

Élet- és
személy-
biztosítás

www.allianz.hu

Allianz Klasszikusok

Ügyfél-tájékoztató

Allianz 

AHE-21251/ÜT2

Ügyfél-tájékoztató

az Allianz Klasszikusok élet- és személybiztosításhoz

1. Miért az Allianz Hungária Zrt.-t válasszam?

Az Allianz Hungária Zrt. az Allianz SE-nek, Európa vezető és a világ egyik legnagyobb biztosítócsoportjának a tagjaként és Magyarország piacvezető biztosítójaként sokéves hazai és nemzetközi tapasztalattal a háta mögött alkotta meg az Allianz Klasszikusok élet- és személybiztosítási termékcsaládot.

Ennek a biztosításnak az ügyfél-tájékoztatóját tartja most a kezében, amellyel célunk, hogy megismertessük Önt azzal a védelemmel, melyet az Allianz Klasszikusok kínál az Ön és családja biztos jövője érdekében.

2. Milyen élethelyzetekre kínál védelmet az Allianz Klasszikusok szerződés?

Az Allianz Klasszikusok élet- és személybiztosítást úgy alkottuk meg, hogy Ön igényei szerint válogathasson a felsorakoztatott biztosítási termékek széles skálájából, így a jövőre nézve előre felkészülhet a saját és családja élete során felmerülő legkülönbözőbb váratlan eseményekre. Kérjük, tekintse meg alábbi termékínálatunkat!

Allianz Klasszikusok élet- és személybiztosítási termékcsalád	
Biztosítási termékcsoporthoz	Biztosítási termék
Életbiztosítás	<ol style="list-style-type: none">1. Kockázati életbiztosítás2. Vegyes megtakarítási életbiztosítás3. Term fix megtakarítási életbiztosítás4. Elérésre szóló megtakarítási életbiztosítás
Baleset-biztosítás	<ol style="list-style-type: none">1. Baleseti halál esetére szóló baleset-biztosítás2. Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló baleset-biztosítás3. Baleseti eredetű műtéti térítésre szóló baleset-biztosítás4. Baleseti eredetű kórházi napi térítésre szóló baleset-biztosítás5. Baleseti eredetű keresőképtelenségre szóló, napi térítéses baleset-biztosítás
Egészségbiztosítás	<ol style="list-style-type: none">1. Kritikus betegségekre szóló egészségbiztosítás2. Rokkantsági ellátás esetére szóló egészségbiztosítás3. Műtéti térítésre szóló egészségbiztosítás4. Kórházi napi térítésre szóló egészségbiztosítás
Kiegészítő biztosítás	<ol style="list-style-type: none">1. Rokkantságból eredő díjmentesítésre szóló kiegészítő biztosítás2. Kritikus betegségből eredő díjmentesítésre szóló kiegészítő biztosítás3. Csoportos létszámcsökkentésből eredő időleges díjmentesítésre szóló kiegészítő biztosítás

3. Mi a jellemzője ezeknek a biztosításoknak?

Az alábbiakban alaposabban megismerkedhet a palettánkon szereplő valamennyi, az Ön igényeihez rugalmasan igazítható biztosítással.

Ahhoz azonban, hogy a termékleírások információit megfelelően értelmezhesse, szükséges, hogy néhány fogalmat elmagyarázzunk Önnek:

A szerződés szereplői:

- A szerződés első szereplője Ön, mint szerződő lesz, ugyanis Ön az, aki a szerződést megkötö, a biztosítási díjat fizeti, és a szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozatokat megteheti. Fontos megjegyezni, hogy szerződő jogi személy is lehet.
- A szerződés második szereplője a biztosított, akinek a személyére, életére, testi épségére, egészségi állapotára a biztosítás létrejön. Ön bármely természetes személyt, és természetesen saját magát is megjelölheti biztosítottként a szerződés megkötésekor. Ez utóbbi esetben Ön lesz a biztosított és szerződő is egy személyben.
- A szerződés harmadik szereplője a kedvezményezett. Kedvezményezett az a természetes vagy jogi személy, akinek a részére a biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási összeget kifizeti. Kedvezményezettet a szerződő jelölhet a biztosított írásbeli hozzájárulásával (amennyiben e két személy nem azonos), a szerződéskötéskor vagy a tartam során bármikor. Ha a szerződő nem jelöl meg kedvezményezettet, a szolgáltatásra a biztosított vagy annak örököse lesz jogosult. Attól függően, hogy milyen biztosítási szerződésről van szó, háromféle kedvezményezetttről beszélhetünk: Kockázati életbiztosításnál haláleseti kedvezményezett, Elérésre szóló megtakarítási életbiztosításnál elérési kedvezményezett, Term fix életbiztosításnál lejárati kedvezményezett lehet. Vegyes életbiztosításoknál egyaránt jelölhető kockázati és elérési kedvezményezett. Önnek lehetősége van folyamatosan hatályban tartott kedvezményezett jelölésre is, mely alapján a megjelölt kedvezményezettet csak a biztosított és/vagy kedvezményezett hozzájárulásával módosíthatja.

Példa: Sándor, a nagypapa megköt egy életbiztosítást, amelynek biztosítottjaként fiát, Józsefet, kedvezményezettként pedig az unokáját, Benedeket jelöli meg. Sándor a szerződő, így a biztosítási díjat is ő fizeti. József a biztosított, így az ő halála esetén a biztosító Benedeknek, a kedvezményezettnek teljesíti a biztosítási szolgáltatást.

Biztosítási esemény:

Olyan váratlan, jövőbeni esemény, amelynek bekövet-

kezte esetén a biztosító a szerződési feltételekben meghatározott feltételek szerint szolgáltatást teljesít.

A biztosítási összeg:

A biztosítottnak vagy a kedvezményezettnek kifizetendő, a szerződésben meghatározott azon pénzüsszeg, amelynek – illetve amely többszörösének vagy meghatározott részének – megfizetését a biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén vállalja.

A kezdeti biztosítási összeget az ajánlattételkor Ön, mint szerződő határozza meg.

Aktuális biztosítási összeg :

A tartam közben az értékkövetéssel növelt, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg.

Kockázatviselés:

A biztosító a biztosítási szerződésben kötelezettséget vállal arra, hogy a szerződésben meghatározott feltételek szerint bármikor teljesíti a szerződésben meghatározott szolgáltatásokat. Ez a kötelezettségvállalás a kockázatviselés.

A kockázatviselés helyének nevezzük azt az általánosságban vagy konkrétan meghatározott helyet vagy területet, ahol a bekövetkező káreseményre a biztosító kockázatviselése fennáll.

A kockázatviselés ideje pedig azon időszak, amely alatt a biztosító készen áll arra, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződésben meghatározott szolgáltatást teljesítse.

Várakozási idő:

A biztosított kör védelme érdekében a biztosító életbiztosítások esetén az első két hónapban nem teljesít szolgáltatást, csak a díjakat téríti vissza a biztosítási esemény bekövetkezésekor. Ezt nevezzük várakozási időnek. Kivételt képeznek azonban a balesetből és heveny fertőzéstől eredő halálesetek, valamint az orvosi vizsgálattal létrejött életbiztosítások, amelyeknél a szerződéskötés után várakozási idő nélkül teljesít a biztosító, amennyiben bekövetkezik a biztosítási esemény. Baleset- és egészségbiztosításokra a biztosító nem alkalmaz várakozási időt.

Most pedig engedje meg, hogy részletesen bemutassuk Önnek az egyes biztosítási termékeinket!

I. Kockázati életbiztosítás

Ez a biztosítás váratlanul, a jövőben bekövetkező haláleset kapcsán nyújt pénzügyi segítséget a hátramaradtaknak.

A biztosító a haláleset időpontjában érvényes biztosítási összeget fizeti ki a kedvezményezettnek. A kifizetéssel a biztosítás megszűnik.

II. Baleset-biztosítások

A baleset-biztosítások közös jellemzője, hogy baleset elszívása esetén nyújtanak Önnek pénzügyi segítséget. Ezért lényeges, hogy tisztázzuk a baleset fogalmát. Balesetnek nevezzük a biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő, a szerződési feltételekben meghatározott következményekkel járó külső behatást.

Példa: Anikó hazafelé autózott, azonban a csúszós úton egy szembejövő kocsit átsodródott az ő sávjába, és a frontális ütközés miatti sérülései maradandó egészségkárosodást okoztak. Ez egyértelműen balesetnek minősült, Anikó számíthatott a biztosító segítségére.

Nem tekintjük azonban balesetnek a megemelést, rándulást, fagyást, napszúrást, hógutát, porckorong sérülést, sérvet, agyvérzést, továbbá a nem baleseti eredetű vérzést.

Nem számít balesetnek az öngyilkosság vagy öngyilkossági kísérlet még akkor sem, ha azt a biztosított tudatzavarban követte el.

Példa: Ferenc öngyilkosságot követett el. Megállapították azonban, hogy Ferenc az öngyilkosság elkövetése előtt kábítószerrel fogyasztott, tehát zavart tudatállapotban volt. A biztosító ebben az esetben nem fizeti ki a biztosítási összeget a kedvezményezettnek, hiszen az öngyilkosság nem számít balesetnek még akkor sem, ha tudjuk, hogy Ferenc az öngyilkosságot kábítószeres állapotban – tehát tudatzavarban – követte el.

Baleseti halál esetére szóló baleset-biztosítás

Ez a biztosítás a biztosított olyan váratlan, jövőbeni balesete esetén nyújt pénzügyi segítséget a hátramaradottnak, amely a baleset időpontjától számított 1 éven belül a biztosított halálát eredményezi, feltéve, hogy a biztosítási esemény a kockázatviselési időszakban következett be.

Ilyenkor a biztosító a táblázatban jelölt szolgáltatást teljesíti a kedvezményezettnek:

Baleseti halál esetén	az aktuális biztosítási összeg
A fenti összegeken túli többletszolgáltatás	
Közlekedési balesetből eredő halál esetén	a biztosítási szolgáltatás további 50%-a
Égési sérülésből eredő halál esetén	a biztosítási szolgáltatás további 100%-a
Halál a közlekedési baleset és égési sérülés együttese miatt	a biztosítási szolgáltatás további 150%-a

Példa: Ha a baleseti halál időpontjában érvényes biztosítási összeg 1 000 000 Ft lenne, de a biztosított közleke-

dési baleset következtében meghal, akkor a biztosító 1 500 000 Ft-ot fizet a kedvezményezettnek.

Ha a biztosított halála égési sérülés miatt következik be, akkor a biztosító 2 000 000 Ft-ot fizet a kedvezményezettnek.

Ha a biztosított halálához a közlekedési balesete és égési sérülése együttesen vezetett, akkor a biztosító 2 500 000 Ft-ot fizet a kedvezményezettnek.

Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló baleset-biztosítás

Ez a biztosítás olyan váratlan, jövőbeni baleset esetén nyújt pénzügyi segítséget, amelynek következtében a biztosított orvosilag igazolhatóan 10%-ot meghaladó maradandó egészségkárosodást szenved, feltéve, hogy a biztosítási esemény a kockázatviselési időszakban következett be, és a maradandó egészségkárosodásra a baleset időpontjától számított maximum 2 éven belül sor kerül. Ilyenkor a biztosító a táblázatban jelölt szolgáltatást teljesíti a biztosítottnak:

100%-os egészségkárosodás esetén	az aktuális biztosítási összeg 200%-a
67%-99% közötti egészségkárosodás esetén	az aktuális biztosítási összeg 200%-ának a károsodás mértékével arányos része
11%-66% közötti egészségkárosodás esetén	az aktuális biztosítási összegnek a károsodás mértékével arányos része
A fenti összegeken túli többletszolgáltatás:	
Közlekedési balesetből eredő rokkantság esetén	a biztosítási szolgáltatás további 50%-a
Égési sérülésből eredő rokkantság esetén	a biztosítási szolgáltatást további 100%-a
A maradandó egészségkárosodás közlekedési baleset és égési sérülés együttes következménye	a biztosítási szolgáltatás további 150%-a

Példa: Ha a biztosított baleset következtében 80%-os maradandó egészségkárosodást szenvedett, és az aktuális biztosítási összeg 500 000 Ft, akkor a biztosító az aktuális összeg kétszeresének, tehát 1 000 000 Ft-nak a 80%-át, vagyis 800 000 Ft-ot fizet ki a biztosítottnak. Ha a maradandó egészségkárosodás közlekedési baleset következménye, akkor a biztosító a biztosítási szolgáltatás, azaz a 800 000 Ft további 50%-át, vagyis 400 000 Ft-ot fizet a biztosítottnak, aki így összesen 1 200 000 Ft-ot kap a biztosítótól.

Baleseti eredetű műtéti térítésre szóló baleset-biztosítás

Ez a biztosítás a biztosított váratlan, jövőbeni balesetéből eredő, orvosilag indokolt és szükséges, a baleset bekövetkeztétől számított 2 éven belüli műtete esetén nyújt pénzügyi segítséget, feltéve, hogy a baleset a kockázatviselési időszakban következett be.

Ilyenkor a biztosító a táblázatban jelölt szolgáltatást teljesíti a biztosítottnak:

Kiemelt műtét esetén	az aktuális biztosítási összeg 200%-a
Nagyműtét esetén	az aktuális biztosítási összeg
Közepes műtét esetén	a nagyműtetre járó biztosítási összeg 50%-a
Kisműtét esetén	a nagyműtetre járó biztosítási összeg 20%-a

A biztosító azonban nem minden műtét esetén teljesíti a biztosítási szolgáltatást. Ilyen például a baleset következtében elvégzendő nyaki borda műtete, vagy a váll-, illetve térdízület bemozgatása baleseti sérülés utáni zsugorodás miatt.

A tájékoztatás teljessége érdekében kérjük, szíveskedjen áttekinteni a Műtéti listát, amelynek V. pontja tartalmazza a további „nem térítendő műtétek” felsorolását. Amennyiben a biztosított olyan beavatkozást hajtanak végre, amely nem szerepel a műtéti listában, akkor az ilyen műtétről a biztosító orvosa állapítja meg, hogy biztosítási eseménynek számít-e vagy sem.

Baleseti eredetű kórházi napi térítésre szóló balesetbiztosítás

Ez a biztosítás a biztosított váratlan, jövőbeni balesetéből eredő orvosilag indokolt és szükséges, a baleset bekövetkeztétől számított 1 éven belüli fekvőbeteg-gyógyintézetben való gyógykezelésére nyújt pénzügyi segítséget, feltéve ha a baleset is a kockázatviselési időszakban következik be.

Fontos tudnia, hogy ez a biztosítás önrésszel köthető. Az önrész az Ön által választott és a szerződésben rögzített időtartam, amelynél rövidebb fekvőbeteg-gyógyintézetben való tartózkodás esetén a biztosító nem nyújt szolgáltatást. Ha tehát az önrésznapok számánál kevesebb napot tölt kórházban a biztosított, akkor nem nyújtunk szolgáltatást. Ha viszont a kórházi tartózkodás hossza meghaladja az önrésznapok számát, az egész tartózkodásra kifizetjük a biztosítási összeget.

