volna meg.

21. Az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 27. pontja a Lépéselőny II. életbiztosításra nem alkalmazható.

Az elérési szolgáltatás kifizetése

22. Ha a biztosítási tartam lejáratakor, illetőleg a jelen Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételek 4. pontjában meghatározott biztosítási évfordulón a biztosított életben van, és ezt igazolja, akkor a biztosító a biztosítási tartam lejáratakor, illetve az évfordulón aktuális, a 4. pont szerinti elérési szolgáltatás összegét az igazolástól számított 15 napon belül kifizeti az elérési szolgáltatásra jogosultnak.

23. Az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 38. pontja a Lépéselőny II. életbiztosításra nem alkalmazható.

Visszavásárlási összeg kifizetése

24. Ha az életbiztosítási szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg (az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 28., 29., 33. és 34/b. pontjaiban foglalt esetekben), a biztosító a szerződés megszűnésekor érvényes visszavásárlási összegét – az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 19. pontja szerinti biztosítási díjtartaléknak a 80%-át – fizeti ki a szerződőnek.

A biztosító a visszavásárlási összeg kifizetésére csak akkor köteles, ha a biztosítási tartam kezdetétől legalább 2 év eltelt és a szerződés megszűnésének időpontjáig esedékes díjakat hiánytalanul megfizették.

A visszavásárlási összeg értékére a kötvény mellékletét képező visszavásárlási táblázat ad iránymutatást.

Eltérés a korábbi szerződési gyakorlattól

25. Az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételekben foglaltakon túl eltér a biztosító által korábban alkalmazott szerződési gyakorlattól, hogy a biztosítási tartam 15 vagy 20 év lehet.

Allianz Hungária Biztosító Részvénytársaság
1054 Budapest, Bajcsy-Zsilinszky út 52.
Cégjegyzékszám: Fővárosi Bíróság, mint Cégbíróság
Cg. 01-10-041356

Prémium

életbiztosítás különös szerződési feltételei

1. Jelen Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételek azokat a feltételeket tartalmazzák, amelyeket az Allianz Hungária Biztosító Rt. (a továbbiakban: biztosító) által művelt Prémium életbiztosítási szerződésekre alkalmazni kell, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték.

2. A biztosító és a szerződő fél között a jelen Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételek alapján létrejött szerződésre az itt nem szabályozott kérdésekben az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek, valamint a Polgári törvénykönyv rendelkezései az irányadók.

A biztosítási szolgáltatás

3. A biztosító a biztosítási díj megfizetése ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy

- a) a biztosítottnak a biztosítási tartam lejáratakor életben léte esetén
 - az értéknövelés szabályai szerint akkor aktuális biztosítási összeget (elérési biztosítási összeget) fizeti ki, vagy
 - a jelen Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételek 35. pontjában foglaltak szerinti járadékszolgáltatást nyújtja a jogosult kérelmére.
- b) a biztosított – biztosítási eseménynek minősülő – nem baleseti eredetű halála esetén a szerződésre a halál időpontjáig befizetett díjnak az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek III. fejezetében foglaltak szerint megnövelt összegét visszatéríti a kedvezményezettnek (haláleseti díjvisszatérítés). A haláleseti díjvisszatérítés az utoljára fizetett díj összegének és a fizetett díjak számának a szorzatával egyenlő.
- c) a biztosított – biztosítási eseménynek minősülő – baleseti eredetű halála esetén a halál időpontjában aktuális biztosítási összeget (haláleseti biztosítási összeget) fizeti ki.
- d) a biztosított – biztosítási eseménynek minősülő – nyugdíjbiztosítási igazgatóság által baleseti rokkantsági alapon megállapított, a társadalombiztosítási nyugellá-

tásról szóló 1997. évi LXXXI. törvény szerinti I., II. vagy III. fokozatú rokkanttá válása esetén átvállalja a szerződőtől a biztosítás díjának fizetését (továbbiakban rokkantsági díjmentesítés) arra a – biztosítási tartamból hátralévő – időtartamra, amelyre a szerződőnek a biztosítás díját a szerződési feltételek szerint meg kellene fizetnie, feltéve, hogy a biztosítási szerződés díjnemfizetés miatt díjmentesítésre még nem került.

A biztosító a rokkantsági díjmentesítést követően úgy tekinti, mintha a szerződő a biztosítási évfordulókon élt volna a biztosító által nyújtott – az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek III. fejezetében meghatározott – díjmelési lehetőséggel, így ennek megfelelően emeli meg a díjmentesített biztosítás biztosítási összegét.

A baleset fogalma

4. A jelen feltételek alkalmazásában balesetnek a biztosított akaratán kívül hirtelen fellépett olyan külső behatás minősül, amelynek következtében a biztosított a kockázatviselési időszakban

- legkésőbb egy éven belül meghal, vagy
- legkésőbb két éven belül a társadalombiztosítási nyugellátásról szóló 1997. évi LXXXI. törvény szerinti I., II. vagy III. rokkantsági csoportba tartozó rokkanttá válik.

5. A jelen feltételek szerint nem minősül balesetnek a megemelés, rándulás, fagyás, napszúrás, hőguta, porckorongsérülés, sérv, agyvérzés, továbbá a nem baleseti eredetű vérzés.

A biztosítási esemény

6. Biztosítási esemény a biztosítottnak a) a biztosítási tartam végén való életben léte, valamint a kockázatviselési időszakban bekövetkezett

- b) nem baleseti eredetű halála,
- c) baleseti eredetű halála,
- d) balesetből eredő, baleseti rokkantsági alapon a társadalombiztosítási nyugellátásról szóló 1997. évi LXXXI. törvény szerinti I., II. vagy III. rokkantsági csoportba tartozó rokkanttá válása, ha azt az Országos Orvosszakértői Intézet szakvéleménye alapján a nyugdíjbiztosítási igazgatóság a baleset bekövetkeztétől számított 2 éven belül megállapítja.

Az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 3. pontjának második bekezdése – mely arról rendelkezik, hogy a biztosított halála mely esetekben nem minősül biztosítási eseménynek –, a Prémium életbiztosításra nem vonatkozik.

A biztosítási tartam

7. A biztosítási tartam kezdetétől annak lejáratáig terjedő idő legalább egy, de legfeljebb negyven, egész számú év lehet és a biztosítási tartam végének meg kell előznie a biztosított 71. születésnapját. A kívánt biztosítási tartamot e határokon belül a szerződő határozza meg.

A biztosítási összeg

8. A biztosítási összeg az a pénzösszeg, amelynek megfizetését a biztosító a jelen Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételek 6/a. és 6/c. pontja szerinti biztosítási esemény bekövetkezte esetén vállalja.

A biztosítás kezdeti biztosítási összegét az ajánlattételkor a szerződő határozza meg. A biztosítási összeg a biztosítási tartam alatt az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételeknek az értéknövelésre vonatkozó III. fejezete, valamint a jelen Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételeknek a díjmentesítésre vonatkozó 17-20. pontjai szerint változhat.

9. Az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 5. pontja a Prémium életbiztosításra nem alkalmazható.

A kedvezményezett

10. Kedvezményezett a szerződő által megjelölt személy, aki a jelen Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételek 6/b. és 6/c. pontja szerinti biztosítási esemény bekövetkezte esetén a 3/b. és 3/c. pontban

foglalt haláleseti szolgáltatás igénybevételére, illetve a 6/a. pont szerinti biztosítási esemény bekövetkezte esetén a biztosítási tartam lejáratakor kifizetendő 3/a. pontban foglalt elérési biztosítási összeg felvételére, illetve járadékszolgáltatásra jogosult.

11. Az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 8. pontjának első bekezdése a Prémium életbiztosításra nem vonatkozik.

A biztosítás hatályba lépése

12. Az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 35. pontjában meghatározott várakozási idő Prémium életbiztosítás esetén nincs.

A díjfizetés tartama, a biztosítási díj esedékessége

13. A biztosítás díja a teljes biztosítási tartam alatt, ezen belül legfeljebb a biztosított halála hónapjának utolsó napjáig, vagy a szerződés korábbi megszűntéig, vagy a jelen Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételek 17-22. pontjaiban meghatározott díjmentesítés, illetőleg a jelen Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételek 3/d. pontja szerinti rokkantsági díjmentesítés napjáig fizetendő.

14. Az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 18. pontjának első bekezdése a Prémium életbiztosításra nem vonatkozik.

A biztosítási díjtartalék

15. A biztosító a befizetett díjakat a biztosítási díj számításakor meghatározott költségei levonása után a jelen Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételek 3. pontjában meghatározott biztosítási szolgáltatás fedezetére fordítja.

A biztosítási díjtartalék szolgál a biztosítás visszavásárlásának (29. pont), díjmentesítésének (Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételek 17-22. pont) és a befektetések többleshozamából történő részesedésnek (Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek III. fejezet) a számítási alapjául.

A díjtartalék nagysága függ a biztosítás tartamától, a biztosítási tartamból eltelt díjjal fedezett évek számától és a biztosítási összeg nagyságától.

16. Az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 19. pontja a Prémium életbiztosításra nem vonatkozik.

A díjmentesítés

17. A biztosítás díjmentesítése történhet kérelemre vagy a szerződő díjnemfizetése következményeként, feltéve, hogy a biztosítás díjmentes érvényben maradásának feltételei fennállnak. Díjmentesítés esetén az életbiztosítási szerződés további díjfizetés nélkül és csökkentett biztosítási összeggel marad érvényben.

Díjmentesítésre a biztosítási tartam kezdetétől – díjjal fedezett – számított 3 év eltelte után van mód.

Kérelemre történő díjmentesítés

18. A szerződő – a biztosított egyidejű, írásos értesítése mellett – írásban nyilatkozhat a biztosítónak arról, hogy a szerződést a további díjak megfizetése nélkül kívánja érvényben tartani. A díjmentesítés napja a szerződő nyilatkozatában foglaltaknak megfelelő jövőbeli időpont. Ha a szerződő a nyilatkozatában a díjfizetés beszüntetésének kezdetét és ezzel együtt a díjmentesítés napját külön nem jelölte meg, akkor annak a szerződő nyilatkozatát követő hónap első napja tekintendő.

A biztosító a szerződő díjmentesítés iránti igényét a biztosítás egyszeri díjfizetésű változatára való átdolgozásával teljesíti. A biztosító az egyszeri díjfizetésű biztosítás díjaként az átdolgozandó biztosításnak a díjmentesítés napján érvényes visszavásárlási összegét – a 15. pont szerinti biztosítási díjtartaléknak a 95%-át – számolja el. Ha a díjmentesítés napján a biztosítási szerződés visszavásárlási összeggel nem rendelkezik, akkor a díjmentesítésre nincs lehetőség.

19. Az átdolgozott biztosítás akkora biztosítási összeggel marad érvényben, amekkora biztosítási összegre a 18. pontban leírt egyszeri díj a díjszabás szerint fedezetet nyújt.

Ha az egyszeri díj nem fedezi azokat a biztosítási költségeket, amelyek a díjmentesítés után felmerülnek, akkor a biztosító a szerződő díjmentesítési igényét nem teljesíti, és erről a szerződőt értesíti. Ha a biztosító értesítette a szerződőt, hogy a díjmentesítés iránti igény nem volt teljesíthető, és a szerződő az esedékessé vált biztosítási díjakat a mindenkor törvényes kamatokkal együtt az első elmaradt díj esedékességének napját követő

60 napon belül nem fizeti meg, akkor a szerződés az első elmaradt díj esedékességének a napját követő 61. napon 0 órakor megszűnik.

Értéknövelés díjmentes biztosítás esetén: Ha az életbiztosítási díjtartalék rendelkezik befektetési többlethozammal (15. pont), akkor a díjmentesített biztosítás biztosítási összege a díjmentesítés utáni biztosítási évfordulókon akkora mértékben emelkedik, amekkora emelésre a visszajuttatott többlethozam fedezetet nyújt.

20. Az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 25. és 26. pontja a Prémium életbiztosításra nem alkalmazható.

A biztosítási díj nemfizetésének következményei

21. Ha a szerződő a biztosítási díjat az esedékesség napjától számított 30. nappal bezárólag nem fizeti meg, akkor a biztosítás a díj esedékessége utáni 31. naptól díjmentes biztosításként marad fenn. A díjnemfizetés miatti díjmentesítés esetén a biztosító a biztosítást annak egyszeri díjfizetésű változatára dolgozza át. A biztosító az egyszeri díjfizetésű biztosítás díjaként az átdolgozandó biztosításnak a díjmentesítés napján érvényes visszavásárlási összegét – a 15. pont szerinti biztosítási díjtartaléknak a 95%-át – számolja el. A díjmentesítés napja annak a hónapnak az első napja, ameddig a szerződő díjfizetési kötelezettségének eleget tett. Ha a díjmentesítés napján a biztosítási szerződés visszavásárlási összeggel nem rendelkezik, akkor a díjmentesítésre nincs lehetőség. Az átdolgozott biztosítás akkora biztosítási összeggel marad érvényben, amekkora biztosítási összegre a visszavásárlási összeg, mint az egyszeri díjas változatú biztosítás díja a díjszabás szerint fedezetet nyújt.

Ha az életbiztosítási díjtartalék rendelkezik befektetési többlethozammal (15. pont), akkor a díjnemfizetés miatt díjmentesített biztosítás biztosítási összege a díjmentesítés utáni biztosítási évfordulókon akkora mértékben emelkedik, amekkora emelkedésre a visszajuttatott többlethozam fedezetet nyújt.

Ha díjmentesítéskor a visszavásárlási összeg, mint egyszeri díj nem fedezi a díjmentesítés után felmerülő biztosítási költségeket, akkor a biztosítási szerződés a díj esedékessége napjától számított 31. napon 0 órakor megszűnik. Ha a díjmentesítésre nincs lehetőség, akkor a biztosítási szerződés a díj esedékessége napjától számított 31. napon 0 órakor megszűnik.

Ha a szerződő a díjnemfizetés miatt díjmentessé vált biztosítás összes elmaradt díját a mindenkori törvényes kamatokkal együtt az első elmaradt díj esedékességétől számított 60 napon belül megfizeti, a biztosítás az elmaradt díj megfizetésének napjától úgy folytatódik, mintha az addig esedékes díjakat az esedékesség napján fizették volna meg.

22. Az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 27. pontja a Prémium életbiztosításra nem alkalmazható.

A biztosító mentesülése

23. A biztosító mentesül a baleseti eredetű halálra vonatkozó baleset-biztosítási (3/c. pont) és a rokkantsági díjmentesítési (3/d. pont) szolgáltatási kötelezettség teljesítése alól, ha a biztosítási esemény

- a) a kedvezményezett szándékos magatartásának következménye,
- b) a biztosított olyan balesetével függ össze, amelyet jogellenesen a biztosított, a szerződő vagy a szerződővel, illetőleg a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozó szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott.

Súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak tekintendő a baleset különösen akkor, ha a baleset a biztosított, illetőleg a szerződő fél

- szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben,
- ittas állapotával vagy kábító-, illetve egyéb bódulatot keltő szer hatása alatti állapotával okozati összefüggésben,
- jogosítvány nélküli vagy ittas gépjárművezetése közben

következett be.

Ittas állapotnak a jelen pont szempontjából az minősül, ha a biztosított véralkohol koncentrációja meghaladta a 0,8 ezreléket.

Kizárások

24. A biztosító nem teljesít baleseti eredetű halálra vonatkozó baleset-biztosítási (3/c. pont) és a rokkantsági díjmentesítési (3/d. pont) szolgáltatást, ha a biztosítási esemény a biztosítottnak

- a) harci eseményekben, háborús vagy polgárháborús cselekményekben való részvétellel összefüggésben,

- b) felkelésben, lázadásban, zavargásban való részvétellel összefüggésben (kivéve azt az esetet, ha erre hivatali vagy közszolgálati kötelezettség teljesítése miatt került sor),
 - c) atommag szerkezeti módosulása, illetőleg radioaktív sugárzás vagy egyéb ionizáló sugárforrás hatása miatt (ha azt nem terápiás célból alkalmazták),
 - d) orvosi javaslat nélküli vagy nem az előírt adagolásban való gyógyszereszedése miatt,
 - e) elme- vagy tudatzavarával, bármilyen okú eszméletvesztésével, illetve öngyilkosságával vagy annak kísérletével okozati összefüggésben,
 - f) saját maga vagy hozzájárulásával mások által végzett gyógyító célú kezelés és beavatkozás folytán előidézett testi károsodása következtében (kivéve, ha erre valamely biztosítási esemény miatt került sor),
- következett be.

25. Nem teljesít a biztosító baleseti eredetű halálra vonatkozó baleset-biztosítási és rokkantsági díjmentesítési szolgáltatást, ha a biztosított a balesettel összefüggésben előírt orvosi kezelésnek nem vetette alá magát, vagy nem követte az orvosi utasításokat, és ezzel gyógyulását akadályozta.

26. A rokkantsági díjmentesítési szolgáltatás tekintetében a baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek és testrészek a biztosító kockázatviseléséből ki vannak zárva.

27. A biztosító 23/b. pont szerinti mentesülése és a 24. vagy 25. pont szerinti kizárás esetén a baleseti eredetű halálra vonatkozó baleset-biztosítási szolgáltatás (3/c. pont) helyett haláleseti díjvisszatérítési szolgáltatást (3/b. pont) teljesít.

28. Az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételeknek a mentesülésre vonatkozó 33. és 34. pontja a Prémium életbiztosításra nem vonatkozik.

A visszavásárlási összeg kifizetése

29. Ha a biztosítási szerződés a 3/a., illetve 3/c. pontban foglalt biztosítási összeg, vagy a 3/b. pontban foglalt haláleseti díjvisszatérítés kifizetése nélkül szűnik meg (az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 28. és 29. pontjában foglalt esetekben), valamint akkor, ha a biztosító a 23/a. pontban foglaltaknak megfelelően mentesül a baleset-biztosítási szolgáltatás kifizetése alól, a biztosító a szerződés megszűnésekor érvényes

visszavásárlási összegét – a 15. pont szerinti biztosítási díjtartaléknak a 95%-át – fizeti ki a szerződőnek. A biztosító a visszavásárlási összeg kifizetésére csak akkor köteles, ha a biztosítási tartam kezdetétől számított 3 év eltelt, és a szerződés megszűnésének időpontjáig esedékes díjakat hiánytalanul megfizették.

A visszavásárlási összeg értékére a kötvény mellékletét képező visszavásárlási táblázat ad iránymutatást.

A haláleseti szolgáltatás kifizetése, és a rokkantsági díjmentesítés teljesítése

30. A 6/b., 6/c., illetve 6/d. pontban foglalt biztosítási eseményt a bekövetkeztétől számított 8 napon belül be kell jelenteni a biztosítónak, és a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését. Ennek elmulasztása esetén, amennyiben emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak, a biztosító megtagadhatja a 3/c., illetve 3/d. pontban meghatározott biztosítási szolgáltatás teljesítését.

