



APRIL CSALÁDI VÉDELEM BIZTOSÍTÁS

*Termékismertető
Általános Biztosítási Feltételek
Ügyféltájékoztató*

A BIZTOSÍTÁS ÚJ ARCA

Főközvetítő és ügyintéző: **APRIL CEE Development Kft.**

Biztosító (kockázatviselő): Az APRIL Csoporthoz tartozó **Axeria Prévoyance S.A. Magyarországi Fióktelepe**

Szerződő: _____

Első Biztosított neve: _____

Második Biztosított neve: _____

Az előzetes igényfelmérés, illetve igénypontosítás során adott válaszait elemezve megállapíthatjuk, hogy:

– **A család anyagi biztonságát leginkább a Biztosított(ak) elvesztése vagy megrokkánása veszélyeztetné** ☐

– **A Biztosított(ak) egy pénzügyintézettől hitelt tervez(nek) felvenni vagy már rendelkeznek hitellel** ☐

A fentiek figyelembe vételével Önnek a következő biztosítási terméket javasoljuk:

Termék neve: **Családi Védelem Életbiztosítás**

A biztosítási tartam 1 év, amely újraköthető.

Első Biztosított biztosítási összege: _____

Második Biztosított biztosítási összege: _____

A kockázati életbiztosításnak visszavásárlási összege nincs, így erre vonatkozó táblázatot nem adunk ki.

Jelen Termékismertető átadásával a AXERIA PRÉVOYANCE MAGYARORSZÁGI FIÓKTELEPE, mint Biztosító, a magyar jogszabályok szerint eleget tesz a 2003. évi LX. törvény 166.§(3), illetve 10. melléklete B/(1) bekezdésében foglalt tájékoztatási kötelezettségének.

Köszönjük a bizalmát.

Tisztelettel:

APRIL CEE Development Kft
AXERIA PRÉVOYANCE Magyarországi Fióktelepe

Tisztelt Ügyfelünk!

„Ki gondoskodik a családomról?” „Ki gondoskodik rólam?” „Ki fogja fizetni a törlesztéseket és a számlákat, ha valami történik velem?” Ön is biztos gyakran felteszi magának ezeket a kérdéseket.

Az APRIL Csoport Franciaország legnagyobb bróker- és biztosítási csoportja immár két évtizede annak szenteli szakértelmét, hogy megvédje Önt és családját a váratlan szerencsétlenségekből adódó pénzügyi nehézségektől. Magyarországon az Ön szerződésével kapcsolatban:

A fő közvetítő és Ügyintéző: **APRIL CEE Development Kft.** (a továbbiakban: APRIL)
1062 Budapest, Andrássy út 126. • Telefon: 06 1 555 6400 (H-P 9-17) • Fax: 06 1 555 6401
www.april.hu • info@april.hu

A Biztosító: **AXERIA PREVOYANCE MAGYARORSZAGI FIOKTELEPE**
1062 Budapest, Andrássy út 126.

Engedje meg, hogy tájékoztassuk az APRIL által nyújtott Családi Védelem biztosítási szolgáltatásunkról.

Mire szolgál ez a biztosítás?

A biztosítás az alábbi események esetén nyújt térítést:

- **Bármely okú elhalálozás:** amennyiben Ön a biztosítási tartam során életét veszíti, akkor a Biztosító a Kedvezményezett(ek) részére kifizeti a fedezetigazoláson feltüntetett biztosítási összeget.
- **Bármely okú maradandó egészségkárosodás:** Amennyiben Ön egy véletlen baleset folytán 50% mértékű elvált vagy meghaladó maradandó egészségkárosodást szenved, vagy Önt olyan betegség éri, amely következményeként az Országos Rehabilitációs és Szakértői Intézet 79%-ot meghaladó TB I vagy TB II osztályba sorolja, akkor a Biztosító a Kedvezményezett(ek) részére kifizeti a fedezetigazoláson feltüntetett biztosítási összeget.

Miben különbözik az APRIL Családi Védelem biztosítása a piacon elterjedt többi hasonló szolgáltatástól?

- ➡ **Díj:**
Az APRIL díjai egyedülállóan kedvezőek.
Példa: egy 33 éves nő biztosított részére egy 10 000 000 Ft-os védelem havi díja: 1 750 Ft!
(a tarifa tájékoztató jellegű és változhat az APRIL mindenkori tarifapolitikája szerint).
- ➡ **Befogadási feltételek:**
Az APRIL nem kér orvosi vizsgálatot és részletes egészségügyi kérdőívet sem. A szerződés megköthető egy egyszerű Ajánlat kitöltésével.
- ➡ **Tartam:**
Szintén egyedi megoldás, hogy az APRIL biztosításával Önnek nem kell hosszú évekig elköteleznie magát egy Biztosítónál. Ha úgy gondolja, hogy élethelyzete vagy a körülmények változhatnak és szeretne évente szabadon dönteni a biztosítás meghosszabbításáról, akkor az Ön számára az APRIL szolgáltatása az ideális megoldás.

Mitől függ a biztosítási összeg?

Ön választhatja ki, hogy mekkora védelmet szeretne adni szeretteinek. Az összeg kiválasztásakor érdemes az alábbi kérdéseket számításba venni:

- Mekkora összeg segítené ki a megváltozott anyagi helyzetből az Ön családját?
- Mekkora hitellel rendelkezik?
- Mekkora az Ön jövedelme és milyen arányban járul hozzá a háztartás költségvetéséhez?
- Mekkora költségekkel jár, ha Ön maradandó egészségkárosodást szenved?

A választható védelem legalább **2 000 000 Ft** és legfeljebb **50 000 000 Ft** lehet.

Mitől függ a biztosítási díj és hogyan fizethetem?

A Biztosítási Díj a következő szempontoktól függ: Életkor, Nem, Biztosítási Összeg, Biztosítottak száma (lehetőség van egy biztosítási szerződésben két Biztosítottat feltüntetni. Ilyenkor 5% díjkedvezmény jár, ha mind a két Biztosított 40 éves vagy ennél fiatalabb).

A Biztosítási Díj a következőképpen fizethető:

- Évente: csekkel vagy átutalással.
- Negyedévente: csoportos beszédési megbízással, csekkel vagy átutalással.
- Havonta: csoportos beszédési megbízással vagy átutalással.

Kire köthető a Biztosítás?

A biztosítást minden olyan veszélyes tevékenységet nem folytató, egészséges 18 és 60 év közötti magyarországi lakóhellyel rendelkező személyre köthető, aki megfelel az Ajánlaton feltüntetett befogadási feltételeknek.

Hogyan köthető meg a szerződés?

Az Ajánlat kitöltésével, amelyet Ön vagy tanácsadója eljuttat az APRIL címére. Amennyiben a Biztosító nem fogadja el a Ajánlatot, akkor egy elutasító nyilatkozatot küld ki az Ön számára a kézhezvételtől számított 15 naptári napon belül. Elfogadás esetén az APRIL kötvényt állít ki és küld Önnek a biztosításról.

Milyen időszakra szól a biztosítási szolgáltatás és az felmondható-e?

A Biztosítási Szerződés határozott egy éves időtartamra jön létre, évfordulója pedig az Ajánlat aláírását követő hónap első napja. Minden Biztosítási Szerződés évfordulója előtt legalább 60 nappal a Biztosító felajánl egy új Biztosítási Szerződést egy új kötvény és díjbekérő küldésével.

Mikortól viseli a Biztosító a kockázatot?

A Biztosító kockázatviselése az Ajánlat aláírásától számítva Betegség esetén 90 napos, Baleset esetén 30 napos Várakozási Idő után veszi kezdetét.

Hogyan lehet megváltoztatni a Biztosítási Összeget?

Amennyiben a kötés után szeretné megváltoztatni a Biztosítási Összeget, ebben az esetben kérjük, ezt egy írásbeli nyilatkozatban küldje be az APRIL címére a szerződés lejártá előtt legalább 30 nappal. A díj újraszámítása minden esetben csak újrakötéskor történhet meg.

Hogyan lehet igényelni a kártérítést?

Biztosítási Esemény bekövetkezése esetén a kitöltött szolgáltatási igénybejelentővel együtt el kell juttatni az APRIL részére az Általános Biztosítási Feltételekben részletezett dokumentumokat. A szolgáltatási igénybejelentőt igényelheti biztosítási tanácsadójától, vagy az APRIL-től.

Figyelem! A biztosítási feltételek további fontos információkat tartalmaznak.

Ezek teljes körű megismeréséhez kérjük, olvassa el az Általános Biztosítás Feltételeket!