Példa: István szerződésében 3 napot választott önrészül. Egy napon olyan balesetet szenvedett, amelynek következtében orvosa úgy látta, hogy 2 napig a kórházban kell maradnia gyógykezelés végett. Ezen időszakra tehát

István nem várhatta a biztosítótól a biztosítási szolgáltatás teljesítését, mivel kórházi tartózkodása nem haladta meg az önrészt.

Egy másik esetben azonban olyan balesetet szenvedett, amelynek következtében tartósan, 10 napra a kórházban kellett maradnia. Ez az időszak meghaladta az önrészként vállalt 3 napos időtartam hosszát, ezért a biztosító teljesítette mind a 10 napra szóló biztosítási szolgáltatást.

A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy amennyiben a biztosított fekvőbeteg-gyógyintézetben való kezelésére kerül sor, napi térítést nyújt a biztosított részére.

Az alábbiakban tekintheti át azon eseteket, amelyekben a biztosító nem teljesít szolgáltatást a biztosított részére (kizárás):

- krónikus, rehabilitációs vagy rekreációs fekvőbeteg-gyógyintézetben való ellátás (részlegesen, ágyon) való ellátás,
- pszichiátriai indokból történő ellátás,
- alkohol-, és kábítószer-elvonó intézményben történő tartózkodás,
- terápiás célból nem indokolt esztétikai beavatkozás, fogyókúra kezelés miatti fekvőbeteg-gyógyintézetben való tartózkodás,
- fizioterápiás, fizikoterápiás, fürdőgyógyászati, pszichoterápiás, akupunktúrás, természetgyógyászati és egyéb paramedikális kezelés.

Felhívjuk tisztelt leendő ügyfelünk szíves figyelmét, hogy a fenti lista nem teljes körű, a további kizárásokat az Ügyfél-tájékoztató 22. pontjában tekintheti át!

Baleseti eredetű keresőképtelenségre szóló, napi térítéses baleset-biztosítás

Ez a biztosítás a biztosított váratlan, jövőbeni balesete esetén nyújt pénzügyi segítséget, amelynek következtében a biztosított két éven belül, a társadalombiztosítási szerv által igazoltan, az Ön (szerződő) által választott önrésznapot meghaladóan keresőképtelenné válik. Ebben az esetben is érvényes, hogy a biztosítás csak önrésszel köthető. Az önrész az a szerződő által választott és napokban meghatározott időtartam, amelynél rövidebb keresőképtelenség esetén a biztosító nem nyújt szolgáltatást. Ha tehát a biztosított keresőképtelen állapota az önrésznapok számánál rövidebb ideig tart, akkor nem nyújtunk szolgáltatást. Ha viszont a keresőképtelen állapotának hossza meghaladja az önrésznapok számát, a keresőképtelenség egész tartamára teljesítjük a biztosítási szolgáltatást.

A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a keresőképtelenség bekövetkezése esetén napi térítést nyújt a biztosított részére. Lényeges tudnivaló, hogy a térítés minden napra jár, nemcsak a munkanapokra, azonban a biztosító egy baleset kapcsán egyszerre legfeljebb 90 napra szóló térítést biztosít.

III. Egészségbiztosítások

Kritikus betegségekre szóló egészségbiztosítás

Ez a biztosítás a biztosított váratlan, jövőbeni súlyos betegsége esetén nyújt pénzügyi segítséget.

Kritikus betegségnek a kockázatviselési időszakban történő diagnosztizálása esetén a biztosító a szerződésben meghatározott – esetleges többlétszolgáltatással növelt – aktuális biztosítási összeget vagy annak meghatározott részét fizeti ki a biztosítottnak. A szolgáltatás mértékét a biztosító korlátozhatja, ha a biztosítási esemény a biztosítás létrejöttét vagy a biztosítási összeg tartam alatt történő emelését követő időszakban következett be. Ebben az esetben az érvényes biztosítási összegnél alacsonyabb mértékű szolgáltatás kerül kifizetésre.

Az alábbi felsorolás nyújt Önnek tájékoztatást a kritikus betegségekről és arról, hogy a biztosító mit tekint a biztosítási esemény bekövetkezése időpontjának:

- rosszindulatú daganat esetén, a diagnosztizálás időpontját,
- szívinfarktus esetén, a szívinfarktus bekövetkezéne a kezelőorvos által megállapított időpontját,
- agyi érkatasztrófa esetén, a diagnosztizálás időpontját,
- szervátültetés esetén, a műtét időpontját,
- krónikus veseelégtelenség esetén, ha a beteg a diagnózis megállapításától számított legalább két hónapig tartós dialízis kezelésre szorul az első dialízis kezelés időpontját,
- szívkoszorúér-műtét (bypass) esetén, a műtét időpontját,
- AIDS- (HIV-) betegség esetén, a betegség megállapításának időpontját,
- ha a biztosított mindkét szemén olyan mértékben véglegesen elveszti a látását, hogy teljes vakság alakul ki, és ezzel kapcsolatban a vakok személyi járadékának rendszeres kifizetését igazoló, a kifizetés kezdetétől számított harmadik pénzügyi bizonylat kiadása is megtörténik - a bizonylat kiadásának időpontját,
- ha a biztosított betegség vagy baleset miatt legalább az egyik végtagját elveszti, az amputációs műtét időpontját,
- sclerosis multiplex olyan stádiuma esetén, amely miatt a biztosított a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény és e törvény felhatalmazásából megalkotott jogszabályok alapján „D” vagy „E” kategóriás besorolású rokkantsági ellátásra válik jogosulttá – a fent megjelölt jogszabályokban kijelölt szerv/szervek által kiállított, a megváltozott munkaképességű személyek ellátására való jogosultságot megállapító, valamint az egészségi állapotot meghatározó hivatalos irat kiadásának időpontját,
- a biztosított II. fokú, III. fokú, illetve IV. fokú,- az Általános Szerződési Feltételekben meghatározott mértékű égési sérülése esetén, a sérültet ellátó kórházi osztályon történő kezelés befejezése után, a sérülés fokát és százalékos kiterjedését is feltüntető záró-

jelentés kiadásának időpontját, illetve végtagi funkciót is károsító sérülésnél a biztosító baleseti orvos szakértője által megállapított 51 százalékos, vagy ennél nagyobb mértékű maradandó kár megállapításának időpontját.

Mindezek feltétele, hogy mind a biztosítási esemény, mind az annak kialakulásához vezető baleset vagy betegség is a kockázatviselési időszakban, előzmény nélkül következzen be, és bekövetkezésének időpontját követően a biztosított még legalább egy hónapig – agyi érkatasztrófa esetén legalább két hónapig – életben legyen.

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

Példa: Dániel trombózzist szenvedett el, amelynek következtében bal lába amputációjára volt szükség. Dániel esetében tehát a kritikus betegség előzmény nélkül következett be, és a beteg megfelelt annak a kitételnek, hogy a betegség bekövetkezése után még 1 hónapig életben legyen, így a biztosító teljesítette neki a biztosítási szolgáltatást.

Elemér szívinfarktusához részben magas vérnyomása vezetett, mely betegségét orvosai már az ajánlattétel előtt diagnosztizáltak. A szívinfarktus (kritikus betegség) tehát nem volt előzmény nélküli, ezért a biztosító nem teljesítette Elemérnek a biztosítási szolgáltatást.

Amennyiben a biztosító teljesíti a biztosítottnak a biztosítási szolgáltatást, akkor ezzel a biztosítás megszűnik. Kérjük, vegye figyelembe, hogy a biztosító egyszer és legfeljebb egy kritikus betegség esetén nyújt szolgáltatást akkor is, ha több betegség együttesen lép fel.

Rokkantsági ellátás esetére szóló egészségbiztosítás

Ez a biztosítás olyan váratlan, jövőbeni baleset vagy betegség esetére nyújt pénzügyi segítséget, amelynek következtében a biztosított a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény, valamint e törvény felhatalmazásából megalkotott jogszabályok alapján „D” vagy „E” kategóriás besorolású rokkantsági ellátásra válik jogosulttá, feltéve, hogy mind a biztosítási esemény, mind az ahhoz vezető baleset vagy betegség is a kockázatviselési időszakban következett be. Ebben az esetben a biztosító a szerződésben meghatározott aktuális – esetleges többlétszolgáltatással növelt – biztosítási összeget vagy annak meghatározott részét fizeti ki a biztosítottnak. A szolgáltatás mértékét a biztosító korlátozhatja, ha a biztosítási esemény a biztosítás létrejöttét vagy a biztosítási összeg tartam alatt történő emelését követő időszakban következett be. Ebben az esetben az érvényes biztosítási összegnél alacsonyabb mértékű szolgáltatás kerül kifizetésre.

A rokkantsági ellátás igazolásához szükséges, hogy a fenti jogszabályokban kijelölt szerv(ek) a biztosított rokkantsági ellátásra való jogosultságát, valamint az egészségi

állapotának mértékét a baleset vagy betegség bekövetkezésétől számított 2 éven belül megállapítsa(ák). A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a „D” vagy „E” kategóriás besorolású rokkantsági ellátásra való jogosultság megszerzése esetén teljesíti a biztosítottnak a biztosítási szolgáltatást, és ezzel a biztosítás megszűnik.

Műtéti térítésre szóló biztosítás

Ez a biztosítás olyan váratlan, jövőbeni baleset vagy betegség esetén nyújt pénzügyi segítséget, amelynek következtében a biztosított, a kockázatviselési időszakban bekövetkezett balesetéből vagy betegségéből eredően, orvosilag indokolt és szükséges műtétet kell végrehajtani, feltéve, hogy mind a biztosítási esemény, mind az ahhoz vezető baleset vagy betegség a kockázatviselési időszakban következett be.

Ebben az esetben a biztosító a szerződésben meghatározott aktuális – esetleges többletszolgáltatással növelt – biztosítási összeget vagy annak meghatározott részét fizeti ki a biztosítottnak. A szolgáltatás mértéke függ:

- a biztosítási esemény bekövetkezése és a biztosítás létrejötte között eltelt időtől,
- a műtét típusától.

A biztosítás biztosítási összeg emelése esetén, a biztosító a szolgáltatás mértékét korlátozhatja, ha a biztosítási esemény a biztosítási összeg tartam alatt történő emelését követő időszakban következett be. Ebben az esetben a biztosító az emelés előtt érvényes biztosítási összeg alapján nyújt szolgáltatást.

Kérjük, szíveskedjen figyelembe venni, hogy a biztosító bizonyos műtétek esetében nem nyújt szolgáltatást a biztosított részére. Az ilyen eseteket nevezük kizárásnak:

- nem betegség vagy baleset miatt végzett plasztikai műtét,
- betegség miatt végzett, bármilyen kis- és közepes műtétnek minősülő fogászati, szájsebészeti beavatkozás,
- diagnosztikus célból végzett bármilyen beavatkozás, beleértve a kimetszéseket, az endoszkópos vagy punkciós mintavételeket, a katheteres beavatkozásokat,
- nem orvosi javallat alapján végzett terhesség-megszakítás,
- a Műtéti lista V. pontja szerint „nem térítendő műtétnek” minősülő beavatkozás végrehajtása. A Műtéti listában nem szereplő beavatkozások besorolását a biztosító orvosa állapítja meg.

Felhívjuk tisztelt leendő ügyfelünk szíves figyelmét, hogy a fenti lista nem teljes körű, a további kizárásokat az Ügyfél-tájékoztató 22. pontjában tekintheti át!

Kórházi napi térítésre szóló egészségbiztosítás

Ez a biztosítás a biztosított olyan váratlan, jövőbeni balesete vagy betegsége esetére nyújt pénzügyi segítséget,

amelynek következtében a biztosított orvosilag indokolt és szükséges fekvőbeteg-gyógyintézetben való gyógykezelésre kell, hogy sor kerüljön, feltéve, hogy mind a biztosítási esemény, mind az ahhoz vezető baleset vagy betegség a kockázatviselési időszakban következett be. Ebben az esetben a biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésének napján érvényes – esetleges többletszolgáltatással növelt – kórházi napi térítést vagy annak meghatározott részére kórházi napi térítést nyújt a biztosított részére. A szolgáltatás mértékét a biztosító korlátozhatja, ha a biztosítási esemény a biztosítás létrejöttét vagy a biztosítási összeg tartam alatt történő emelését követő időszakban következett be. Ebben az esetben az érvényes biztosítási összegnél alacsonyabb mértékű szolgáltatás kerül kifizetésre.

Ez a biztosítás is önrészhez kötött. Az önrész az Ön által választott és a szerződésben napokban meghatározott időtartam, amelyre a biztosító nem nyújt szolgáltatást. Azonban fontos tudnia, hogy az eddigiektől eltérően ennél a biztosításnál az önrésznapok számát minden esetben le kell vonni a gyógykezelés teljes tartamából, és csak a fennmaradó napokra nyújtunk szolgáltatást.

A biztosító a gyógykezelés megkezdése esetén napi térítést nyújt a biztosított részére az alábbiak szerint:

Kórházi tartózkodás esetén	Legfeljebb 90 napra szóló térítés/alkalom
Egy biztosítási évben összesen	Legfeljebb 180 napra szóló térítés/biztosítási év
Egymást követő két évben összesen	Legfeljebb 200 napra szóló térítés/2 biztosítási év

Az alábbiakban tekintheti át azon eseteket, amelyekben a biztosító nem teljesít szolgáltatást a biztosított részére (kizárás):

- nem orvosi javallat alapján végzett terhesség-megszakítás,
- krónikus, rehabilitációs vagy rekreációs fekvőbeteg-gyógyintézeti osztályon (részlegesen, ágyon) való ellátás,
- pszichiátriai intézetben (illetve igazoltan pszichiátriai ágyon) való ellátás,
- alkohol- és kábítószer-elvonó intézményben történő tartózkodás,
- terápiás célból nem indokolt esztétikai beavatkozás, fogyókúra kezelés miatti fekvőbeteg-gyógyintézeti tartózkodás,
- fizioterápiás, fizioterápiás, fürdőgyógyászati, pszichoterápiás, akupunktúrás, természetgyógyászati és egyéb paramedikális kezelése esetén.

Felhívjuk tisztelt leendő ügyfelünk szíves figyelmét, hogy a fenti lista nem teljes körű, a további kizárásokat az Ügyfél-tájékoztató 22. pontjában tekintheti át!

IV. Kiegészítő biztosítások

Az Allianz Klasszikusok élet-, baleset-, illetve egészség-biztosításai mellé kiegészítő biztosítási védelem is választható. A kiegészítő védelem lényege, hogy meghatározott események bekövetkezése esetén a biztosító átvállalja a további díjfizetést, miközben a biztosítási védelem változatlan formában megilleti Önt, illetve családját.