31. A biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához szükséges iratok a következők:

- halál esetén a halotti anyakönyvi kivonat,
- halál esetén a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány,
- a biztosítási esemény igazolásához kapcsolódó orvosi iratok,
- halál esetén, ha a kedvezményezett az örökös, az öröklésről szóló jogerős közjegyzői vagy bírósági határozat, illetőleg öröklési bizonyítvány,
- ha a biztosítási esemény balesetből eredően következett be, a biztosítási esemény leírását tartalmazó részletes kárbejelentés,
- ha a biztosított halálával, illetve annak – nyugdíjbiztosítási igazgatóság által megállapított I., II. vagy III. fokozatú rokkanttá válásához vezető – balesetével kapcsolatban rendőrhatalósági vagy bírósági eljárást is folytattak, a nyomozást, hatósági eljárást megszüntető vagy megtagadó jogerős határozat, illetve a jogerős bírósági határozat,

- nyugdíjbiztosítási igazgatóság által megállapított I., II. vagy III. fokozatú rokkanttá válás esetén a rokkantság megállapítását tartalmazó határozat és az Országos Orvosszakértői Intézet rokkantsági csoportba sorolást tartalmazó véleménye,
- a biztosítási kötvény.

Ha ezek az okmányok a biztosítási eseményt nem igazolják, a biztosító más okiratok bemutatását is kérheti.

32. A biztosító a biztosított balesetből eredően bekövetkező halála esetén (3/c. pont) a halál időpontjában érvényes haláleseti biztosítási összeget, illetve a biztosított nem balesetből eredően bekövetkező halála esetén (3/b. pont) a haláleseti díjvisszatérítést a 31. pontban felsorolt okmányok kézhezvételétől számított 15 napon belül fizeti ki a kedvezményezettnek.

33. A rokkantsági díjmentesítést a biztosító a 31. pontban felsorolt okmányok kézhezvételét követő hónap első napjával hajtja végre.

Az elézési szolgáltatás kifizetése

34. Ha a biztosítási tartam lejártakor a biztosított életben van, és ezt igazolja, a biztosító a biztosítási tartam végén érvényben lévő biztosítási összeget az igazolástól számított 15 napon belül fizeti ki az arra jogosultnak.

35. Az elézési biztosítási összegre jogosult személy a neki járó biztosítási szolgáltatás egyösszegű kifizetése helyett írásban kérheti annak részletekben történő teljesítését is, járadékszolgáltatás formájában, a biztosító járadékra váltáskor érvényben lévő járadékbiztosítási kínálatából.

36. Az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 38-42. pontja a Prémium életbiztosításra nem vonatkozik.

Allianz Hungária Biztosító Részvénytársaság
1054 Budapest, Bajcsy-Zsilinszky út 52.
Cégjegyzékszám: Fővárosi Bíróság, mint Cégbíróság
Cg. 01-10-041356

Baleseti halál esetére szóló II.

kiegészítő biztosítás feltételei

1. Az Allianz Hungária Biztosító Rt. (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő fél között a jelen feltételek alapján létrejött szerződésre az itt nem szabályozott kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok vonatkozó rendelkezései, valamint az alapt biztosítás feltételeiben (Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételeiben és Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételeiben) foglaltak az irányadók.

A biztosítási szolgáltatás, a biztosítási esemény, a baleset-biztosítási összeg

2. A biztosító a kiegészítő biztosítás díjának megfizetése ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezte esetén a biztosítási összeget kifizeti a kedvezményezettnek.

3. Biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkezett balesetből eredő halála. Jelen feltételek alapján balesetből eredő halálnak az minősül, ha a biztosított az akaratán kívül, hirtelen fellépő külső behatás (baleset) következtében a baleset bekövetkeztétől számított egy éven belül meghal.

4. A biztosítási összeget a felek a szerződésben rögzítik.

5. Amennyiben a biztosított halála közlekedési baleset folytán következett be, a biztosító a baleset-biztosítási összeg további 50%-át fizeti ki. Jelen feltételek alapján közlekedési balesetnek az a baleset minősül, amelyet a járművel vagy gyalogosként közlekedő biztosított személy valamely közlekedésben részt vevő jármű balesetével összefüggésben szenved el.

A biztosítási tartam

6. A jelen kiegészítő biztosítás az alapt biztosítással azonos tartamra köthető.

A szerződő, a biztosított és a kedvezményezett

7. A szerződő és a biztosított személye az alapt biztosításban meghatározottakkal azonos.

8. A kedvezményezett az, aki a baleset-biztosítási összegre jogosult. Ha a szerződő nem jelölt kedvezményezettet, vagy a kedvezményezés a biztosítási esemény bekövetkeztekor nincs hatályban, akkor a kedvezményezett a biztosított örököse.

A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete

9. A biztosítás az azt követő napon 0 órakor lép hatályba, amikor

- a szerződő fél a kiegészítő biztosítás első díját a biztosító számlájára vagy pénztárába befizette, illetőleg
- amikor a felek a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodtak meg, vagy
- a biztosító a díj iránti igényét bírósági úton érvényesíti.

Ha a szerződő fél a díjat a biztosító képviselőjének fizette, a díjat legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon a biztosító számlájára, illetőleg pénztárába beérkezettnek kell tekinteni, a szerződő azonban bizonyíthatja, hogy a díj korábban érkezett be. A biztosító kockázatviselése a szerződés hatálybalépésével kezdődik meg, feltéve, hogy a szerződés már létrejött, vagy utóbb létrejön.

A biztosítási díj

10. A biztosítás díja a teljes biztosítási tartam alatt, ezen belül legfeljebb a biztosított halála hónapjának utolsó napjáig, vagy az alapt biztosítás, illetőleg a jelen kiegészítő biztosítás korábbi megszűntéig, illetőleg az alapt biztosítás díjmentesítésének napjáig fizetendő.

11. A kiegészítő biztosítás díját az alapt biztosítás díjával együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell megfizetni. A biztosítás díját a felek a szerződésben rögzítik.

Az értéknövelés

12. A biztosítási összeg a biztosítási tartam alatt a biztosítási díjjal azonos arányban növekszik. A biztosítás díja a biztosítási évfordulón az alapt biztosítás díjával azonos arányban növekszik. A biztosító a kiegészítő biztosítás díjának változásáról – az alapt biztosítás értéknöveléséről szóló értesítésben – írásban értesíti a szerződőt. A kiegészítő biztosítás díjának emelése csak az alapt biztosítás díjának emelésével együtt utasítható el.

13. Amennyiben a szerződő a 12. pont szerinti díjemelést elutasítja, a kiegészítő biztosítás változatlan biztosítási összeggel és díjjal marad érvényben mindaddig, ameddig a biztosító kezdeményezése alapján a biztosítási összeg és a díj egyidejű emelése legközelebb lehetővé nem válik. Amennyiben a szerződő a díjemelést a biztosítási tartam alatt két alkalommal elutasítja, akkor a második elutasításnak megfelelő biztosítási évforduló után a biztosítási díj és a biztosítási összeg a biztosítási tartam hátralévő részében már nem emelkedhet.

A szerződés megszűnése

14. Ha az alapt biztosítás megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a jelen kiegészítő biztosítás is.

15. Az alapt biztosítás feltételeiben foglalt, a biztosítónak a szolgáltatási kötelezettsége alóli mentesülésére vonatkozó szabályok a jelen kiegészítő biztosításra is értelemszerűen irányadók. A mentesülés eseteiben a jelen kiegészítő biztosítás megszűnik.

16. A jelen kiegészítő biztosítást a felek bármelyik hónap végére írásban felmondhatják. A felmondási idő harminc nap.

17. A kiegészítő biztosítás visszavásárlási értékkel nem rendelkezik, díj nemfizetés miatti díjmentesítésére nincs lehetőség. Az alapt biztosítás díj nemfizetés miatti díjmentesítésével a kiegészítő biztosítás megszűnik.

A biztosítási esemény bejelentése, a biztosító teljesítése

18. A biztosítási eseményt (balesetet) a bekövetkeztétől számított tizenöt munkanapon belül be kell jelenteni a biztosítónak. A biztosító szolgáltatásának igénybevételéhez a biztosító rendelkezésére kell bocsátani mindazokat az iratokat, amelyek a szolgáltatás iránti igény bizonyításához és elbírálásához szükségesek, így különösen

- a biztosítási esemény leírását tartalmazó részletes kárbejelentést,
- a halotti anyakönyvi kivonatot,
- a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítványt,
- ha a biztosított halálával kapcsolatban hatósági eljárást is folytattak, akkor a jogerős hatósági határozatot,
- ha a kedvezményezett az örökös, az öröklésről szóló jogerős közjegyzői, vagy bírósági határozatot, illetőleg öröklési bizonyítványt,
- a biztosítási kötvényt.

19. A biztosító a baleset-biztosítási összeget a szolgáltatás iránti igény elbírálásához szükséges utolsó irat kézhezvételétől számított 15 napon belül fizeti ki.

Kizárások, mentesülés

20. Nem biztosítási esemény, ha a biztosított halála

- a) harci eseményekben, háborús vagy polgárháborús cselekményekben való részvétel miatt, vagy
- b) felkelésben, lázadásban, zavargásban való részvétel miatt (kivéve azt az esetet, ha erre hivatali vagy közszolgálati kötelezettség teljesítése miatt került sor) következett be.

21. **A biztosító mentesül a baleset-biztosítási összeg kifizetése alól**, ha a balesetet a kedvezményezett szándékos magatartása okozta, vagy a balesetet a biztosított, a szerződő vagy a szerződéssel, illetőleg a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozó fél jogellenes és szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő.

22. **Súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak tekintendő a baleset különösen akkor**, ha a baleset a biztosított, illetőleg a szerződő fél

- szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben,

- ittas állapotával vagy kábító-, illetve egyéb bódulatot keltő szer hatása alatti állapotával okozati összefüggésben,
- jogosítvány nélküli vagy ittas gépjárművezetése közben

következett be.

Ittas állapotnak a jelen pont szempontjából az minősül, ha a biztosított véralkohol koncentrációja meghaladta a 0,8 ezreléket.

Egyéb rendelkezések

23. A kiegészítő biztosítási szerződés csak az alapbiztosítással együtt érvényes.

24. A jelen kiegészítő biztosítási szerződésből eredő igények az esedékességüktől számított 2 év elteltével elévülnek.

Allianz Hungária Biztosító Részvénytársaság
 1054 Budapest, Bajcsy-Zsilinszky út 52.
 Cégjegyzékszám: Fővárosi Bíróság, mint Cégbíróság
 Cg. 01-10-041356

Rokkantsági díjmentesítésre szóló II.

kiegészítő biztosítás feltételei

1. Az Allianz Hungária Biztosító Rt. (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő fél között a jelen feltételek alapján létrejött szerződésre az itt nem szabályozott kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok vonatkozó rendelkezései, valamint az alapbiztosítás feltételeiben (Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételeiben és Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételeiben) foglaltak az irányadók.

A biztosító szolgáltatása, a biztosítási események

2. A biztosító a jelen kiegészítő biztosítás alapján átvállalja a szerződőtől azon biztosítások díjának fizetését (a továbbiakban: díjmentesítés), melyek után a szerződő a jelen kiegészítő biztosítás díját megfizette, amennyiben a biztosított a biztosítónak az alapbiztosításra vonatkozó kockázatviselési ideje alatt

- a) a társadalombiztosítási nyugellátásról szóló, 1997. évi LXXXI. törvény szerinti I. vagy II. rokkantsági csoportnak megfelelő rokkanttá válik, (ideértve mind a rokkantsági-, mind a baleseti rokkantsági nyugdíjat), vagy
- b) legalább 50%-os mértékű baleseti eredetű maradandó egészségkárosodást szenved.

3. A jelen kiegészítő biztosítás alapján díjmentesített alap- és kiegészítő biztosítások esetén a biztosító a díjmentesítést követően úgy tekinti, mintha a szerződő a biztosítási évfordulón élni kívánt volna a biztosító által nyújtott – az alap- és kiegészítő biztosítások „Értéknövelési” fejezetében meghatározott – díjmelési lehetőséggel, így ennek megfelelően emeli meg a díjmentesített alap- és kiegészítő biztosítások biztosítási összegét.

4. A jelen feltételek szerinti díjmentesítés feltétele, hogy a) a 2. pont szerinti rokkantságot, vagy egészségkárosodást eredményező betegség, illetve baleset a jelen kiegészítő biztosítás létrejöttét és hatálybalépését követően következzen be, valamint hogy

b) az ajánlat aláírása és a 2/a pont szerinti rokkantság – Országos Orvosszakértői Intézet által történő – megállapítása között legalább hat hónap (várakozási idő) teljen el.

5. A díjmentesség kezdete:

- a) a nyugdíjbiztosítási igazgatóságnak az Országos Orvosszakértői Intézet szakvéleménye alapján hozott rokkantsági nyugdíjazásról szóló határozata bemutatását, vagy
- b) a maradandó egészségkárosodás biztosító részéről történő megállapítását követő hó első napja.

6. A biztosító a jelen kiegészítő biztosítás szerinti díjmentesítési szolgáltatást arra a – biztosítási tartamból hátralévő – időtartamra nyújtja, amelyre a szerződőnek az alap- és kiegészítő biztosítások díját a szerződési feltételek szerint meg kellene fizetnie.

7. A 2/b pont alkalmazásában

- a) balesetnek a biztosított akaratán kívül hirtelen fellépő olyan külső behatás tekintendő, amelynek következtében a biztosított a baleset megtörténtétől számított két éven belül legalább 50%-os mértékű maradandó egészségkárosodást szenved. **Nem minősül balesetnek a megemelés, rándulás, fagyás, napszúrás, hóguta és az öngyilkosság,**
- b) az egészségkárosodás mértékét a biztosított foglalkozására tekintet nélkül a jelen feltételekben rögzítettek szerint kell megállapítani.

A testrészek egészségkárosodása az egészségkárosodás százalékos mértékével

- mindkét szem látóképességének elvesztése, mindkét felkar-alkar vagy kéz-elvesztése, egyik kar vagy kéz, comb vagy lábszár együttes elvesztése (felső végtag + alsó végtag csonkolása), mindkét comb elvesztése: 100%,
- mindkét lábszár elvesztése: 90%,
- egyik comb elvesztése, egyik felkar elvesztése: 80%,
- egyik lábszár elvesztése, egyik alkar elvesztése,

beszélőképesség teljes elvesztése, mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése: 70%,

- jobb kéz elvesztése (csuklón alól): 65%,
- balkéz elvesztése (csuklón alul): 50%,
- egyik láb teljes elvesztése (boka alatt): 40%,
- egyik szem látóképességének teljes elvesztése: 35%,
- egyik fül hallóképességének teljes elvesztése: 25%.

Egy szerv részbeni csonkolásánál az egészségkárosodás mértéke az e pontban szereplő térítési százalékok megfelelő hányada.

- c) a maradandó egészségkárosodás mértékét a 7/b. pontban foglalt táblázatban felsorolt szervek, ill. végtagok elvesztése esetén a biztosítási esemény megállapításához szükséges iratok bemutatásától számított tizenöt napon belül, egyébként legkésőbb a balesetet követő két éven belül meg kell állapítani. A táblázatban fel nem sorolt esetekben a maradandó egészségkárosodás mértékét a biztosító orvos szakértője állapítja meg. Az egészségkárosodás mértékének megállapításánál nem a foglalkozással összefüggő munkaképesség-csökkenést, hanem a bármely munka végzésénél egyaránt figyelembe vehető általános funkciókiesést kell értékelni. A biztosító orvos szakértőjének megállapítása a maradandó baleseti egészségkárosodás mértéke tekintetében más orvos szakértői testület döntésétől független. Ha a biztosított a maradandó egészségkárosodásnak a biztosító orvos szakértője által megállapított mértékével nem ért egyet, a biztosító felülvizsgáló orvos szakértőjéhez fordulhat. Amennyiben a felülvizsgáló orvos szakértő nagyobb mértékű egészségkárosodást állapít meg, mint a biztosító eljáró orvos szakértője, vagy ha a vizsgálatot a biztosító kezdeményezte, a biztosítottat, illetőleg kísérlőjét – ha a kísérlő orvosilag indokolt – költségátalány és az igénybe vett helyközi tömegközlekedési eszköz viteldíja illeti meg a biztosított lakhelye és a vizsgálat helye között.

- d) **a biztosító kockázatvállalása nem terjed ki a baleset időpontját megelőzően bármely okból sérült vagy maradandóan károsodott, vagy funkciójában korlátozott testrészek, illetve szervek maradandó károsodására.**

Kizárások, mentesülés

8. A díjmentesítés nem alkalmazható, ha a biztosított rokkantsága (2/a pont), illetőleg maradandó egészségkárosodása (2/b pont)

- a) harci eseményekben, háborús vagy polgárháborús cselekményekben való részvétel miatt, vagy

- b) felkelésben, lázadásban, zavargásban való részvétel miatt (kivéve azt az esetet, ha erre hivatali vagy közszolgálati kötelezettség teljesítése miatt került sor) következett be.

9. A biztosító mentesül a díjmentesítési szolgáltatás teljesítése alól, ha

- a) a rokkantságot (2/a pont) a szerződő vagy a biztosított szándékos magatartása idézte elő,
- b) a balesetet (2/b pont) a biztosított, illetőleg a szerződő fél vagy a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk jogellenes és szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő.

10. Súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak tekintendő a baleset különösen akkor, ha a baleset a biztosított, illetőleg a szerződő fél

- szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben,
- ittas állapotával vagy kábító-, illetve egyéb bódulatot keltő szer hatása alatti állapotával okozati összefüggésben,
- jogosítvány nélküli vagy ittas gépjárművezetés közben következett be.

Ittas állapotnak a jelen pont szempontjából az minősül, ha a biztosított véralkohol koncentrációja meghaladta a 0,8 ezreléket.

A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete

11. A jelen kiegészítő biztosítás az azt követő napon 0 órakor lép hatályba, amikor

- a szerződő fél a kiegészítő biztosítás első díját a biztosító számlájára vagy pénztárába befizette, illetőleg
- amikor a felek a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodtak meg, vagy
- a biztosító a díj iránti igényét bírósági úton érvényesíti.

Ha a szerződő fél a díjat a biztosító képviselőjének fizette, a díjat legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon a biztosító számlájára, illetőleg pénztárába beérkezettnek kell tekinteni, a szerződő azonban bizonyíthatja, hogy a díj korábban érkezett be. A biztosító kockázatviselése a szerződés hatálybalépésével kezdődik meg, feltéve, hogy a szerződés már létrejött, vagy utóbb létrejön.

A biztosítási díj

12. A kiegészítő biztosítás díját az alapbiztosítás díjával együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell megfizetni. A biztosítás díját a felek a szerződésben rögzítik.

