



Armada Corporate

(MEB-642)

Befektetéshez kötött életbiztosítás feltételei

Budapest, 2009. június 2.



TARTALOMJEGYZÉK

Termékismertető az Armada Corporate egyes sajátosságairól	3. oldal
Az Aviva Életbiztosító Zrt. Armada Corporate (MEB-642) befektetéshez kötött életbiztosításának feltételei	4. oldal
1. § A biztosítással kapcsolatos általános fogalmak	4. oldal
2. § A befektetési egységalapokkal kapcsolatos fogalmak és eljárások	6. oldal
3. § A biztosított	8. oldal
4. § A biztosítás tartama	8. oldal
5. § Biztosítási esemény	8. oldal
6. § Biztosítási szolgáltatások	8. oldal
7. § A biztosítás díja	8. oldal
8. § Késedelmes díjfizetés	9. oldal
9. § A szerződés ismételt hatályba léptetése (reaktiválás)	9. oldal
10. § Az értékkövetés (indexálás)	9. oldal
11. § A biztosítási díj egyedi növelése	10. oldal
12. § A kiegészítő biztosítások biztosítási összegeinek egyedi növelése és csökkentése	10. oldal
13. § A szerződés felülvizsgálata és a garantált biztosítási szolgáltatás	10. oldal
14. § A biztosítási szerződés létrejötte és módosítása	11. oldal
15. § A biztosítási szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete	12. oldal
16. § Várakozási idő	12. oldal
17. § Közlési kötelezettség	12. oldal
18. § Bejelentési kötelezettség	13. oldal
19. § Hitelfedezet	13. oldal
20. § A biztosító teljesítése	13. oldal
21. § A biztosító mentesülése	14. oldal
22. § Kizárt kockázatok	14. oldal
23. § A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése	15. oldal
24. § Díjmentesítés	15. oldal
25. § Rendszeres pénzkivonás	15. oldal
26. § Felmondás	16. oldal
27. § Visszavásárlás	16. oldal
28. § Részleges visszavásárlás	17. oldal
29. § Befektetési egységalapok és egységek módosítása	17. oldal
30. § Áthelyezés és a díj megosztásának módosítása	17. oldal
31. § A biztosítás megszűnése	18. oldal
32. § Elévülés	18. oldal
33. § A biztosítási és az üzleti titok	18. oldal
34. § A személyes adatok kezelése	19. oldal
35. § Adózással kapcsolatos jogszabályok	20. oldal
36. § Tájékozódás és tájékoztatás	20. oldal
37. § Illetékes bíróság, illetékes panaszforum	20. oldal
1. számú melléklet: Az Aviva Életbiztosító Zrt. eszközalapjainak befektetési politikái	
2. számú melléklet: Az Armada Corporate költségeinek és minimális díjainak 2009. május 1-jétől hatályos értékei	21. oldal
3. számú melléklet: Havi kockázati díjráták	22. oldal
4. számú melléklet: Díjkezelési tájékoztató	23. oldal
A Portfólió Plusz befektetési egységekhez kötött életbiztosítást kiegészítő biztosítás (MEB-092) feltételei	25. oldal
Aviva Bankkártya Szerződési feltételek	27. oldal
A befektetéshez kötött életbiztosítást kiegészítő, baleseti halálra szóló biztosítás (MEB-083) feltételei	30. oldal
A befektetéshez kötött életbiztosítást kiegészítő, baleseti rokkantságra szóló biztosítás (MEB-085) feltételei	31. oldal
Lóci óriás lesz gyermekek egyes súlyos betegségeire és baleseteire szóló (MEB-086) kiegészítő biztosítás különös feltételei	34. oldal
Szerződési feltételek MyAviva internetes felület használatára	47. oldal
Cégismertető	49. oldal



TERMÉKISMERTETŐ AZ ARMADA CORPORATE EGYES SAJÁTOSSÁGAIRÓL

Köszönjük, hogy megtisztelt érdeklődésével, bizalmával és társaságunkat választotta üzleti partneréül. Kérjük, tekintse át az alábbi ismertetőt, amely az Armada Corporate egyes fontos sajátosságairól szól. Az Armada Corporate további jellemzőit a csatolt szerződési feltételek és azok mellékletei tartalmazzák.