Rokkantságból eredő díjmentesítésre szóló kiegészítő biztosítás

- Ez a biztosítás olyan váratlan, jövőbeni baleset eseteire nyújt pénzügyi segítséget, amelynek következtében a biztosított legalább 50%-os mértékű maradandó egészségkárosodást szenved, és ezt a baleset időpontjától számított 2 éven belül megállapítják; vagy
- a biztosított váratlan, jövőbeni balesetének vagy betegségének következtében a biztosított a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény, valamint e törvény felhatalmazásából megalkotott jogszabályok alapján „D” vagy „E” kategóriás besorolású rokkantsági ellátásra válik jogosulttá, feltéve, hogy a biztosítási eseményhez vezető baleset vagy betegség a kockázatviselési időszakban következett be.
A rokkantsági ellátás igazolásához szükséges, hogy a fenti jogszabályokban kijelölt szerv(ek) a biztosított rokkantsági ellátásra való jogosultságát, valamint az egészségi állapotának mértékét a baleset vagy betegség bekövetkezésétől számított 2 éven belül megállapítsa.

A biztosító szolgáltatása a rokkantság megállapítása esetén:

- amennyiben a biztosítási esemény a biztosítás létrejöttét követő 3. hónapon belül következett be a biztosító átvállalja Ön helyett 1 évig azon biztosítások díját (díjmentesítés), amelyek után Ön a kiegészítő biztosítás díját megfizette. Ebben az esetben a díjmentesség kezdete díjrendezett szerződés esetén a biztosítási esemény bekövetkezését követő díjfizetési gyakoriság szerinti esedékesség napja.
- amennyiben a biztosítási esemény a biztosítás létrejöttét követő 3. hónap után következett be a biztosító fizeti Ön helyett azon biztosítások díját (díjmentesítés), amelyek után Ön a kiegészítő biztosítás díját megfizette. Ebben az esetben a díjmentesség kezdete a biztosítási esemény bekövetkezését követő hó első napja. Nevezzük most ezeket a biztosításokat alapbiztosításoknak!

Példa: Beáta megkötötte a Kockázati életbiztosítást (alapbiztosítás) és a Rokkantságból eredő díjmentesítésre szóló kiegészítő biztosítást is. Beáta egy év

múlva olyan balesetet szenvedett, amelynek következtében rokkantsági ellátásra szerzett jogosultságot. A biztosító a kiegészítő biztosításnak megfelelően köteles a továbbiakban fizetni a Kockázati életbiztosítás díját Beáta helyett.

- a biztosító a kiegészítő biztosítás díjának bizonyos százalékaival megegyező arányban megemeli azon alapbiztosítás után járó biztosítási összeget, amely a biztosítási esemény bekövetkezése miatt megszűnik. **Példa:** Ákos súlyos balesetet szenvedett, amely következtében teljesen munkaképtelenné vált és az „E” kategóriás besorolású rokkantsági ellátásra szorult. A biztosítási szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok benyújtását követően a biztosító kifizeti a biztosítási összeget, ezzel a Rokkantsági ellátás eseteire szóló egészségbiztosítása megszűnik. Ákos azonban megkötötte a Rokkantságból eredő díjmentesítésre szóló kiegészítő biztosítást is, ezért a kifizetendő biztosítási összeget a biztosító megemeli a kiegészítő biztosítás díjának meghatározott százalékaival. Ez a Rokkantságból eredő díjmentesítésre szóló kiegészítő biztosítás esetében 3%. Így Ákos összesen az aktuális biztosítási összeg 103%-át kapja meg a biztosítótól.

Megszűnik a kiegészítő biztosítás az alábbi esetekben:

- ha az összes biztosítás, amelyre jelen kiegészítő biztosítás vonatkozik, egy másik kiegészítő biztosítás alapján véglegesen díjmentesítésre kerül; vagy
- ha a jelen kiegészítő biztosításon kívül az adott biztosítóra vonatkozó valamennyi biztosítás megszűnt;
- ha a biztosított nyugdíjba vonult.

Kritikus betegségekből eredő díjmentesítésre szóló kiegészítő biztosítás

A biztosító ugyanazon esetekben nyújt szolgáltatást, mint a kritikus betegségekre szóló egészségbiztosítás esetében. A biztosító szolgáltatásának itt is feltétele, 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 még legalább egy hónapig – agyi érkatasztrófa esetén két hónapig – életben van.

A biztosító szolgáltatása:

- amennyiben a biztosítási esemény a biztosítás létrejöttét követő 3. hónapon belül következett be a biztosító átvállalja Ön helyett 1 évig azon biztosítások díját (díjmentesítés), amelyek után Ön a kiegészítő biztosítás díját megfizette. Ebben az esetben a díjmentesség kezdete díjrendezett szerződés esetén a biztosítási esemény bekövetkezését követő díjfizetési gyakoriság szerinti esedékesség napja.
- amennyiben a biztosítási esemény a biztosítás létrejöttét követő 3. hónap után következett be a biztosító fizeti Ön helyett azon biztosítások díját

(díjmentesítés), amelyek után Ön a kiegészítő biztosítás díját megfizette. A díjmentesség kezdete a biztosítási esemény bekövetkezését követő hó első napja.

- a kiegészítő biztosítás díjának bizonyos százalékaival megegyező arányban megemeli a kritikus betegség megállapítása miatt teljesítendő biztosítási szolgáltatást.

Példa: Zsuzsa megkötötte a Baleseti eredetű kórházi napi térítésre szóló baleset-biztosítást, a Kritikus betegségekre szóló egészségbiztosítást, illetve a Kritikus betegségből eredő díjmentesítésre szóló kiegészítő biztosítást saját maga védelmére.

Pár év után kiderült, hogy Zsuzsa krónikus veseelégtelenségben szenved (kritikus betegség), és dialízis kezelésre szorul.

A biztosító teljesíti a kritikus betegség megállapítása esetén járó biztosítási szolgáltatást, ezzel a Kritikus betegségekre szóló egészségbiztosítása megszűnik. Mivel azonban Zsuzsa megkötötte a Kritikus betegségből eredő díjmentesítésre szóló kiegészítő biztosítást is, ezért a kifizetendő biztosítási összeget a biztosító megemeli a kiegészítő biztosítás díjának meghatározott százalékaival. Ez a Kritikus betegségből eredő díjmentesítésre szóló kiegészítő biztosítás esetében 2%. Így Zsuzsa összesen a biztosítási szolgáltatás 102%-át kapja meg a biztosítótól. A Baleseti eredetű kórházi napi térítésre szóló baleset-biztosítást a biztosító díjmentesíti, vagyis a biztosítás díjának fizetését a biztosító átvállalja Zsuzsától.

Csoportos létszámcsökkentésből eredő időleges díjmentesítésre szóló kiegészítő biztosítás

Ez a biztosítás olyan váratlan, jövőbeni helyzetre nyújt biztosítási védelmet, amikor a biztosítottat a Munka Törvénykönyve szerinti csoportos létszámcsökkentésből eredően elbocsátják, feltéve, hogy a biztosítási esemény a kockázatviselési időszakban történt.

A biztosító időlegesen átvállalja Ön helyett a csoportos létszámcsökkentés időpontjában érvényben lévő azon biztosítások díját (időleges díjmentesítés), amelyekre Ön a kiegészítő biztosítást megkötötte, és annak díját megfizette. Ezen túlmenően a biztosító fizeti Ön helyett a szerződésben szereplő egyéb kiegészítő biztosítások, mint például a Rokkantságból eredő díjmentesítésre szóló kiegészítő biztosítás vagy a Kritikus betegségből eredő díjmentesítésre szóló kiegészítő biztosítás díját is. A díjmentesítés időtartama egy év.

Példa: Ildikó biztonságban szeretne volna tudni magát és családját a váratlan helyzetek esetére, ezért Baleseti halál estére szóló baleset-biztosítást, Baleseti eredetű marandó egészségkárosodásra szóló baleset-biztosítást, Baleseti eredetű műtéti térítésre szóló baleset-biztosítást, és Rokkantsági ellátás esetére szóló egészségbiztosítást kötött. Emellett fontosnak tartotta, hogy Csoportos létszámcsökkentésből eredő időleges díjmentesítésre szóló kiegészítő biztosítást is kössön. Egy évvel később Ildikó csoportos létszámcsökkentés következtében

elveszítette a munkahelyét, azonban kiegészítő biztosításával ebben az időszakban is teljes volt a saját maga és családja védelme anélkül, hogy fizetnie kellett volna a biztosítások díjait.

Megszűnik ez a kiegészítő biztosítás a következő esetekben:

- ha az összes olyan biztosítás, amelyre a jelen kiegészítő biztosítás vonatkozik, egy másik kiegészítő biztosítás alapján véglegesen díjmentessé válik,
- ha a jelen kiegészítő biztosításon kívül az adott biztosítottra vonatkozó valamennyi biztosítás megszűnik,
- ha a biztosított nyugdíjba vonul.

V. Megtakarítási életbiztosítások

Elérési életbiztosítás

Az elérési biztosítás elsősorban a megtakarítás, pénzügyi befektetés eszköze, ezért nevezzük ezeket megtakarítási életbiztosításoknak.

Elérési biztosítás esetén a biztosító teljesíti a biztosítási szolgáltatást a biztosított számára, ha a biztosított életben van a biztosítási tartam végén. Abban a sajnálatos esetben, ha a biztosított nem éri meg a tartam végét, akkor a biztosító az aktuális biztosítási összeg 125%-ának a biztosítási tartamból eltelt idővel arányos részét fizeti ki.

Példa: Tegyük fel, hogy Ilona 15 évre (azaz 180 hónapra) szóló elérési életbiztosítást kötött. A szerződéskötés után 10 évvel (azaz 120 hónappal) Ilona meghal, a halála időpontjában érvényes aktuális biztosítási összeg 1000 000 Ft. A biztosító úgy számol, hogy a biztosítási összeg 125%-a 1 250 000 Ft. A tartam 180 hónapjából 120 hónap, vagyis a biztosítási tartam 2/3 része telt el. Ezért Kálmán, a kedvezményezett az 1 250 000 Ft 2/3 részét fogja megkapni. Ha azonban Ilona megéri a 15 éves biztosítási tartam lejáratát, akkor a biztosító teljesíti a szolgáltatást a kedvezményezett részére, amennyiben kedvezményezettként saját magát jelölte meg, akkor Ilona részére.

Vegyes életbiztosítás

A vegyes életbiztosítások a kockázati és az elérési életbiztosítások kombinációi. A biztosító szolgáltatása vegyes életbiztosítás esetében abban áll, hogy teljesíti a kedvezményezett számára a biztosítási szolgáltatást akkor is, ha a biztosított a biztosítás tartama során meghal (ezért kockázati jellegű), és akkor is, ha anélkül jár le a biztosítás, hogy a biztosított meghalt volna (ezért elérési jellegű). A kifizetéssel a biztosítás megszűnik.

Példa: Ilona 15 évre szóló életbiztosításában kedvezményezettként unokáját, Kálmánt jelölte meg. Ha a szerződéskötés után 5 évvel meghal, akkor Kálmán az 5 év utáni érvényes aktuális biztosítási összeget kapja meg. Ha azonban Ilona a 15 éves tartam lejáratát még megéri, akkor a biztosító a 15 év utáni aktuális biztosítási összeget fizeti ki Kálmánnak.

Term fix életbiztosítás

Ennél az életbiztosításnál a biztosító szolgáltatása abban áll, hogy:

- kifizeti az aktuális biztosítási összeget a kedvezményezettnek, ha a biztosított megéri a tartam végét,
- ha azonban a biztosított a tartam során meghal, a biztosító díjmentesíti a biztosítást, és a biztosítás lejáratakor az aktuális biztosítási összeget fizeti ki kedvezményezettnek.

A term fix biztosítás a rendszeres megtakarítás egyik formája, ugyanis a szükségesnek ítélt pénzösszeg a megfelelő időpontban akkor is rendelkezésre áll, ha azt a biztosított korábbi halála miatt nem tudta félretenni.

Példa: Ilona Term fix életbiztosítást köt, melynek lejáratául újszülött unokája, Kálmán 18. születésnapját jelöli meg. Ha Ilona a szerződéskötés után 10 évvel meghal, a biztosító Kálmán 18. születésnapján a 18 év utáni aktuális biztosítási összeget fizeti ki neki, akkor is, ha Ilona csak 10 évig tudta fizetni a biztosítást.

4. Milyen kombinációkat állíthatok össze, ha egyszerre több biztosítást is szeretnék kötni?

Biztosítónk két lehetőséget kínál Önnek:

- Köthet szerződést úgy, hogy az Ön számára leginkább vonzó biztosítást, vagy biztosításokat kiválasztja és felveszi egy szerződésébe. Egy szerződésen belül több biztosítottat is megjelölhet, akár a teljes családját is. A szerződés minimális tartama 3 év, ha megtakarítási biztosítást is választ, akkor 5 év. Fontos azonban, hogy egy szerződés csak egy megtakarítási életbiztosítást tartalmazhat.
- Választhat a megtakarítási vagy biztosítási programok közül (a megtakarítási életbiztosítást tartalmazó programokat a megtakarítási programoknak, a csak kockázati biztosításokat tartalmazó programokat biztosítási programoknak nevezzük). Ezek a programok a biztosító által a legjellemzőbb ügyféligényeknek megfelelően előre összeállított csomagok. Az Ön szerződése állhat egy vagy több programból is, azonban csak egy megtakarítási életbiztosítást tartalmazhat.

5. Van lehetőségem arra, hogy változtassak a választott kombináción?

Természetesen. Az Allianz Klasszikusok élet- és személybiztosítás rugalmas termékcsalád, így Önnek lehetősége van változtatni eredeti szerződésének számos elemén, például:

- megjelölhet új biztosítottat,
- ha a szerződésben több biztosítottat jelölt meg, akkor ezek közül valamelyik biztosítottként való megnevezését visszavonhatja,

- új biztosítást jelölhet meg a szerződésben szereplő valamelyik biztosítottra vonatkozóan,
- megszüntethet valamely biztosítást,
- megváltoztathatja a biztosítások biztosítási összegeit,
- megváltoztathatja a biztosítások tartamát.

6. Számíthatok-e valamilyen többletszolgáltatásra a biztosítótól?

Igen. A biztosító több esetben – külön díj fizetése nélkül is – többletszolgáltatást teljesít, amely alatt azt értjük, hogy megnöveli a biztosítási szolgáltatást. Az alábbi táblázatban tekintheti át a többletszolgáltatás feltételeit és mértékét a hatályos „B” jelű Kondíciós lista (az ebben szereplő feltételek a tartam során változhatnak) adatai alapján.

A többletszolgáltatás feltétele	A többletszolgáltatás mértéke
Ha a biztosítottnak a kifizetés feltételeként meghatározott esemény bekövetkezésekor 3 évesnél fiatalabb gyermeke van	a biztosító 30%-kal megnöveli a biztosítási összeget.
Ha a biztosítottnak a kifizetés feltételeként meghatározott esemény bekövetkezésekor 3 évesnél fiatalabb unokája van	a biztosító 10%-kal megnöveli a biztosítási összeget.
Ha a szerződés gyakoriság szerinti díja meghaladja az alábbi összegeket: 15 000 Ft/hó 45 000 Ft/negyedév 90 000 Ft/félév 180 000 Ft/év	a biztosító 15%-kal megnöveli a biztosítási összeget.
Ha a szerződő rendelkezik a biztosítónál legalább egy éve érvényben lévő biztosítási szerződéssel, vagy az Allianz Hungária Önkéntes Nyugdíjpénztárnál legalább egy éves önkéntes nyugdíjpénztári tagsággal, vagy az Allianz Hungária Egészségpénztárnál legalább egy éves egészségpénztári tagsággal, vagy az FHB Banknál legalább egy éves folyósámla-szerződéssel	a biztosító 5%-kal megnöveli a biztosítási összeget.