Kérdés esetén kérjük, forduljon bizalommal az APRIL-hoz !

„CSALÁDI VÉDELEM” BIZTOSÍTÁS ÁLTALÁNOS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK

A jelen általános biztosítási feltételek (a továbbiakban: Általános Biztosítási Feltételek) a Biztosító élet- és balesetbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést a jelen Általános Biztosítási Feltételekre hivatkozással kötötték.

A **BIZTOSÍTÓ** az **AXERIA PRÉVOYANCE Magyarországi Fióktelepe** (székhelye: H-1062 Budapest, Andrásy út 126.) mely, az AXERIA PRÉVOYANCE életbiztosító (székhelye: 69487 Lyon, 83/85 Boulevard Vivier Merle, Franciaország; biztosítási felügyeleti szerve: Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles. 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09, Franciaország, röviden: ACAM) Magyarországon működő biztosítási fióktelepe.

Az **ÜGYINTÉZŐ** az **APRIL CEE Development Kft.** (1062 Budapest, Andrásy út 126.), amely többes ügynöki minőségben a Biztosító ügynökeként a Biztosítási Szerződést közvetíti és a Biztosító megbízásából közreműködik az Ajánlatok adminisztrálásában, a biztosítási díjak beszedésében, továbbá a károk regisztrálásában és rendezésében. Minden, az Ügyintézőnek küldött információt úgy kell tekinteni, mintha a Biztosító közvetlenül értesült volna róla.

A **SZERZŐDŐ** az a természetes vagy jogi személy, aki a biztosítás megkötésére ajánlatot tesz, a Biztosítási Szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozatokat teszi, aki felé a Biztosító vagy az Ügyintéző a Biztosítási Szerződéssel kapcsolatos valamennyi jognyilatkozatot teszi és aki biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal. Amennyiben a Szerződő és a Biztosított különböző személy, a Biztosítási Szerződés megkötéséhez és módosításához, illetve a Kedvezményezett jelöléshez a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

A **BIZTOSÍTOTT** bármely természetes személy, akit a Biztosítási Szerződésben Biztosítottként neveztek meg és akinek az életével, egészségi állapotával kapcsolatos eseményekre a Biztosítási Szerződés létrejön, feltéve, hogy az Ajánlat aláírásának a napján az összes, alábbi pontokban meghatározott feltételnek megfelel:

- Állandó magyarországi lakcímmel rendelkező és Magyarországon tartózkodó személy.
- Akinek életkora (a pontos születési dátumtól számítva) meghaladja a 18 évet, de nem éri el az 60 évet.
- Ill. megfelel az Ajánlaton szereplő összes „Befogadási Feltételnek”.

Amennyiben a Szerződő és a Biztosított különböző személy, a Szerződő az érintett Biztosított előzetes írásbeli hozzájárulásával az Ajánlat aláírásának napján vagy a Biztosítási Szerződés ismételt megkötését megelőzően legkésőbb 30 nappal az Ügyintéző tájékoztatásával további Biztosítottat nevezhet meg ugyanazon az Ajánlaton. A Jelen Általános Biztosítási Feltételekben a „Biztosított” kifejezés minden Biztosítottra együttesen érvényes.

1. MEGHATÁROZÁSOK

AJÁNLAT: A Szerződő által aláírt, és az Ügyintéző részére megküldött jognyilatkozat (az Ügyintéző által a Szerződő rendelkezésére bocsátott formanyomtatvány), amely igazolja, hogy a Szerződő kezdeményezi a Biztosítási Szerződés létrejöttét.

BALESET: Az a hirtelen, erőszakos, váratlanul fellépő külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a Biztosítottat akaratán kívül a kockázatviselési időszak alatt éri és amellyel összefüggésben a Biztosított egészségkárosodást szenved, illetve amely a Biztosított halálát okozza. A jelen Biztosítási Szerződés értelmében a Biztosító nem tekinti Balesetnek, hanem Betegségnek a következő egészségügyi változásokat: a derékfájást, a lumbagót (akkor is, ha trauma okozta), fizikai erőfeszítés okozta szervi sérülést, a napszúrást, a fagyást, a vértódlulást, a mérgezést, ill. a betegségből adódó ficamot vagy csonttörést.

BETEGSÉG: A Biztosított egészségi állapotában bekövetkező bármely illetékes orvosi szerv által megállapított hátrányos változás.

BIZTOSÍTÁS KEZDETE: (amely egyben a biztosítás technikai kezdete): az Ajánlat aláírását követő hónap első napja. A biztosítási fedezet azonban csak a Várakozási Idő végét követő napon lép hatályba minden egyes kockázat esetén.

BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY: A kockázatviselés ideje alatt a Várakozási Idő követően a Biztosító részéről a Kedvezményezett felé fennálló fizetési kötelezettségét kiváltó alábbi események egyike:

- **HALÁL:** A Biztosított bármely okból eredő halála a jelen Általános Biztosítási Feltételek 7.1. pontjában meghatározottak szerint.
- **MARADANDÓ EGÉSZSÉGHÁROSODÁS:** A Biztosított olyan bármely okból eredő testi és/vagy szellemi teljesítőképességének csökkenése, amely a Biztosítottat szokásos életvitelében korlátozza a jelen Általános Biztosítási Feltételek 8.1. pontjában meghatározottak szerint.

BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG: Az Ajánlaton a Szerződő által választott összeg, amelyet Biztosítási Esemény bekövetkezése esetén a Biztosító szolgáltat. Minden Biztosított esetén a Biztosítási Összeg 1 000 000 Ft-nak a többszöröse lehet, de legalább 2 000 000 Ft és legfeljebb 50 000 000 Ft.

BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS: A Szerződő és a Biztosító között létrejött biztosítási jogviszony, amely az Ajánlat Ügyintézőhöz való beérkezésére visszamenő hatállyal jön létre.

KÖTVÉNY: Az Ügyintéző által kiállított okmány, amely igazolja a Biztosítási Szerződés jelen Általános Biztosítási Feltételek szerinti létrejöttét és érvényességét.

KEDVEZMÉNYEZETT: Azon természetes vagy jogi személy, aki/amely a jelen Általános Biztosítási Feltételek szerinti biztosítási szolgáltatás jogosultja. A Kedvezményezett az Ajánlaton, ill. a Szerződő legutolsó nyilatkozatán a Biztosított által megjelölt személy. Amennyiben a Szerződő a Biztosított előzetes írásbeli hozzájárulása nélkül köti meg a Biztosított javára a Biztosítási Szerződést, vagy nem jelöl Kedvezményezettet, a biztosítási szolgáltatás jogosultja Maradandó Egészségkárosodás esetén a Biztosított, Haláleset esetén a Biztosított törvényes örökösei.

VÁRAKOZÁSI IDŐ: Az Ajánlat aláírását követő időszak, amely alatt bekövetkező Biztosítási Esemény esetén a Biztosító nem nyújt szolgáltatást.

- Betegségből eredő Halál vagy Maradandó Egészségkárosodás esetén a Várakozási idő 90 nap.
- Baleseti eredetű Halál vagy Maradandó Egészségkárosodás esetén a Várakozási idő 30 nap.

Bármely, a Várakozási Idő alatt bekövetkezett Baleset vagy Betegség következménye kizárásra kerül a biztosítási fedezet alól.

Várakozási Időszak alatt bekövetkezett Biztosítási Esemény esetén a Biztosító nem téríti vissza a biztosítási díjat.

2. A BIZTOSÍTÁS TÁRGYA

2.1. A Biztosítási Szerződés alapján a Biztosító az esedékes biztosítási díj megfizetése ellenében a biztosítási kockázat viselésére és Biztosítási Esemény bekövetkezése esetén az egyszeri Biztosítási Összeg kifizetésére vállal kötelezettséget.

3. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS HATÁLYA

3.1. A Biztosítási Szerződés a Biztosítás Kezdetén 0. órakor lép életbe, feltéve, hogy a biztosítás első díja az Ügyintéző számlájára legkésőbb a Biztosítás Kezdetétől számított 30. naptári napig beérkezett, kivéve azt az esetet, ha a Biztosító – közvetlenül vagy az Ügyintéző útján – az Ajánlat Ügyintézőhöz való beérkezésétől számított tizenöt (15) naptári napon belül közli a Szerződővel az Ajánlat elutasítását.