13. A biztosítás díja a teljes biztosítási tartam alatt, ezen belül legfeljebb a biztosított halála hónapjának utolsó napjáig, vagy az alapbiztosítás, illetőleg a jelen kiegészítő biztosítás korábbi megszűntéig, illetőleg az alapbiztosítás díjnemfizetés miatti díjmentesítésének napjáig fizetendő.

14. A biztosítási díj az alap- és kiegészítő biztosítások összegzett díjának meghatározott százaléka. Amennyiben az alap és kiegészítő biztosítások díja – a szerződési feltételek „Értéknövelés” című fejezetében meghatározottak szerint – a biztosítási évfordulón növekszik, ez a jelen kiegészítő biztosítás díjának arányos növekedését vonja maga után. A biztosító a jelen kiegészítő biztosítás díjának változásáról – az alapbiztosítás értéknöveléséről szóló értesítésben – írásban értesíti a szerződőt.

A biztosítási tartam

15. A jelen kiegészítő biztosítás az alapbiztosítással azonos tartamra köthető.

A szerződő és a biztosított

16. A szerződő és a biztosított személye az alapbiztosításban meghatározottakkal azonos.

A szerződés megszűnése

17. Ha az alapbiztosítás megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a jelen kiegészítő biztosítás is.

18. Az alapbiztosítás feltételeiben foglalt, a biztosítónak a szolgáltatási kötelezettsége alóli mentesülésére vonatkozó szabályok a jelen kiegészítő biztosításra is értelemszerűen irányadók. A mentesülés eseteiben a jelen kiegészítő biztosítás megszűnik.

19. A jelen kiegészítő biztosítást a felek bármelyik hónap végére írásban felmondhatják. A felmondási idő harminc nap.

20. A jelen kiegészítő biztosítás visszavásárlási értékkel nem rendelkezik, díjmentesítésére nincs lehetőség. Az alapbiztosítás díjnemfizetés miatti díjmentesítése esetén a jelen kiegészítő biztosítás megszűnik.

A biztosítási esemény bejelentése

21. A 2/b pontban foglalt biztosítási esemény bekövetkezte esetén a balesetet annak bekövetkeztétől számított tizenöt munkanapon belül be kell jelenteni a biztosítónak. A biztosító szolgáltatásának igénybevételéhez a biztosító rendelkezésére kell bocsátani mindazokat az iratokat, amelyek a szolgáltatás iránti igény bizonyításához és elbírálásához szükségesek, így különösen

- a biztosítási esemény leírását tartalmazó részletes kárbejelentést,
- a baleseti egészségkárosodást igazoló orvosi dokumentumokat,
- a hatósági eljárásról szóló jogerős hatósági határozatot, ha a balesettel kapcsolatban hatósági eljárás indult,
- a biztosítási kötvényt.

Egyéb rendelkezések

22. Amennyiben az alapbiztosítás a jelen kiegészítő biztosítás feltételei alapján díjmentesen marad érvényben, az alapbiztosítás díjmentesítésre vonatkozó fejezete a továbbiakban nem alkalmazható.

23. A jelen kiegészítő biztosítási szerződés csak az alapbiztosítással együtt érvényes.

24. Az Általános Életbiztosítási Szerződési Feltételek 5. pontja, valamint az adott típusú életbiztosításra vonatkozó Különös Életbiztosítási Szerződési Feltételeknek a biztosítási összegre vonatkozó rendelkezései a jelen biztosításra nem alkalmazhatóak.

25. A jelen kiegészítő biztosítási szerződésből eredő igények az esedékességüktől számított 2 év elteltével elévülnek.

Allianz Hungária Biztosító Részvénytársaság

1054 Budapest, Bajcsy-Zsilinszky út 52.

Cégjegyzékszám: Fővárosi Bíróság, mint Cégbíróság

Cg. 01-10-041356

Egészségbiztosítás

Ügyfél-tájékoztató

az Elixír egészségbiztosításról

Tisztelt leendő Partnerünk!

Engedje meg, hogy néhány szóban bemutassuk a biztosítást, mely az Ön érdeklődését felkeltette.

Az ügyfél-tájékoztató, amit most a kezében tart, nem helyettesíti a biztosítási feltételeket, pusztán az Ön bővebb előzetes tájékoztatását szolgálja.

Az Elixír egészségbiztosítás köthető önállóan, illetve a biztosító által művelt életbiztosítások mellé kiegészítő biztosításként.

Az Elixír egészségbiztosítás keretén belül az alábbi biztosítások köthetők:

1. Napi térítésre szóló egészségbiztosítás
2. Kórházi napi térítésre szóló egészségbiztosítás
3. Kritikus betegségekre szóló egészségbiztosítás
4. Műtéti térítésre szóló egészségbiztosítás
5. Társadalombiztosítási I. és II. csoportú rokkantsági nyugdíj esetére szóló egészségbiztosítás
6. Gyógyulási támogatásra szóló egészségbiztosítás

Az Elixír egészségbiztosítás kockázati elemei biztosítási csomagokba rendezve köthetők. Az egyes biztosítási csomagok a következő kockázati elemeket tartalmazzák:

Elixír Vitál csomag:

- Kórházi napi térítésre szóló egészségbiztosítás,
- Műtéti térítésre szóló egészségbiztosítás,
- Társadalombiztosítási I. és II. csoportú rokkantsági nyugdíj esetére szóló egészségbiztosítás.

Elixír Classic csomag:

- Kórházi napi térítésre szóló egészségbiztosítás,
- Műtéti térítésre szóló egészségbiztosítás,
- Társadalombiztosítási I. és II. csoportú rokkantsági nyugdíj esetére szóló egészségbiztosítás,
- Kritikus betegségekre szóló egészségbiztosítás.

Elixír Extra csomag:

- Kórházi napi térítésre szóló egészségbiztosítás,
- Műtéti térítésre szóló egészségbiztosítás,
- Társadalombiztosítási I. és II. csoportú rokkantsági nyugdíj esetére szóló egészségbiztosítás,
- Kritikus betegségekre szóló egészségbiztosítás,
- Gyógyulási támogatásra szóló egészségbiztosítás.

A fentiekén túl a szerződő a szerződés különös biztosítási feltételeiben meghatározottak alapján tetszés szerint is választhat a kockázati elemek közül.

A biztosítási esemény

A biztosítási események, amelyek bekövetkezte esetén a biztosító szolgáltatást nyújt, a következők:

- a **napi térítésre szóló biztosítás** esetén a biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkezett betegség vagy baleset miatti, társadalombiztosítási szerv által igazolt keresőképtelensége,
- a **kórházi napi térítésre szóló biztosítás esetén** a biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkezett – saját jogán történő, baleset vagy betegség miatti, orvosi indokolt és szükséges – gyógykezelése fekvőbeteg-gyógyintézetben a kezelés megkezdésétől annak befejezéséig, kivéve, ha a fekvőbeteg-gyógyintézeti gyógykezelésre a kockázatviselés kezdetétől számított 10 hónapon belül fogászati kezelés, fogászati protézisek készítése, állkapocs-ortopédiai-, illetve állkapocs-sebészeti beavatkozás(ok), valamint terhesség, illetve szülés miatt kerül sor,
- a **kritikus betegségekre szóló biztosítás esetén** az, ha a biztosítottnál a kockázatviselési időszakban
 - a) rosszindulatú daganatot (rákbetegség) diagnosztizálnak,
 - b) szívinfarktust diagnosztizálnak,

- c) agyi érkatasztrófát diagnosztizálnak, és a diagnózis felállításától számított 60 nap eltelt,
- d) a biztosítottnak szervátültetést hajtanak végre, illetve
- e) ha a biztosított AIDS- (HIV-) betegségben megbetegszik,

feltéve, hogy a biztosítási esemény – és a biztosítási eseményhez vezető baleset, vagy betegség is – a kockázatviselési időszakban előzmény nélkül következett be, és bekövetkezésének időpontját követően a biztosított legalább 30 napig életben van,

- a **műtéti térítésre szóló biztosítás esetén** a biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkezett baleset vagy betegség miatti, orvosilag indokolt és szükséges műtete,
- a **társadalombiztosítási I. és II. csoportú rokkantsági nyugdíj esetére szóló biztosítás esetén** a biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkezett betegségéből vagy balesetéből eredően rokkantsági vagy baleseti rokkantsági alapon társadalombiztosítási I. vagy II. rokkantsági csoportba tartozó rokkanttá válása, ha ezt az Országos Orvosszakértői Intézet szakvéleménye alapján az illetékes társadalombiztosítási szerv a baleset vagy betegség bekövetkezésétől számított két éven belül megállapítja,
- a **gyógyulási támogatásra szóló biztosítás esetén** a biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkezett – saját jogán történő, baleset vagy betegség miatti, orvosilag szükséges és indokolt, 8 napot meghaladó és fekvőbeteg-gyógyintézetben való folyamatos – gyógykezelése.

A biztosítási eseményhez vezető balesetnek, vagy betegségnek is a kockázatviselési időszakban kell bekövetkeznie.

A napi térítésre szóló biztosítás önrésszel köthető, a kórházi napi térítésre szóló biztosítás önrésszel és önrész nélkül is köthető. Az önrész a szerződő által választott és a szerződésben napokban meghatározott időtartam, amelyre a biztosító nem nyújt szolgáltatást.

A biztosító szolgáltatása

A biztosítási szolgáltatás: a biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy ha a biztosítás hatálya alatt biztosítási esemény következik be, az akkor aktuális és az adott biztosítási eseményre vonatkozó biztosítási összeget kifizeti a biztosítottnak az alábbiak szerint:

A **napi térítésre szóló biztosítás** alapján a biztosított betegség vagy baleset miatti, társadalombiztosítási szerv által

igazolt keresőképtelensége esetén a biztosító a szerződésben meghatározott – az önrésszel csökkentett – napi térítési összeget fizeti ki a biztosítottnak az igazolt keresőképtelenség időtartamára, amely a keresőképtelenné nyilvánítással kezdődik és a keresőképesse nyilvánítással szűnik meg. Az egy biztosítási esemény kapcsán figyelembe vett napok száma az önrésznappal együtt nem haladhatja meg a 150 napot. A biztosító két egymást követő biztosítási éven belül az önrésznappal együtt legfeljebb 200 napot térít.

A **kórházi napi térítésre szóló biztosítás** alapján a biztosító a biztosított fekvőbeteg-gyógyintézetben történő gyógykezelése esetén a kezelés megkezdésétől annak befejezéséig a szerződésben meghatározott – az esetleges önrésszel csökkentett – napi térítési összeget fizeti ki a biztosítottnak. A kórházi napi térítést a biztosító a fekvőbeteg-gyógyintézetben való tartózkodás naptári napjaira nyújtja. A napi térítés biztosítási eseményenként az önrészként választott napokkal együtt nem haladhatja meg a 150 napot. A biztosító egy biztosítási évben az önrészként választott napokkal együtt legfeljebb 180 napot, két egymást követő biztosítási éven belül pedig az önrészként választott napokkal együtt legfeljebb 200 napot térít.

A **kritikus betegségekre szóló biztosítás** alapján a biztosító a kritikus betegségek bekövetkezése esetén a szerződésben meghatározott egyösszegű szolgáltatást nyújtja a biztosított részére.

A **műtéti térítésre szóló biztosítás alapján** a biztosító a biztosított műtete esetén a szerződésben meghatározott egyösszegű szolgáltatást nyújtja a biztosítottnak az alábbiak szerint:

- nagy műtét esetén a biztosítási összeget,
- közepes műtét esetén a nagy műtetre járó szolgáltatás 50%-át,
- kis műtét esetén a nagy műtetre járó szolgáltatás 20%-át.

A **társadalombiztosítási I. és II. csoportú rokkantsági nyugdíj esetére szóló biztosítás** alapján a biztosító a biztosított társadalombiztosítási I. vagy II. rokkantsági csoportba tartozó rokkanttá nyilvánítása esetén a szerződésben meghatározott egyösszegű szolgáltatást nyújtja a biztosított részére.

A **gyógyulási támogatásra szóló biztosítás** alapján a biztosító a biztosított baleset vagy betegség miatti, orvosilag szükséges és indokolt, 8 napot meghaladó és fekvőbeteg-

gyógyintézetben való folyamatos gyógykezelése esetén a szerződésben meghatározott egyösszegű szolgáltatást nyújtja a biztosított részére.

A biztosítási tartam, a biztosítási évforduló

Az egészségbiztosítás határozott tartamra köthető meg. A biztosítási tartamon belül a biztosítási időszak egy év. Ha a biztosítási esemény bekövetkezik, a biztosító az egész évre járó biztosítási díj megfizetését követelheti, ha a biztosítás a biztosítási esemény bekövetkeztével megszűnik.

A biztosítási tartam kezdete az ajánlat aláírását és a biztosító vagy képviselője részére történt átadását – az ajánlattételt – követő hó első napjának 0 órája, ha a felek másként nem állapodtak meg.

A biztosítási évforduló a biztosítási tartamon belül minden évben annak a hónapnak az első napja, amely hónapban a biztosítási tartam megkezdődött.

Amennyiben a biztosítás kiegészítő biztosításként kötődik életbiztosítás, mint alapbiztosítás mellé, a biztosítás évfordulója meg kell, hogy egyezzen az alapbiztosítás évfordulójával.

Az szerződés létrejötte és hatálybalépése

A szerződés két lépésben jön létre. Először Ön ajánlatot tesz, amelyet a biztosító elbírál. A biztosítónak a döntést az ajánlat átadásától számított 15 napon belül kell meghoznia. Ha a biztosító a rendelkezésére álló kockázat-elbírálási határidőn belül nem nyilatkozik, az, az ajánlat hallgatolagos elfogadását jelenti.

Ha a biztosító a kockázat-elbíráláshoz szükséges adatok hiánya miatt a szerződő ajánlatát a rendelkezésre álló 15 napos határidő alatt nem tudja elbírálni, és emiatt az ajánlatot el kellene utasítani, akkor a 15 napos ajánlat elbírálási határidő további 15 nappal meghosszabbodik, ha ehhez a szerződő az ajánlaton hozzájárult, és a biztosító az ajánlattételtől számított 15 napon belül értesítette a szerződőt a kockázat-elbírálásához szükséges adatok hiányáról. Ha a biztosító a meghosszabbított határidő alatt az ajánlatra nem nyilatkozik, a szerződés az ajánlat szerint létrejön, az ajánlatnak a biztosító vagy képviselője részére történő átadása időpontjára visszamenő hatállyal.

A kockázatviselés az azt követő napon 0 órakor kezdődik, amikor a szerződő fél az első biztosítási díjat a biztosító számlájára vagy pénztárába befizette, illetőleg a felek a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodtak meg, feltéve, hogy a szerződés már létrejött vagy utóbb létrejön. Ha a szerződő a díjat a biztosító képviselőjének fizette, a díjat legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon a biztosító számlájára beérkezettnek kell tekinteni.

A biztosító a biztosítási tartam kezdetétől számított 6 hónap várakozási időt köt ki, függetlenül attól, hogy a szerződés orvosi vizsgálattal vagy anélkül jött létre. Ha a várakozási időn belül következik be a biztosítási esemény, a biztosító nem teljesíti a biztosítási szolgáltatást, kivéve, ha a biztosítási esemény baleset vagy heveny fertőző betegség következménye.

A biztosításnak maradékjogai nincsenek, azaz nem kérhető sem visszavásárlás, sem díjmentes leszállítás, sem kölcsön.

A kezdeti biztosítási összeget a szerződő felek a biztosítási szerződésben rögzítik.

A szolgáltatások teljesítésének módja, ideje:

A biztosítási eseményt a biztosítónak a feltételekben előírt, rövid határidőn belül írásban be kell jelenteni. A szolgáltatáshoz szükséges utolsó irat beérkezését követő 15 napon belül a biztosító az arra jogosultnak az öt megillető összeget kifizeti.

Az értékkövetés

Az értékkövetés módja, mértéke: a biztosítási díj és a biztosítási összeg minden év október 1-jei hatállyal emelhető. A díjemelés mértékéről a biztosító évenként tájékoztatja a szerződőt, aki eldöntheti, kíván-e élni a biztosítási összeg és a biztosítási díj emelésének lehetőségével. Az értékkövetés mértéke a Központi Statisztikai Hivatal által a tárgyévben hivatalosan közzétett, a tárgyévet megelőző évre vonatkozó, éves fogyasztói árindex azzal, hogy a biztosító az árindextől eltérhet, az árindex ± 10 százalékanak megfelelő mértékkel. Abban az esetben, ha a fogyasztói árindex 5% alá csökken, a biztosító 5%-os díjemelést ajánlhat fel.

Amennyiben a biztosítás kiegészítő biztosításként kötődik életbiztosítás, mint alapbiztosítás mellé, akkor az

értékkövetésre az alapszolgáltatás szerződési feltételeiben szereplő rendelkezések az irányadók.

A biztosítás díja, a díjfizetés szabálya

Az egészségbiztosítás díjának nagysága függ a biztosított nemétől, belépési korától, egészségi állapotától, a biztosítás tartamától, a biztosítási összeg nagyságától és a díjfizetés gyakoriságától és módjától. A biztosítási díj konkrét mértékéről üzletkötőink, hálózati egységeink részletes felvilágosítással szolgálnak.

Amennyiben a biztosítás kiegészítő biztosításként kötődik életbiztosítás mellé, a biztosítás díját az alap életbiztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal és módon kell megfizetni.

A napi térítésre szóló, a kórházi napi térítésre szóló, a műtéti térítésre szóló, és a gyógyulási támogatásra szóló egészségbiztosítás esetén a szerződött díjengedmény illeti meg az értékkövetés időpontjától kezdődő hatállyal egy éven keresztül, ha az értékkövetés időpontját megelőző évben a biztosítás alapján a biztosító nem teljesített szolgáltatást. A díjengedmény mértéke az aktuálisan fizetendő – e pont szerinti díjengedmény nélküli – biztosítási díj 5%-a.

A biztosító mentesülése, kizárások

Vannak bizonyos okok, amelyek bekövetkezte esetén **a biztosító mentesül** a biztosítási összeg kifizetése alól. Külön is felhívjuk szíves figyelmét ezek közül néhány esetre:

A biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, ha a biztosítási esemény a biztosított olyan sérülésével, betegségével, illetőleg balesetével függ össze, amelyet

- a szerződő vagy a szerződővel, illetőleg a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozó jogellenesen és szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott, vagy
- a biztosított szándékosan vagy súlyosan gondatlanul önmagának okozott, ideértve a tudatzavarban való elkövetést is.

A biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, ha a biztosított az előírt orvosi kezelésnek nem vetette alá magát, vagy az orvosi utasításokat nem követte, és a betegség ennek a következménye.