A többletszolgáltatások egyszerre is igénybe vehetők, ebben az esetben a többletszolgáltatások mértéke összeadódik (azzal a megkötéssel, hogy egyszerre csak egy gyermekre vagy egy unokára vehető igénybe).

Példa: Tegyük fel, hogy Emma balesetet szenved, és igénybe szeretné venni a biztosító szolgáltatását, amelynek aktuális összege 500 000 Ft.

Emmának van egy három évesnél fiatalabb gyermeke, Sára. Ezért a biztosító 30%-kal emelt összegű biztosítási szolgáltatást fizet neki.

Emma 20 000 Ft havi díj fizetését vállalta, amely összeg 15%-os többletszolgáltatásra jogosítja őt.

Ezen felül, Emma immáron egy éve rendelkezik önkéntes nyugdíjpénztári tagsággal, amely miatt a biztosító további 5%-ot fizet.

Ha mindezeket összeadjuk, akkor látható, hogy a biztosító a biztosítási szolgáltatás 150%-ának megfelelő pénzt, vagyis 750 000 Ft-ot fog kifizetni Emmának!

7. Hogyan juthatok hozzá a biztosítási szolgáltatáshoz?

Amennyiben bekövetkezik a biztosítási esemény, azt 8 napon belül írásban kell bejelenteni a biztosítónak és a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, csatolni kell a biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez szükséges iratokat, valamint lehetővé kell tenni a bejelentés és felvilágosítások tartalmának ellenőrzését. Ennek elmulasztása esetén, amennyiben emiatt lényeges körülmények kideríthetlenné válnak, a biztosító megtagadhatja a biztosítási szolgáltatás kifizetését.

A biztosítási esemény az alábbi módon jelenthető be:

- személyesen,
- faxon, a 06-1-488-1004 számon,
- postai levélben, az alábbi címen:
Allianz Hungária Zrt.
Életbiztosítási szakkezelési osztály
1387 Budapest, Pf. 11
- e-mailben, az esz@allianz.hu címre küldött levélben, ha az az e-mail cím, amiről az üzenetet küldték a küldő személyéhez kapcsolt, korábban rögzített e-mail cím.

Amennyiben az utolsó irat is beérkezett a biztosítóhoz, az 10 napon belül elbírálja a kárigényt és intézkedik a kifizetésről. Természetesen a biztosított vagy a kedvezményezett tetszése szerint megválaszthatja a kifizetés módját, vagyis azt, hogy a biztosító a szolgáltatást postai feladással, banki átutalással teljesítse, vagy elszámolja a biztosítás díjhátralékául, vagy más biztosítás díjaként.

Példa: Erika megkötötte a műtéti térítésre szóló balesetbiztosítást. 2013. augusztus 10-én olyan súlyos balesetet szenvedett, amelynek következtében rögtön meg kellett műteni. A férje, Ágoston minden szükséges iratot, – ügyelve a 8 napos határidőre – 2013. augusztus 17-én eljuttatott a biztosítóhoz, és megtette az írásos bejelentést a biztosítási esemény bekövetkezéséről. Ebben az esetben a biztosítónak (figyelembe véve a 10 napos határidőt) 2013. augusztus 27-ig ki kell fizetnie Erika részére a biztosítási szolgáltatást.

Ha a kifizetendő biztosítói teljesítés összegét adó, vagy más közteher terheli, és ennek viselésére és megfizetésére a biztosító, mint a jogszabály szerinti kifizető a kötelezett, akkor a biztosító a szerződési feltételek alapján az általa fizetendő adó, illetve közteher összegével egyenlő költséget von le, és a levonást követően fennmaradó összeg minősül a jelen szerződési feltételek szerinti biztosítói teljesítésnek.

8. Hogyan tehetek szert az Allianz Klasszikusok által nyújtott biztosítási védelemre?

Különbséget kell tennünk a szerződés létrejötté és a hatálybalépése között!

A szerződés az alábbiak szerint jöhet létre:

A szerződés vagy a biztosítás alapesetben úgy jön létre, hogy Ön (szerződő) ajánlatot tesz (vagyis a biztosítási ajánlat kitöltésével és aláírásával jelzi a biztosító felé szerződéskötési szándékát), vagy kezdeményezi a biztosítás létrejöttét, amit a biztosító elbírál. Alapesetben döntésünket az ajánlat vagy a kezdeményezés átadásától számított 15 napon belül kell meghoznunk. Az ajánlat, illetve a kezdeményezés elfogadása után az elfogadó nyilatkozatot (kötvényt) megküldjük a szerződő részére.

Más a helyzet, ha a biztosító a kockázatelbírásához szükséges az egészségi nyilatkozat kitöltése és/vagy orvosi vizsgálat. Ebben az esetben a biztosító a szerződő ajánlatát, valamint a szerződőnek a biztosítás létrejöttét kezdeményező nyilatkozatát 60 napon belül elutasíthatja. Ha a biztosító rendelkezésére álló határidő alatt nem nyilatkozik az ajánlatra vagy a biztosítás létrejöttét kezdeményező nyilatkozatra, akkor a szerződés vagy a biztosítás létrejöttének időpontja az ajánlatnak a biztosító vagy képviselője részére történő átadásának az időpontjára, vagy a biztosítás létrejöttét kezdeményező nyilatkozatnak a biztosító részére történő átadásának az időpontjára, visszamenőleges hatállyal a kockázatelbírálási idő elteltét követő napon jön létre. A szerződő az ajánlatához és a biztosítási fedezet létrejötté iránti nyilatkozatához a kockázatelbírálási időn belül nincs kötve.

Fontos tudnia, hogy amennyiben a szerződésben, vagy a biztosításban nem Ön, mint szerződő fog egyben biztosítottként is szerepelni, akkor a szerződés megkötéséhez, valamint a biztosítás létrejöttéhez szükséges a biztosított írásbeli hozzájárulása. A biztosított a szerződés megkötéséhez, illetve a biztosítási fedezetek létrejöttéhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a szerződés vagy a biztosítási fedezet a biztosítási időszak végével megszűnik. A szerződés megszűnésére nem kerül sor, ha a biztosított a szerződő helyébe lép.

A szerződés az alábbiak szerint léphet hatályba:

A szerződés és a biztosítás a lenti táblázatban foglaltak

szerint vagy az ajánlattételt követő napon 0 órakor, vagy az ajánlat átadásának időpontjára visszamenőlegesen lép hatályba, ha az ajánlattétellel egyidejűleg:

- Ön az első alkalommal esedékes díjat (első díj) a szerződés aláírásakor megfizette, vagy
- megállapodik a biztosítóval arról, hogy azt egy későbbi időpontban szeretné megfizetni (díjhalasztás),

feltéve, hogy a szerződés és az adott biztosítás létrejött vagy létrejön.

A hatályba lépés azért fontos időpont, mert a szerződésre vagy a biztosításra vonatkozó kockázatviselés – a vára-

kozási időre vonatkozó rendelkezésekben foglalt eltérésekkel – a szerződés vagy a biztosítás hatályba lépésével kezdődik meg, azaz ettől az időponttól számíthat a biztosítási védelemre.

Példa: Tegyük fel, hogy Ön augusztus 2-án kitöltötte, aláírta és még aznap át is adta az ajánlatot a biztosító képviselőjének (ajánlattétel).

Az következő táblázatban tekintheti át a szerződés létrejöttének, hatályba lépésének és kockázatviselés kezdetének eseteit!

A szerződés létrejötte, hatálybalépése, kockázatviselés kezdete (négy eset)			
Kockázatbírálás (15 nap) határideje: augusztus 17.	Kockázatbírálás (15 nap) határideje: augusztus 17.	Egyedi kockázatbírálás (60 nap) határideje: október 1.	Egyedi kockázatbírálás (60 nap) határideje: október 1.
A kockázatbírálás alatt a biztosító nem nyilatkozik.	A biztosító nyilatkozik a kezdeményezés elfogadásáról: augusztus 14.	Egyedi kockázatbírálás: egészségi nyilatkozat kitöltésére és/vagy orvosi vizsgálatra van szükség.	Egyedi kockázatbírálás: egészségi nyilatkozat kitöltésére és/vagy orvosi vizsgálatra van szükség.
A szerződés augusztus 2-vel az ajánlat átadásának időpontjára visszamenőleges hatállyal jön létre.	A szerződés augusztus 3-ai dátummal létrejön.	A 60 napos határidő alatt a biztosító nem nyilatkozik.	A 60 napos határidő alatt a biztosító augusztus 27-én nyilatkozik.
		A szerződés augusztus 2-vel az ajánlat átadásának időpontjára visszamenőleges hatállyal jön létre.	A szerződés augusztus 3-ai dátummal létrejön.
A szerződés kockázatviselés kezdete augusztus 2-a az ajánlat átadásának időpontja.	A szerződés kockázatviselés kezdete augusztus 3-a.	A szerződés kockázatviselés kezdete augusztus 2-a az ajánlat átadásának időpontja.	A szerződés kockázatviselés kezdete augusztus 3-a.

9. Felvehetek további biztosításokat már meglévő szerződésembe?

Természetesen. Ha Ön már rendelkezik valamelyik Allianz Klasszikusok biztosítással, azonban szeretne felvenni a szerződésébe további biztosítást vagy biztosításokat, akkor az utóbb felvett biztosítás az azt követő hónap első napjának 0 órájkor lép hatályba, hogy az Ön erre vonatkozó nyilatkozata a biztosítóhoz beérkezett, azt a biztosító elfogadta vagy arra a megadott határidőn belül nem válaszolt, és az első díjat megfizette.

10. Milyen időtartamra szól a biztosításom?

Ön mind a Klasszikusok szerződést, illetve mind az egyes biztosításokat határozott tartamra kötheti. A szerződési tartam kezdetének az ajánlat aláírását és a biztosító vagy képviselője részére történt átadását – az ajánlattételt – követő hó első napjának 0 óráját tekintjük, feltéve, hogy Ön a biztosítóval nem állapodott meg másként.

Példa: Eszter a biztosítási ajánlatot 2013. július 20-án

aláírta és a biztosító képviselőjének átadta. A szerződési tartam tehát ebben az esetben a következő hónap, augusztus 1-jén, 0 órakor kezdődik.

A szerződés tartamának lejáratát megegyezik a szerződésben szereplő egyes biztosítások lejáratai közül a legkésőbbivel. Önnek lehetősége van az egyes biztosítások tartamának rögzítésére a szerződésben. A szerződésen belül a biztosítások tartama, azok kezdte, és lejáratának éve egymástól eltérhet, azonban a lejárat hónapjának minden biztosítás esetében meg kell egyeznie.

A biztosítás tartamának kezdete:

- megegyezik a biztosítási tartam kezdetével, ha a biztosítás a szerződéssel egyidejűleg jön létre,
- amennyiben a biztosítás a szerződés létrejöttét követően, annak tartama alatt jön létre, akkor a biztosítás létrejöttét kezdeményező nyilatkozatnak a biztosító részére történt átadását követő hónap első napjának 0 órája, ha Ön a biztosítóval másként nem állapodik meg.

A biztosítási időszak 1 hónap, a biztosítási évforduló a biztosítási szerződés tartamán belül minden évben a szerződés tartama végének hónapjával megegyező naptári hónapot követő hónap első napja.

11. Akkor is élhetek térítési igényel a biztosító felé, ha a betegség vagy baleset külföldi utazásom során ér?

Igen. A biztosító kockázatviselése kiterjed a világ bármely pontján bekövetkezett balesetre vagy betegségre.

12. Mitől függ a biztosítási díj?

A szerződés díja a szerződésben szereplő egyes biztosítások díjaiból tevődik össze. A biztosítások díjának nagysága függhet a biztosítás tartamától, az igényelt biztosítási védelem nagyságától, a díjfizetés gyakoriságától és módjától, valamint a biztosított korától, egészségi állapotától és napi térítéses biztosítás esetén a választott önrésznapi számától. A biztosítási díj konkrét mértékéről tanácsadóink, hálózati egységeink részleges felvilágosítással szolgálnak.

A biztosítási díjat Önnek a biztosítás egész tartama alatt fizetnie kell (folyamatos díjfizetés), egyszeri díjfizetésre tehát nincs lehetőség. Tetszése szerint választhat havi, negyedéves, féléves vagy éves díjfizetést. A biztosítási díj mindig a választott díjfizetési időszak első napján esedékes.

13. Hogyan biztosíthatom a szerződésem értékállóságát?

Az árszínvonal emelkedése, vagyis az infláció az aktuális biztosítási összeget, valamint a biztosítási díjakat is érinti. Ahhoz tehát, hogy a szerződésben meghatározott biztosítási összeg és biztosítási díj évek múltán is megőrizze a szerződéskötés idején fennálló értékét, azaz értékálló legyen, szükséges, hogy a biztosítási összeget és a biztosítási díjat évente egy alkalommal hozzáigazítsuk az árszínvonalhoz. Ezt nevezzük értékkövetésnek (indexálásnak). Rögzített index alatt pedig azt a szerződésben meghatá-

rozott mértéket értjük, amellyel a biztosítási díj, és ezzel azonos arányban a biztosítási összeg minden évben egy alkalommal emelkedik. A biztosító lehetőséget nyújt Önnek arra, hogy a biztosítási évfordulón a biztosítási összegeket a rögzített index értékén felül, egyedi mértékben növelje. Ebben az esetben Ön választ a biztosító által felajánlott egyedi indexek közül. Amennyiben azonban Ön ettől a felajánlott indextől eltérő mértékű emelést szeretne kezdeményezni, ezt is megteheti.

14. Mi történik az elért hozammal?

A biztosító a biztosítási díjak meghatározott mértékéből tartalékat képez annak érdekében, hogy megfelelő háttér legyen a később felmerülő kifizetéseknek. Ezt nevezzük biztosítási díjtartaléknak. A biztosító ezt a díjtartalékot befekteti és a megtakarítási életbiztosítások esetében a befektetés eredményeképpen keletkező hozamra garanciát is vállal. A biztosító a díj kialakításában már figyelembe veszi ezt a garantált hozamot, tehát a biztosítási díjat ezzel csökkentve határozza meg. Amennyiben az elért hozam ennél nagyobb, vagyis többlehozam keletkezik, akkor ennek legalább 85%-át visszajuttatja Önnek a biztosító. A biztosító a többlehozamot az Ön többlehozam-számláján havonta jóváírja, majd a biztosítás megszűnésekor (lejáratkor vagy visszavásárláskor) kifizeti Önnek. Ön évente értesül aktuális egyenlegéről és az elért hozamokról a biztosító által küldött írásos értesítésből.