3.2. A Biztosítási Szerződés határozott időtartamra, egy évre jön létre. A biztosítási időszak szintén egy év.

Minden Biztosítási Szerződés lejáratá előtt legalább 60 nappal a Biztosító felajánlhatja a Biztosítási Szerződés ismételt megkötését. A biztosítási díj befizetésével (csekk vagy átutalás) a Szerződő elfogadja az új egy éves szerződés megkötését. Amennyiben a Szerződő által kiválasztott fizetési mód a banki lehívás, az Ügyintézőtől kapott meghosszabbítási ajánlatra a Szerződő írásban megerősíti újrakötési szándékát. Erről az Ügyintéző újabb Kötvényt állít ki és küld meg a Szerződő részére.

Ismételt szerződéskötés esetén:

- A Biztosító nem köt ki várakozási időt.
- A Szerződő kérheti a Biztosítási Összeg módosítását azzal, hogy legkésőbb 30 nappal a Biztosítási Szerződés ismételt létrejötté előtt megküldi az Ügyintézőnek az erre vonatkozó nyilatkozatot.
- A Biztosító szabadon dönt az alkalmazandó tarifáról.

3.3. A biztosítási fedezet az egész világon a nap 24 órájában érvényes.

3.4. A Biztosítási Szerződés ismételt megkötésére az adott Biztosított vonatkozásában nincs lehetőség:

- Az adott Biztosított 65. életévének betöltését követő Biztosítási Szerződés lejáratakor.
- Maradandó Egészségkárosodásra vonatkozó fedezet esetén az adott Biztosított 60. életévének betöltését követő Biztosítási Szerződés lejáratakor.

A Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított vonatkozásában megszűnik azon a napon, amikor egy vagy több Biztosítási Esemény (Halál vagy Maradandó Egészségkárosodás) következményeként a kárösszeg kifizetése megtörténik a Kedvezményezett felé. A biztosítási díj azonban ebben az esetben is a teljes biztosítási időszakra megilleti a Biztosítót.

3.5. A Biztosítási Szerződés valamennyi Biztosított vonatkozásában automatikusan megszűnik a díjfizetés elmulasztása esetén az első díj esedékességétől számított 30. nap, illetve a folyatolagossági díj esedékességétől számított 60. nap elteltével, azzal, hogy az első díj megfizetésének elmulasztása esetén a Biztosítási Szerződés anélkül szűnik meg, hogy hatályba lépett volna.

3.6. A Szerződő a Biztosítási Szerződés létrejöttéről szóló Kötvény kézhezvételétől számított 30 napon belül a Biztosítási Szerződést írásbeli nyilatkozatával, indoklás nélkül felmondhatja. A felmondó nyilatkozat kézhezvételét követően az Ügyintéző köteles 30 napon belül a Szerződő által a Biztosítási Szerződéssel kapcsolatban bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel elszámolni. Az Ügyintéző jogosult költségei fedezetére a biztosítási díj első három hónapnak megfelelő, de legfeljebb 5.000 Ft összeget levonni.

3.7. Amennyiben az adott Biztosított az Ajánlaton kizártnak minősülő tevékenységet fő- vagy melléktevékenységként vállal, a Biztosító kockázatviselése megszűnik annak a napon a 0. órájával, amikor a Biztosított elkezd az új, kizárt tevékenységet. A Szerződő vagy a Biztosított köteles a tevékenység megkezdése előtt haladéktalanul tájékoztatni az Ügyintézőt a változásról. A Biztosító a biztosítási díj időarányosan fennmaradó részét visszatéríti a Szerződő részére, levonva 5.000 Ft-ot a költségei fedezésére.

3.8. Amennyiben a 3.4. pont szerint, ill. bármelyik más oknál fogva a Szerződő Biztosítási Szerződése megszűnik, a Szerződő kötelezettségei átszállnak a Biztosítottra, ha ilyen létezik. Ilyenkor az Ügyintéző értesíti a Biztosítottat arról, hogy a Szerződő helyébe lép. Az értesítés kézhezvételét követő 30 napon belül a Biztosítottnak jogában áll az Ügyintézőnek címzett postai levél útján a Biztosítási Szerződést annak megszűnésére visszamenő hatállyal felmondani.

4. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ

4.1. A biztosítási díj a teljes biztosítási időszakra járó díj, mely fedezetet nyújt a teljes biztosítási időszakra nézve, akkor is, ha a díj megfizetésére az Ajánlaton megjelölt opció szerinti havi, negyedéves, illetve éves részletekben kerül sor.

Havi díjfizetés választása esetén első díjként a Szerződő három havi díjat köteles megfizetni.

4.2. Amennyiben a Szerződő a biztosítási díj megfizetését elmulasztja, a Biztosítási Szerződés a jelen Általános Biztosítási Feltételek 3.5. pontja szerinti esetekben szűnik meg, kivéve, amennyiben a Biztosító díjfizetési halasztást engedélyezett, ill. a díj behajtására bírósági eljárást indított.

4.3. A díjfizetés elmaradás esetén, amennyiben olyan Biztosítási Esemény következik be, amelynek jogalapját a Biztosító elismeri, a Biztosítási Esemény bekövetkezéséig meg nem fizetett (elmulasztott) díja(ka)t a Biztosító levonja a kifizethető szolgáltatás(ok) összegéből.

4.4. Biztosítási Esemény bekövetkezése esetén az egész évre járó biztosítási díj még meg nem fizetett része a szolgáltatás összegéből levonásra kerül.

4.5. A Biztosított helyzetében bekövetkező bármely olyan változás, amely hatással lehet a biztosítási díj meghatározására, csak a Biztosítási Szerződés ismételt megkötésekor vehető figyelembe, feltéve hogy a Szerződő legkésőbb a Biztosítási Szerződés lejáratát megelőző 30. napig az Ügyintézőt tájékoztatta a változásról.

5. SZOLGÁLTATÁSI IGÉNY ÉS A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSE

5.1. A Kedvezményezett a szolgáltatási igényt faxon vagy levélben az Ügyintéző részére a Biztosítási Esemény bekövetkeztét követő 15 naptári napon belül kell bejelenteni az alábbi elérhetőségein:

APRIL CEE Development Kft.
1062 Budapest, Andrássy út 126.
Fax: 06 1 55 64 01

5.2. Az Ügyintéző a Kedvezményezettnek megküldi a kitöltendő szolgáltatási igénybejelentőt. A Kedvezményezett köteles a szolgáltatási igénybejelentőhöz csatolni az adott Biztosítási Eseményre vonatkozó pontokban részletezett összes szükséges dokumentumot.

5.3. A szolgáltatási igénybejelentő elbírálását követően a Biztosító vagy Ügyintézője jogosult bekérni minden olyan egyéb iratot, melyet a szolgáltatási igény elbírálásához szükségesnek tart, és fenntartja magának a jogot arra, hogy a Biztosítottat egy, a Biztosító vagy Ügyintézője által megbízott orvossal megvizsgáltsa. A vizsgálat költségét a Biztosító viseli. A szolgáltatást megelőzően a Biztosító vagy Ügyintézője jogosult a közölt információkat ellenőrizni és a Biztosított tevékenységére és életkörülményeire nézve további kérdéseket feltenni.

5.4. A Biztosító a jogalapjában ésösszesszerűségében megalapozott szolgáltatási igényt az annak elbírálásához szükséges utolsó irat beérkezését követő 30 naptári napon belül teljesíti.

5.5. Külföldön bekövetkezett Maradandó Egészségkárosodás esetén a Biztosítottnak saját költségén vissza kell térni Magyarországra annak érdekében, hogy a Biztosító illetve Ügyintézője a Biztosítási Esemény elbírálásához szükséges lépéseket megtehesse, illetve teljesíteni tudja a szolgáltatást.

5.6. Abban az esetben, ha a Biztosított nem ért egyet az Ügyintéző és a Biztosító által delegált orvos véleményével, akkor mindkét fél választ egy-egy orvost. Ha ez a két orvos nem ért egyet, akkor együtt választanak egy harmadik orvost. A három orvos konzultál és egyszerű többséggel döntenek.

Ha valamelyik fél nem választ orvost, illetve a két orvos nem tud egyezsége jutni a harmadik orvos kiválasztását illetően, akkor a felek kötelesek kikérni az Országos Rehabilitációs és Szakértői Intézet (ORSZI) véleményét. A Biztosító és a Biztosított az ORSZI véleményét elfogadják. Minden fél viseli a saját orvosának a költségét és egyenlő arányban viseli a harmadik orvos költségeit, ha van.

6. A SZERZŐDŐ ÉS A BIZTOSÍTOTT KÖZLÉSI ÉS VÁLTOZÁSBEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉGE

6.1. A Biztosított és a Szerződő köteles az Ajánlat aláírásakor:

- A valóságnak megfelelően válaszolni a Biztosító, illetve Ügyintézője által feltett összes kérdésre.
- A valóságnak megfelelően és hiánytalanul közölni minden olyan körülményt, amely a biztosítási kockázat elvállalása szempontjából lényeges.