Nem minősül biztosítási eseménynek, és a biztosító nem teljesít szolgáltatást, ha a biztosítási esemény a biztosított

- harci eseményekben, háborús vagy polgárháborús cselekményekben, felkelésben, lázadásban, zavargásban való részvétele miatt, vagy
 - orvosi javaslat nélküli vagy nem az előírt adagolásban való gyógyszereszedése miatt, vagy
 - súlyosan ittas vagy kábító, illetve bódító szerek hatása alatti állapota miatt, vagy
 - hivatásosan gyakorolt sporttevékenysége kapcsán, vagy
 - atommag szerkezetének módosulása, illetőleg radioaktív sugárzás vagy egyéb ionizáló sugárforrás hatása miatt (ha azt nem terápiás célból vette igénybe)
- következett be.

Hivatásosan gyakorolt sporttevékenységnek minősül, ha a biztosított sportszervezettel létesített munkaviszony vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony, továbbá egyéni vállalkozás keretében jövedelemszerzési céllal sporttevékenységet folytat, és rendelkezik hivatásos sportolói engedéllyel.

A napi térítésre szóló biztosítás esetén a biztosító szolgáltatására vonatkozóan a további kizáró okok a következők: a biztosított

- terhesség, terhességmegszakítás, vetélés és szülés miatti keresőképtelensége,
- törvényes foglalkoztatási tilalom alatti munkavállalásból eredő keresőképtelensége,
- gyermek nevelése vagy szülő ápolása okán igénybe vett társadalombiztosítási szolgáltatása.

A kórházi napi térítésre szóló és a gyógyulási támogatásra szóló biztosítás esetén a további **kizáró okok** a biztosító szolgáltatására vonatkozóan a következők: a biztosított

- nem orvosi indikáció alapján végzett terhességmegszakítása,
- megtermékenyítést elősegítő bármilyen orvosi beavatkozás (beleértve a mesterséges megtermékenyítést is),
- krónikus, rehabilitációs vagy rekreációs fekvőbeteg-gyógyintézeti osztályon (részlegben, ágyon) való ellátása,
- pszichiátriai intézetben (illetve igazoltan pszichiátriai ágyon) való ellátása,
- alkohol- és kábítószer-elvonó intézményben történő tartózkodása,
- terápiás célból nem indokolt esztétikai beavatkozás, illetve fogyókúra kezelés miatti fekvőbeteg-gyógyintézeti tartózkodása,

- fizioterápiás, fürdőgyógyászati, pszichoterápiás, akupunktúrás, természetgyógyászati és egyéb paramedikális kezelése.

Az Elixír egészségbiztosítás tekintetében balesetnek a biztosított akaratán kívül hirtelen fellépő olyan külső behatás minősül, amelynek folytán legkésőbb egy éven belül, társadalombiztosítási I. II. rokkantság esetén legkésőbb két éven belül bekövetkezik a biztosítási esemény. **Nem minősül balesetnek a megemelés, rándulás, fagyás, napszúrás és a hőguta. Nem tekinthető balesetnek az öngyilkosság vagy öngyilkossági kísérlet még akkor sem, ha azt a biztosított tudatzavarban követte el.**

Egy biztosított csak egy érvényes, azonos kockázatra szóló egészségbiztosítási szerződéssel rendelkezhet a biztosítónál.

A biztosítás megszűnése

Az egészségbiztosítási szerződések a következők miatt szűnhetnek meg:

- a biztosítási tartam lejártával,
- díjnemfizetés esetén,
- felmondással,
- ha a szerződés hatálya alatt a biztosítási esemény bekövetkezése lehetetlenné vált, vagy a biztosítási érdek megszűnt (ilyenkor a szerződés, illetőleg annak megfelelő része a hónap utolsó napjával szűnik meg),
- a biztosított tartamon belüli halálával.

Amennyiben a biztosítás kiegészítő biztosításként kötődik életbiztosítás mellé, akkor a szerződés a fentiekén túl megszűnik:

- annak az alapbiztosításnak (életbiztosításnak) a megszűnésével, amelyhez a kiegészítő egészségbiztosítást kötötték,
- annak az alapbiztosításnak (életbiztosításnak) a díjmentesítésével, díjnemfizetés miatti díjmentes leszállításával, amelyhez a kiegészítő egészségbiztosítást kötötték.

A kritikus betegségekre szóló, valamint a társadalombiztosítási I. és II. csoportú rokkantsági nyugdíj esetére szóló biztosítás a biztosítási esemény bekövetkeztével megszűnik.

A műtéti térítésre szóló, a társadalombiztosítási I. és II. csoportú rokkantsági nyugdíj esetére szóló és a gyógyulási támogatásra szóló biztosítások megszűnnek annak az egészségbiztosításnak a megszűnésével, amelyhez azt kötötték.

A szerződés bármelyik fél részéről a biztosítási évfordulóra, a biztosítási évforduló előtt 30 nappal, írásban felmondható.

A biztosítási titokról és a biztosítási titoknak minősülő adatok továbbíthatóságáról

A biztosítóról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (Bit.) értelmében a biztosítót és ügynökét titoktartási kötelezettség terheli minden olyan rendelkezésre álló adat tekintetében, amely ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

Biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosító csak akkor adhat ki harmadik személynek, ha

- a biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad, vagy;
- a törvény alapján nem áll fenn titoktartási kötelezettség.

A titoktartási kötelezettség a Bit. 157. § értelmében bizonyos szervezetek esetében nem áll fenn. E szervezeteknek a biztosító az ügyfelek adatait adott esetekben továbbíthatja az ügyfelek erre vonatkozó írásos hozzájárulása nélkül is. E szervezetek a következők:

- a feladatkörében eljáró Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete;
- a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozóhatóság és ügyészség;
- büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csőd-eljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bíróság, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtó;
- a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző;
- adóügyben az adóhatóság, ha annak felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha a biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről szóló törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli;
- a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálat;
- a verseny-felügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatal;
- a feladatkörében eljáró gyámhatóság;
- az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben foglalt egészségügyi hatóság;
- a külön törvényben meghatározott feltételek megléte

esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésre felhatalmazott szerv;

- a viszontbiztosító, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítók;
- az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosító;
- a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végző;
- az európai uniós támogatások felhasználását ellenőrző Európai Csalásellenes Hivatal (OLAF);

ha a fent felsorolt személyek vagy szervek írásbeli megkereséssel fordulnak a biztosítóhoz, mely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés, illetőleg az európai közösségi jogi norma megjelölése is.

A biztosító a nyomozó hatóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet kábítószer-kereskedelemmel, terrorizmussal, illegális fegyverkereskedelemmel vagy pénzmosás bűncselekményével van összefüggésben.

A biztosító a nyomozó hatóságot a „halaszthatatlan intézkedés” jelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyészi jóváhagyást nélkülöző megkeresésére is köteles tájékoztatni az általa kezelt az adott ügygel összefüggő biztosítás titoknak minősülő adatokról.

A biztosító a működésével kapcsolatban tudomására jutott biztosítási titoknak is minősülő üzleti titkot köteles megtartani, azt harmadik személynek nem adhatja ki. Az üzleti titok megtartásának kötelezettsége – a Bit. 157. §-ban felsorolt szerveken túl – nem áll fenn: I. a feladatkörében eljáró

- Magyar Nemzeti Bankkal,
- Állami Számvevőszékkel,
- a központi költségvetési pénzeszközök felhasználásának szabályszerűségét és célszerűségét ellenőrző Kormányzati Ellenőrzési Hivatallal,
- vagyonellenőrrel szemben.

II. az eljárás alapját képező ügyre vonatkozóan a feladatkörében eljáró

- a feljelentés kiegészítése keretében a nyomozó hatósággal, ügyésszeggel,
- az önkormányzati adósságrendezési eljárás keretében a bírósággal szemben.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben, ha a biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, és a harmadik országbeli adatkezelőnél a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli adatkezelő székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal. A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg, továbbá a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a Pénzügyminisztérium részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása. Az ilyen adatok átadását a biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

A biztosító biztosítási szolgáltatásai során igénybe vesz külső közreműködőket olyan esetekben, amikor a szolgáltatás nyújtásához szerződéses partnere speciális szakértelmére van szükség, vagy ha külső cég igénybevételével szolgáltatását azonos minőségben, ám kisebb költségekkel és alacsonyabb árakon nyújthatja.

A biztosító ügyfeleinek tájékoztatása céljából az ügyfél-forgalom számára nyitva álló helyiségeiben kifüggeszti szerződéses partnereinek listáját, akik közreműködnek a biztosítási tevékenység végzésében, s ezáltal személyes és biztosítási adatokat is megismernek. A biztosító megbízása alapján eljáró e cégekről és vállalkozásokról információt kérhet az Allianz Hungária Biztosító Rt. telefonos ügyfélszolgálatánál is a 06-40-421-421-es telefonszámon.

Ezek a szolgáltatók a biztosítási tevékenységre vonatkozó törvény, valamint az adott szakmára vonatkozó speciális titokvédelmi jogszabályok szerint, továbbá a biztosítóval kötött megbízási szerződések alapján kötelesek a tudomásukra jutott biztosítási titkot időbeli korlátozás nélkül megőrizni, azt harmadik személyeknek nem adhatják át.

Tájékoztatás a panaszügyintézésről

Ha kérdése, vagy panasza merül fel, kérjük, forduljon bizalommal az Allianz Hungária Biztosító Rt. lakóhelye szerinti területi egységéhez, valamint a biztosító vezérigazgatóságán működő Központi Ügyfélszolgálati Irodához (1054 Budapest, Bajcsy-Zsilinszky út 52., Levelezési cím: 1368 Budapest, Pf. 191.), ahol készséggel állnak rendelkezésére. Amennyiben panaszára nem kapott kielégítő választ, valamint a biztosító szolgáltatásával kapcsolatosan továbbra sem elégedett, panaszát a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéhez (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.), a Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőséghez vagy a békéltető testületekhez terjesztheti elő, vagy bírói utat vehet igénybe.

Néhány szó az Allianz Hungária Biztosító Részvénytársaságról

A biztosító az Allianz AG-nak, Európa vezető és a világ egyik legnagyobb biztosítócsoportjának a tagja. Az Allianz Hungária Biztosító Rt. Magyarország piacvezető biztosítójaként sokéves hazai és nemzetközi tapasztalattal áll ügyfelei rendelkezésére.

A biztosító 1990-től részvénytársasági formában működik.

Székhelye: 1054 Budapest, Bajcsy-Zsilinszky út 52.

Levelezési címe: 1368 Budapest, Pf. 191.

Cégjegyzékszám: Fővárosi Bíróság, mint Cégbíróság

Cg. 01-10-041356

Székhely állama: Magyarország

Felügyeleti szerv a Pénzügyi Szervezetek Állami

Felügyelete (címe: 1013 Budapest, Krisztina körút 39.)

A biztosítási termékekre vonatkozó tudnivalókkal és egyéb kérdésekkel kapcsolatban a biztosító területi igazgatóságainak ügyfélszolgálatain és vezérigazgatóságának Központi Ügyfélszolgálati Irodájában készséggel állnak az érdeklődők rendelkezésére.

Tájékoztatjuk, hogy az Elixír egészségbiztosításra a magyar jog rendelkezései az irányadók.

További információk

További információk az Allianz Hungária Biztosító Rt. telefonszolgálatától a **06-40-421-421**-es számon kaphatók, valamint honlapján a www.allianz.hu címen érhetők el.

Tisztelettel

Allianz Hungária Biztosító Részvénytársaság

Elixir egészségbiztosítás

általános szerződési feltételei

1. Jelen általános egészségbiztosítási szerződési feltételek azokat a feltételeket tartalmazzák, amelyeket az Allianz Hungária Biztosító Rt. (a továbbiakban: biztosító) által művelt egészségbiztosítási szerződésekre alkalmazni kell, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozva kötötték meg.

2. A biztosító és a szerződő fél között a jelen feltételek alapján létrejött szerződésre az itt nem szabályozott kérdésekben a Polgári törvénykönyv rendelkezései, valamint a hatályos magyar jogszabályok ide vonatkozó rendelkezései az irányadók.

I. Elixir egészségbiztosítás általános biztosítási feltételei

A biztosítási szerződés alanyai

1. A szerződő az, aki a szerződés megkötésére ajánlatot tett, és aki a biztosítási díj megfizetésére köteles. A szerződést jogi személy is megkötheti.

2. A biztosított a szerződő által a biztosítási ajánlatban megnevezett személy, akinek egészségi állapotára a biztosító kockázatviselése vonatkozik.

Biztosított lehet minden 18 és 50 év közötti belépési korú természetes személy. A szerződéskötéskor a biztosított belépési korát úgy kell megállapítani, hogy a biztosítási tartam kezdetének évszámából le kell vonni a biztosított születésének évszámát.

A szerződő és a biztosított azonos is lehet, ha a szerződő természetes személy.

A biztosított – a szerződő fél írásbeli hozzájárulásával – a biztosítóval közölt írásbeli nyilatkozatával a szerződés létrejötte után bármikor a szerződő helyébe léphet. Ha nem a biztosított, hanem más lép a szerződő fél helyébe,

ahhoz a szerződő és a biztosított írásbeli hozzájárulása is szükséges.

A biztosított, mielőtt a szerződés felmondás vagy díjfizetés elmaradása miatt megszűnik, a biztosítóval közölt írásbeli nyilatkozatával a szerződő hozzájárulása nélkül a szerződő helyébe léphet.

A szerződés létrejötte

3. A szerződés a szerződő felek írásbeli megállapodásával jön létre. Az írásbeli megállapodást, illetőleg a biztosító elfogadó nyilatkozatát a biztosítási kötvény kiállítása pótolja. Ha a kötvény tartalma a szerződő ajánlatától eltér, és az eltérést a szerződő 15 napon belül nem kifogásolja, a szerződés a kötvény tartalma szerint jön létre. Ezt a rendelkezést a lényeges eltérésekre – ideértve különösen azt az esetet is, amikor a biztosító a kockázat elbírálása alapján az ajánlatban rögzített díjhoz képest emelt díjat határoz meg – csak akkor lehet alkalmazni, ha a biztosító az eltérésre a szerződő fél figyelmét a kötvény kiszolgáltatásakor írásban felhívja. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.

4. A szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatra 15 napon belül nem nyilatkozik. Ilyen esetben a szerződés az ajánlatnak a biztosító vagy képviselője részére történő átadása időpontjára visszamenő hatállyal jön létre.

5. A biztosító az ajánlatot az annak átadásától számított 15 napon belül, írásban elutasíthatja. Az elutasítást a biztosító nem köteles megindokolni.

Ha a biztosító a kockázat-elbíráláshoz szükséges adatok hiánya miatt a szerződő ajánlatát a rendelkezésre álló – 4. pont szerinti – 15 napos határidő alatt nem tudja elbírálni, és emiatt az ajánlatot el kellene utasítani,

akkor a 15 napos ajánlat elbírálási határidő további 15 nappal meghosszabbodik, ha ehhez a szerződő az ajánlaton hozzájárult, és a biztosító az ajánlattételtől számított 15 napon belül értesítette a szerződőt a kockázat-elbírálásához szükséges adatok hiányáról. Ha a biztosító a meghosszabbított határidő alatt az ajánlatra nem nyilatkozik, a szerződés az ajánlat szerint létrejön, az ajánlatnak a biztosító vagy képviselője részére történő átadása időpontjára visszamenő hatállyal.

6. A szerződés megkötéséhez és módosításához – ha a szerződést nem ő köti meg – a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

7. A biztosítás megkötéséhez ajánlat és egészségi nyilatkozat kitöltése szükséges. A biztosító orvosi vizsgálatot is előírhat, amelynek költségét a biztosító viseli.

Eltérés a szokásos szerződési gyakorlattól

8. Az Elixír egészségbiztosítás önálló biztosításként is megköthető.

Közlési és változásbejelentési kötelezettség

9. A szerződő és a biztosított a szerződéskötéskor köteles a biztosítóval a valóságnak megfelelően közölni minden olyan, a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges körülményt, amelyre a biztosító kérdést tett fel, és amelyet ismert vagy ismernie kellett. Ugyanez érvényes a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változása esetén is. A biztosított köteles a közölt adatok ellenőrzését a biztosító részére lehetővé tenni.

10. Az orvosi vizsgálat nem mentesíti a biztosítottat a közlési kötelezettség megsértésének jogkövetkezményei alól.

11. A közlési kötelezettség megsértése esetén a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy a be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

12. a) Ha az életkor helytelen bevallása következtében a díj megállapítása a valóságos belépési életkor után járó díjnál alacsonyabb összegben történt, akkor a biztosító a biztosítási összeget arra az összegre szállítja le, amely

a megállapított díjnak – a biztosítás megkötésének időpontjában – a biztosított tényleges életkora szerint megfelelt volna; ha viszont a díj helytelen korbevallás folytán magasabb összegben nyert megállapítást, a biztosító a díjkülönbözetet téríti vissza.

b) Ha a biztosított életkorát nem a valóságnak megfelelően – 18. életévét betöltöttnek vagy 50. életévét meg nem haladónak – vallották be, a 14. pont az irányadó.

13. A közlési illetőleg a változás-bejelentési kötelezettség a szerződőt és a biztosítottat egyaránt terheli, egyikük sem védekezhet olyan körülmény vagy változás nem tudásával, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni vagy neki bejelenteni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre, illetőleg bejelentésre köteles lett volna.

14. Ha a biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá ha a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását közlik vele, tizenöt napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg – ha a kockázatot a szerződési feltételek értelmében nem vállalhatja – a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.

Ha a szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra tizenöt napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított harmincadik napon megszűnik. Erre a következményre a szerződőt a biztosító a módosító javaslat megtételekor figyelmezteti.

Ha a biztosító e jogaival nem él, a szerződés az eredeti tartalommal hatályban marad.

A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete

15. A biztosítás az azt követő napon 0 órakor lép hatályba, amikor

- a szerződő az első biztosítási díjat a biztosító számlájára, vagy pénztárába befizeti, illetőleg
- a felek a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodtak meg, vagy
- a biztosító a díj iránti igényét bírósági úton érvényesíti.

Ha a szerződő a díjat a biztosító képviselőjének fizette, a díjat legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik

napon a biztosító számlájára, illetőleg pénztárába beérkezettnek kell tekinteni, a szerződő azonban bizonyíthatja, hogy a díj korábban érkezett be.

A biztosító kockázatviselése – figyelemmel a 16. pontban foglaltakra is – a szerződés hatálybalépésével kezdődik meg, feltéve, hogy a szerződés már létrejött, vagy utóbb létrejön.

Várakozási idő

16. A biztosító a biztosítási tartam kezdetétől számított 6 hónap várakozási időt köt ki, függetlenül attól, hogy a szerződés orvosi vizsgálattal vagy anélkül jött létre.

Ha a várakozási időn belül következik be a biztosítási esemény, a biztosító nem teljesíti a biztosítási szolgáltatást, kivéve, ha a biztosítási esemény baleset vagy heveny fertőző betegség következménye. A heveny fertőző betegségek felsorolását a jelen szerződési feltételek 1. számú melléklete tartalmazza.