15. Hogyan igazodjak el a „Kondíciós listákon”?

Az „A” jelű és a „B” jelű Kondíciós lista az Ön biztosítási szerződésére vonatkozó fontos információkat tartalmaz. Az alábbi táblázatban láthatók a listák közötti lényeges különbségek:

	„A” jelű Kondíciós lista	„B” jelű Kondíciós lista
Ha módosul a Kondíciós lista akkor	a már létrejött szerződésekre nem vonatkozik a módosítása!	a már létrejött szerződésekre is vonatkozik a módosítása! Fontos, hogy a biztosító az új lista hatálybalépése előtt 60 nappal értesíti az ügyfelet a módosulásról. Egy új listának legalább 12 hónapig hatályban kell maradnia, további módosítást csak ezt követően lehet foganatosítani. A szerződési feltételek részletesen tartalmazzák, hogy a lista elemei mikor, milyen indokkal módosulhatnak.
Példa	Az Ön szerződése 2013. július 20-án jött létre a hatályos Kondíciós lista szerinti 3%-os rögzített index-szel. Tegyük fel, hogy 2 év múlva kezébe kerül egy új Allianz Klasszikusok szerződési feltételeket tartalmazó dokumentum, mely 20%-os értékű rögzített index-et tartalmaz. Önnek azonban nem kell aggódnia, hiszen az új rögzített index mértékét tartalmazó „A” jelű Kondíciós lista az Ön szerződésére nem vonatkozik, hanem csak az új lista hatályba lépése után megkötött szerződésekre.	Ön a szerződése megkötésekor azt olvasta a hatályos „B” jelű Kondíciós listában, hogy a biztosító 3 évesnél fiatalabb unoka esetén 10%-kal megemeli a biztosítási összeget. Tétélezzük fel, hogy a biztosító a „B” jelű Kondíciós listán változtatást eszközöl, így a 4 évvel későbbi kiadásban már azt a kitélet látja, miszerint 3 évesnél fiatalabb unoka esetén 25%-os biztosítási összegemelésre számíthat. Ez a kitétel az Ön szerződésére is vonatkozik, melyről – mint a „B” jelű Kondíciós listán végrehajtott változtatásról – a biztosító Önt írásban értesíti.

16. Dönthetek úgy, hogy megszüntetem a már megkötött biztosításum?

Természetesen bármikor megszüntetheti a biztosítását. Különbséget kell azonban tennünk a kockázati és megtakarítási életbiztosítások megszüntetésének pénzügyi vonzatai között.

A **megtakarítási életbiztosítások** lejárat előtti megszüntetését – tulajdonképpen felmondását – visszavásárlásnak nevezzük, melyet Ön a biztosítónál írásban a szerződés tartama alatt bármikor kezdeményezhet. A visszavásárlás azt jelenti, hogy a biztosító nem a biztosítási összeget fizeti ki, hanem az ennél alacsonyabb visszavásárlási értéket, amelynek mértékéről Ön a kötvénye mellékletét képező visszavásárlási táblázatból tájékozódhat. Fontos tudnia, hogy a szerződési tartam kezdetétől meghatározott átmeneti időszak leteltéig a visszavásárlási érték 0 Ft. Ennek az időszaknak a tartamáról az „A” jelű Kondíciós listából tájékozódhat, mely alapján 10 évesnél rövidebb tartamú megtakarítási életbiztosítás esetén 2 éves; 10 éves, vagy annál hosszabb tartamú megtakarítási életbiztosítás esetén pedig 3 éves időszakkal kell számolnia, amikor a visszavásárlási érték 0 Ft lesz abban az esetben, ha úgy dönt, a lejárat előtt megszünteti biztosítását. A **kockázati életbiztosítás** megszüntetésekor viszont a biztosítónak nem áll módjában a biztosítási összeg egy részét sem visszatéríteni, mert a kockázati életbiztosításnak nincs visszavásárlási értéke.

17. Mi lesz a következménye annak, ha pénzzavarba kerülök, és nem tudom fizetni a biztosítási díjat?

Abban az esetben, ha a szerződés első díját már megfizette, de valamilyen okból nem tudja időben teljesíteni a további díjfizetését, akkor a biztosító a fizetési határidőt követően írásbeli felszólító levelet küld, – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – pontos dátummal jelölve, a felszólítás elküldésétől számított legalább 30 napos póthatáridőt ad a díj megfizetésére. Amennyiben a biztosítási díj ezt követően sem érkezik be a biztosítóhoz, de a díjjal nem fedezett időszak hossza nem haladja meg a 90 napot, akkor a biztosító még vállalja, hogy biztosítási esemény esetén segítséget nyújt. Ilyen esetekben azonban a biztosító levonja a biztosítási esemény esetén teljesítendő szolgáltatásból az esedékes díjakat. Ha a 90 napos időszak elteltével Ön továbbra sem tudja fizetni a díjat, akkor az alábbi két eset lehetséges.

1. Automatikus díjkölcsön

Ha a szerződésben szerepel megtakarítási életbiztosítás, és annak tartamából már eltelt a szerződési tartam kezdetétől meghatározott átmeneti időszak, akkor az Ön biztosítása nem szűnik meg, viszont a biztosító az esedékes díjakat a megtakarítási életbiztosítási fedezet díjtartalé-

kából levonja. Ezt nevezzük automatikus díjkölcsönnek, melynek működését a következő, 18. pontban részletezzük.

2. Megszűnés

Ha a szerződésben nem szerepel sem díjmentesített biztosítás, sem megtakarítási életbiztosítás; vagy ha szerepel ugyan megtakarítási életbiztosítás, de annak tartamából még nem telt el a szerződési tartam kezdetétől meghatározott átmeneti időszak, akkor a szerződés kifizetés nélkül megszűnik. Ezen főszabály alól kivételt képez az az eset, amikor a szerződésben van bármilyen okból korábban már díjmentesített biztosítás. Ilyen esetben a díjjal 90 napig nem fedezett időszakot követően csak a szerződésben szereplő nem díjmentesített (díjköteles) biztosítások szűnnek meg; a díjmentesített biztosítások, valamint ennek következtében maga a biztosítási szerződés is érvényben marad.

18. Hogyan működik az automatikus díjkölcsön?

Az automatikus díjkölcsön folyósításának feltétele, hogy a megtakarítási életbiztosítás tartamából már elteljen 10 évesnél rövidebb tartalmú biztosítás esetén 2 év, illetve 10 évesnél hosszabb tartalmú biztosítás esetén 3 év. A biztosító az esedékes és be nem fizetett biztosítási díjakat levonja a megtakarítási életbiztosítás díjtartalékából. Az automatikus díjkölcsönt Ön bármikor visszafizetheti a biztosítónak. Amennyiben nem kerül sor a visszafizetésre, a díjkölcsönt és kamatait a biztosító a megtakarítási életbiztosításra kifizetett szolgáltatásból vonja le, visszavásárlás esetén pedig a kifizetésből. Az automatikus díjkölcsönt a biztosító 11 hónapra nyújtja, amely után kamatot számol fel. Az automatikus díjkölcsön mindenkori kamatát a mindenkor hatályos „B” jelű Kondíciós lista tartalmazza.

19. Számíthatok segítségre a biztosítótól, ha pénzre lenne szükségem?

Igen. Ha Ön megtakarítási életbiztosítást köt, akkor a biztosító kölcsönt nyújthat Önnek, ezt nevezzük kötvénykölcsönnek. Kötvénykölcsönt akkor igényelhet, ha a megtakarítási életbiztosítás tartamának kezdetétől már eltelt legalább 5 év. A kötvénykölcsön után a biztosító havi kamatot számít fel. A kötvénykölcsönt a biztosító a megtakarítási életbiztosítás lejáratával azonos lejáratral biztosítja. A kölcsönt Ön bármikor visszafizetheti. A vissza nem fizetett kölcsönt és kamatait a biztosító levonja a megtakarítási életbiztosításra kifizetett szolgáltatásból, valamint visszavásárlás esetén a kifizetésből.

Példa: Tibor 2014-ben 8 éves lejáratú megtakarítási életbiztosítást kötött. Tegyük fel, hogy 6 évvel később anyagi helyzete elnehezül. Eszébe jut a kötvénykölcsön lehetősége. Miután a megtakarítási életbiztosítása kezdetétől már eltelt 5 év, nincs akadálya annak, hogy kötvény-

kölcsönt vegyen fel. A mindenkor hatályos „B” jelű Kondíciós listában azt olvassa, hogy a minimális felvehető összeg 50 000 Ft, a maximális felvehető összeg pedig a megtakarítási életbiztosítás visszavásárlási értékének 75%-a. Tibor kiszámítja biztosítása visszavásárlási értékének 75%-át: az eredmény 2 000 000 Ft. Ő azonban csak 1000 000 Ft-ot szeretne felvenni, hogy rendezze anyagi problémáit. Mivel Tibor megtakarítási életbiztosításának lejártáig még két év van hátra, ezért a biztosító a kötvény-kölcsönt ezzel megegyező lejáratra nyújtja. Ezen időszak alatt – amennyiben a megtakarítási életbiztosítás más okból eredően nem szűnik meg – Tibornak bármikor lehetősége nyílik arra, hogy visszafizesse a kötvény-kölcsön kamatokkal növelt összegét.

20. Milyen esetekben szűnhet meg a szerződésem?

A következő esetekben szűnhet meg az egész szerződés, a benne lévő összes biztosítással együtt:

- ha a szerződésben lévő utolsó biztosítás is megszűnik,
- ha Ön nem fizeti a biztosítási díjat,
- ha a fedezetek díja nem éri el a „B” jelű Kondíciós listában szereplő minimális rendszeres díjat,
- ha Ön felmondja a szerződést,
- ha a biztosítási kockázat jelentősen megnő, a biztosító felmondásával,
- ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér az Általános Szerződési Feltételétől, a biztosító felmondásával,
- a szerződés lehetetlenülése és érdekmúlása esetén.

A szerződés részét képező egyes **biztosítások** megszűnnek:

- ha maga a szerződés megszűnik,
- ha a biztosítás tartama lejár,
- ha a biztosított meghal,
- ha Ön a biztosítást visszavásárolja,
- ha a kölcsöntartozás és annak kamatai miatt a megtakarítási életbiztosítás visszavásárlási értéke nullára csökken,
- ha Ön valakire biztosítást kötött és ezt a biztosítottként való megnevezést visszavonja,
- ha a biztosított a biztosítás létrejöttéhez adott hozzájárulását visszavonja,
- ha Ön a biztosítást felmondja,
- a balesetbiztosításnak, valamint a kiegészítő biztosításainak a biztosító általi felmondásával,
- ha a biztosítási kockázat jelentősen megnő, a biztosító felmondásával,
- ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött biztosítási fedezet lényeges kérdésben eltér a Különös Szerződési Feltételeitől, a biztosító felmondásával,
- a biztosítás lehetetlenülése és érdekmúlása esetén,
- a Különös Szerződési feltételekben meghatározott esetekben és,
- a kiegészítő biztosítások szerződési feltételeiben meghatározott egyéb esetekben.

21. Van arra lehetőségem, hogy felmondjam a szerződésemet?

Természetesen. Ön a szerződést bármelyik hónap (biztosítási időszak) végére írásban felmondhatja. A felmondási idő 30 nap. Ebben az esetben a biztosítónak nincs arra vonatkozó kötelezettsége, hogy elszámoljon az addig befizetett díjakkal, kivéve a túlfizetés esetét (Lásd 24. pont).

A felmondó rendelkezését Ön – költségek megfizetése nélkül – az életbiztosítási szerződés megkötéséről, vagy az életbiztosítás létrejöttéről szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül is megteheti a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával. Ilyen esetben a biztosító az Ön felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően 15 napon belül köteles az addig befizetett díjakkal elszámolni: ezeket a befizetett díjakat a biztosító visszautalja.

Ön minden esetben élhet ezen felmondási jogával, arról a törvény szerint érvényesen nem mondhat le!

Példa: Márta 2013. július 10-én felkeresett egy tanácsadót, akinek a segítségével megkötött egy kockázati életbiztosítási szerződést, és be is fizette az első díjat. A 15 napos kockázatelbírálási idő alatt a biztosító nem talált olyan ténytet, amely a szerződéskötés akadályát jelentené, és megküldte Mártának a biztosítási kötvényét. Így Márta július 30-án tudomást szerzett az életbiztosítása létrejöttéről. Augusztus elején azonban anyagi helyzete elnehezült, ezért úgy döntött, hogy a szerződéskötéstől számított 30 napon belüli felmondás lehetőségét kihasználva, még augusztus 8-án felmondja a szerződését. Így a biztosító visszautalta Mártának a befizetett díjat.

A szerződést és az életbiztosítási fedezetet - a biztosító kockázatának jelentős növekedését kivéve - a biztosító nem mondhatja fel. Az egészségbiztosítási fedezetet a biztosító rendes felmondással nem szüntetheti meg.

22. Vannak olyan esetek, amelyekben nem lehet kifizetésre számítani a biztosítótól?

Minden biztosítás esetében számolni kell ilyen esetekkel, ezeket nevezzük kizárásoknak. A biztosító nem teljesít szolgáltatást, ha a biztosítási esemény:

- a) háborús, polgárháborús vagy harci eseményben, megszállás során, külső ellenség cselekménye során, ellenségeskedés vagy – hadüzenettel vagy anélkül – végrehajtott hadműveletben, felkelésben, lázadásban, forrongásban, zavargásban vagy népfelkeléshez, népi megmozduláshoz vezető zavargásban, katonai felkelésben, forradalomban, való részvétellel összefüggésben,
- b) katonai vagy egyéb hatalomátvitelben, katonai közigazgatás, szükségállapot során vagy bármely olyan eseményben, amely a katonai közigazgatás vagy

szükségállapot kihirdetéséhez vagy fenntartásához vezet (kivéve azt az esetet, ha erre hivatali vagy közszolgálati kötelezettség teljesítése miatt került sor),

c) terrorizmusra visszavezethető okból,

d) atommag szerkezeti módosulása, illetőleg radioaktív sugárzás vagy egyéb ionizáló sugárforrás hatása miatt (ha azt nem terápiás célból vette igénybe),

e) atom, biológiai vagy vegyi fegyverek, vagy radioaktív, biológiai vagy vegyi anyagok használatára közvetlenül vagy közvetetten visszavezethető okból, – vállalati telephelyek és más ingatlanok (pl. atomerőmű, újrafeldolgozó üzem, állandó vagy ideiglenes hulladéklerakók, kutató reaktorok, raktárak vagy gyárak), vagy ezek részei, telkek, mozgatható eszközök (pl. szállító vagy tároló konténerek) elleni támadás vagy az ezekbe történő szándékos behatolás miatt, mely radioaktivitás, illetve atom, biológiai vagy vegyi eredetű hadianyagok vagy alkotórészek kibocsátásához vezet, – következett be, vagy a fentiekkel közvetett vagy közvetlen összefüggésben következett be.

Az a) és b) pont alapján a biztosító kockázatvállalása nem terjed ki a közvetlenül vagy közvetve bármely felsorolt esemény által okozott, illetve eseményből eredő, vagy azzal kapcsolatosan bekövetkező bármely természetű káreseményre tekintet nélkül az ahhoz hozzájáruló, egyidejűleg vagy egymást követően bekövetkező okra, vagy eseményre.