Az Armada Corporate eszközalapjai révén a személyes befektetési portfólió összetétele szabadon határozható meg. A befektetési egységek értéke a pénzpiac változásait követve emelkedhet, illetve csökkenhet, ezért a múltban elért hozamok nem jelentenek garanciát az eszközalapok jövőbeli eredményére. A befektetési egységek értékének változásából eredő tőke- és hozamkockázatot az ügyfél viseli.

Az ügyfél által szabadon meghatározott befektetési stratégia alapján kiválasztott eszközalapok kezelőinek feladata, hogy a piaci változásokat az ügyfél javára kihasználják, amely hosszabb távon biztosíthatja az elvárt hozamokat.

A befektetés árfolyamingadozásainak nem kívánt hatásai elleni védelmét teremti meg a MyAviva ügyfélportálon igényelhető **stop loss funkció**, amely a Portfólió Plusz kiegészítő biztosításhoz kapcsolódik.

A **gördülő stop loss** funkció segítségével a szerződő megvédheti befektetését és elért hozamait. Mindezt oly módon, hogy egy nem várt, hirtelen árfolyamcsökkenés esetén, mikor az ügyfél kockázattűrő képességének megfelelő, előre meghatározott sáv alsó értékét elérte a csökkenés, a rendszer automatikusan jelez. A szerződő megadhatja előre a megbízást, amely alapján aktiválódik az automatikus egységáthelyezés a figyelt eszközalapból a szerződő által előre meghatározott eszközalapba, illetve eszközalapokba.

A stop loss opció egyszerűbb változata a **fix árfolyam-figyelő** funkció, amelynek segítségével a szerződő egy meghatározott árfolyamot (a beállítás napján érvényes vételi árfolyamnál alacsonyabb árfolyamot) adhat meg. Az így beállított árfolyam átlépésekor sms-ben értesítést kap a biztosítótól és a befektetés automatikusan áthelyezésre kerül a megfigyelt eszközalapból az előre kiválasztott eszközalapba, illetve eszközalapokba.



**AZ AVIVA ÉLETBIZTOSÍTÓ ZRT.
ARMADA CORPORATE (MEB-642)
BEFEKTETÉSEKHEZ KÖTÖTT
ÉLETBIZTOSÍTÁSÁNAK FELTÉTELEI**

Jelen szerződési feltételekben foglaltak az Aviva Életbiztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) befektetési egységekhez (a továbbiakban: befektetéshez) kötött életbiztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítás) érvényesek, feltéve, hogy a szerződést a felek ezen feltételekre hivatkozással kötötték. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadóak.

1. § A biztosítással kapcsolatos általános fogalmak

(1) **Szerződő:** az a személy, aki a szerződés megkötésére ajánlatot tesz, annak elfogadása esetén a biztosítási szerződést megkötö, és a biztosítási díjak fizetésére kötelezettséget vállal.

(2) **Biztosított:** az a személy, akinek az életére vagy az életével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön.

(3) **A biztosított belépési korát** a biztosító úgy állapítja meg, hogy a szerződés megkötésének évéből levonja a biztosított születésének az évét.

(4) **A biztosított aktuális kora:**

a) a szerződés első évében megegyezik a biztosított belépési korával,

b) a következő években úgy kerül megállapításra, hogy a biztosító a biztosítási évfordulón az aktuális évből levonja a biztosított születésének évét, és ez a kor a következő évfordulóig érvényes.

(5) **Kedvezményezett:** az a személy, aki a biztosító szolgáltatására jogosultságot nyer. Kedvezményezett lehet a szerződésben megnevezett személy, a bemutatóra szóló kötvény birtokosa, vagy a biztosított örököse akkor, ha a szerződő által írásban tett, a biztosítóhoz eljuttatott nyilatkozaton más kedvezményezettet nem neveztek meg és bemutatóra szóló kötvényt sem állítottak ki.

(6) **Biztosítási ajánlat:** a szerződőnek a biztosítási szerződés megkötésére irányuló írásbeli nyilatkozata, amely tartalmazza a biztosítás elvállalásához vagy elutasításához szükséges összes adatot, körülményt. A biztosító írásban kérheti iratok és információk pótlólagos benyújtását, illetőleg a nyilatkozatban közöltek, valamint az ahhoz csatolt iratok kiegészítését.

(7) **Kötvény:** a biztosító által kibocsátott, a biztosítási szerződés létrejöttét igazoló okirat.

(8) **Kiegészítő biztosítás:** e biztosítás mellé köthető, a szerződő által választható biztosítási termék.