6.2. A Biztosított és a Szerződő a Biztosítási Szerződés teljes tartama alatt a helyzetében és adataiban bekövetkező, az Ajánlaton közölt bármely információhoz képest történt változást köteles nyolc napon belül az Ügyintézőnek bejelenteni.

7. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSÉNEK ÁLTALÁNOS SZABÁLYAI

7.1. Amennyiben a Szerződő vagy a Biztosított a 6. pontban foglalt közlési, illetve változásbejelentési kötelezettségét megsérti, a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítja, hogy az alábbi körülmények valamelyike fennáll:

- a) a Biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a szerződéskötéskor ismerte, vagy
- b) az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a Biztosítási Esemény bekövetkeztében.

7.2. A Biztosító kötelezettsége nem áll be, amennyiben a Kedvezményezett az 5.1.-5.3. pontban előírt kötelezettségeket nem teljesíti, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

7.3. A Biztosító a fentiekben túl a Biztosítási Eseménytől függően a 8.5. és 9.5. pontban foglalt esetekben mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól.

8. HALÁLESETI SZOLGÁLTATÁS

8.1. A Biztosítási Esemény

A kockázatviselési időszak alatt és a Várakozási Időt követően bármely okból bekövetkező Halálest.

8.2. Biztosítási Esemény időpontja

Amennyiben a Halálest:

- egy Baleset következménye, a Biztosítási Esemény időpontja a Baleset dátuma.
- Egy Betegség következménye, a Biztosítási Esemény időpontja az a nap, amikor a Biztosítottat hivatalosan halottá nyilvánítják.

8.3. A Biztosító szolgáltatása

Amennyiben a Biztosított a kockázatviselés tartama alatt hal meg, vagy Baleset esetén a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett Baleset napját követő 180 napon belül hal meg, a Biztosító kifizeti a Kedvezményezettnek az Ajánlat aláírásakor kiválasztott egyszeri Biztosítási Összeget. Holtnak nyilvánítás esetében a kifizetés előtt a Kedvezményezett aláírásával kötelezettséget vállal arra, hogy amennyiben bizonyítást nyer, hogy a holtnak nyilvánított Biztosított mégis életben van, a Biztosító által kifizetett biztosítási összeget a Kedvezményezett a Biztosítónak visszafizeti.

8.4. Kárigény bejelentése, a bejelentéshez szükséges dokumentumok

A 8.1. pontban meghatározott Biztosítási Eseményre vonatkozó szolgáltatási igény előterjesztésekor a kitöltött szolgáltatási igénybejelentővel együtt az alábbi dokumentumokat kell az Ügyintézőnek eljuttatni:

- A Kedvezményezett és a Biztosított (eltérő személyek esetén) személyi igazolványának és lakcím kártyájának (ha van) a másolatát.
- A Biztosított halotti anyakönyvi kivonatának másolatát.
- Halott-vizsgálati bizonyítvány másolatát, a halál okának megjelölésével.
- Boncolási jegyzőkönyv másolatát (ha készült).
- Külföldön bekövetkezett Halál esetén a Halál körülményeit leíró, a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar nyelvű fordítását.
- A véralkohol vizsgálat eredményét (ha készült).
- Közlekedési, ill. munkabaleset esetén eredeti rendőrségi/munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolatát (ha készült).
- Amennyiben a Biztosítási Eseménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, az eljárást lezáró határozatot, feltéve, hogy az a jogalap, vagy az összecszerűség megállapításához szükséges (így különösképpen az eljárást megtagadó vagy megszüntető határozatot, illetve a jogerős bírósági határozatot).
- Balesetből eredő halálest esetén, a Biztosítási Eseménytől számítva minden a Balesettel kapcsolatos orvosi dokumentumot.
- Betegségből eredő halálest esetén, a Biztosítási Esemény után keletkezett minden a Betegséggel kapcsolatos orvosi dokumentumot a Betegség első észlelésétől kezdve.
- A Biztosított által gépjármű vezetése során elszenvedett közlekedési baleset esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolatát.
- Amennyiben a Kedvezményezett jelölés nem történt, csatolni kell a jogerős öröklési bizonyítvány vagy jogerős hagyatékátadó végzés másolatát is.

8.5. A Halálesti szolgáltatásra vonatkozó mentesülések

A 8.4. pontban foglalt eseteken túl a Biztosító mentesül a halálesti szolgáltatás teljesítése alól, amennyiben:

- a) A Biztosított halálának oka a Biztosított öngyilkossága, még akkor is, ha azt a Biztosított zavart tudatállapotban követte el. Azonban a Biztosítási Szerződés második ismételt megkötését követően az öngyilkosság már nincs kizárva, feltéve, ha a Biztosítási Szerződés első megkötését követő 2 évben folyamatosan biztosítási fedezet alatt állt.
- b) A Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal okozati összefüggésben vesztette életét.

- c) A Biztosított a Kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét.

Ezentúl a Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha bizonyítja, hogy a Biztosítási Eseményt a Biztosított, illetve a Szerződő jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.

A Biztosított súlyosan gondatlanul jár el különösen, ha:

- a) A Biztosítási Esemény bekövetkeztekor a Biztosított ittas állapotban volt, illetve kábítószer, vagy bódító hatású szer hatása alatt állt - kivéve amennyiben az utóbbit kezelőorvos írta elő és azt az előírásnak megfelelően alkalmazták - és ez a tény a Baleset bekövetkeztében közrejátszott. Ha történt véralkohol vizsgálat, ittas állapotnak tekintendő az 1,5%-ot meghaladó, gépjárművezetés során a 0,8%-ot meghaladó mértékű véralkohol-koncentráció.
- b) Közlekedési Baleset esetén, ha a gépjárművet vezető személy az adott gépjármű vezetéséhez szükséges érvényes vezetői engedéllyel, ill. egyéb kötelező dokumentumokkal nem rendelkezett, akkor is, ha a Baleset bekövetkezésekor nem a Biztosított vezette a gépjárművet.
- c) A káreseményt követően, amennyiben a Biztosított kárenyhítési kötelezettségének szándékosan vagy hanyagságból nem tett eleget (különösen, de nem kizárólag abban az esetben, ha nem vett haldéktalanul igénybe orvosi segítséget, a gyógyítás befejezéséig nem folytatta az előírt orvosi kezelést stb.).

A 7.1. pontban foglaltak ellenére, a közlési kötelezettség megsértése esetén is beáll a Biztosító kötelezettsége, ha a Biztosítási Szerződés megkötésétől a Biztosítási Esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt.

8.6. A Halálesti szolgáltatásra vonatkozó kizárások

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a Biztosító kockázatviselésének tartama alatt bekövetkezett azon Biztosítási Eseményre, amelyek

- Légi katasztrófa eredményeként következtek be, kivéve, ha a Biztosított utasként, a repülőgép személyzeteként vagy mint pilóta érvényes jogosítvánnyal és érvényes repülési engedéllyel rendelkező pilóta által vezetett repülőgépen utazott.
- A következő tevékenységek következményei: légi bemutatók, versenyek, rekordkísérletek, légitámadások, repülés prototípusokkal, repülőszárnyakkal, ultrakönnyű repülés, műrepülés, próbarepülések, ejtőernyős ugrás, paplanrepülés, hőlégballonozás.
- A büntető törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény szerinti garázdaság következményei, amelyben a Biztosított aktívan részt vesz (kivéve önvédelem, bájba jutott embernek való segítségnyújtás, vagy hivatali kötelesség).
- Polgárháború vagy ellenséges támadás, lázadás, zendülés, polgári zavargások, támadás vagy terrorista cselekmény következményei függetlenül a cselekmények helyszínétől és az abban résztvevő személyektől, amennyiben a Biztosított aktívan részt vesz ezekben a cselekményekben.
- Oka olyan Baleset, amelyet az atomenergia megváltozása, átalakulása, átrendeződése, illetve az atomi részecskék felgyorsulása okoz (nukleáris hasadás és fúzió, radioaktív izotópok, gyorsítók, röntgensugarak stb.).
- A Biztosított alábbiakban meghatározott sporttevékenységével összefüggésben elszenvedett Balesetek következményei:
 - o Autó-motor sportok: versenyzés gépkocsival, motorkerékpár sport, rally, motocross, ügyességi versenyek, go-kart sport, auto-crash (roncsautó) sport, motorcsónak sport.
 - o Repülősportok: sportrepülés, ejtőernyős ugrás, vitorlázó és motoros repülés, sárkány és ultrakönnyű repülés, paplanrepülés, hőlégballonozás.
 - o Egyéb: búvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá, félkezes, illetve nyílt-tengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hegymászás, sziklamászás, magashegyi expedíció, barlangászat, barlang expedíció, kijelölt pályán kívüli sísportok, akrobatikus sí, bungee jumping (kötélugrás), bika-viadal.