A biztosító nem nyújt szolgáltatást az a) és b) pontban felsorolt események megfékezése, megelőzése, elfojtása, csökkentése érdekében kifejtett, vagy azokkal bármilyen kapcsolatban álló tevékenység által közvetlenül vagy közvetve okozott, vagy abból eredő, illetve ahhoz kapcsolódó bármilyen természetű káreseményre.

A biztosító nem vállal kockázatot olyan káreseményekre sem, amelyeket kizárólag és közvetlenül erőszakos, véletlen, külső és látható eszközök okoztak.

A c) pontban szereplő terrorizmus alapján a biztosító kockázatvállalása nem terjed ki a közvetlenül vagy közvetve bármilyen terrorcselekmény által okozott, illetve terrorcselekményből eredő, vagy azzal kapcsolatosan bekövetkező bármely természetű káreseményre tekintet nélkül az ahhoz hozzájáruló, egyidejűleg vagy egymást követően bekövetkező okra, vagy eseményre.

A jelen feltételek értelmében terrorcselekménynek minősül különösen (de nem kizárólagosan) bármely erő-, erőszak gyakorlása, atom-, biológiai vagy vegyi fegyverek használata, tömegpusztító fegyverek használata, pusztítás, a kommunikációs és információs rendszerek vagy ezek elemeinek zavara vagy felforgatása, a szabotázs, vagy bármely más eszköz, mely bármely fajta kárt okoz, vagy kárt okozhat, és/vagy az előzőekben meghatározott események általi fenyegetés, ha azt bármely személy

vagy személyek, egyedül vagy egy szervezet nevében vagy szervezethez kapcsolódva politikai, vallási, ideológiai vagy hasonló célból teszi(k), beleértve a bármely kormány befolyásolásának szándékát, vagy a nyilvánosság, vagy egy részének megfélemlítését.

A biztosító nem vállal kockázatot semmilyen káreseményre, amelyet közvetlenül vagy közvetve a terrorcselekmény megfékezése, megelőzése, elfojtása, csökkentése érdekében kifejtett, vagy a terrorcselekménnyel bármilyen kapcsolatban álló tevékenység okozott, vagy abból ered, illetve ahhoz kapcsolódóan következett be.

A biztosító abban az esetben sem nyújt szolgáltatást, ha az e) pontban szereplő támadás vagy behatolás az információs technológia eszközeinek használatával következett be.

A biztosító ezen túl abban az esetben sem teljesít szolgáltatást baleset- és egészségbiztosítás esetén, ha a baleset vagy betegség a biztosítottnak

- elme- vagy tudatzavarával, bármilyen okú eszméletvesztésével, illetve öngyilkosságával vagy annak kísérletével okozati összefüggésben,
- a testen 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), illetve
- hivatásos, vagy amatőr sportolóként gyakorolt sporttevékenység (mérkőzés, verseny, edzés) során elszenvedett balesete, valamint szervezett diáksport- és tömegsport-tevékenység közben történt balesetével (sportbaleset) összefüggésben következett be. (Hivatásos sportoló az, aki sportszervezettel létesített munkaviszony vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony, továbbá megbízási szerződés alapján jövedelemszerzési céllal sporttevékenységet folytat, és rendelkezik hivatásos sportolói engedéllyel. Amatőr játékosnak minősül mindenki, aki nem jövedelemszerzés céljából bármely magyarországi, vagy külföldi sportklub, sportszövetség, sportegyesület vagy más sportszervezet által kiállított, a versenyrendszerben illetve a versenyeken részvételre jogosító, versenyengedélyt is magában foglaló versenyigazolvánnyal rendelkezik.)

A baleset-biztosítás vonatkozásában nem terjed ki a biztosító kockázatviselése a baleset előtt bármely okból már károsodott, sérült, csonkolt, illetőleg funkciójukban korlátozott testrészekre, szervekre.

A kizárások fent felsorolt eseteiben a baleseti halálra szóló baleset-biztosítás kifizetés nélkül megszűnik.

Példa: Petra baleseti eredetű kórházi napi térítésre szóló baleset-biztosítást kötött saját magára. Hivatásos sportolóként kézilabdázik. Egyik mérkőzésén egy sajnálatos

esés következtében ízületi szalagszakadást szenvedett, melynek következtében több napot kórházban kellett töltenie. Mivel azonban a balesetet hivatásosan gyakorolt sporttevékenysége során szenvedte el, amely kizárási oknak minősül, a biztosító nem teljesít Petrának biztosítási szolgáltatást.

Egy másik alkalommal Petrát kirándulás közben érte baleset. Hegyvidéki terepen túrázott, amikor egy óvatlan pillanatban kifícamodott a térde, melyet kórházban tettek helyre. Ebben az esetben Petra számíthat biztosítási szolgáltatásra a biztosítótól, hiszen balesete nem a hivatásosan végzett sporttevékenysége során történt.

23. Tegyük fel, hogy olyan okból következett be a halál, baleset vagy betegség, amely nem tartozik a kizárási okok közé. Vannak-e még további korlátozások?

A biztosított kör védelme érdekében és a törvényi szabályozások alapján a biztosító további korlátozásokat is kénytelen fogadtatni. A következő táblázatokban tekintheti át azon eseteket, amelyekben a biztosító mentesül a szolgáltatás kifizetése alól.

Életbiztosítás			
Mentesülés, ha a biztosítási esemény oka	1. a kedvezményezett szándékos magatartásának az eredménye, 2. a biztosított szándékosan elkövetett, súlyos bűncselekménye folytán, azzal összefüggésben, vagy 3. a biztosítottra vonatkozó biztosítás létrejöttét követő két éven belül elkövetett öngyilkosság miatt következett be.		
Kockázati életbiztosítás	1., 2. és 3. esetben egyaránt kifizetés nélkül szűnik meg.		
Megtakarítási életbiztosítás	<table border="1"> <tr> <td>Az 1. esetben a biztosító visszavásárlási értéket fizeti ki a biztosított örökösének. Ezzel a biztosítás megszűnik.</td> <td>A 2. és 3. esetben a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, és a biztosító a díjtartalékot és a többlethozam-számla aktuális értékét téríti vissza Önnek – vagy örökösének – és ezzel a megtakarítási életbiztosítás megszűnik.</td> </tr> </table>	Az 1. esetben a biztosító visszavásárlási értéket fizeti ki a biztosított örökösének. Ezzel a biztosítás megszűnik.	A 2. és 3. esetben a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, és a biztosító a díjtartalékot és a többlethozam-számla aktuális értékét téríti vissza Önnek – vagy örökösének – és ezzel a megtakarítási életbiztosítás megszűnik.
Az 1. esetben a biztosító visszavásárlási értéket fizeti ki a biztosított örökösének. Ezzel a biztosítás megszűnik.	A 2. és 3. esetben a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, és a biztosító a díjtartalékot és a többlethozam-számla aktuális értékét téríti vissza Önnek – vagy örökösének – és ezzel a megtakarítási életbiztosítás megszűnik.		
Mentesülés közlési kötelezettség megsértése miatt	A biztosító a közlési kötelezettség megsértése esetén, valamint akkor is mentesül a biztosítási szolgáltatás kifizetése alól, ha a biztosítási eseményt késve jelentették be, a szükséges felvilágosításokat nem adták meg, vagy nem tették lehetővé ezek tartalmának ellenőrzését, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené váltak. Kivétel: a közlési kötelezettség megsértése ellenére is beáll a biztosító fizetési kötelezettsége, ha a biztosítás létrejöttétől, a biztosításra vonatkozó biztosítási összeg emelésétől, a biztosítás tartamának meghosszabbítása esetén annak időpontjától a biztosítási esemény bekövetkezéséig 5 év már eltelt, illetve, ha bizonyításra kerül, hogy a biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a fenti időpontokban már ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.		

Baleset-, és kiegészítő biztosítás	
Mentesülés, ha a biztosítási esemény oka	1. a baleset vagy betegség a kedvezményezett szándékos magatartásának következménye, vagy 2. a biztosított olyan balesetével függ össze, amelyet jogellenesen maga a biztosított, Ön vagy az Önnel, illetőleg a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozó szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott.
Baleseti halálra szóló baleset-biztosítás	Kifizetés nélkül megszűnik.
Mentesülés közlési kötelezettség megsértése miatt	Lásd: Mentésülés a közlési kötelezettség megsértése esetén életbiztosítás esetén

Egészség-, és kiegészítő biztosítás	
Mentesülés, ha a biztosítási esemény oka	1. a biztosított olyan sérülésével, betegségével, illetőleg balesetével függ össze, amelyet a biztosított szándékosan vagy súlyosan gondatlanul önmagának okozott, ideértve a tudatzavarban való elkövetést is, vagy 2. a biztosított olyan sérülésével, betegségével, illetőleg 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	Súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak tekintendő a baleset vagy a betegség különösen akkor, ha a baleset vagy a betegség a biztosított, Ön, vagy az Önnel, illetőleg a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozó: 1. szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, 2. ittas állapotával vagy kábító-, illetve egyéb bódulatot keltő szer hatása alatti állapotával okozati összefüggésben, 3. orvosi javaslat nélküli vagy nem az előírt adagolásban való gyógyszereszedése miatt, 4. jogosítvány nélküli gépjárművezetése közben következett be.
Ittas állapot	Ittas állapotnak az minősül, ha a biztosított, Ön vagy az Önnel, illetőleg a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozó véralkohol-koncentrációja meghaladta a 0,8 ezreléket vagy légalkohol-koncentrációja meghaladja a 0,5 mg/l-t.
Mentesülés közlési kötelezettség megsértése miatt	Lásd: Mentésülés a közlési kötelezettség megsértése miatt életbiztosítás esetén

24. Visszakapom az adott biztosítási időszakra előre megfizetett díjakat, ha időközben megszűnik a szerződésem?

Ha a szerződés megszűnik, a biztosító természetesen visszafizeti Önnek azt a biztosítási díjhányadot, amelyet Ön a szerződés megszűnése utáni időszakra előre megfizetett. Ezt nevezzük a túlfizetés visszatérítésének.

Példa: Tamás a szerződésében féléves díjfizetési gyakoriságot vállalt, így július 1-jén, illetve január 1-jén volt esedékes a féléves díjfizetése. A 2013. július 1-jei díjbefizetése után azonban szeptember hónapban megszűnt a szerződése, ezért a befizetett díj szeptembertől január 1-jéig tartó időszakra vonatkozó arányos részét, azaz a túlfizetést a biztosító visszafizette Tamásnak.

Abban az esetben azonban, ha Ön nem fizette be az esedékes díjat, a biztosító a szolgáltatás teljesítése, illetve a megtakarítási életbiztosítás visszavásárlása esetén a kifizetendő összegből jogosult levonni az Ön díjhátralékát.

25. A szerződés rendelkezik maradékjoggal?

Igen, ha a szerződés megtakarítási életbiztosítási fedezetet is tartalmaz és a szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, akkor a biztosító a visszavásárlási összeget fizeti ki a szerződőnek vagy a szerződő örökösének.

26. 2016. január 1-jétől hatályos Allianz Klasszikusok élet- és személybiztosításhoz tarozó Teljes Költség Mutatóról (TKM)?

Az Ön által megkötni kívánt Allianz Klasszikus élet- és személybiztosítás megtakarítási fedezettel rendelkező klasszikus életbiztosítások körébe tartozik, ahol a biztosító fekteti be a befizetett biztosítási díj megtakarításra szolgáló részét.

Annak érdekében, hogy Ön, a szerződéshez kapcsolódó költségekről átfogó képet kapjon, a Magyar Biztosítók Szövetségének TKM Charta-hoz csatlakozó tagbiztosítói megalkották az ún. Teljes Költség Mutatót (TKM). A csatlakozó biztosítók vállalják, hogy a TKM-et egységesen alkalmazzák az életbiztosítások TKM Szabályzatban meghatározott körére, továbbá azt is vállalják, hogy a mutató értékéről Önt, mint leendő szerződőt előzetesen tájékoztatják annak érdekében, hogy megalapozottabb döntést tudjon hozni.

Mi a TKM?

A Teljes Költség Mutató (TKM mutató) egy, az Ön tájékoztatását szolgáló, egyszerű mutató, amely egy százalékos érték vagy értéktartomány segítségével fejezi ki a típuspéldában bemutatott biztosítás költségeit, amelyek tartalmazzák – többek között – a termékbe beépített biztosítási kockázati fedezetek ellenértékét is.

Mire szolgál?

A TKM megmutatja, hogy adott paraméterek mentén közelítőleg mekkora hozamvesztés érheti Önt egy elméleti, költségmentes befektetés hozamához képest amiatt, hogy a hozamot az adott klasszikus terméken érte el.

Miben szolgálja az Ön érdekeit?

A TKM segítségével – a típuspéldán keresztül – Ön egyszerűbben össze tudja hasonlítani a magyar életbiztosítási piacon kínált klasszikus biztosítások költség szintjeit.

A típuspélda szerint:

A biztosított kora és a díjfizetés módja:

A biztosított egy 35 éves személy, aki 210 000,- Ft éves díjjal rendszeres díjú, éves díjfizetésű biztosítást köt, ahol a díjfizetés csoportos beszédési megbízással, vagy átutalással történik.

A biztosítás időtartama

A TKM kalkuláció különböző időtartamokra történik. Ez arra szolgál, hogy látható legyen, miként befolyásolják a különböző időtartamok a termék költségterhelését. Rendszeres díjfizetés esetén a számítás 10-15-20 évre történik. Amennyiben a fenti tartamok közül valamelyikre nem történik számítás, az azt jelenti, hogy az adott tartam a konkrét termékre nem elérhető.

A TKM számítás figyelembe vesz minden, a termékhez tartozó, a megtakarítás értékét csökkentő olyan költséget, ami azért merül fel, mert Ön a megtakarítást a klasszikus biztosításon keresztül valósította meg. Nem veszi ugyanakkor figyelembe a díjhoz és a kifizetésekhez kapcsolódó esetleges adó- és járulékkerheket és/vagy kedvezményeket.

Jelen Allianz Klasszikusok élet- és személybiztosítás TKM értékei:

Megtakarítási életbiztosítási fedezetek	10 év	15 év	20 év
Vegyes életbiztosítási fedezetek	4,03%	2,89%	2,08%
Term-fix életbiztosítási fedezetek	4,01%	2,86%	2,04%
Elérési életbiztosítási fedezetek	2,04%	1,15%	0,82%

Figyelem!

Fontos tudnivaló, hogy a szerződés megkötése előtt közölt TKM értékek a típuspéldánkban bemutatott paraméterek esetén értendők, **azt feltételezve, hogy a szerződés az adott tartam alatt mindvégig él, nem kerül módosításra, a szerződésből pénzkivonás semmilyen formában nem történik és a megállapított díj az adott tartam során maradéktalanul megfizetésre kerül.** A TKM mutató nem a megvásárolni kívánt konkrét szerződéssel kapcsolatban ad pontos képet a költségekről, hanem megközelítő tájékoztatást nyújt az adott termékkel kapcsolatos költségekről, amelyek természetesen a szerződés egyedi para-

métereire tekintettel akár lényegesen is eltérhetnek a közölt TKM-től.