A biztosítási tartam, a díjfizetési tartam, a biztosítási évforduló és a biztosítási időszak

17. A biztosítási tartam kezdete az ajánlat aláírását és a biztosító vagy képviselője részére történt átadását – az ajánlattételt – követő hó első napjának 0 órája, ha a felek másként nem állapodnak meg.

18. A biztosítás határozott tartamú. A biztosítási tartam kezdetétől annak lejártáig terjedő idő legalább öt, de legfeljebb negyven egész számú év lehet, és a biztosítási tartam lejárt a biztosított 65. születésnapját megelőző időpontra kell essen. A kívánt biztosítási tartamot e határon belül a szerződő határozza meg.

Amennyiben az egészségbiztosítást kiegészítő biztosításként kötik életbiztosításhoz, mint alapbiztosításhoz, a biztosítási tartam lejártá meg kell, hogy egyezzen az alapbiztosítás biztosítási tartamának a lejártával.

19. A díjfizetési tartam – amely alatt a biztosítási díjat meg kell fizetni – megegyezik a biztosítási tartammal.

20. A biztosítás évfordulója a biztosítási tartamon belül minden évben annak a hónapnak az első napja, amely hónapban a biztosítási tartam eredetileg megkezdődött.

Az életbiztosításhoz, mint alapbiztosításhoz kötött kiegészítő egészségbiztosítás évfordulója meg kell, hogy egyezzen az alapbiztosítás évfordulójával.

21. A biztosítási tartamon belül a biztosítási időszak egy év. Ha a biztosítási esemény bekövetkezik, a biztosító az egész évre járó biztosítási díj megfizetését követelheti, ha a biztosítás a biztosítási esemény bekövetkeztével megszűnik.

A biztosítás díja

22. A biztosítás díja a díjszabás alapján a biztosított belépési korának, nemének, egészségi állapotának, a biztosítási összegnek, a szerződő által vállalt önrészesedésnek, a biztosítási tartamnak, a díjfizetés gyakoriságának és módjának függvényében megállapított forintérték.

23. A szerződő a szerződéskötéskor éves díjfizetést, illetve féléves, negyedéves vagy havi részletekben való fizetést választhat (díjfizetési gyakoriság).

Az életbiztosításhoz, mint alapbiztosításhoz kötött kiegészítő egészségbiztosítás díját az alap(élet)biztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal és módon kell megfizetni.

24. A biztosítás első díját az ajánlattételkor kell megfizetni, minden későbbi díj pedig annak a felek megállapodása szerinti – évi, félévi, negyedévi vagy havi – időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.

25. Ha a szerződő az esedékes biztosítási díjat a biztosítás hatálybalépését követően nem egyenlíti ki, a biztosító a kockázatot az esedékességtől számított 60 napig viseli, és ez idő alatt a szerződő az elmaradt díj befizetését pótolhatja. Az elmaradt díj esedékességétől számított 60 nap elteltével a szerződés megszűnik, ha addig a hátralékos díjat nem fizették meg, és a szerződő ezen 60 napon belül halasztást sem kapott, illetőleg a biztosító a díjkövetelést bírósági úton nem érvényesítette.

Értékkövetés

26. Az értékkövetés a biztosítás díjának és a biztosítási összegnek – a kárgyakoriságtól függetlenül – az árszín-

vonala változásához évente egy alkalommal történő hozzáigazítása. Jelen szerződési feltételek értelmében a biztosítás értékállósága érdekében a biztosító minden évben – október 1-jei hatállyal – lehetőséget nyújt a szerződőnek arra, hogy a biztosítás díját és így a biztosítási összeget is növelje.

Az értékkövetés mértéke a Központi Statisztikai Hivatal által a tárgyévben hivatalosan közzétett, a tárgyévet megelőző évre vonatkozó, éves fogyasztói árindex azzal, hogy a biztosító az árindextől eltérhet, az árindex +/- 10% százalékaának megfelelő értékkel.

Az értékkövetés lehetőségét a biztosítási szerződés megkötésének az évében a biztosító csak abban az esetben ajánlja fel – október 1-jei hatállyal –, ha a biztosítási tartam kezdete június 30-át megelőzi.

Abban az esetben, ha a fogyasztói árindex értéke 5% alá csökken, a biztosító csak 5%-os díjemelést ajánlhat fel.

A biztosító – a díjfizetés tartama alatt – minden évben október 1-je előtt legalább 45 nappal írásban értesíti a szerződőt az értékkövetés mértékéről, az október 1-jétől érvényes biztosítási összegéről és a biztosítási díjról.

27. A szerződő az egészségbiztosítás biztosítási összegének és biztosítási díjának – értékkövetés miatti – emelését a biztosítási tartam alatt tetszőlegesen elfogadhatja vagy elutasíthatja. A szerződő a biztosító 26. pont szerinti értesítésének kézhezvétele után, szeptember 15-ig írásban értesítheti a biztosítót, hogy a díjemelést elutasítja. Elutasítás esetén a biztosítás változatlan biztosítási díjjal marad érvényben mindaddig, ameddig a biztosító kezdeményezése alapján a biztosítási díj emelése legközelebb lehetővé nem válik. Amennyiben a szerződő a díjemelés elutasításáról írásban nem értesíti a biztosítót, a szerződés október 1-jétől emelt biztosítási díjjal él tovább.

28. Az életbiztosításhoz, mint alapbiztosításhoz kötött kiegészítő egészségbiztosítás esetén az értékkövetésre az alapbiztosítás szerződési feltételeiben szereplő rendelkezések az irányadók.

A biztosító szolgáltatása, az igénybejelentés, elévülés

29. A biztosító a biztosítási díj megfizetése ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási eseménynek a biztosítás hatálya alatti bekövetkezése esetén az

aktuális biztosítási összeget fizeti ki a biztosítottnak a biztosítás különös biztosítási feltételeinek megfelelően.

30. A kezdeti biztosítási összeget a szerződő felek a biztosítási szerződésben rögzítik.

31. Az aktuális biztosítási összeg az értékkövetés folytán módosuló, az adott biztosítási évre vonatkozó biztosítási összeg.

32. A biztosítási eseményt az egészségbiztosítás különös biztosítási feltételeiben meghatározott idő alatt a biztosítónak írásban be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, továbbá csatolni kell a biztosítási szolgáltatáshoz szükséges iratokat, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.

33. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben a szerződő, illetőleg a biztosított a 32. pontban foglalt kötelezettségeinek nem tesz eleget, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

34. A biztosító szolgáltatásához az alábbi iratok bemutatása szükséges:

- a biztosítási kötvény,
- a biztosítási eseményt igazoló dokumentumok (pl. orvosi vagy hatósági bizonyítvány stb.),
- hatósági eljárás esetén a biztosítási esemény körülményeit igazoló határozat,
- a biztosítási díj befizetését igazoló irat, bizonylat,
- a szolgáltatás igénybevételére jogosult személyazonosságát igazoló okirat,
- a különös biztosítási feltételekben előírt iratok, valamint minden olyan más, a biztosító által kért dokumentum, amely a biztosítási szolgáltatás iránti igény jogszerűségének igazolásához szükséges.

35. A biztosító jogosult a biztosítási esemény bekövetkezése kapcsán a benyújtott orvosi dokumentumok tartalmát ellenőrizni, a biztosított egészségi állapotát, az orvosi eljárás szükségességét és a gyógytartamot felülvizsgálni. A biztosított vállalja, hogy aláveti magát a biztosító orvosa által végzett vizsgálatnak.

36. Egyedi esetekben a biztosító független orvosszakértőt is felkérhet véleményadásra.

37. A biztosító az aktuális biztosítási összeget a szolgáltatás iránti igény igazolásához szükséges utolsó irat, okmány kézhezvételét követő 15 napon belül fizeti ki az

arra jogosultnak. A biztosítási szolgáltatás teljesítésének (a biztosítási összeg kifizetésének) minősül a postára történő feladás és a banki utalás is.

38. A szerződésből eredő igények az esedékességtől számított egy év elteltével elévülnek.

A biztosítási szerződés megszűnése

39. A biztosító kockázatviselése a biztosítási tartam utolsó napján, vagy a szerződés korábbi megszűnése esetén a megszűnés napján, 24 órákor ér véget.

40. A biztosítás megszűnik:

- a biztosítási tartam lejártával,
- díjnemfizetés esetén (lásd a 25. pontot),
- felmondással (lásd a 14. és 41. pontokat),
- ha a szerződés hatálya alatt a biztosítási esemény bekövetkezése lehetetlenné vált, vagy a biztosítási érdek megszűnt (a szerződés, illetőleg annak megfelelő része a hónap utolsó napjával szűnik meg),
- a biztosítottnak a biztosítási tartamon belüli halálával.

Az életbiztosításhoz, mint alapbiztosításhoz kötött kiegészítő egészségbiztosítás az alábbi esetekben is megszűnik:

- az életbiztosításnak (alapbiztosításnak) a megszűnésével,
- az életbiztosításnak (alapbiztosításnak) a díjmentesítésével, díjnemfizetés miatti díjmentes leszállításával.

41. A szerződés bármelyik fél részéről a biztosítási évfordulóra, a biztosítási évforduló előtt 30 nappal, indoklás nélkül, írásban felmondható.

A biztosító mentesülése, kizárások

42. A biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, ha a biztosítási esemény a biztosított olyan sérülésével, betegségével, illetőleg balesetével függ össze, amelyet

- a szerződő vagy a szerződővel, illetőleg a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozó jogellenesen és szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott, vagy
- a biztosított szándékosan vagy súlyosan gondatlanul önmagának okozott, ideértve a tudatzavarban való elkövetést is.

Súlyos gondatlanságnak minősül különösen: ha a biztosítási esemény a biztosított súlyosan ittas vagy kábító, illetve bódító szerek hatása alatti állapota miatt következett be.

43. A biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, ha a biztosított az előírt orvosi kezelésnek nem vetette alá magát, vagy az orvosi utasításokat nem követte, és a betegség ennek a következménye.

44. Nem minősül biztosítási eseménynek, és a biztosító nem teljesít szolgáltatást, ha a biztosítási esemény a biztosított

- harci eseményekben, háborús vagy polgárháborús cselekményekben, felkelésben, lázadásban, zavargásban való részvétele miatt, vagy
 - orvosi javaslat nélküli vagy nem az előírt adagolásban való gyógyszerzedése miatt, vagy
 - hivatásosan gyakorolt sporttevékenysége kapcsán, vagy
 - atommag szerkezetének módosulása, illetőleg radioaktív sugárzás vagy egyéb ionizáló sugárforrás hatása miatt (ha azt nem terápiás célból vette igénybe)
- következett be.

45. Hivatásosan gyakorolt sporttevékenységnek minősül, ha a biztosított sportszervezettel létesített munkaviszony vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony, továbbá egyéni vállalkozás keretében jövedelemszerzési céllal sporttevékenységet folytat, és rendelkezik hivatásos sportolói engedéllyel.

Egyéb rendelkezések

46. A jelen általános biztosítási feltételek szerint balesetnek a biztosított akaratán kívül hirtelen fellépett olyan külső behatás minősül, amelynek következtében legkésőbb egy éven belül, társadalombiztosítási I. és II. rokkantságra szóló biztosítás esetén legkésőbb két éven belül bekövetkezik a biztosítási esemény.

47. Nem minősül balesetnek a megemelés, rándulás, fagyás, napszúrás és a hőguta. Nem tekinthető balesetnek az öngyilkosság vagy öngyilkossági kísérlet még akkor sem, ha azt a biztosított tudatzavarban követte el.

48. Egy biztosított csak egy érvényes, azonos kockázatra szóló egészségbiztosítással rendelkezhet a biztosítónál. Ha a biztosítottnak több szerződése van, a biztosító az elsőként megkötött szerződés alapján teljesít szolgáltatást, és a többi szerződésre befizetett díjat a költségek levonása után a szerződőnek visszafizeti.

49. Mindazon szolgáltatásokért (például a szerződés módosítása esetén), amelyek a jelen általános és az ahhoz kapcsolódó különös egészségbiztosítási

feltételekben nem szerepelnek, a biztosító jogosult külön költséget felszámítani.

50. A szerződő és a biztosított köteles lakcímének, illetve székhelyének, valamint levelezési címének megváltozása esetén az új címet a biztosítónak 5 napon belül bejelenteni. Ha a bejelentést elmulasztják, a biztosító az általa ismert legutolsó címre joghatályosan küldhet nyilatkozatot.

51. A biztosítóhoz intézett nyilatkozat a biztosítóval szemben akkor hatályos, ha azt írásban tették, és az a biztosító valamely szervezeti egységének a tudomására jut. A biztosító ügynöke kizárólag az ajánlatok és a díjak átvételére jogosult, de szerződéskötésre nem. A szerződő (biztosított) a jognyilatkozatát érvényesen nem intézheti hozzá.

Ha a szerződő a biztosítási szerződéssel kapcsolatos nyilatkozatait biztosítási alkuszhoz intézi, a nyilatkozatokhoz a biztosítóval szemben nem fűződik joghatály.

52. A szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozat abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor azt a posta az érdekeltnak kézbesítette, illetve – személyesen átadott nyilatkozat esetén – azt az érdekelt aláírásával elismerve átvette, illetőleg akkor is, ha az átvételt a címzett megtagadta.

53. A biztosítási díj azon a napon tekintendő megfizetettnek, amikor az a biztosító pénztárába vagy számlájára megérkezik. Ha a díjat a biztosító képviselőjének (üzletkötőjének) fizették, a 15. pont szabályai megfelelően irányadók.

Tájékoztatás személyes adatok kezeléséről

54. **Személyes adat** az olyan adat, adatból levonható következtetés, amely egy meghatározott természetes személlyel (továbbiakban: érintett) kapcsolatba hozható. A személyes adat biztosítási titoknak minősül. A biztosító személyes adatokat a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggésben kezel. Az adatszolgáltatás önkéntes, de a biztosítási ajánlaton rögzített egyes személyes adatok közlése nélkülözhetetlen a biztosítási szerződés létrejöttéhez. Az adatkezelés céljával összefüggésben a biztosító tudomására jutott adatokat a biztosító a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (továbbiakban: Bit.) értelmében az Ügyfél külön hozzájárulása nélkül kezelheti.

E törvényi felhatalmazás kizárólag azon személyes adatokra vonatkozik, amelyek nem minősülnek különleges adatnak.

Amennyiben a személyes adat az egészségi állapotra, a kóros szenvedélyre vonatkozik, úgy az a hatályos jogszabályok értelmében **különleges adatnak** minősül, a különleges adat kizárólag az Ügyfél írásbeli hozzájárulása alapján kezelhető. A különleges adatok kezelésére vonatkozó, írásbeli hozzájárulását az Ügyfél a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvény (továbbiakban: Avtv.) 3. §-ának (7) bekezdése értelmében a szerződés keretei között is megteheti, mely rendelkezés alapján szükséges hozzájárulást a szerződés részét képező ajánlati nyilatkozat tartalmazza.

A biztosító mint adatkezelő az adatok feldolgozásával leányvállalatát, a Hungária Biztosító Számítástechnikai Kft.-t (Cg. 01-09-069554, 1553 Budapest, Pf. 40.) bízta meg, amely szervezet az adatokat nyilvántartja. A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez igénybevevett – posta útján történő utalás vagy banki átutalás esetén – a Magyar Posta Rt. és a jogosult által megnevezett bank adatfeldolgozónak minősül.

A biztosító és az ügynöke, illetve megbízottja tevékenysége során tudomására jutott, biztosítási titoknak minősülő adatokat (személyes és vagyoni adatokat, a szerződéses adatokat) – a jogszabályban meghatározott eseteket kivéve – csak akkor hozhatja harmadik személy tudomására, ha a titoktartási kötelezettsége alól az érintett ügyféltől vagy annak törvényes képviselőjétől a kiszolgáltatható titokkört megjelölve írásban felmentést kapott. Nem sért biztosítási titokra vonatkozó szabályt a biztosító, amennyiben jogszabály alapján történő megkeresés vagy kötelező adatszolgáltatás teljesítése során biztosítási titoknak minősülő adatokat bocsát a jogszabályban meghatározott szerv(ezet) rendelkezésére. Az ügyfél-tájékoztató tartalmazza azon szerv(ezet)ek és személyek felsorolását, amelyeknek a biztosító az adatokat továbbítani jogosult és köteles.

A biztosító egyes biztosítási szolgáltatások során igénybe vesz külső közreműködőket olyan esetekben, amikor a szolgáltatás nyújtásához a megbízott speciális szakértelmére van szükség. A kiszervezett biztosítási tevékenységet végző megbízott személyes adatokat kezel és a törvény alapján titoktartásra kötelezett. A biztosító ügyfele saját személyes, nyilvántartott illetve továbbított adatairól – a hivatkozott törvényekben

rögzített korlátozásokkal – jogosult tájékoztatást kapni, kérésére adatait a biztosító nyilvántartásában módosítja.

Az adatkezelés időtartama

A biztosító és ügynöke a személyes adatokat a biztosítási, illetve megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási és megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító és ügynöke köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt. Az ügyfél jogellenes adatkezelés esetén élhet tiltakozási jogával, illetve bírósághoz is fordulhat. A biztosító, mint adatkezelő köteles a bejelentést a törvény előírása szerint kivizsgálni és az ügyfelet írásban tájékoztatni.

II. Elixír egészségbiztosítás keretében köthető biztosítási csomagok

1. Az Elixír egészségbiztosítás kockázati elemei biztosítási csomagokba rendezve köthetők. Az egyes biztosítási csomagok a következő kockázati elemeket tartalmazzák:

Elixír Vitál csomag:

- Kórházi napi térítésre szóló egészségbiztosítás,
- Műtéti térítésre szóló egészségbiztosítás,
- Társadalombiztosítási I. és II. csoportú rokkantsági nyugdíj esetére szóló egészségbiztosítás.

Elixír Classic csomag:

- Kórházi napi térítésre szóló egészségbiztosítás,
- Műtéti térítésre szóló egészségbiztosítás,
- Társadalombiztosítási I. és II. csoportú rokkantsági nyugdíj esetére szóló egészségbiztosítás,
- Kritikus betegségekre szóló egészségbiztosítás.

Elixír Extra csomag:

- Kórházi napi térítésre szóló egészségbiztosítás,
- Műtéti térítésre szóló egészségbiztosítás,
- Társadalombiztosítási I. és II. csoportú rokkantsági nyugdíj esetére szóló egészségbiztosítás,
- Kritikus betegségekre szóló egészségbiztosítás,
- Gyógyulási támogatásra szóló egészségbiztosítás.

2. A fentiekén túl a szerződő tetszés szerint is választhat a kockázati elemek közül.

3. A szerződő által választható kockázati elemeket a különös biztosítási feltételek tartalmazzák. A választott kockázati elemeket a szerződő felek a szerződésben rögzítik.