9. MARADANDÓ EGÉSZSÉGHÁROSODÁS

9.1. A biztosítási esemény

A jelen Általános Biztosítási Feltételek értelmében Biztosítási Eseménnynek minősül a biztosítás tartama alatt és a Várakozási Idő lejártát követően bekövetkező olyan Maradandó Egészségkárosodás, amely eléri leg-
alább:

- az 50%-ot Baleset esetén, – a 9.2. pont szerinti táblázat alapján.
- a 79%-ot amelyet követően a Biztosítottat TBI vagy TBII (Balesetet

kivéve) rokkantsági osztályba sorolja az Országos Rehabilitációs és Szakértői Intézet (ORSZI) Betegség esetén.

9.2. Az egészségkárosodás megállapítása

Egészségkárosodásnak tekintendő az olyan testi és/vagy szellemi képességszökkenés, mely a szokásos és életkornak megfelelő életvitelt korlátozza.

Maradandó Egészségkárosodás az az egészségkárosodás, amely orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető. A Maradandó Egészségkárosodás megállapítása során a munkaképesség megváltozása, és/vagy a sporttevékenység abbahagyásának kényszere, valamint Baleset következtében kialakuló hátrányos esztétikai következmények és egyéb (szociális, anyagi, stb.) hátrányok önmagukban nem képezhetik Maradandó Egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény alapját.

A Baleset vagy Betegség előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizárásra kerülnek. A Biztosítót az Egészségkárosodás maradandó jellegének, illetve az Egészségkárosodás mértékének megállapítása tekintetében más orvos szakértő testületek (pl. Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet) és más biztosítók határozata nem köti.

A Maradandó Egészségkárosodás fokát az alábbi táblázat alapján határozza meg a Biztosító által megbízott orvos:

Testrészek, érzékszervek sérülése	Az egészségkárosodás mértéke
egy kar vállizülettől való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	70%
egy kar könyökizület fölöttig való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	65%
egyik kar könyökizület alattig való, vagy egyik kéz teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	60%
egyik hüvelykujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	20%
egyik mutatóujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	10%
bármely más kézujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	5%
egyik comb csípő ízületben történő elvesztése, vagy a csípőizület teljes működésképtelensége	70%
egyik comb részleges csonkolása, vagy a térdizület teljes működésképtelensége	60%
egyik lábszár részleges csonkolása	50%
egyik bokaizület elvesztése vagy teljes működésképtelensége	30%
egyik nagylábujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	5%
bármely más lábujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	2%
mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése, amennyiben a biztosított a másik szem látóképességét már a Biztosítási Esemény bekövetkezése előtt elvesztette	65%
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	15%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése, amennyiben a biztosított a másik fül hallóképességét már a Biztosítási Esemény bekövetkezése előtt elvesztette	45%
a szaglóérzék teljes elvesztése	10%
az ízléző - képesség teljes elvesztése	5%

Amennyiben az egészségkárosodás folyamatosan változik, de az elbírálás alapján annak mértéke nem éri el az 50%-ot, a Biztosító által megbízott orvos a rendelkezésre álló iratok alapján, az utolsó irat Biztosítóhoz való benyújtását követő 15 naptári napon belül írásban véleményezi a Biztosítási Esemény bekövetkezésének valószínűségét. Ha a Biztosító által felkért orvos véleménye alapján a Biztosítási Esemény bekövetkezése valószínűsíthető, a Biztosító a szolgáltatást teljesíti.

Amennyiben a Biztosító által megbízott orvos véleménye alapján a Biztosítási Esemény bekövetkezése nem valószínűsíthető, a Biztosítottnak jogában áll a Biztosító szolgáltatási igényt elutasító döntésének kézhezvételétől számított 1 éven belül a Biztosító döntése ellen kifogással élni. A kifogás keretében a Biztosított újból kezdeményezheti a Maradandó Egészségkárosodás megállapítását, amennyiben orvosi dokumentumokkal igazolja, hogy a részére előírt kezelések betartása ellenére hátrányos állapotváltozás következett be nála és szolgáltatási igényét ezzel egyidejűleg ismételtén bejelenti.

Amennyiben a Biztosító kockázatviselésének időtartama alatt (a Várározási Idő lejáratától számítva) több Biztosítási Esemény okoz Maradandó Egészségkárosodást, akkor a különböző egészségkárosodások fenti táblázatban rögzített százalékos mértékei összeadódnak, azzal, hogy a 100%-ot nem haladhatják meg. Több Maradandó Egészségkárosodás esetén a Biztosító csak egyszer fizeti ki a kárösszeget, mely kifizetést követően a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított vonatkozásában automatikusan megszűnik a 3.4. pontban meghatározottaknak megfelelően.

9.3. A Biztosítási Esemény időpontja

Az a nap, amikor a Biztosítottat az adott Baleset éri vagy Betegség esetén az a nap, amikor az Országos Rehabilitációs és Szakértői Intézet (ORSZI) a Biztosítottat TBI vagy TBII (Balesetet kivéve) rokkantsági osztályba sorolja.

9.4. A Biztosító szolgáltatása

A Biztosító a Biztosítási Esemény bekövetkezése esetén az Ajánlaton megjelölt egyszeri Biztosítási Összeget fizeti ki.

9.5. Kárigény bejelentése, a bejelentéshez szükséges dokumentumok

A Maradandó Egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény bejelentésekor a kitöltött szolgáltatási igénybejelentővel együtt az alábbi dokumentumokat kell az Ügyintézőhöz eljuttatni:

- A Biztosított személyi igazolványának és lakcímkártyájának (ha van) másolatát.
- Véralkohol- vizsgálat eredményét (ha készült).
- Közlekedési vagy munkabaleset esetén eredeti rendőrségi/munkahelyi jegyzőkönyv másolatát (ha készült).
- Amennyiben a biztosítási eseménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, az eljárást lezáró határozatot, feltéve, hogy az a jogalap, vagy az összecszerűség megállapításához szükséges (így különösképpen az eljárást megtagadó, vagy megszüntető határozatot, illetve a jogerős bírósági ítéletet).
- Baleseti egészségkárosodás esetén, a Biztosítási Eseménytől számítva minden a Balesettel kapcsolatos orvosi dokumentumot.
- Betegségből eredő egészségkárosodás esetén, a Biztosítási Eseménytől számítva minden a Betegséggel kapcsolatos orvosi dokumentumot a Betegség első megfigyelésétől kezdve
- A Biztosított személy gépjármű vezetésén bekövetkezett Biztosítási Esemény esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolatát.
- Az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet (ORSZI) első fokú orvosi bizottságának szakvéleményét (ha készült).

A Biztosító elrendelheti a Biztosított személyes orvosi vizsgálatát is. Ha a Biztosított nem hajlandó az orvosi vizsgálatnak alávetni magát, a Biztosító mentesül a kártérítési kötelezettsége alól. A személyes orvosi vizsgálat költségeit a Biztosító viseli. A Biztosítottnak a személyes orvosi vizsgálaton való megjelenésével kapcsolatban felmerült költségeit a Biztosított viseli.

9.6. Maradandó Egészségkárosodásra vonatkozó mentesülések

Megegyeznek a jelen Általános Biztosítási Feltételek 8.5. pontjában ismertetett halálesetre vonatkozó mentesülésekkel.

9.7. Maradandó Egészségkárosodásra vonatkozó kizárások

Megegyeznek a jelen Általános Biztosítási Feltételek 8.6. pontjában ismertetett halálesetre vonatkozó kizárásokkal.

9.8. Az Ajánlat aláírását megelőzően fennálló Maradandó Egészségkárosodás

A Biztosított köteles közölni az Ajánlat aláírásakor esetlegesen már fennálló egészségi károsodást. Ezen károsodásokra a biztosítási fedezet nem terjed ki, és amennyiben a Biztosítási Esemény bekövetkezésekor a már meglévő sérülés, egészségkárosodás a Biztosítási Eseménnyel összefüggő Maradandó Egészségkárosodás kialakulásában közrehatott, a Biztosító a Maradandó Egészségkárosodás mértékét a meglévő egészségkárosodás mértékével csökkenti.