A TKM számítására és alkalmazására vonatkozó szabályzat a Magyar Biztosítók Szövetségének honlapján (www.mabisz.hu) olvasható.

Felhívjuk a figyelmet arra, hogy a TKM mutató fontos, de nem az egyetlen lényeges pontja a klasszikus életbiztosításokra vonatkozó ügyfél-tájékoztatásnak. Nem elhanyagolható szempont a konkrét ajánlatban szereplő biztosítási fedezet jellege (élet-, baleset- vagy egészségbiztosítás) és nagysága. Hosszú távú megtakarításokról lévén szó, szempont lehet továbbá, hogy a tartam alatt esetleg megváltozó élethelyzetben a termék mennyire testre szabható (pl. milyen kiegészítő fedezettel bővíthető a biztosítás), mennyire likvid az adott szerződésben elhelyezett összeg, milyen további kényelmi megoldásokat kínál a társaság az ügyfél-igények kiszolgálására.

Köszönjük figyelmét és bízunk abban, hogy a TKM bevezetésével is hozzájárulunk ahhoz, hogy különböző biztosítók által kínált, klasszikus biztosítások költség-szintje átlátható és összehasonlítható legyen, és így Ön még inkább megalapozott, informált döntést hozzon a biztosítási szolgáltatás megvásárlásakor.

27. Mi a biztosíték arra, hogy a biztosító a szerződés megkötéséhez megadott adataimat kizárólag a szerződéssel összefüggésben kezeli, és nem továbbítja másnak? (A biztosítási titokkal kapcsolatos szabályok)

2015.12.31-ig az alábbi szabályok érvényesek:

A biztosítót és ügynökeit a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (Bit.) kötelezi a titoktartásra, amely fennáll minden olyan adat tekintetében, amely az Ön 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:

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

A Bit. 157. § értelmében nem áll fenn a biztosító titoktartási kötelezettsége a következő esetekben:

1. Nem áll fenn a titoktartási kötelezettség a törvény értelmében bizonyos szervezetek esetében. E szervezeteknek a biztosító az ügyfelek adatait adott esetekben

továbbíthatja az Ön erre vonatkozó írásos hozzájárulása nélkül is. E szervezetek a következők:

- a) a feladatkörében eljáró Magyar Nemzeti Bank;
- b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozóhatóság és ügyészség, továbbá az általuk kirendelt szakértő;
- c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csőd-eljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bíróság, a bíróság által kirendelt szakértő, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtó;
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző, továbbá az általa kirendelt szakértő;
- e) 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;
- f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálat;
- g) a versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatal;
- h) a feladatkörében eljáró gyámhatóság;
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben foglalt egészségügyi hatóság;
- j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szerv;
- k) a viszontbiztosító, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítók;
- l) az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosító;
- m) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végző;
- n) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosa;
- o) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság;

ha az a)-j) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a k), l), n) és o) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. (A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.)

A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a fent felsorolt szervek alkalmazottaira is kiterjed.

2. A biztosító a nyomozó hatóság, a nemzetbiztonsági szolgálat, valamint az ügyészség írásbeli megkeresése esetén akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet
- a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerint kábítószerrel visszaéléssel,

- új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbanószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel való visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel
- a Btk. szerinti kábítószer kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbanószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

3. A biztosító a nyomozó hatóságot a „halaszthatatlan intézkedés” jelzéssel ellátott megkeresésére is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott üggyel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.

4. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha

- a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.
- a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.

5. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA-törvény) alapján az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítéséhez.

6. 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 – a Bit. 157. §-ában felsorolt szerveken kívül – nem áll fenn:

I. a feladatkörében eljáró

- Állami Számvevőszékkel,
- a központi költségvetési pénzeszközök felhasználásának szabályszerűségét és célszerűségét ellenőrző Kormány által kijelölt belső ellenőrzési szervvel,
- vagyonellenőrrel szemben,
- Információs Központtal szemben.

II. az eljárás alapját képező ügyre vonatkozóan a feladatkörében eljáró

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

7. 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 Ön (adatalanyként) 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.

8. 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 miniszter 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 partnerünk speciális szakértelmére van szükség, vagy ha külső cég igénybevételével szolgáltatásunkat azonos minőségben, ám kisebb költségekkel és alacsonyabb áron nyújthatjuk.

Az Ön 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 biztosító megbízása alapján eljáró ezen 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, harmadik személynek nem adhatják át.

2016.01.01-től az alábbi szabályok érvényesek:

A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (új Bit.) szerint biztosítási titok minden olyan – államtitoknak nem minősülő –, a biztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha a törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn, illetve a biztosító ügyfele vagy a viszontbiztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad.

Az új Bit. 138. §-a alapján a titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn:

- a feladatkörében eljáró Magyar Nemzeti Bankkal szemben;
- a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és ügyészséggel szemben;
- büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási határozatok bírósági felülvizsgálata során eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal szemben;
- a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel továbbá az általa kirendelt szakértővel szemben,
- az adóhatósággal szemben, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli;
- a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal szemben;
- a nemzetbiztonsági szolgálat és az ügyészség, továbbá az ügyész jóváhagyásával a nyomozó hatóság írásbeli megkeresésére, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet összefüggésben van a) a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV.

törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,

- b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
- ha a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól,
 - ha a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól;
 - a versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal szemben;
 - a feladatkörében eljáró gyámhatósággal szemben;
 - az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel szemben,
 - a titkoszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel szemben;
 - a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal szemben;
 - az új Bit.-ben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető szervvel szemben,
 - az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő biztosítóval szemben;
 - a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel szemben;
 - a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval;
 - a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása esetében;

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító vagy a viszontbiztosító az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a Hpt-ben meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját.

Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.

Tájékoztatjuk, hogy társaságunk biztosítási szolgáltatásai során igénybe vesz külső közreműködőket is, akik előzetes hozzájárulás vagy a fent ismertetett új Bit. 138. §-ában foglalt felhatalmazás alapján (így különösen kiszervezési szerződés keretében) személyes adatokat és biztosítási titkokat is megismerhetnek.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét

- a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- b) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
- c) a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

28. Független biztosításközvetítő átvehet díjat?

A független biztosításközvetítő nem-életbiztosítási termék esetében az ügyféltől nem vehet át díjat, díjelőleget, viszont életbiztosítási termék (Allianz Klasszikusok) esetében legfeljebb 100.000.- Ft díjat vehet át átvételi elismervény ellenében.

A független biztosításközvetítő a biztosítótól az ügyfélnek járó összeget nem vehet át.

Ha a szerződő a díjat az ügynöknek fizette, akkor a díj legkésőbb a fizetés napjától számított 4. napon tekintendő a biztosító számlájára, vagy pénztárába beérkezettnek. A szerződő azonban bizonyíthatja, hogy a díj korábban érkezett be.

29. Milyen esetekben tér el az Allianz Klasszikusok szerződési feltétele a a Polgári Törvénykönyvtől, valamint a korábbi szerződési gyakorlattól?

Fontos tudnia, hogy az Allianz Klasszikusok élet- és személybiztosítás szerződési feltételei eltérhetnek a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi gyakorlattól. Ezek az eltérések a következők:

- természetes személy szerződő halála, vagy jogi személy szerződő megszűnése esetén a biztosított – korábbi hozzájárulására tekintettel a szerződő helyébe lép;
- a biztosított csak a szerződő hozzájárulásával léphet a szerződő helyébe, kivéve ha a szerződés felmondás vagy díjnemfizetés miatt szűnne meg;
- lehetőség van a kedvezményezett személyét folyamatosan hatályban tartani;
- a műtéti térítésre és kórházi napi térítésre szóló egészségbiztosítások tartama 3 év;
- a biztosítási időszak egy hónap;
- a szerződő esetében nincs ajánlati kötöttség;
- egyedi kockázatbírálás esetén a kockázatbírálási idő 60 nap;
- a szerződés és szerződéssel egyidejűleg kötött biztosítási fedezetek létrejötte, hatálybalépése és a kockázatviselés kezdetének időpontja az ajánlattétel követő napon 0 óra;
- a szerződés létrejötténél későbbi időpontban létrejövő biztosítási fedezetek létrejötte, hatálybalépése és a kockázatviselés kezdetének időpontja a biztosítási fedezet létrejöttét kezdeményező nyilatkozat biztosítóhoz történő beérkezését követő hó első napja 0 óra;
- a biztosító ráutaló magatartásával a szerződés csak akkor jöhet létre, ha az ajánlat megtétele előtt a szerződő a szükséges tájékoztatásokat megkapta és az ajánlatot a biztosító által rendszeresített ajánlati lapon, a díjszabásnak megfelelően tette;
- gyámhatóság jóváhagyása szükséges a szerződés megkötéséhez, ha a biztosított a cselekvőképességében vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú;
- a szerződés első díja az ajánlattételkor esedékes, ha a szerződés nem díjhalasztással jön létre;
- ha a felek díjhalasztásban állapodtak meg, akkor az első halasztott díjak a tartam kezdetétől számított 15 napon belül kell megfizetni;
- ha a díjat az esedékesség időpontjáig nem fizetik meg a biztosító felszólító levelében – a következményekre történő figyelmeztetés mellett –, pontos dátummal

- jelölve, a felszólítás elküldésétől számított legalább 30 napos póthatáridőt ad a díj megfizetésére;
- a szerződés díjnemfizetéssel történő megszűnésének szabályai;
- a biztosítói teljesítés összegéből levonásra kerül a biztosító által fizetendő adó és egyéb közterheknek megfelelő költség;
- a visszavásárlásra vonatkozó rendelkezés biztosítóhoz történő beérkezésének napját követő nap helyett a beérkezés napja és a szerződő által a visszavásárlási rendelkezésben esetlegesen megadott nap közül a későbbi dátummal hajítja végre a rendelkezést a biztosító;
- visszavásárlási értéke helyett a szerződés díjtartalékát fizeti ki a biztosító, ha a biztosított halála szándékosan elkövetett, súlyos bűncselekménye folytán, azzal összefüggésben, vagy a szerződés létrejöttét követő 2 éven belül elkövetet öngyilkossága miatt következett be;
- az elévülési idő az általános 5 éves elévülési időtől eltérően 2 év;
- az elévülést nem szakítja meg a követelés teljesítésére irányuló írásbeli felszólítás;
- a biztosítónak lehetősége van az elektronikus kapcsolattartásra;
- egészségbiztosítások esetén nincs várakozási idő;
- egészségbiztosítások esetén a biztosítási szolgáltatás lépcsőzetes;
- a szerződés egyoldalú módosítására, csak az előre rögzített okok esetén van lehetőség;
- a kizárások köre változott.

Tájékoztatjuk, hogy 2015. december 31-éig a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény, míg 2016. január 1-jétől a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény hatályos, ezért az Allianz Klasszikusok élet- és személybiztosítás szerződési feltételei mindkét szabályozást tartalmazzák.

Ezért arra kérjük, figyelmesen tekintse át a szerződéskötés előtt az Allianz Klasszikusok szerződési feltételeit, hiszen azok eltérnek a korábban ismerhetett biztosításoktól!

30. Milyen adózással kapcsolatos fontosabb jogszabályok vonatkoznak a szerződésekre?

A szerződésre vonatkozó adózási és egyéb jogszabályokról szóló – mindenkor hatályos – tájékoztatást külön ügyfél-tájékoztató tartalmazza.

31. Milyen jogot kell alkalmazni a szerződéssel kapcsolatban?

A létrejött biztosítási szerződésre a szerződési feltételekben nem szabályozott kérdésekben a magyar Polgári

Törvénykönyv rendelkezései az irányadóak. Erre tekintettel a szerződés joga, valamint az alkalmazandó jog a magyar jog.

Tájékoztatjuk, hogy 2015. december 31-éig a biztosítóról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény, míg 2016. január 1-jétől a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény hatályos és irányadó.

32. Hol tud tájékozódni a biztosító fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről?

A biztosító a fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről szóló éves jelentést a honlapján (www.allianz.hu) teszi közzé.

33. Hová fordulhatok esetlegesen felmerülő panaszommal?

Társaságunk célja, hogy Ügyfeleink minden szempontból elégedettek legyenek szolgáltatásainkkal és ügyintézésünkkel. Szolgáltatási színvonalunk folyamatos fejlesztéséhez és ezáltal Ügyfeleink elégedettségének növeléséhez fontos számunkra minden visszajelzés – legyen az pozitív vagy akár negatív –, amely termékeinkkel, szolgáltatásainkkal, eljárásainkkal, munkatársainkkal, illetve a cégünk egészével kapcsolatban megfogalmazódik Önökben.

A panaszok, kritikák megfelelő kezelése érdekében az alábbi panaszkezelési elveket és gyakorlatot követjük:

- Panaszkezelésünk során:
 - 2015. december 31-éig a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 167/B. §, a 28/2014. (VII. 23.) számú MNB rendelet, valamint a 13/2015. (X. 16.) számú MNB ajánlás rendelkezései alapján járunk el.
 - 2016. január 1-jétől a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény 159. §, a 28/2014. (VII. 23.) számú MNB rendelet, valamint a 13/2015. (X. 16.) számú MNB ajánlás rendelkezései alapján járunk el.
- A hozzánk beérkezett kritikák és panaszok fokozott figyelembevételével törekszünk arra, hogy Ügyfeleink érdekében javítsuk szolgáltatásaink, termékeink minőségét, és elkötelezettek vagyunk abban, hogy folyamatosan növeljük Ügyfeleink elégedettségét. Ehhez a panaszok gyors és hatékony orvoslása is hozzájárul.
- Panasz-ügyintézési eljárásunk garantálja, hogy minden panaszt alaposan, elfogulatlanul és a lehető legrövidebb időn belül kivizsgáljunk, Ügyfeleinknek minden esetben megfelelő választ adjunk, és a megalapozott panaszokat minél gyorsabban orvosoljuk. A panaszügyek vizsgálata során minden vonatkozó körülményt figyelembe veszünk, minden felmerült

- problémát, kifogást megvizsgálunk és megválaszolunk Ügyfeleink számára. Panaszokkal foglalkozó szakképzett munkatársaink ügyfélközpontúan, fogyasztóbarát módon és empatikusan járnak el a panaszvizsgálás, a megoldás során. Panaszkezelési folyamatunk során közérthetően kommunikálunk Ügyfeleinkkel, átláthatóan és kiszámíthatóan cselekszünk, a jóhiszeműség és tisztesség alapelveit tartjuk szem előtt.
- Ügyfeleink megkereséseit – amikor csak lehet – már az első kapcsolat szintjén kezeljük, esetleges hibáinkat javítjuk. Ha az ügy bonyolultabb, és megoldásához hosszabb időre van szükség, az ügy panaszként Fogyasztóvédelmi osztályunkhoz kerül, ahol központi panaszkezelést működtetünk. A Fogyasztóvédelmi osztályunkon szakértő munkatársaink a fogyasztóvédelmi referensek, akik kiemelt figyelemmel járnak el a panaszügyek rendezése kapcsán, felkészültségük, tapasztalatuk biztosítja a fogyasztóvédelem és ügyfélközpontúság állandó szem előtt tartását.
- Az erre vonatkozó jogszabály 30 napot biztosít a panaszügyek érdemi kivizsgálására és megválaszolására, mi mindent megteszünk, hogy Ügyfeleink az egyszerűbb esetekben ennél rövidebb idő alatt választ kapjanak.
- Ügyfeleink visszajelzéseikhez számos kommunikációs csatornát biztosítunk, hogy véleményüket minél könnyebben, egyszerűbben és gyorsabban kifejhessék élőszóban, telefonon, elektronikus úton, vagy akár levélben.
- A panaszügyek kivizsgálása térítésmentes, ezért társaságunk külön díjat nem számít fel.