4. Az Elixír egészségbiztosítás köthető önállóan, illetve köthető életbiztosításhoz kiegészítő biztosításként.

III. A kórházi napi térítésre szóló Elixír egészségbiztosítás különös biztosítási feltételei

1. A biztosító és a szerződő között létrejött Elixír egészségbiztosítási szerződés kórházi napi térítésre vonatkozó kockázati elemére jelen különös biztosítási feltételek érvényesek.

A biztosítási esemény

2. Biztosítási esemény a biztosítottak a kockázatviselési időszakban bekövetkezett – saját jogán történő, baleset vagy betegség miatti orvosi indokolt és szükséges – gyógykezelése fekvőbeteg-gyógyintézetben a kezelés megkezdésétől annak befejezéséig azzal a kikötéssel, hogy a biztosítási eseményhez vezető balesetnek, vagy betegségnek is a kockázatviselési időszakban kell bekövetkeznie.

3. Fekvőbeteg-gyógyintézetben történő gyógykezelésnek minősül az aktív betegellátó osztályokon (részlegeken, ágyakon) történő gyógykezelés. Aktív betegellátó osztályokon (részlegeken, ágyakon) olyan fekvőbeteg-gyógyintézeti osztályok (részlegek, ágyak) értendők, amelyeken az orvosi szakterületenként szervezett osztályok, részlegek (pl. belgyógyászat, sebészet stb., de ide sorolandók az intenzív osztályok, részlegek is) állandó és folyamatos, aktív orvosi és ápolási ellátást igénylő betegeket látnak el.

4. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a fekvőbeteg-gyógyintézetben történő gyógykezelésre a kockázatviselés kezdetétől számított 10 hónapon belül

- fogászati kezelés, fogászati protézisek készítése, állkapocs-ortopédiai-, illetve állkapocs-sebészeti beavatkozás(ok),
 - terhesség, illetve szülés miatt
- kerül sor.

5. A biztosítás önrésszel vagy önrész nélkül köthető. Az önrész az a szerződő által választott és a szerződésben napokban meghatározott időtartam, amelyre a biztosító nem nyújt szolgáltatást.

6. Ha a biztosítási eseménynek minősülő gyógykezelés időtartama alatt olyan újabb betegség vagy baleset következik be, amely ugyancsak orvosilag indokolt és szükséges fekvőbeteg-gyógykezeléssel jár, akkor ez – a biztosító térítésének mértéke és az önrészesedés szempontjából – új biztosítási eseménynek minősül, feltéve, hogy az újabb betegség vagy baleset miatt a fekvőbeteg-gyógykezelés időtartama hosszabb a korábnál, kivéve, ha az újabb betegség vagy baleset okozati összefüggésben áll az előző biztosítási eseményt megalapozó betegséggel vagy balesettel.

A biztosító szolgáltatása, az igény bejelentése

7. A biztosítási esemény bekövetkezte esetén a biztosító a szerződésben meghatározott összegű napi térítést nyújt a biztosított részére.

8. A napi térítést a fekvőbeteg-gyógyintézetben való tartózkodás naptári napjaira nyújtja a biztosító. A napi térítés biztosítási eseményenként az önrészként választott napokkal együtt nem haladhatja meg a 150 napot. A biztosító egy biztosítási évben az önrészként választott napokkal együtt legfeljebb 180 napot, két egymást követő biztosítási éven belül pedig az önrészként választott napokkal együtt legfeljebb 200 napot térít.

9. A napi térítés számításánál a biztosító azt a napot is figyelembe veszi, amelyen a biztosítottat a fekvőbeteg-gyógyintézeti gyógykezelésre felvették, valamint onnan elbocsátották.

10. A biztosító nem teljesít szolgáltatást (napi térítést) azokra a napokra, amelyeken a biztosított nem tartózkodik a fekvőbeteg-gyógyintézetben, vagy ha az ott-tartózkodás – a 9. pontban foglaltakat kivéve – 24 óránál rövidebb.

11. A biztosító a napi térítést úgy számítja ki, hogy azon napok számát, amelyeken a biztosított gyógykezelése biztosítási eseménynek minősül – csökkentve az önrész napokkal – megszorozza a biztosítási összeggel.

12. A biztosító terhességenként legfeljebb 14 napra, ezen belül szülés esetén legfeljebb 10 napra nyújt

szolgáltatást. Terhesség és szülés esetén a biztosító maximálisan 14 napra nyújt szolgáltatást.

13. A biztosított köteles a biztosítási eseményt a biztosítónak haladéktalanul bejelenteni, és a szolgáltatáshoz szükséges iratokat legkésőbb a fekvőbeteg-gyógyintézetből való elbocsátását követő 10 napon belül a biztosítónak benyújtani.

14. A szolgáltatás iránti igény elbírálásához szükséges a fekvőbetegként történő gyógykezelésről kiadott eredeti fekvőbeteg-gyógyintézeti zárójelentés.

Kizárások

15. A biztosító nem teljesít szolgáltatást a biztosított

- nem orvosi indikáció alapján végzett terhességmegszakítása,
- megtermékenyítést elősegítő bármilyen orvosi beavatkozás (beleértve a mesterséges megtermékenyítést is),
- krónikus, rehabilitációs vagy rekreációs fekvőbeteg-gyógyintézeti osztályon (részlegén, ágyon) való ellátása,
- pszichiátriai intézetben (illetve igazoltan pszichiátriai ágyon) való ellátása,
- alkohol- és kábítószer-elvonó intézményben történő tartózkodása,
- terápiás célból nem indokolt esztétikai beavatkozás, fogyókúra kezelés miatti fekvőbeteg-gyógyintézeti tartózkodása,
- fizioterápiás, fürdőgyógyászati, pszichoterápiás, akupunktúrás, természetgyógyászati és egyéb paramedikális kezelése esetén.

Díjengedmény

16. A szerződőt díjengedmény illeti meg – az egészség-biztosítás általános biztosítási feltételeiben leírt érték-követés időpontjától kezdődő hatállyal – egy éven keresztül, ha az érték követés időpontját megelőző évben a jelen biztosítás alapján a biztosító nem teljesített szolgáltatást. A díjengedmény mértéke az aktuálisan fizetendő – e pont szerinti díjengedmény nélküli – biztosítási díj 5%-a.

IV. A műtéti térítésre szóló Elixír egészségbiztosítás különös biztosítási feltételei

1. A biztosító és a szerződő között létrejött Elixír egészségbiztosítási szerződés műtéti térítésre szóló kockázati elemére jelen különös biztosítási feltételek érvényesek.

2. Ha a szerződő felek nem a jelen különös biztosítási feltételek II. 1. pontjában foglalt biztosítási csomagokban kötik meg a biztosítást, akkor jelen biztosítás A kórházi napi térítésre szóló, A napi térítésre szóló, valamint A kritikus betegségekre szóló egészségbiztosításokhoz köthető.

A biztosítási esemény

3. Biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkezett – baleset vagy betegség miatti orvosi indokolt és szükséges, a jelen feltételek szerinti – műtete **azzal a kikötéssel, hogy a biztosítási eseményhez vezető balesetnek, vagy betegségnek is a kockázatviselési időszakban kell bekövetkeznie.**

4. Műtét az orvosszakmai szabályok betartásával elvégzett sebészeti (sebészeti jellegű) orvosi beavatkozás.

A biztosító szolgáltatása, az igény bejelentése

5. A biztosítási esemény bekövetkezte esetén a biztosító a szerződésben meghatározott egyösszegű szolgáltatást nyújtja a biztosított részére az alábbiak szerint:

- a) nagy műtét esetén a biztosítási összeget,
- b) közepes műtét esetén a nagy műtetre járó szolgáltatás 50%-át,
- c) kis műtét esetén a nagy műtetre járó szolgáltatás 20%-át.

6. A biztosítási eseménynek minősülő műtéteket, valamint azok kis, közepes, illetve nagy műtétek szerinti besorolását a jelen feltételek 2. számú mellékletét képező műtéti lista tartalmazza.

7. A biztosító szolgáltatása biztosítási évenként legfeljebb a biztosítási összeg háromszorosa, két egymást követő biztosítási évben pedig a biztosítási összeg ötszöröse lehet.

8. Ha ugyanazon betegség vagy baleset esetén több műtéti beavatkozás is szükséges, ez a biztosító szolgáltatásának mértéke szempontjából egy biztosítási eseménynek minősül. Ha a biztosító szolgáltatását követően a biztosított olyan újabb műtétére kerül sor, amely a műtéti lista alapján magasabb besorolású, a biztosító a korábbi és az újabb műtetre járó szolgáltatások különbözetét fizeti ki.

9. A biztosított köteles a biztosítási eseményt a szolgáltatáshoz szükséges iratokkal együtt a biztosítónak haladéktalanul bejelenteni. Fekvőbeteg-gyógyintézetben elvégzett műtét esetén az iratokat legkésőbb a gyógyintézetből való elbocsátását követő 10 napon belül kell benyújtani.

10. A szolgáltatás iránti igény elbírálásához szükséges a fekvőbetegként történő gyógykezelésről kiadott eredeti fekvőbeteg-gyógyintézeti zárójelentés.

Díjengedmény

11. A szerződőt díjengedmény illeti meg – az egészségbiztosítás általános biztosítási feltételeiben leírt érték-követés időpontjától kezdődő hatállyal – egy éven keresztül, ha az értékkövetés időpontját megelőző évben a jelen biztosítás alapján a biztosító nem teljesített szolgáltatást. A díjengedmény mértéke az aktuálisan fizetendő – e pont szerinti díjengedmény nélküli – biztosítási díj 5%-a.

A szerződés megszűnése

12. Az egészségbiztosítás általános biztosítási feltételeiben foglalt megszűnési okokon kívül a jelen különös biztosítási feltételek alapján létrejött biztosítás megszűnik annak az egészségbiztosításnak (A kórházi napi térítésre szóló, A napi térítésre szóló, A kritikus betegségekre szóló egészségbiztosítás) a megszűnésével is, amelyhez kötötték, függetlenül attól, hogy a biztosítást jelen különös biztosítási feltételek II. 1. pontjában szereplő biztosítási csomagban, vagy nem biztosítási csomagban kötötték.

V. A társadalombiztosítási I. és II. csoportú rokkantsági nyugdíj esetére szóló Elixír egészségbiztosítás különös biztosítási feltételei

1. A biztosító és a szerződő között létrejött Elixír egészségbiztosítási szerződés társadalombiztosítási I. és II. csoportú rokkantsági nyugdíj esetére szóló kockázati elemére jelen különös biztosítási feltételek érvényesek.

2. Ha a szerződő felek nem a jelen különös biztosítási feltételek II. 1. pontjában foglalt biztosítási csomagokban kötik meg a biztosítást, akkor jelen biztosítás A kórházi napi térítésre szóló, A napi térítésre szóló, valamint A kritikus betegségekre szóló egészségbiztosításokhoz köthető.

A biztosítási esemény

3. Biztosítási esemény, ha a biztosított a balesetből vagy betegségből eredően rokkantsági vagy baleseti rokkantsági alapon társadalombiztosítási I. vagy II. rokkantsági csoportba tartozó rokkanttá válik, és ezt az Országos Orvosszakértői Intézet szakvéleménye alapján az illetékes társadalombiztosítási szerv a betegség vagy baleset bekövetkezésétől számított két éven belül megállapítja, azzal a kikötéssel, hogy a biztosítási eseményhez vezető balesetnek, vagy betegségnek a kockázatviselési időszakban kell bekövetkeznie.

A biztosító szolgáltatása, az igény bejelentése

4. A biztosítási esemény bekövetkezte esetén a biztosító a szerződésben meghatározott összegű szolgáltatást nyújtja a biztosított részére.

5. Ha a biztosítási esemény a várakozási időn belül következik be, a biztosító a biztosítási összeg helyett az addig befizetett díjat téríti vissza, kivéve, ha a rokkantság baleset vagy heveny fertőző betegség következménye.

6. A biztosítási eseményt az annak bekövetkeztétől számított nyolc napon belül kell bejelenteni a biztosítónak.

7. A szolgáltatás iránti igény elbírálásához szükséges a rokkantság megállapítását és a rokkantsági csoportba sorolást tartalmazó TB-határozat, és az Országos Orvosszakértői Intézeti rokkantsági csoportba sorolást tartalmazó szakvéleménye.

A szerződés megszűnése

8. Az egészségbiztosítás általános biztosítási feltételeiben foglalt megszűnési okokon kívül a jelen különös biztosítási feltételek alapján létrejött biztosítás megszűnik a biztosítási esemény bekövetkezésével, valamint annak az egészségbiztosításnak (A kórházi napi térítésre szóló, A napi térítésre szóló, A kritikus betegségekre szóló egészségbiztosítás) a megszűnésével is, amelyhez kötötték, függetlenül attól, hogy a biztosítást jelen különös biztosítási feltételek II. 1. pontjában szereplő biztosítási csomagban, vagy nem biztosítási csomagban kötötték.

VI. A kritikus betegségekre szóló Elixír egészségbiztosítás különös biztosítási feltételei

1. A biztosító és a szerződő között létrejött Elixír egészségbiztosítási szerződés kritikus betegségekre szóló kockázati elemére jelen különös biztosítási feltételek érvényesek.

A biztosítási esemény

2. A biztosítási esemény bekövetkezik, amikor

- a) a biztosítottnál rosszindulatú daganatot diagnosztizálnak – a diagnosztizálás időpontjában,
- b) a biztosítottnál szívinfarktust diagnosztizálnak – a szívinfarktus bekövetkeztének a kezelőorvos által megállapított időpontjában,
- c) a biztosítottnál agyi érkatasztrófát diagnosztizálnak – és a diagnózis felállításától számított 60 nap eltelt,
- d) a biztosítotton szervátültetést hajtanak végre – a műtét időpontjában,
- e) a biztosított AIDS- (HIV-)betegségben megbetegszik – a HIV-betegség megállapításának időpontjában,

feltéve, hogy a biztosítási esemény – és a biztosítási eseményhez vezető baleset, vagy betegség is – a kockázatviselési időszakban előzmény nélkül következett be, és bekövetkezésének időpontját követően a biztosított legalább 30 napig életben van.

Előzménynek az tekintendő, ha az ajánlattétel előtt olyan betegséget diagnosztizáltak, amelyre a biztosítási esemény visszavezethető, azzal közvetlen okozati összefüggésben áll.

A biztosítási esemény bekövetkeztéhez szükséges betegségek definíciói

3. a) Rosszindulatú daganat:

A rosszindulatú sejtek befolyásolhatatlan növekedése és behatolása más szövetekbe. A közismert, ún. „rákos” megbetegedéseken kívül biztosítási eseményként ilyenek minősülnek a leukémiák (kivéve a krónikus limphoid leukémiát) és a limfómák is.

Nem minősülnek biztosítási eseménynek a nem invazív, helyi (carcinoma in situ) rákos megbetegedések, valamint a bőrrákok a malignus melanoma kivételével.

b) Szívinfarktus:

A vérkeringésnek a szívizom körülírt részén történt elakadása következtében kialakult helyi szívizomelhalás. A biztosítási eseménynek minősülő szívinfarktus diagnózisának a következő együttesen fennálló tényeken kell alapulnia:

1. típusos mellkasi fájdalom,
2. friss és szívinfarktust bizonyító EKG-eltérés,
3. a szívizomelhalásra specifikus enzimek felszaporodása a vérben.

c) Agyi érkatasztrófa:

A diagnózis felállításától számított 60 nap után is észlelhető, maradandó idegrendszeri tüneteket okozó agyi értörténés, amelyhez a következő kórképek sorolhatók:

1. az agyszövet elhalása érelzáródás következtében (trombózis),
2. koponyán belüli vérzés, kivéve a baleseti eredetűt,
3. koponyán kívüli forrásból származó agyembólia, a baleseti eredetű kivételével.

d) Szervátültetés:

Szervátültetésnek minősül a biztosítottot első alkalommal végzett szívátültetés, vagy egyidejű szív- és tüdőátültetés, vagy májtranszplantáció, vagy veseátültetés, feltéve, hogy a szervet a biztosított kapja. Az itt felsoroltakon kívül más szerv vagy szövet átültetésére nem terjed ki a biztosítás.

e) AIDS- (HIV-)betegség:

Olyan betegség, amely a HIV-fertőzött (HIV-pozitív, BNO10:Z21) személynél a HIV-fertőzöttség talaján fellépő fertőző és parazitás betegséget és/vagy rosszindulatú daganatot és/vagy egyéb, a HIV-fertőzöttséggel összefüggő betegségi tüneteket eredményez (BNO10:B20-B23).

Nem terjed ki a biztosítás az előző bekezdésben meghatározott betegségeket még nem eredményező szerzett immunhiányos szindrómára (AIDS) és az ezzel összefüggő, az előző bekezdésben meghatározott betegségeket még nem eredményező egészségállapot-változásokra (AIDS related complex, ARC) (BNO10:B24); (BNO - Betegségek Nemzetközi Osztályozása).

A biztosító szolgáltatása, az igény bejelentése

4. A 2. pontban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezte esetén a biztosító a szerződésben meghatározott egyösszegű szolgáltatást nyújtja a biztosított részére.

5. Ha a biztosítási esemény a várakozási időn belül következik be, a biztosító a biztosítási összeg helyett az addig befizetett díjat téríti vissza.

6. A szolgáltatás iránti igényt a biztosítási esemény bekövetkezte utáni 15 napon belül a biztosítóhoz a 3. pontban meghatározott betegségeket igazoló orvosi dokumentumokkal együtt írásban be kell jelenteni.

7. A biztosító a jelen feltételek alapján létrejött szerződés kapcsán egyszer és legfeljebb egy – a 3. pontban meghatározott – betegség esetén nyújt szolgáltatást akkor is, ha több betegség együttesen lép fel.

8. A biztosító szolgáltatásához az alábbi iratok szükségesek:

Rosszindulatú daganat esetén a szövetminta-vizsgálat alapján felállított orvosi diagnózis, a szövettani vizsgálat leírásával.

Szívinfarktus esetén:

1. a típusos mellkasi fájdalom leírása a vele járó kísérő tünetekkel,
2. friss és a szívinfarktust bizonyító EKG-eltérést mutató lelet,
3. a szívizomelhalást igazoló specifikus enzimeknek a vérben való felszaporodását bizonyító lelet.

Agyi érkatasztrófa esetén szakorvosi vélemény, amely igazolja az idegrendszeri károsodás 60 napon túli fennállását.

Szervátültetés esetén az azzal kapcsolatos összes orvosi dokumentáció az indikációt igazoló vizsgálati eredményekkel együtt.

AIDS- (HIV-)betegség esetén az orvosi diagnózis, melynek felállítása a fekvőbeteg-gyógyintézet fertőzőbeteg-osztályán történt.

A szerződés megszűnése

9. Az egészségbiztosítás általános biztosítási feltételeiben foglalt megszűnési okokon kívül a jelen különös biztosítási feltételek alapján létrejött biztosítás megszűnik a biztosítási esemény bekövetkeztével is.