Amennyiben a Biztosított esetében már meglévő egészségkárosodás fokozott kockázatot jelenthet egy másik szerv károsodására nézve, akkor a Biztosítónak jogában áll a Biztosítási Szerződést azzal a korláttal hatályba léptetni, hogy a másik szerv esetleges károsodása esetére a Biztosító kizárja a kockázatviselést.

10. ZÁRÓ RENDELKEZÉSEK

10.1. A Szerződő tájékoztatása

Amennyiben a Szerződőnek a Biztosítási Szerződés feltételeivel, záradékaival, különösképpen a szerződéskötéssel, vagy a Biztosító szolgáltatási kötelezettségével kapcsolatban további információra van szüksége, akkor kérdéseit közvetlenül az Ügyintézőhöz intézheti. Az Ügyintéző általános kapcsolattartója jogosult és köteles megvizsgálni, és megválaszolni az összes felmerülő kérdést vagy kérdést. Abban az esetben, ha a válasz nem felel meg a Szerződő elvárásainak, akkor az érintettek panasszal írásban az Ügyintéző alábbi címén élhetnek:

APRIL CEE Development Kft.
1062 Budapest, Andrássy út 126.
e-mail: info@april.hu
Tel: 06 1 555 64 00
Fax: 06 1 555 64 01

10.2. Kommunikáció a Szerződővel

Az Ügyintéző a Szerződővel a jelen Általános Biztosítási Feltételek szerint írásban közlendő küldeményt a Szerződő által az Ajánlaton megadott levelezési címre, minden egyéb közleményt a Szerződő által megadott elektronikus levélcímre küldi meg. A Szerződő fenti adatában bekövetkezett változást köteles haladéktalanul az Ügyintéző részére bejelenteni. Az Ügyintéző a közlemények megküldésére vonatkozó kötelezettségét mindaddig joghatályosan teljesíti, amíg a címzett fél a címében bekövetkezett változást be nem jelenti.

10.3. Adatkezelés, titoktartás

10.3.1. Biztosítási titok minden olyan – államtitoknak nem minősülő –, a Biztosító, illetve Ügyintéző rendelkezésére álló adat, amely a Biztosító, az Ügyintéző egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a Biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

10.3.2. A biztosítótintézetekről és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény („Bit”) 155. §-a értelmében a Biztosító ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait jogosult kezelni, amelyek a Biztosítási Szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a Biztosítási Szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a Biztosítási Szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a Bit. által meghatározott egyéb cél lehet.

10.3.3. Különleges – különösen az ügyfél egészségi állapotával összefüggő – személyes adatok kezeléséhez, illetőleg a személyes adatok külföldi adatkezelőhöz történő továbbításához az ügyfél írásbeli hozzájárulása szükséges. A Biztosító, az Ügyintéző, illetve a Biztosító által kiszervezett tevékenységet végző személy vagy szervezet a tevékenysége során tudomására jutott, biztosítási titoknak minősülő adatokat – a jogszabályban meghatározott eseteket kivéve – csak akkor hozhatja harmadik személy tudomására, ha a titoktartási kötelezettség alól az érintett ügyféltől a kiszolgáltatható titokkört megjelölve írásban felmentést kapott.

10.3.4. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn – ezért a Biztosító a biztosítási titoknak minősülő adatokat az ügyfél hozzájárulása nélkül is továbbíthatja –

- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel,
- c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel,
- e) a 10.4.5. pontban foglalt esetben az adóhatósággal,

- f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g) a Biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviseletével, ezek érdek-képviseleti szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal,
- j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titokszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,
- m) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
- n) fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel, szaktanácsadóval szemben, ha az a), j) és n) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a Biztosítási Szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját.

10.3.5. Az adóhatósággal szemben a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a Biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha Biztosítási Szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.

10.3.6. A Biztosító és az Ügyintéző a nyomozó hatóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet

- a) kábítószerek-kereskedelemmel,
- b) terrorizmussal,
- c) illegális fegyverkereskedelemmel, vagy
- d) a pénzmosás bűncselekményével van összefüggésben.

10.3.7. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a Biztosító, az Ügyintéző az általa foganatosított korlátozó intézkedésekről

- a) az Európai Közösséget létrehozó szerződés 60. cikke alapján a pénzeszközök, egyéb vagyoni érdekek és gazdasági erőforrások tekintetében alkalmazandó korlátozó intézkedések tárgyában elfogadott rendeletek, illetve e rendeletek felhatalmazása alapján elfogadott rendeletek vagy határozatok,
- b) az Európai Uniót létrehozó szerződés 15. cikke alapján, a pénzeszközök, egyéb vagyoni érdekek és gazdasági erőforrások tekintetében alkalmazandó korlátozó intézkedések tárgyában elfogadott közös álláspontok alapján, az abban foglalt kötelezettség teljesítése érdekében tájékoztatja a Pénzügyminisztériumot.

10.3.8. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét

- a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- b) fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
- c) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a Pénzügyminisztérium részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
- d) a (Bit.) nyolcadik részének III. és III/A. fejezetében, a tőkepiacról szóló 2001. évi CXX. Törvény (Tpt.) XIX/B. fejezetében, valamint a hitelintézetekről és pénzügyi vállalkozásokról szóló 1996. évi 112. törvény (Hpt.) XIV/A. fejezetében foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

10.3.9. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Biztosító által a harmadik országbeli (nem EU tagállambeli) biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben, ha a Biztosító ügyfele (adat-alany) 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 EU tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

Nem lehet biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó, külön törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség esetén.

Az ügyfél a saját személyes, nyilvántartott adatairól jogosult tájékoztatást kapni, kérésére adatait a Biztosító nyilvántartásában módosítja.

10.3.10. Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, az ügyfél egészségi állapotával kapcsolatos adatok vagy az adatvédelmi törvény szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén 20 év elteltével törölni kell.

A biztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a 10.3.4. b), f) és j) pontjai, illetve a 10.3.5. pont alapján végzett adattovábbításokról.

A Biztosító, az Ügyintéző a személyes adatokat a biztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

A Biztosító a létre nem jött Biztosítási Szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a Biztosítási Szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

A Biztosító, az Ügyintéző köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.

Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a Biztosítási Szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja

10.4. Egyéb rendelkezések

Jelen Általános Biztosítási Feltételek alapján létrejött Biztosítási Szerződésekre nézve a magyar jog rendelkezései irányadók. A biztosítási jogviszonyból eredő, azon alapuló vagy azzal összefüggő jogviták a hatáskörrel rendelkező magyar bíróság illetékessége alá tartoznak.

A jelen Általános Biztosítási Feltételek alapján létrejött Biztosítási Szerződésekből fakadó szolgáltatási igények az esedékességtől számított 1 (egy) év elteltével elévülnek.

A Szerződő, a Biztosított és a Kedvezményezett jogosult arra, hogy írásban panaszt nyújtson be az Ügyintézőnek a Biztosítási Szerződés teljesítésével kapcsolatosan, így különösképpen a kárigény teljes vagy részleges elutasítása esetén, és kérheti a kárigény elutasításának felülvizsgálatát. Az Ügyintéző a kérelem kézhezvételétől számított 30 (harminc) napon belül írásban küldi meg válaszát. Ezen túlmenően a Szerződő, a Biztosított és a Kedvezményezett panasszal fordulhat a helyi Kereskedelmi és Ipari Kamara mellett működő Békéltető Testülethez, továbbá a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéhez. A Szerződő, a Biztosított és a Kedvezményezett a Biztosító – számára nem megfelelő – döntése esetén bírói út igénybevételére is jogosult.

Jelen Általános Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Magyar Köztársaság Polgári Törvénykönyvéről szóló IV. törvény és egyéb, a biztosítási tevékenységre vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.

Jelen Általános Biztosítási Feltételek 2009. november 1. napján lépnek hatályba.

Tisztelt Ügyfelünk!

Megtisztelőnek érezzük, hogy biztosítási szerződés megkötésére irányuló Ajánlatával az APRIL-t kereste meg.

Ezúton tájékoztatjuk Önt biztosítónk főbb adatairól, a biztosítással kapcsolatos titok- és adatvédelmi szabályokról, valamint azokról a lehetőségekről, amelyeket ügyfeleink jogai és jogos érdekei érvényesítése céljából igénybe vehetnek.

A biztosítónk és a szerződő főbb adatai:

Az AXERIA PRÉVOYANCE a francia APRIL Csoport leányvállalata, amely 2006 óta fióktelep formájában működik Magyarországon.
Cégjegyzékszám: 01-09-890452,
Adószám: 14134496-2-42.
Székhely: 1062 Budapest, Andrásy út 126.
Postacím: 1062 Budapest, Andrásy út 126.