Észrevételeiket, panaszait az alábbi módon juttathatják el hozzánk:

Szóban, személyesen: A véleményeket és észrevételeket hálózatunk bármelyik Ügyfélkapcsolati pontján vagy szerződött partnerénél – <https://www.allianz.hu/hu/ugyintezes-kapcsolat/ugyfelkapcsolati-pontok.html> – kollégáink, partnereink meghallgatják, és a panaszt írásban rögzítik. A panasz adatlapról Ön másolati példányt kap. Társaságunk székhelyén Központi ügyfélszolgálatot működtetünk, ahol személyesen is megtehetik, leadhatják panaszukat (1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52.). Igény esetén Központi ügyfélszolgálatunkra a telefonos ügyfélszolgálaton (06-40-421-421) tud időpontot foglalni, valamint 2016. január 1-jétől elektronikus úton is biztosítjuk ezt a lehetőséget, jelzésétől számított 5 munkanapon belül. A Központi Ügyfélszolgálat nyitvatartási ideje: hétfő: 8-18, kedd-csütörtök: 8-16, péntek: 8-14 óra.

Telefonon: Telefonos ügyfélszolgálatunk a 06-40-421-421-es számon érhető el (nem emelt díjas szolgáltatás). Nyitvatartási idő: hétfő-szerda és péntek: 8-18, csütörtök: 8-20 óra között.

Faxon: 06-1-269-2080-as számon.

Elektronikus úton: a www.allianz.hu – oldalon keresztül (<https://www.allianz.hu/www/hu/ugyfelszolgalat.html>), vagy a biztositopanasz@allianz.hu címen. Kérjük, vegyék figyelembe, hogy email-en csak biztosítási titkot nem tartalmazó választ küldhetünk Ügyfeink részére, minden egyéb, más esetben postai úton kell válaszolnunk. (Kivételt képeznek a kifejezetten elektronikus szolgáltatásra szerződött Ügyfeink.) Üzemzavar esetén az itt felsorolt további módok közül választhat.

Írásban: Leveleiket a 1368 Budapest, Pf. 191. címre küldhetik, az Allianz Hungária Zrt. Fogyasztóvédelmi osztály nevére (a Fogyasztóvédelmi osztályon belül működik a központi panaszkezelés). A gördülékenyebb ügymenet érdekében minden esetben szükségünk van az Ügyfél személyazonosító alapadataira, illetve a meglévő biztosítás(ok)kal kapcsolatos adatokra (pl. kötvényszám, szerződésszám, ügyfélszám, kárszám). Amennyiben nem az Ügyfél, hanem meghatalmazott jár el a panaszügyben, a fentiekén túl, érvényes meghatalmazás benyújtása is szükséges. A meghatalmazásnak – a jogszabályi rendelkezésekre figyelemmel – a polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvényben foglalt követelményeknek kell eleget tennie. (meghatalmazás minta: <https://www.allianz.hu/www/hu/panaszkezeles.html>)

Ügyfeink részére panasz bejelentő lapokat biztosítunk, melyen egyszerűen megadhatják panaszukat, ezt a dokumentumot akár kézzel, akár elektronikusan is kitölthetik, majd az Önöknek legmegfelelőbb módot választva leadhatják személyesen a fent megjelölt helyeken, vagy postázhatják, faxolhatják, e-mailben elküldhetik részünkre, ahogy az Önöknek kényelmes. (A panasz bejelentő lapot internetes oldalunkon a <https://www.allianz.hu/www/hu/panaszkezeles.html> – címen érhetik el.)

A panasz bejelentő lap tartalmazza az Ügyfél nevét, címét, a panasz előterjesztésének helyét, a panasz részletes leírását, a szerződéses adatokat, a csatolt dokumentumokat, aláírást, átvétel igazolását (szükség szerint). Kérjük, hogy a panaszbejelentő lapon minden kifogását tüntesse fel, amivel kapcsolatban kivizsgálást kér tőlünk. Ezen kívül természetesen bármilyen formátumban – kézzel, géppel írott levél, feljegyzés – továbbíthatja részünkre panaszát.

Amennyiben Ön természetes személy (fogyasztó) és társaságunk a panaszát elutasítja, vagy nem kap választ, az alábbi szervekhez fordulhat:

A Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központjánál fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet; a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén bírósághoz fordulhat, vagy a Pénzügyi Békéltető Testület eljárását kezdeményezheti.

Részletes tájékoztatást olvashat erről az MNB honlapján: <https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem>

A Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központjának levelezési címe: 1534 Budapest BKKP Pf. 777.; telefonszáma: 06-40-203-776; e-mail címe: ugyfelszolgalat@mnb.hu

Jogszabályi kötelezettségünk tájékoztatni ügyfeinket arról, hogy a Magyar Nemzeti Bank fogyasztóvédelmi eljárásának kezdeményezésére irányuló kérelem benyújtása céljából rendszeresített formanyomtatványt elektronikusan a <http://www.mnb.hu/fogyasztovedelem/panaszom-van/formanyomtatvanyok> elérhetőségen, valamint a 1013 Budapest, Krisztina krt. 39. címen található ügyfélszolgálaton érheti el. Tájékoztatjuk, hogy a fent hivatkozott formanyomtatványok költségmentes megküldését társaságunktól (telefonszám: 06-40-421-421; e-mail cím: biztositopanasz@allianz.hu; postai cím: 1368 Budapest, Pf. 191.) is igényelheti.

A Pénzügyi Békéltető Testület levelezési címe: Magyar Nemzeti Bank, 1525 Budapest BKKP Pf. 172.; telefonszáma: 06-40-203-776 és 06-1-489-9700; e-mail címe: ugyfelszolgalat@mnb.hu

Jogszabályi kötelezettségünk tájékoztatni ügyfeinket arról, hogy a Pénzügyi Békéltető Testület eljárásának kezdeményezésére irányuló kérelem benyújtása céljából rendszeresített formanyomtatványt elektronikusan a <http://www.mnb.hu/bekeltetes> elérhetőségen, valamint a 1013 Budapest, Krisztina krt. 39. címen található ügyfélszolgálaton érheti el.

Tájékoztatjuk, hogy a fent hivatkozott formanyomtatványok költségmentes megküldését társaságunktól (telefonszám: 06-40-421-421; e-mail cím: biztositopanasz@allianz.hu; postai cím: 1368 Budapest, Pf. 191.) is igényelheti.

Tájékoztatjuk, hogy a Pénzügyi Békéltető Testület előtt társaságunk az 500.000,-Ft-ig terjedő ügyekben általános alávetési nyilatkozatot tett, ami azt jelenti, hogy ezekben az ügyekben társaságunkra nézve kötelező döntést hozhat a Testület. Ezzel is a megegyezésekre és az ügyfél-elégedettségre törekszünk. Társaságunk általános alávetése nem terjed ki a kötelező gépjármű-felelősségbiztosítási ügyekre.

A panasz elutasítása, vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 naptári napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén a fogyasztónak nem minősülő ügyfél bírósághoz fordulhat. A bíróságokról a <http://birosag.hu/> honlapon tájékozódhat.

A panaszügyintézés további részletei:

A panaszügyintézés során, a telefonos ügyfélszolgálaton (06-40-421-421) közölt panaszokat rögzítjük, azok 2015. december 31-éig egy, míg 2016. január 1-jétől öt éven át visszakereshetőek. A hangrögzítés tényére felhívjuk az Ön figyelmét. Ezen időszakban Ön igényt tarthat arra, hogy a hangfelvételt meghallgathassa, továbbá térítésmentesen kérheti a hangfelvételtől készített jegyzőkönyvet. A beszélgetéseket Központi Ügyfélszolgálatunkon hallgathatja vissza, előzetes időpont-egyeztetést követően. A telefonos ügyfélszolgálatunkon igyekszünk biztosítani az ésszerű várakozási időn belüli hívásfogadást és ügyintézését. A telefonon közölt szóbeli panasz esetén az indított hívás sikeres felépülésének időpontjától számított öt percen belül élőhangos bejelentkezés érdekében úgy vagyunk kötelesek eljárni, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható. Amennyiben az Ön telefonon leadott bejelentését kollegáink nem tudják megoldani, panasz bejelentő lapon rögzítik, és továbbítják azt a Fogyasztóvédelmi osztályra. A panasz bejelentőlap (jegyzőkönyv) másolatát a Fogyasztóvédelmi osztálytól megkapott válaszban továbbítjuk Önnek.

A panaszügyintézés során a következő adatokat kérhetjük Öntől: név, szerződésszám, ügyfélszám, lakcím, székhely, levelezési cím, telefonszám, értesítés módja, panasszal érintett termék vagy szolgáltatás, panasz oka, leírása, az Ügyfél igénye, szükséges dokumentumok másolata, szükség esetén érvényes meghatalmazás, a panasz kivizsgálásához szükséges egyéb adat. A megadott adatokat az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény rendelkezéseinek megfelelően kezeljük és tartjuk nyilván.

A szóbeli panaszokat igyekszünk azonnal megoldani, orvosolni. Amennyiben annak eredményével Ön nem ért egyet, panasz bejelentő lapon a panaszát rögzítjük és az kivizsgálásra a Fogyasztóvédelmi osztályhoz kerül. A panasz bejelentő lap másolati példányát Ön megkapja. A Fogyasztóvédelmi osztályon működő központi panaszkezelésen dolgozó kollégák az Ön panaszügyét kivizsgálják és megkeresik a legmegfelelőbb megoldást. Erről írásban tájékoztatják Önt, 30 napon belül. Amennyiben az ügy kivizsgálása hosszabb időt vesz igénybe, erről a késedelem okának megjelölésével tájékoztatjuk Önt és lehetőség szerint megjelöljük a vizsgálat befejezésének várható időpontját is. Elutasítás esetén természetesen indoklással és jogorvoslati lehetőségekkel együtt kapja meg a tájékoztatást. Amennyiben válaszukkal nem elégedett, panaszügyében felülvizsgálatot kérhet társaságunktól. Ön minden esetben kérhet felülvizsgálatot a Fogyasztóvédelmi osztály vezetőjétől is.

A panaszügyek kezelésében úgy járunk el, hogy lehetőség szerint elkerüljük Ügyfeinkkel a pénzügyi fogyasztói jogvitákat.

Az ügyfélpanaszokról nyilvántartást vezetünk. A nyilvántartásban szerepelnek az ügyfél – és panaszadatok, az üggyel kapcsolatos bejövő és a kimenő levelek, a panasz benyújtásának és megválaszolásának időpontja, a panasz rendezésére tett intézkedések és felelősök, határidők. Minden ügyintézését időpontokkal együtt rögzítünk, nyilvántartunk az Ön panaszra kapcsán. A panaszokat és az arra adott válaszokat 2015. december 31-éig három, míg 2016. január 1-jétől öt évig megőrizzük, MNB ellenőrzés esetén a felügyeleti szervünknek bemutatjuk.

A panaszkezelési szabályzatot társaságunk Igazgatósága jóváhagyta.

Köszönjük bizalmát valamint segítségét, hogy szolgáltatásainkat javíthatjuk visszajelzése alapján.

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a fenti honlapok elérési útja módosulhat. A mindenkor aktuális elérhetőségekről a honlapunkon (www.allianz.hu) tájékozódhat.

34. Tájékoztató a FATCA és egyéb adómegfelelési nemzetközi jogszabályokról

FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act), azaz a külföldi számlák adómegfeleléséről szóló amerikai törvény.

Egyéb adómegfelelési nemzetközi jogszabály: A Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (OECD) és az Európai Unió által bevezetett nemzetközi automatikus információcseréről szóló egyezmény.

Az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (Aktv.) rendelkezéseinek való megfelelés érdekében (mely tartalmazza mind a FATCA, mind az egyéb adómegfelelési nemzetközi jogszabályokkal kapcsolatos rendelkezéseket) a biztosító az alábbi intézkedésekről tájékoztatja a szerződőket.

A biztosítási ajánlat aláírásakor, illetve a szerződő személyét érintő módosításakor a biztosító köteles elvégezni a szerződő, szolgáltatás teljesítésekor pedig a kedvezményezett illetőségvizsgálatát, a magyar adóhatóság felé pedig köteles azAktv.-ben foglalt esetekben adatot szolgáltatni, illetve jelentéstételi kötelezettségének eleget tenni.

Illetőségvizsgálat alatt azt kell érteni, hogy a szerződőnek, valamint a kedvezményezettnek nyilatkozatot kell tennie arról, hogy mely ország szerinti adóilletőségű, jogi

személy szerződő esetében pedig arról, hogy mely országbeli alapítású. Amennyiben más ország szerinti adóügyi illetőséggel rendelkezik, úgy e személyek kötelesek megadni az illetékes adóhatóság által számukra kiadott numerikus azonosítójukat.

A biztosító az elvégzett illetőségvizsgálat alapján az Aktv.-ben foglalt esetekben és határidőekben a magyar adóhatóság felé köteles adatszolgáltatást teljesíteni.

35. Hová fordulhatok további információkért?

Néhány szó az Allianz Hungária Zrt.-ről

Társaságunk az Allianz SE-nek, Európa vezető és a világ egyik legnagyobb biztosítócsoportjának a tagja. Az Allianz Hungária Zrt. Magyarország piacvezető biztosítójaként sokéves hazai és nemzetközi tapasztalattal áll ügyfelei rendelkezésére. Társaságunk 1990-től részvénytársasági formában működik.

Székhelyünk: 1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52.
Levelezési címünk: 1368 Budapest, Pf. 191
Cégjegyzékszám: Fővárosi Törvényszék mint cégbíróság, Cg. 01-10-041356

A székhely állama: Magyarország
Felügyeleti szervünk a Magyar Nemzeti Bank
Intézmény székhelye: 1054 Budapest, Szabadság tér 8-9.
Levél cím: Magyar Nemzeti Bank, 1850 Budapest
Telefon: (+36 1) 428-2600
Telefon ügyfeleknek: (+36 40) 203-776
Fax: (+36 1) 429-8000
Internet: <http://www.mnb.hu>

A székhelyünkön működő Központi Ügyfélszolgálat címe:
1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52.

További információk

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

Budapest, 2015. december 15.

Tisztelettel

Allianz Hungária Zrt.