VII. A gyógyulási támogatásra szóló Elixír egészségbiztosítás különös biztosítási feltételei

1. A biztosító és a szerződő között létrejött Elixír egészségbiztosítási szerződés gyógyulási támogatásra szóló kockázati elemére jelen különös biztosítási feltételek érvényesek.

2. Ha a szerződő felek nem a jelen különös biztosítási feltételek II. 1. pontjában foglalt biztosítási csomagokban kötik meg a biztosítást, akkor jelen biztosítás A kórházi napi térítésre szóló, A napi térítésre szóló, valamint A kritikus betegségekre szóló egészségbiztosításokhoz köthető.

A biztosítási esemény

3. Biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkezett – saját jogán történő, baleset vagy betegség miatti orvosiilag szükséges és indokolt, folyamatos, 8 napot meghaladó és fekvőbeteg-gyógyintézetben való – gyógykezelése azzal a kikötéssel, hogy a biztosítási eseményhez vezető balesetnek, vagy betegségnek is a kockázatviselési időszakban kell bekövetkeznie.

4. Fekvőbeteg-gyógyintézetben történő gyógykezelésnek minősül az aktív betegellátó osztályokon (részlegeken, ágyakon) történő gyógykezelés. Aktív betegellátó osztályokon (részlegeken, ágyakon) olyan fekvőbeteg-gyógyintézeti osztályok (részlegek, ágyak) értendők, amelyeken az orvosi szakterületenként szervezett osztályok, részlegek (pl. belgyógyászat, sebészet stb., de ide sorolandók az intenzív osztályok, részlegek is) állandó és folyamatos, aktív orvosi és ápolási ellátást igénylő betegeket látnak el.

5. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a fekvőbeteg- gyógyintézetben történő gyógykezelésre a kockázatviselés kezdetétől számított 10 hónapon belül

- fogászati kezelés, fogászati protézisek készítése, állkapocs-ortopédiai-, illetve állkapocs-sebészeti beavatkozás(ok),
- terhesség, illetve szülés miatt kerül sor.

A biztosító szolgáltatása, az igény bejelentése

6. A biztosítási esemény bekövetkezte esetén a biztosító a szerződésben meghatározott összegű szolgáltatást nyújtja a biztosított részére.

7. A biztosítási esemény bekövetkeztéhez szükséges napok megállapításakor a biztosító azt a napot is figyelembe veszi, amelyen a biztosítottat a fekvőbeteg-gyógyintézetben történő gyógykezelésre felvették, valamint onnan elbocsátották.

8. A biztosító nem teljesít szolgáltatást azokra a napokra, amelyeken a biztosított nem tartózkodik a fekvőbeteg-gyógyintézetben, vagy ha az ott tartózkodás – a 7. pontban foglaltakat kivéve – 24 óránál rövidebb.

9. A biztosított köteles a biztosítási eseményt a biztosítónak haladéktalanul bejelenteni, és a szolgáltatáshoz szükséges iratokat legkésőbb a fekvőbeteg-gyógyintézetből való elbocsátását követő 10 napon belül a biztosítónak benyújtani.

10. A szolgáltatás iránti igény elbírálásához szükséges a fekvőbetegként történő gyógykezelésről kiadott eredeti fekvőbeteg-gyógyintézeti zárójelentés.

Kizárások

11. A biztosító nem teljesít szolgáltatást a biztosított

- nem orvosi indikáció alapján végzett terhességmegszakítása,
- megtermékenyítést elősegítő bármilyen orvosi beavatkozás (beleértve a mesterséges megtermékenyítést is),
- krónikus, rehabilitációs vagy rekreációs fekvőbeteg-gyógyintézeti osztályon (részlegen, ágyon) való ellátása,

- pszichiátriai intézetben (illetve igazoltan pszichiátriai ágyon) való ellátása,
- alkohol- és kábítószer-elvonó intézményben történő tartózkodása,
- terápiás célból nem indokolt esztétikai beavatkozás, fogyókúra kezelés miatti fekvőbeteg-gyógyintézeti tartózkodása,
- fizioterápiás, fürdőgyógyászati, pszichoterápiás, akupunktúrás, természetgyógyászati és egyéb paramedikális kezelése esetén.

Díjengedmény

12. A szerződött díjengedmény illeti meg – az egészségbiztosítás általános biztosítási feltételeiben leírt érték-követés időpontjától kezdődő hatállyal – egy éven keresztül, ha az érték követés időpontját megelőző évben a jelen biztosítás alapján a biztosító nem teljesített szolgáltatást. A díjengedmény mértéke az aktuálisan fizetendő – e pont szerinti díjengedmény nélküli – biztosítási díj 5%-a.

A szerződés megszűnése

13. Az egészségbiztosítás általános biztosítási feltételeiben foglalt megszűnési okokon kívül a jelen különös biztosítási feltételek alapján létrejött biztosítás megszűnik annak az egészségbiztosításnak (A kórházi napi térítésre szóló, A napi térítésre szóló, A kritikus betegségekre szóló egészségbiztosítás) a megszűnésével is, amelyhez kötötték, függetlenül attól, hogy a biztosítást jelen különös biztosítási feltételek II. 1. pontjában szereplő biztosítási csomagban, vagy nem biztosítási csomagban kötötték.

VIII. A napi térítésre szóló Elixír egészségbiztosítás különös biztosítási feltételei

1. A biztosító és a szerződő között létrejött Elixír egészségbiztosítási szerződés napi térítésre szóló kockázati elemére jelen különös biztosítási feltételek érvényesek.

A biztosítási esemény

2. Biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkezett, betegség vagy baleset miatti, társadalombiztosítási szerv által igazolt keresőképtelensége azzal a kikötéssel, hogy a biztosítási eseményhez vezető balesetnek, vagy betegségnek is a kockázatviselési időszakban kell bekövetkeznie.

3. Keresőképtelen az a biztosított, aki betegség vagy baleset következtében orvosi szempontból saját jogán szükséges gyógykezelése miatt munkáját nem tudja ellátni, és más kereső tevékenységet sem képes végezni. E rendelkezés alkalmazásában munkán az a foglalkozás, illetőleg az a munkakör értendő, amelyben a biztosított a keresőképtelenségét közvetlenül megelőzően dolgozott. Ha a biztosított több jogviszony alapján is jogosult társadalombiztosítási ellátásra, a keresőképtelenségnek mindegyik jogviszonyban fenn kell állnia.

4. A biztosítás önrésszel köthető. Az önrész a szerződő által választott és a szerződésben napokban meghatározott időtartam, amelyre a biztosító nem nyújt szolgáltatást.

5. Ha a biztosítási eseménynek minősülő gyógykezelés időtartama alatt olyan újabb betegség vagy baleset következik be, amely ugyancsak orvosilag indokolt és szükséges gyógykezeléssel jár, akkor ez – a biztosító térítésének mértéke és az önrészesedés szempontjából – új biztosítási eseménynek minősül, feltéve, hogy az újabb betegség vagy baleset miatt a gyógykezelés időtartama hosszabb a korábbinál, kivéve, ha az újabb betegség vagy baleset okozati összefüggésben áll az előző biztosítási eseményt megalapozó betegséggel vagy balesettel.

A biztosítottak köre

6. A jelen szerződési feltételek alapján létrejött biztosítási szerződésben biztosított lehet a magyarországi lakóhellyel rendelkező magyar állampolgár, valamint tartózkodási engedéllyel, illetve bevándorlási engedéllyel Magyarországon tartózkodó külföldi állampolgár, ha a) munkaszerződésen alapuló munkavégzésre irányuló jogviszonyból, vagy b) minimálisan 2 éve fennálló és társadalombiztosítási járulékfizetési kötelezettséggel járó egyéni vagy társas vállalkozásból adóköteles jövedelemmel rendelkezik.

7. A szerződéskötéskor a jövedelmet eredményező jogviszony fennállását vagy a jövedelemszerző tevékeny-

ség folytatását igazolni kell /pl. munkáltatói igazolással (lásd: 6/a pont), illetve vállalkozói igazolvánnyal, társasági szerződéssel (lásd: 6/b pont)/.

A szerződés létrejötte

8. A biztosítás – a napi térítés választott összegétől függően – jövedelemigazolással vagy anélkül köthető.

Jövedelemigazolásra van szükség, ha a napi térítés választott összege meghaladja a biztosító által ajánlott és jövedelemigazolás nélkül választható összeget. A jövedelem például munkáltatói jövedelemigazolással, társadalombiztosítási bevallással, adóbevallással igazolható.

A napi térítés összege és kiszámításának módja

9. A napi térítés összege (biztosítási összeg) a szerződő által a szerződéskötéskor választott összeg.

a) **Jövedelemigazolással** megkötendő szerződés esetén a választható maximális napi térítési összeg a biztosított szerződéskötést megelőző naptári évben elért – adóval, nyugdíjjáru-lékkal, egészségbiztosítási járulékkal és munkavállalói járulékkal csökkentett – napi jövedelmének és a kötelező egészségbiztosítás keretében járó táppénznek a különbözete.

b) **Jövedelemigazolás nélküli** szerződéskötés esetén a napi térítés összege a biztosító által ajánlott összeg.

10. Ha a szerződés megkötésekor jövedelemigazolást is be kell mutatni, a biztosító ennek alapján megállapítja a biztosított előző évi – adóval, nyugdíjjáru-lékkal, egészségbiztosítási járulékkal és munkavállalói járulékkal csökkentett – jövedelmét (tisztá jövedelem), majd kiszámítja a napi tiszta jövedelem és a kötelező egészségbiztosítás keretében járó napi táppénz különbözetét. A különbözeten belül a szerződő választhatja meg a napi térítés összegét.

11. Ha a 6/a és a 6/b pontban felsorolt jogviszonyok együtt állnak fenn, a felek a napi térítés összegét – a szerződő választása szerint – az összes jogviszonyból származó együttes jövedelem vagy a szerződő által megjelölt jogviszonyból eredő jövedelem alapján állapítják meg.

A változásbejelentési kötelezettség és elmulasztásának következményei

12. Jövedelemigazolás alapján létrejött szerződés esetében a biztosított köteles a szerződéskötést megelőző évi tiszta jövedelmének legalább 20%-os vagy ennél nagyobb mértékű csökkenését az éves adóbevallás benyújtására előírt határidőt követő 8 napon belül bejelenteni a biztosítónak. A bejelentést követően a felek közösen állapítják meg a napi térítés új összegét és díját.

13. Ha a biztosított a 12. pont szerinti bejelentési kötelezettségének nem tesz eleget, és a bejelentési kötelezettség alá eső jövedelemcsökkenésről a biztosító utóbb tudomást szerez, a jövedelemcsökkenéssel arányosan csökkentheti a napi térítési összeget és a díjat. A már teljesített szolgáltatások és befizetett díjak a jövedelemcsökkenéssel arányosan visszajárnak.

14. A biztosított 5 napon belül köteles bejelenteni, ha

- a munkaviszonyban folytatott tevékenysége megszűnt, és egyéni vagy társas vállalkozói tevékenységet kezdett, vagy társas vállalkozás tagja lett; vagy
- egyéni vállalkozói tevékenysége vagy társas vállalkozásbeli tagsága megszűnt, és munkaviszonyt létesített.

15. A bejelentés alapján a biztosító jogosult a megváltozott jövedelmi helyzetet vizsgálni. A jövedelem csökkenése esetén a felek új napi térítési összeget és új díjat állapítanak meg.

16. A biztosítónak haladéktalanul be kell jelenteni, ha a szerződés a 27. pontban foglalt valamely okból megszűnt.

17. A napi térítésre szóló egészség- vagy betegbiztosítás más biztosítótársasággal (illetve biztosítási tevékenységet folytató más szervezettel) történt megkötését a biztosítónak 15 napon belül be kell jelenteni.

A biztosítási szerződés változása

18. A szerződő kezdeményezheti a napi térítés összegének emelését, ha a biztosított éves tiszta jövedelme a szerződéskötést megelőző év tiszta jövedelméhez képest emelkedett. A biztosító az egészségi állapotot nem vizsgálja, és eltekint a várakozási időtől abban az esetben, ha a szerződő legkésőbb az éves adóbevallás benyújtására előírt határidőt követő 8 napon belül kezdeményezi a napi térítés összegének emelését.

A biztosító szolgáltatása, annak kiszámítási módja, és az igény bejelentése

19. A biztosítási esemény bekövetkezte esetén a biztosító a szerződésben meghatározott napi térítési összeget fizeti ki a biztosítottnak az igazolt keresőképtelenség időtartamára, amely a keresőképtelenné nyilvánítással kezdődik és a keresőképesse nyilvánítással szűnik meg. Ha a biztosítási szerződés létrejöttkor jövedelemigazolást is be kellett mutatni, a biztosító által nyújtott napi térítés és a kötelező egészségbiztosítás keretében egy napra kapott táppénz összege nem haladhatja meg a biztosított keresőképtelenségének első napját megelőző naptári évben elért, és a 10. pont szerinti egy napra számított tiszta jövedelmét.

20. Az egy biztosítási esemény kapcsán figyelembe vett napok száma az önrésznappal együtt nem haladhatja meg a 150 napot.

21. A biztosító két egymást követő biztosítási évben belül az önrésznappal együtt legfeljebb 200 napot térít.

22. A napi térítés kiszámításakor a biztosító a keresőképtelenség tartamába a kezdő és a végső napot is beszámítja.

23. Ha a biztosítási szerződés megkötésekor a jövedelemigazolására a biztosító nem tartott igényt, a szerződésben meghatározott napi térítést is jövedelemigazolás nélkül fizeti ki.

24. Ha a szerződés létrejöttkor jövedelemigazolást is be kellett mutatni, a szolgáltatás teljesítéséhez igazolni kell a szolgáltatásra való jogosultságot megelőző naptári évben elért jövedelmet. Ha az előző évi jövedelmet igazoló adóbevallás még nem áll rendelkezésre, a biztosító az utoljára benyújtott adóbevallás szerint megállapított összeg 50%-át fizeti ki előlegként.

25. A biztosítási eseményt a keresőképtelenséget igazoló irattal együtt, valamint a keresőképesse nyilvánítást haladéktalanul be kell jelenteni a biztosítónak.

26. A gyógykezelés folyamán a biztosító részére kéthetente be kell nyújtani a kezelőorvos igazolását a biztosított keresőképtelenségéről.

A biztosítás megszűnése

27. A biztosítás az egészségbiztosítás általános szerződési feltételeiben foglalt megszűnési okokon kívül is megszűnik

- a) annak a hónapnak a végén, melyben
 - a magyar állampolgár biztosítottnak megszűnt a magyarországi lakóhelye;
 - a biztosított magyarországi tartózkodási engedélyét nem hosszabbították meg;
 - a biztosítottat Magyarországról kiutasították, vagy tartózkodási engedélyét, illetőleg bevándorlási engedélyét visszavonták;
 - a biztosítás alapjául szolgáló 6/a-b pontban meghatározott jogviszony megszűnt (kivéve a 14. pontot). Ha ebben az időpontban egy már bekövetkezett biztosítási esemény fennáll, a biztosítás csak ennek a keresőképtelenségnek a végén ér véget, de legkésőbb a szerződés megszűnési okának bekövetkezte után egy hónappal; valamint
- b) azon a napon, amelytől kezdve a munkaképességét legalább 67%-ban elvesztett biztosított részére rokkantsági nyugdíjat állapítottak meg.

Kizárások

28. A biztosító nem teljesít szolgáltatást az alábbi esetekben:

- a) terhesség, terhességmegszakítás, vetélés és szülés miatti keresőképtelenség esetén,
- b) a törvényes foglalkoztatási tilalom alatti munkavállalásból eredő keresőképtelenség esetén,
- c) gyermek nevelése vagy szülő ápolása okán igénybevett társadalombiztosítási szolgáltatás esetén.

Díjengedmény

29. A szerződött díjengedmény illeti meg – az egészségbiztosítás általános biztosítási feltételeiben leírt érték-követés időpontjától kezdődő hatállyal – egy éven keresztül, ha az értékkövetés időpontját megelőző évben a jelen biztosítás alapján a biztosító nem teljesített szolgáltatást. A díjengedmény mértéke az aktuálisan fizetendő – e pont szerinti díjengedmény nélküli – biztosítási díj 5%-a.

Allianz Hungária Biztosító Részvénytársaság
1054 Budapest, Bajcsy-Zsilinszky út 52.
Cégjegyzékszám: Fővárosi Bíróság, mint Cégbíróság
Cg. 01-10-041356

1. számú melléklet

Heveny fertőző betegségek

- Acut flaccid paralysis (petyhüdt izombénulással járó fertőzés)
- AIDS/HIV
- Ancylostomiasis (horogféreg-betegség)
- Anthrax (lépfene)
- Brucellosis
- Campylobacter enteritis (campylobacter okozta hasmenés)
- Cholera (kolera)
- Diphtheria (torokgyík)
- Dysentery (vérhas)
 - = Amoebiasis
 - = Shigellosis
- Dyspepsia coli (coli-hasmenés)
 - = Enteropathogen E. coli enteritis (EPEC)
- Egyéb E. coli által okozott megbetegedés
 - = Enterohaemorrhagic E. coli enteritis (EHEC)
 - = Enteroinvasive E. coli (EIEC)
 - = Enterotoxigenic E. coli enteritis (ETEC)
- Echinococcosis
- Encephalitis infectiosa (fertőzőes agyvelőgyulladás)
 - = Encephalitisek
 - = Kullancsencephalitis
- Enteritis infectiosa (fertőzőes hasmenés)
 - = Vírusos gastroenteritisek
 - Adenovírusok
 - Norwalk vírus
 - Rotavírus
 - = Giardiasis
- Febris flava (sárgaláz)
- Ferbris recurrens (visszatérő láz)
- Hepatitis infectiosa (fertőzőes májgyulladás)
 - = Hepatitis A
 - = Hepatitis B
 - = Hepatitis C
 - = Delta hepatitis
 - = Hepatitis E
 - = Non A-E hepatitisek
- Keratoconjunctivitis epidemica (fertőzőes szaru- és kötőhártya-gyulladás)
- Legionellosis
 - = Legionárius betegség
 - = Nem pneumóniás legionárius betegség (Pontiac láz)
- Lepra
- Leptospirosis
- Listeriosis
- Lyme-kór
- Lyssa (veszettség)
- Malária
- Malleus (takonykór)
- Meningitis purulenta (gennyes agyhártyagyulladás)
 - = Meningitis epidemica
 - = Haemophilus influenzae okozta meningitis
- Meningitis serosa (savós agyhártyagyulladás)
- Mononucleosis infectiosa (Pfeiffer-féle mirigyláz)
- Morbilli (kanyaró)
- Oedema malignum (gázüszök)
- Ornithosis (papagáj-kór)
- Paratyphus
- Parotitis epidemica (mumpsz)
- Pertussis (szamárköhögés)
- Pestis
- Poliomyelitis (heveny gyermekbénulás)
- Q-láz
- Rubella (rózsahimlő)
 - = Congenitalis rubella syndroma
- Salmonellosis
- Scarlatina (vörheny)
- Schistosomiasis (bilharziázis)
- Staphylococcus infectiók (gennykeltő fertőzések)
 - = Staphylococcus aureus okozta fertőzések betegellátó intézményeken kívül
 - = Staphylococcus fertőzések a kórházi szülészeti és csecsemőosztályokon
 - = Staphylococcus az egyéb műtéti és belgyógyászati osztályokon
- Strongyloidosis
- Taeniasis (galandférgesség)
- Cysticercosis
- Tetanus (merevgörcs)
- Toxoplasmosis
- Trachoma
- Trichinellosis
- Tuberculosis (tüdőgümőkór)
- Tularemia
- Typhus abdominalis (hastífusz)

- Typhus exanthematicus (kiütéses tifusz)
- Varicella (bárányhimlő)
- Yersiniosis
- Vírusos haemorrhagiás lázak (vérzéses lázak)
 - a.) Magyarországon előforduló betegségek:
 - = Hantavírus okozta megbetegedés
 - = Pulmonális szindrómával járó hantavírus fertőzés
 - = Krími-kongói haemorrhagiás láz
 - b.) Magyarországra behurcolható betegségek:
 - = Dengue láz
 - = Marburg-Ebola vírus
 - = Lassa láz
 - = Rift-völgyi láz
- Nemibetegségek
 - = Acut urethritis nongonorrhoica (húgycsőgyulladás)
 - = Condyloma acuminatum
 - = Gonorrhoea (tripper, kankó)
 - = Granuloma inguinale
 - = Herpes simplex anogenitalis (nemi szerv körüli herpesz)
 - = Lymphogranuloma venereum
 - = Syphilis (vérbaj)
 - = Ulcus molle (lágymély)

2. számú melléklet

Műtéli lista

A biztosító fenntartja a jogot arra, hogy az orvosi eljárásokban bekövetkező változások (pl. valamely műtét kevésbé minősül majd súlyosnak, mert elvégzése az orvosi technika fejlődése miatt kevésbé veszélyes) következtében módosítsa a mellékleten szereplő műtétek térítési kategóriáit

I.