Az APRIL CEE Development Kft. a jelen biztosítási módozat Ügyműködési, mely szerint többes ügynöki minőségben a Biztosító ügynökeként, a Biztosító megbízásából közreműködik az Ajánlat adminisztrálásában, a biztosítási díjak beszedésében, továbbá a károk regisztrálásában és rendezésében. Minden, az Ügyműködésnek küldött információt úgy kell tekinteni, mintha a Biztosító közvetlenül értesült volna róla.

Az Ügyműködés elérhetőségei:

APRIL CEE Development Kft.
1062 Budapest, Andrásy út 126.
Központi telefonszám: (06-1)-555-6400,
Központi faxszám: (06-1)-555-6401,
Központi e-mail cím: info@april.hu
Weblap: www.april.hu

A Biztosító felügyeleti szerve a Francia Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles, 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09, Franciaország, röviden: ACAM Telefon: +33 1 55 50 41 41 web: www.acam-france.fr).

Titok- és adatvédelem

A biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 153.§-a értelmében a biztosítót titoktartási kötelezettség terheli minden olyan rendelkezésre álló adattal kapcsolatban, amely a biztosító egyes ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására, vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik. Az ilyen, biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosító csak akkor adhatja ki harmadik személynek, ha a biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titoktartásról pontosan megjelölve erre vonatkozóan írásban felmentést ad.

A biztosító titoktartási kötelezettsége azonban a 2003. évi LX. törvény 157. §-a értelmében meghatározott szervezetekkel kapcsolatban nem áll fenn. E szervezeteknek a biztosító az ügyfelek adatait adott esetekben továbbítani köteles, ügyfeleink erre vonatkozó írásos hozzájárulása nélkül is.

E szervezetek a következők: a feladatkörében eljáró Pénzügyi Felügyelete a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozóhatóság és ügyészség; büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bíróság, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtó; a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző; adóügyben az adóhatóság, ha annak felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozási kötelezettség terheli, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli; a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálat; a biztosító, a biztosításközvetítő, a szaktanácsadó, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselője, ezek érdekképviselői szervezetei, illetve a biztosítási, biztosításközvetítési, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatal; a feladatkörében eljáró gyámhatóság; az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108.§ (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatóság; külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök al-

kalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szerv; a viszontbiztosító, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítók; az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosító; a biztosítók által létrehozott és működtetett kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végző, továbbá fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosító, biztosításközvetítő, szaktanácsadó és a feladatkörében eljáró országgyűlési biztos. A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet kábítószerkereskedelemmel, terrorizmussal, illegális fegyverkereskedelemmel, vagy a pénzmosás bűncselekményével van összefüggésben. A biztosító a nyomozóhatóságot a „halaszthatatlan intézkedés” jelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyész jóváhagyást nélkülöző megkeresésre is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott ügygel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosítók, valamint az általuk létrehozott és működtetett központi információs rendszer elemei közötti olyan adatszolgáltatás, mely egyedi azonosításra nem alkalmas, a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a Pénzügyminisztérium részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása.

Ügyfeleink jogai

Számunkra a legfontosabb az elégedett ügyfél. Ezen célunk eléréséhez a legnagyobb segítséget hiányosságaink visszajelzésével kaphatjuk. Ezért kérjük, hogy amennyiben már létrejött szerződésével, vagy biztosító társaságunk működésével kapcsolatban bármilyen kérése, kérdése vagy problémája lenne, forduljon a biztosítás közvetítőjéhez, vagy a biztosítás Ügyműködőjéhez, az April CEE Development fent részletezett elérhetőségein.

Amennyiben minden erőfeszítésünk ellenére sem sikerült problémáját orvosolni, kérjük, forduljon írásban a Biztosító fióktelepének a vezetőjéhez az alábbi elérhetőségen:

**Axéria Prévoyance Magyarországi fióktelepe
1062 Budapest, Andrásy út 126.**

Felhívjuk továbbá szíves figyelmét, hogy panaszt nyújthat be felügyeleti szervünkhöz is; a fogyasztók védelméről szóló 1997. évi CLV. törvény 18. §-a alapján fogyasztói jogainak érvényesítése érdekében igénybe veheti a lakhelye szerint illetékes békéltető testület eljárását, valamint jogait bírósági úton is érvényesítheti azzal, hogy az Ön biztosítási szerződésére a mindenkor hatályos magyar jogszabályok, így különösen a Polgári Törvénykönyv, valamint az életbiztosításokkal kapcsolatos adókedvezmény tekintetében a magánszemélyek jövedelemadója, illetve az adózás rendjére vonatkozó jogszabályok rendelkezései az irányadók.

Az APRIL Családi Védelem életbiztosítás és rokkantságbiztosítás főbb jellemzői

Engedje meg, hogy bemutassuk azt a biztosítást, amely az Ön érdeklődését felkeltette. Ez az ügyféltájékoztató, amit Ön most a kezében tart, nem helyettesíti a biztosítási feltételeket, hanem bővebb előzetes tájékoztatásul szolgál.

A kockázati élet és rokkantságbiztosítás határozott, 1 éves tartamú, azonban évente újraköthető életbiztosítás, mely társaságunk azon leen-

dő ügyfelei számára fejlesztett életbiztosítási terméke, akik családjukat, ill. saját magukat is meg akarják védeni: a termék az élet- és rokkantságbiztosítási védelemre nyújt fedezetet.

A Biztosítási Események, amelyek bekövetkezte esetén társaságunk szolgáltatást nyújt:

- a Biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkezett Halála,
- a Biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkező, 50%-ot meghaladó Baleseti eredetű Maradandó Egészségkárosodása.
- a Biztosítottnak a biztosítás tartamán belül bekövetkező, magyar társadalombiztosítási szerv által történő Betegségi eredetű I. vagy II. csoportú rokkantsági, nyugdíjba helyezése (Maradandó Egészségkárosodás).

A Biztosító szolgáltatásai a következők: a Biztosító

- a Biztosított – Biztosítási Eseménynek minősülő – Halála esetén a haláleseti Biztosítási Összeget fizeti ki,
- a Biztosított Baleseti eredetű, 50 %-ot meghaladó, Egészségkárosodása esetén a Biztosítási Összeget fizeti ki,
- a Biztosított Betegségi eredetű, TB I-II rokkantsági nyugdíjba helyezése esetén az egyszeri Biztosítási Összeget fizeti ki.

A két utóbbi eset bekövetkeztekor a Biztosító kockázatviselése az érintett Biztosított vonatkozásában megszűnik.

Amennyiben a szerződés haláleseti Kedvezményezettje valamely pénzintézet, a haláleseti kifizetést a Biztosító a tartozás erejéig a pénzintézetnek teljesíti, a különbözetet pedig a kijelölt Kedvezményezettnek vagy az örökösnek teljesíti.

A szolgáltatások teljesítésének módja, ideje: a Biztosítási Eseményt az Ügyintézőhöz a lehető legrövidebb időn belül, de legfeljebb 15 naptári napon belül írásban be kell jelenteni. A megalapozott szolgáltatási igény esetén a szolgáltatáshoz szükséges utolsó irat beérkezését követő 30 napon belül a Biztosító a Kedvezményezettnek az őt megillető összeget kifizeti.

A tartam során változatlan haláleseti és rokkantsági biztosítási összeget az ajánlattételkor a Szerződő határozza meg. A Biztosítási Összeg a megújításkor módosítható azzal, hogy a Szerződő legalább 30 nappal a megújítás előtt az Ügyintézőnek írásban jelzi a módosítási kérését.

Külön is felhívjuk figyelmét, hogy a szokásos magyar gyakorlattól eltérően a biztosítás határozott, 1 éves tartamra köthető, azonban évente újraköthető. A szerződés úgy jön létre, hogy Ön Ajánlat aláírásával jelzi biztosításkötési szándékát, amelyet társaságunk elbírál. Döntésünket az Ajánlat átadásától számított 15 napon belül kell meghoznunk. Ha a rendelkezésünkre álló kockázatelbírálási határidőn belül nem nyilatkozunk, az az Ajánlat hallgatlagos elfogadását jelenti. Az Ajánlat elfogadása után a Kötvényt kiadjuk és eljuttatjuk Önnek. A biztosítási tartam kezdete az Ajánlat aláírását és a Biztosító vagy képviselője részére történt átadását követő hónap első napjának 0 órája.