(9) **Biztosítási időszak:** a rendszeres díjas biztosítások esetén a díjfizetés esedékességétől a következő díjfizetés esedékességéig terjedő időszak.

a) A biztosítási időszak kezdete (fordulónap) min-

dig a tárgy hónapnak a biztosítás hatálybalépésének napjával megegyező napja.

b) Amennyiben a biztosítási időszak fordulónapja munkaszüneti napra esik, akkor a fordulónap az ezt követő első munkanap.

(10) **Biztosítási hónap:** a tartamon belül egy hónap időtartam, amely egy naptári hónapnak a biztosítás hatálybalépésének napjával megegyező napjától a következő naptári hónapnak ugyanezen napjáig tart.

(11) **Biztosítási év:** a tartamon belül egy év időtartam, amely egy naptári évnek a biztosítás hatálybalépésének naptári hónapjával és napjával megegyező időponttól a következő naptári év ugyanezen naptári hónapjának ugyanezen naptári napjáig tart.

a) Amennyiben a (9), (10) és (11) bekezdések szerint adott naptári hónapban nem létezik olyan nap, ami a biztosítás hatálybalépésének napjával megegyezik, akkor abban a hónapban „megegyező nap” alatt az azt közvetlenül követő napot kell érteni.

b) Ha jelen feltételek eltérő értelmezést nem tartalmaznak, „hónap”, illetőleg „év” alatt biztosítási hónapot, illetőleg biztosítási évet kell érteni.

(12) **Biztosítási hónapforduló:** a biztosítási hónap vége, azaz új biztosítási hónap kezdete.

(13) **Biztosítási évforduló:** a biztosítási év vége, azaz új biztosítási év kezdete.

(14) **Kezdeti haláleseti biztosítási összeg:** a szerződés létrejöttkor érvényben lévő, az ajánlattételkor választott biztosítási összeg. A kezdeti haláleseti biztosítási összeg a kezdeti biztosítási díjnak, valamint a kiegészítő biztosítások kezdeti díjának különbözete függvényeként a biztosító által az ajánlat tételkor meghatározott minimális és maximális érték közé eső összeg lehet.

(15) **Kezdeti biztosítási díj:** a szerződés létrejöttkor érvényben lévő 2. számú melléklet figyelembevételével, az ajánlattételkor választott, az első biztosítási évre vonatkozó biztosítási díj.

(16) **Kiegészítő biztosítások kezdeti biztosítási összegei:** a szerződés létrejöttkor érvényben lévő, az ajánlattételkor a főbiztosításhoz kötött kiegészítő biztosítások biztosítási összege. Minimális és maximális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

(17) **Kiegészítő biztosítások kezdeti biztosítási díja:** a kiegészítő biztosítások kezdeti biztosítási összegeihez tartozó biztosítási díjak összege.

(18) **Rendszeres díjas biztosítás:** olyan biztosítás, amelynek díját a szerződő előre meghatározott részletekben, egy-egy biztosítási időszak elején fizeti meg a teljes tartam vagy annak egy része alatt.

(19) **Rendszeres díj:** rendszeres díjas biztosítás esetén a biztosítási szerződés alapján esedékes díj.

(20) **Eseti díj:** a rendszeres díjon felül fizetett díj.

(21) **Előre fizetett díj:** rendszeres díjas biztosítás esetén esedékesség előtt megfizetett azon rendsze-



res díj, amelyet a díjkezelési tájékoztató (4. számú melléklet) ad 2) pontja akként határoz meg.

(22) **Biztosítási esemény:** olyan esemény, amelyet a biztosítási feltételek ilyenként határoznak meg, és amely a biztosító szolgáltatását kiváltja.

(23) **Aktuális haláleseti biztosítási összeg:** az értékkövetés (10. §) révén megnövekedett, illetőleg a biztosítási összeg egyedi változtatása (12. §) és a szerződés felülvizsgálata (13. §) következtében megváltozott, a tartamon belül egy adott időpontban aktuális, a haláleseti szolgáltatás kiszámításának alapját képező összeg.

(24) **Aktuális biztosítási díj:** az értékkövetés (10. §), illetőleg a biztosítási díj egyedi növelése (11. §) révén megnövekedett és a szerződés felülvizsgálata (13. §) következtében megváltozott rendszeres biztosítási díj.