Kis műtétek

A.

Az általános sebészet körében

- Tályogfeltárás testüregen kívül
- Panaritium feltárás
- Körömlévétel
- Jóindulatú daganat vagy tumoros képlet (cysta, atheroma) eltávolítása bőrből, bőr alatti kötőszövetből és emlőből
- Fissura ani műtete
- Orvosi indikáció alapján kisebb bőrhegek, tetoválások, idegen testek eltávolítása

B.

Szakosított sebészeti ellátások (függetlenül attól, hogy általános sebészeti osztályon, vagy szakosított sebészeti osztályon végzik)

1. Baleseti sebészet körében:

- Dislocált törések konzervatív helyretétele és rögzítése (extensio, gipszkötés) (Elmozdult törésvégű törések konzervatív helyretétele és rögzítése (húzás, gipszkötés)
- Ficamok helyretétele
- Fedett tűzések
- Osteosynthesises anyag eltávolítása (csontrögzítő anyag eltávolítása)
- Mellkasi szívás behelyezése
- Sebexcisio (elsődleges, halasztott vagy másodlagos varrattal) (sebkimetszés)
- Dialyzáló hasúri mosás
- Perifériás sérülések ellátása

2. Ortopédiai sebészet körében:

- Ínhüvelyen, inakon végzett beavatkozások (tenotómia, incisio)
- Láábujjak csonkolása

3. Urológiai sebészet körében:

- Katheterezés (szondázás)
- Hólyagszúrscsapolás
- Paraphymosis reposotio
- Praeputium szakadás ellátása - sutura
- Torquatio testis - detorquatio
- Verruca eltávolítása peniszről
- Hydrocele (vízsérny) punkció
- Vese functionalis vizsgálata ureter katheterezés útján
- Idegen test eltávolítása hólyagból húgycsőön át
- Herebiopsia (szöveti mintavétel)
- Prostata biopsia
- Húgycső polyp exstirpatio
- Vese biopsia
- Vasectomia
- Hólyagbiopsia

4. Szemészet körében:

- Chalazion műtét (jégárpa műtete)
- Kis szemhéji tumorok eltávolítása
- Kis szemhéji sebész ellátása
- Kis kötőhártya sebész ellátása
- Blepharorrhaphia (szemhéj műteti varrata)

5. Fül-orr-gégészet körében:

- Tonsillectomia (mandula műtét)
- Endonasalis műtétek
- Microlaryngochirurgia (kis gége műtétek)

6. Szájsebészet körében:

- Cysta műtét
- Gyökércsúcsresectio

7. Idegsebészet körében:

- Excisió, sutura (kimetszés, varrat)
- Arteriectomia

8. Érsebészet körében:

- Egyszerű varicotomia (visszeres csomó kimetszése)
- Scalenotomia
- Necrectomia
- Peripheriás ér explorációja (környéki ér felszabadítása)
- Arteriectomia

9. Kézsebészet körében:

- Z-plastica bőrön
- Ínhüvelyincisio
- Szabad bőrtransplantatio
- Extensor ín-varrata
- Csonttörés fedett tűzése
- Szalagvarrat
- Különböző eredetű kisebb daganatok, idegen test eltávolítása
- Osteosynthesisből fémananyag eltávolítása
- Ujj amputatio

10. Nőgyógyászat-szülészet körében:

- Nem terhességgel összefüggő nőgyógyászati méhkaparás
- Excisio a portióból vagy a vulvából
- Polypus eltávolítása
- Bartholin-cysta vagy abscessus megnyitása, vagy eltávolítása

II.

Közepes műtétek

A.

Az általános sebészet körében

- Nyaki sipoly, cysta, daganat eltávolítása
- Műtét a nyelőcső nyaki szakaszán
- Resectio glandulae thyreoidae (pajzsmirigy műtét)
- Mellékpajzsmirigy eltávolítása
- Perforált fekély elvarrása
- Gastrotomia
- Gastostomia
- GEA (gyomor-bél anastomosis)
- Cardimyotomia (laparotomiából)
- Distalis gyomorresectio (gyomor alsó részének eltávolítása)
- Enterostomia
- Vékonybél anastomosis
- Vagotomia
- Colostomia
- Fistula ani műtéte
- Májvarrat
- Cholecystectomy (epehólyag eltávolítása)
- Sérvműtétek
- Ileus műtét (bélresectio nélkül) (béllezáródás műtét)
- Végtag csonkolások
- Embolectomia
- Varicositas műtéte
- Aranyér műtéte
- Bőrpótlás szabad átültetéssel vagy helyi eljárással
- Lumbalis sympathectomia
- Nyaki borda műtéte

B.

Szakosított sebészeti ellátások (függetlenül attól, hogy általános sebészeti osztályon, vagy szakosított sebészeti osztályon végzik)

1. Baleseti sebészet körében:

- Velőűrsínezés (fedetten vagy nyíltan bezárva)
- Boka-, olecranon-, patella synthesis (boka, könyökcsúcs, térdkalács műtét)
- Carotis angiographia, liquor terek kontraszt anyaggal történő vizsgálata
- Osteotomia
- Arthrotomia
- Sequestrotomia
- Inveterált és habituális ficam műtéte (állandósult és szokványos ficam műtéte)
- Ízületi szalagok varrata, pótlása
- Tracheotomia (légcsőmetszés)
- Laparotomia explorativa
- Idegen test eltávolítása (mélyen fekvő vagy testüregebe hatoló)

2. Ortopédiai sebészet körében:

- Hallux valgus, digitus V. varus (lábujjak javító műtéte)
- Alkar, lábszár alagút-syndroma műtéte

3. Urológiai sebészet körében:

- Epididymektómia
- Orchidektomia
- Prostata-tályog megnyitás
- Endovesicalis elektrocoagulatio
- Penis amputatio
- Hydrocele műtét (vízsérv műtéte)
- Spermatocoele resectio
- Varicotomia
- Ureterocoele elektroincisioja
- Sectio alta
- Transurethralis lythotripsia (húgycsővön keresztül kőzúzás)

4. Szemészet körében:

- Enucleatio bulbi (szemgolyó eltávolítása)
- Epibulbaris tumorok eltávolítása (szemgolyó körüli daganatok eltávolítása)
- Perforáló sérülések ellátása (mágnesműtét kivételével)
- Punctio corneae (szaruhártya punctió)

5. Fül-orr-gégészet körében:

- Külső orrmelléküreg műtétek
- Szövődménymentes mastoidectomy
- Részleges külső gégeműtétek

6. Idegsebészet körében:

- Decompressio laminectomia
- Impressio fractura
- Fürt lyuk felhelyezése
- Subduralis haematoma (agyhártya alatti vérömleny)
- N. facialis decompressio (arcideg műtete)
- Facialis tick
- Perifériás idegműtétek (környéki idegműtétek)
- Lumbalis porckorongsér
- Koponyacsont tumorok
- Koponyacsont plasztika

7. Szívsebészet körében:

- Pacemaker implantatio (ritmusszabályozó beültetése)

8. Érsebészet körében:

- Femoralis recanalizatio (comb-ütőéri keringés helyreállítása)
- Femoro-poplitealis bypass
- Felső végtagi rekonstrukciós érműtét

9. Kézsebészet körében:

- Neurolysis (ideg körüli összenövések oldása)
- Invarrat
- Tendolysis (ín körüli összenövések oldása)
- Csonttörés feltárás dróttstabilizálása
- Arthodesis (ízületi merevítés)
- Luxatio feltárással repositioja (ficamot helyreállító műtét)
- Capsulectomia (kötőszöveti tok műteti eltávolítása)
- Szalagplasztika
- Feltárás fertőzés miatt

10. Nőgyógyászat-szülészet körében:

- Méhnyakamputatio, plastica
- Hüvelyi plasticai műtétek
- Hüvelyi cysta eltávolítása

III.

Nagy műtétek

A.

Általános sebészet körében

- Tracheo-bronchoplastica (légcső-műtét)
- Pneumonektomia (tüdő-műtét)
- Gastrectomia (gyomor-műtét)
- Pancreato-duodenectomia
- Nyelőcső eltávolítása és pótlása
- Szabad lebeny átültetése mikrovaskuláris anastomosisal
- Pajzsmirigy műtét
- Nyaki blockdissectio

- Gátori daganat eltávolítása
- Nem esztétikai célú emlőplasztika, emlőeltávolítás
- Nyelőcső sérülés műtete a mellkasi szakaszon
- Segmentectomia, lobectomy pulmonis (részleges tüdő-műtétek)
- Decorticatio
- Thoracoplastica (mellkas plasztika)
- Resectio ventriculi (gyomor-műtét)
- Proximális gyomorresectio
- Vastagbél resectio
- Végbélkiirtás
- Rectovaginalis sipoly műtete
- Splenectomy (lépeltávolítás)
- Icterus mechanicus műtetei (elzáródásos sárgaság műtetei)
- Thoracalis sympathectomia
- Pancreas műtete (hasnyálmirigy műtete)
- Végtag exarticulatio (végtag kiízesítése)
- Bőrpótlás távoli lebennyel
- Üreg falának rekonstrukciója
- Komplex szövetpótlás

B.

Szakosított sebészeti ellátások (függetlenül attól, hogy általános sebészeti osztályon, vagy szakosított sebészeti osztályon végzik)

1. Baleseti sebészet körében:

- Végtag replantatio (végtag visszavarrás)
- Súlyos végtagsérülés ellátása (ér-, idegvarrattal, osteosyntesisel)
- Neurorrhaphia, idegtransplantatio (mikroszkóppal) (idegvarrat, idegátültetés)
- Polytraumatizált betegnél többszörös mellkasi vagy hasi szervsérülés
- Nagyér sérülések varrata
- Velőűrszegezés
- Combnyaktáji szegezés
- Lemezes csontegyesítés
- Áthatoló mellkasi sérülés műtete
- Áthatoló hasi sérülés műtete
- Mellkasi szervek fedett sérülésének műtete
- Hasi szervek fedett sérülésének műtete
- Állízületek (fertőzött és nem fertőzött) belső csontegyesítése
- Arthrodexis (ízületi merevítés)
- Arthroroplastica

2. Ortopédiai sebészet körében:

- Csípő-, térdízület, váll, könyök arthroplastica
- Osteotomiák
- Spasticus bénulás műteti kezelése

- Csípőközeli femur-osteotomia (combcsont vésés)
- Tibia-osteotomia
- Medence osteotomia
- Habitualis patella-ficam (rendszeres térdficam)
- Habitualis vállficam műtéte (rendszeres, szokványos vállficam műtéte)

3. Urológiai sebészet körében:

- Radicalis veseműtét (vese, tumor block-dissectio)
- Heredaganat miatti bilateralis retroperitonealis lymphadenektomia (heredaganat miatti nyirokcsomó-eltávolítás)
- Hypotermias veseműtét (lehűtési veseműtét)
- Uretero ureteralis anastomosisok
- Uretero sigmoideostomia
- Ileocystoplastica
- Totalis prostatektomia
- Vesetranszplantatio (veseátültetés)
- Adrenalektomia (mellékvese-eltávolítás)
- Művese ellátás (dialysis)
- Mellékvese daganatok műtéte
- Ureterotomia
- Nephropexia (vesefelvarrás)
- Nephrectomia (veseeltávolítás)
- Polusresectio
- Cavernotomia
- Transrenalis drain
- Aberrans veseér resectio (a normálistól eltérő veseér eltávolítás)
- Vesecysta resectio
- Decapsulatio (vesetok leválasztás)
- Prostatektomia
- Hólyagnyaki Y-V plasztika
- Diverticulektomia
- Hólyagfal resectio
- Transurethralis hólyagtumor resectio
- Transurethralis prostata tumor resectio
- Transurethralis hólyaggyök adenoma resectio
- Nem veseszűtött állapot miatti húgycső plasztikák
- Emasculatio (herék eltávolítása)

4. Szemészet körében:

- Mikrosebészeti műtétek
- Fotocoagulatio
- Glaucoma ellenes műtétek (zöldhályog ellenes műtétek)
- Szaruhártya átültetés
- Nem esztétikai célú nagy szemészeti plasztikák
- Intraocularis idegentest eltávolítása (szemen belüli idegentest eltávolítás)
- Könnycsatorna helyreállító műtéte
- Orbita műtétek (szemüregi műtétek)

5. Fül-orr-gégészet körében:

- Stapedectomy (kengyel műtéti eltávolítása)
- Acusticus neurinoma eltávolítása (hallóideg daganat eltávolítása)
- Teljes gégekiirtás
- Hangréstágító műtétek
- Radikális fülműtét
- Egy ülésben végzett nyaki dissectio és teljes gégekiirtás
- Fülműtét endocranialis szövődménnyel (fülműtét koponyán belüli szövődménnyel)
- Meniere műtétek

6. Szájsebészet körében:

- Partialis mandibularesectio (részleges állkapocs eltávolítás)
- Partialis maxillaresectio (részleges felső állcsont eltávolítás)
- Totalis mandibularesectio (féloldali)
- Totalis maxillaresectio (féloldali)
- Ankylosis műtét (ízületi merevség műtéte)
- Nem esztétikai célú nagyobb plasztikai műtét

7. Idegsebészet körében:

- Aneurysma (koponyaűri verőértágulat)
- Axialis tumorok (agydaganatok)
- Intramedullaris gerincdaganatok (gerincvelő daganatok)
- Spinalis, cereбрalis, angiómák
- Vertebralis decompressio
- Ballon catheteres beavatkozások
- Lebenyresectiók, temporális epilepsia
- Gerincsérültek műtétei
- Lebenygliomák (lebenydaganatok)
- Intracerebralis haematoma (agyállományon belüli vérömleny)
- Epiduralis vérzések (agyhártya feletti vérzések)
- Nasalis liquorhaea
- Shunt műtétek
- Cerebellaris tumorok (kisagyi daganatok)
- Syringomyelia, basalis impressio
- Spinalis extramedullaris és epiduralis tumorok (gerincvelői daganatok)
- Csigolyatumorok (csigolyadaganatok)
- Cervicalis porckorongsérv laminectomiából és elülső behatolásból
- Cervicalis spondylosis (nyaki csigolyaízületi meszesedés)
- Carotis externa-interna anastomosis műtétek
- Hypophysis műtétek (agyalapi-mirigy műtétek)
- Koponyaűri sérülés ellátása
- Sympathectomia
- Laminectomia
- Nyaki gerincsérülés műtéte

8. Szívsebészet körében:

- Mitralis műbillentyű implantatio (kéthegyű műbillentyű beültetés)
- Aorta műbillentyű implantatio (főútőér műbillentyű behelyezése)
- Kettős-hármas műbillentyű rekonstrukciója
- Szívbillentyű plasticai rekonstrukciója
- Coronaria műtétek (szívkoszorúér műtétek)
- Myocardialis pacemaker elektróda implantatio (szívritmusszabályozó elektródájának behelyezése)
- Pericardiectomia (szívburok egy részének eltávolítása)
- Shunt műtét
- Zárt mitrális commissurotómia (kéthegyű billentyű műtéte)
- Pericardialis cysta, lipoma extirpatio
- Traumás szív sérülések ellátása (baleseti szív sérülések ellátása)
- Mellkasi nagyér rendelleneségek korrekciója
- Zárt szív műtétek
- Cardiomyotomia (thoracotómiából)

9. Érsebészet körében:

- Műtétek a mellkasi, illetve a hasi nagyereken
- Art. carotis restructio (fejverőér rekonstrukció)
- Art. subclavia restructio (lapocka alatti útőér rekonstrukció)
- Aorta bifurcatio desobliteratio
- Aorta-ilio-femoralis restructio
- Bypass műtétek

- Cruralis rekonstruktív érműtét
- Végtag aneurysmák (végtag verőértágulatok)
- Ilio-femoralis véna restructio
- Érpótlások

10. Kézsebészet körében:

- Idegtransplantatio
- Szigetlebeny
- Érvarrat a kéz és ujjak területén
- Ér-transzplantatio
- Policisatio (hüvelykujj képzés)
- Replantatio (visszahelyezés)
- Idegvarrat
- In-transplantáció
- Többszörös ínvarrat
- Stabil osteosynthesis (stabil csontegyesítés)
- Correctio csontműtét
- Prothesis beültetése
- Érvarrat az alkaron
- Dupuytren contractura műtéte (tenyéri zsugorodás műtéte)
- Idegbénulás palliatív műtéte intransplantációval
- Nyeles, vagy hengerlebeny plasztika

11. Nőgyógyászat-szülészet körében:

- Bármely okból végzett laparotomia (bármely okból végzett hasműtét)
- Vaginális méheltávolítás (hüvelyi méheltávolítás)
- Vulvectomy

1054 Budapest V., Bajcsy-Zsilinszky út 52.
1368 Budapest, Pf. 191
Tel.: 06-40-421-421
www.allianz.hu

HB-21300