A kockázatviselés az Ajánlat aláírását követően a Várakozási Idő lejártá után kezdődik meg, feltéve, hogy a szerződés létrejött vagy utóbb létrejön és a Szerződő az első Biztosítási Díjat (díjrészletet) az Ügyintéző számlájára befizette, vagy a felek díjhalasztásban állapodtak meg. A biztosítási évforduló a naptári évnek az a napja, amelyet a Kötvény a biztosítási tartam kezdeteként megjelöl.

A Biztosítás Díjának nagysága függ a Biztosított nemétől, belépési korától, a Biztosítási Összeg nagyságától. A díjfizetés történhet csoportos beszedési megbízással, csekken, vagy átutalással. Az éves Biztosítási Díj minden biztosítási év elején előre esedékes, azonban tetszése szerint választhat havi vagy háromhavi díjfizetési gyakoriságot is.

Az évenkénti újrakötéskor a Biztosítónak jogában áll a díjat a Biztosított életkorának megfelelően emelni. A Biztosított által fizetendő éves aktuális díj nagyságára a Biztosítónál a díjfizetéskor érvényben lévő díjtáblázat az irányadó.

A Biztosítási Díjból a Biztosító nem képez díjtartalékot, a Biztosítás vissza nem vásárolható és díjmentes leszállításra sincs lehetőség.

A Biztosító tőke-, illetve hozamgaranciát nem vállal. A Biztosító a Biztosítási Esemény bekövetkeztekor a Biztosítási Összeget fizeti ki.

A Biztosítási Szerződés a Biztosítási Összeg kifizetése nélkül szűnik meg, ha a Biztosítási Esemény az alábbi körülmények valamelyikével összefüggésben következett be:

- A Biztosított öngyilkossága vagy öngyilkossági kísérlete még akkor is, ha azt a Biztosított zavart tudatállapotban követte el. Azonban a Biztosítási Szerződés második újrakötését követően az öngyilkosság már nincs kizárva, feltéve ha a szerződés kezdete óta, folyamatosan, megszakítás nélkül érvényben volt.
- A Biztosítási Eseményt a Biztosított vagy a Kedvezményezett szándékos, jogellenes vagy súlyos gondatlan magatartása okozta.
- A Biztosítási Esemény bekövetkeztekor a Biztosított ittas állapotban volt, illetve kábítószer, vagy bódító hatású szer hatása alatt állt – kivéve amennyiben az utóbbit kezelőorvos írta elő és azt az előírásnak megfelelően alkalmazták – és ez a tény a Baleset bekövetkezésében közrejátszott. Ha történt véralkohol vizsgálat, ittas állapotnak tekintendő az 1,5%-ot meghaladó, gépjárművezetés során a 0,8%-ot meghaladó mértékű véralkohol-koncentráció.
- A káreseményt követően, amennyiben a Biztosított kárenyhítési kötelezettségének szándékosan vagy hanyagságból nem tett eleget (különösen, de nem kizárólag abban az esetben, ha nem vett haladéktalanul igénybe orvosi segítséget, a gyógyítás befejezéséig nem folytatta az előírt orvosi kezelést stb.).
- Légi katasztrófa esetén, kivéve, ha a Biztosított utasként, a repülőgép személyzeteként vagy mint pilóta érvényes jogosítvánnyal és érvényes repülési engedéllyel rendelkező pilóta által vezetett repülőgépen utazott.
- A következő tevékenységek következményei: légi bemutatók, versenyek, rekordkísérletek, légitámadások, repülés prototípusokkal, repülőszárnyakkal, ultrakönnyű repülés, műrepülés, próbarepülések, ejtőernyős ugrás, paplanrepülés, hőlégballonozás.
- Garázdaságok, amelyben a Biztosított aktívan részt vesz (kivéve önvédelem, bajba jutott embernek való segítségnyújtás, vagy hivatali kötelesség).
- Polgárháború vagy ellenséges támadás, lázadás, zendülés, polgári zavargások, támadás vagy terrorista cselekmény következményei függetlenül a cselekmények helyszínétől és az abban résztvevő személyektől, amennyiben a Biztosított aktívan részt vesz ezekben a cselekményekben.
- Olyan Baleset, amelyet az atomenergia megváltozása, átalakulása, átrendeződése, illetve az atomi részecskék felgyorsulása okoz (nukleáris hasadás és fúzió, radioaktív izotópok, gyorsítók, röntgen sugarak stb.).
- A Biztosított alábbiakban meghatározott sporttevékenységével összefüggésben elszenvedett balesetek:
 - o Autó-motor sportok: versenyzés gépkocsival, motorkerékpár sport, rally, motocross, ügyességi versenyek, go-kart sport, auto-crash (roncsautó) sport, motorcsónak sport.
 - o Repülősportok: sportrepülés, ejtőernyős ugrás, vitorlázó és motoros repülés, sárkány és ultrakönnyű repülés, paplanrepülés, hőlégballonozás.
 - o Egyéb: búvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá, félkezes, illetve nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hegymászás és sziklamászás magashegyi expedíció, barlangászat, barlang expedíció, kijelölt pályán kívüli sísportok, akrobatikus sí, bungee jumping (kötélugrás), bikaviadal.

A jelen Biztosítási Szerződés értelmében a Biztosító nem tekinti Balesetnek, hanem Betegségnek a következő egészségügyi változásokat: a derékfájást, lumbágót (akkor is, ha trauma okozta), fizikai erőfeszítés okozta szervi sérülést, a napszúrást, a fagyást, a vértódulást, a mérgezést, ill. a betegségből adódó ficamot vagy csonttörést.

A Biztosítási Szerződés mindegyik Biztosított vonatkozásában automatikusan megszűnik:

- o A felek erre irányuló közös megegyezése esetén.
- o A Szerződő hozzájárulása visszavonásával a Kötvény kézbevételeitől számított 30 napon belül.
- o A biztosítási tartam lejártával, amennyiben az egyik fél nem újítja meg.
- o A Biztosítottnak a tartamon belül bekövetkezett Halála esetén. Ebben az esetben a Biztosítási Díj a teljes biztosítási időszakra megilleti a Biztosított.
- o A Biztosítottnak a feltételek szerint bekövetkező Baleseti vagy Betegségi eredetű Maradandó Egészségkárosodása esetén. Ebben az esetben a Biztosítási Díj a teljes biztosítási időszakra megilleti a Biztosított.
- o A díjfizetés elmulasztása esetén az első díj esedékességétől számított 30. nap, illetve a folytatólágos díj esedékességétől számított

60. nap elteltével, azzal, hogy az első díj megfizetésének elmulasztása esetén a Biztosítási Szerződés úgy szűnik meg, mintha meg sem kötötték volna.

- o Orvosi vizsgálat nélkül létrejött szerződés esetén a Biztosítottnak a Várakozási Időn belüli nem Baleseti eredetű TB I. vagy II. csoportú rokkantsági nyugdíjazásával.
- o A Biztosított 65. életévének betöltését követő biztosítási lejáraton.

A Biztosítási Szerződés létrejöttéről szóló írásos tájékoztatásnak, azaz a

Kötvénynek a kézhezvételétől számított 30 napon belül a Szerződő írásbeli nyilatkozatával, indoklás nélkül felmondhatja. Az esetleges felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követő 30 napon belül az Ügyintéző köteles a Biztosítási Szerződéssel kapcsolatban Öntől bármilyen jogcímen beérkezett befizetésekkel elszámolni. Tájékoztatjuk arról, hogy az Ügyintéző jogosult költségei fedezetére az első három havi díjjal meg egyező összeget, de legfeljebb 5.000 Ft-ot, valamint a szerződéskötéssel kapcsolatban felmerült igazolt orvosi vizsgálati költségeket levonni, ezt az elszámolás során figyelembe venni.

Tarifa különbözet alapja

A kockázati életbiztosítás árazásánál a férfiak és nők között az alábbi arányokat alkalmazzuk:

Életkor	Nő/férfi
18	0,652
19	0,585
20	0,564
21	0,549
22	0,554
23	0,55
24	0,562
25	0,566
26	0,558
27	0,565
28	0,582
29	0,568
30	0,538
31	0,513
32	0,525
33	0,493
34	0,515
35	0,47
36	0,482
37	0,474
38	0,472
39	0,472
40	0,483
41	0,475

Életkor	Nő/férfi
42	0,467
43	0,486
44	0,485
45	0,456
46	0,429
47	0,427
48	0,425
49	0,422
50	0,419
51	0,415
52	0,413
53	0,414
54	0,416
55	0,419
56	0,423
57	0,427
58	0,433
59	0,438
60	0,441
61	0,447
62	0,453
63	0,464
64	0,475
65	0,488

Tisztelettel,

APRIL CEE Development Kft.
Axeria Prévoyance Magyarországi fióktelepe