(25) **Kiegészítő biztosítások aktuális biztosítási összegei:** az értékkövetés (10. §) révén megnövekedett, illetőleg a biztosítási összeg egyedi változtatása (12. §) és a szerződés felülvizsgálata (13. §) következtében megváltozott, a tartamon belül egy adott időpontban aktuális, a különböző biztosítási eseményekre nyújtandó szolgáltatások kiszámításának alapjait képező összegek.

(26) **Személyes adat:** bármely meghatározott természetes személlyel (a továbbiakban: érintett) kapcsolatba hozható adat, az adatból levonható, az érintettre vonatkozó következtetés. A személyes adat az adatkezelés során mindaddig megőrzi e minőségét, amíg kapcsolata az érintettel helyreállítható. A személy különösen akkor tekinthető azonosíthatónak, ha őt – közvetlenül vagy közvetve – név, azonosító jel, illetőleg egy vagy több fizikai, fiziológiai, mentális, gazdasági, kulturális vagy szociális azonosságára jellemző tényező alapján azonosítani lehet.

(27) **Különleges adat:** a faji eredetre, a nemzeti és etnikai kisebbséghez tartozásra, a politikai véleményre vagy pártállásra, a vallásos vagy más világnézeti meggyőződésre, az érdekképviselési szervezeti tagságra, egészségi állapotra, a kóros szenvedélyre, a szexuális életre vonatkozó, valamint a bűnügyi személyes adat.

(28) **Biztosításközvetítő:** biztosítási ügynök (üzletkötő), aki a biztosítóval kötött megbízási szerződés alapján vagy a biztosítóval létesített munkaviszony keretében végzi a biztosításközvetítői tevékenységet.

(29) **Ügyfél:** a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett, a károsult, a biztosító szolgáltatására jogosult más személy; az adatvédelemre vonatkozó rendelkezések alkalmazásában ügyfél az is, aki a biztosító számára szerződéses ajánlatot tesz.

(30) **Ügymenet kiszervezése:** a biztosító biztosítási tevékenysége valamely részének végzésére más bíz meg.

(31) **Viszontbiztosítási tevékenység:** a biztosító,

illetve harmadik országbeli biztosító által vállalt kockázat egy részének vagy egészének szerződésben meghatározott feltételek alapján, díjfizetés ellenében történő átvállalása.

(32) **Viszontbiztosító:** az a vállalkozás, amely első sorban viszontbiztosítási tevékenységet végez.

(33) **Hirdetmény:** a biztosítónak a szerződésre vonatkozó közleményei, amelyeket a területi igazgatóságokon kifüggesztéssel, elektronikus úton pedig a www.aviva.hu internetes oldalon történő megjelentetéssel hoz nyilvánosságra, és teszi bárki által elérhetővé.

(34) **Maradékjog:** az életbiztosítási szerződés feltételeiben meghatározott azon jogok, amelyek a díjfizetés elmaradása, illetve a szerződésnek a biztosítási összeg kifizetése nélküli megszűnése esetében fennmaradnak. Jelen feltételben részletezett módosítási lehetőségek közül maradékjognak minősül:

- a) díjmentesítés (24. §),
- b) rendszeres pénzkivonás (25. §),
- c) visszavásárlás (27. §),
- d) részleges visszavásárlás (28. §),

(35) **Rendelkezési jog:** a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény alapján rendelkezési joggyakorlásnak minősül:

- a) a szerződés megszüntetése,
- b) a visszavásárlás (ideértve a rendszeres pénzkivonást is),
- c) az értékesítés,
- d) a h) pontban felsorolt kivételekkel a szerződés módosítása,
- e) az egyéves vagy annál hosszabb lejáratú kötvénykölcsön felvétele,
- f) az egy évnél rövidebb lejáratú kötvénykölcsön egynél többszöri felvétele,
- g) nyugdíjbiztosításnál a szerződéskötéstől számított 10 éven belül esedékes szolgáltatás – pénzben vagy más egységben kifejezve – csökkenő összegben, illetve egy összegben történő igénybevétele, azzal, hogy az a)-d) pontokban említett esetet nem kell a rendelkezési jog gyakorlásának tekinteni, ha az a szerződő magánszemély halála következtében történt,

h) nem minősül a rendelkezési jog gyakorlásának az olyan szerződésmódosítás, amelynek következtében a magánszemély vagy más magánszemély a módosítást követően a továbbiakban is jogosult a szerződés alapján adókedvezmény igénybevétele, így különösen:

- a szerződés szerinti kedvezményezett személyének megváltoztatása,
- a biztosítási díj vagy biztosítási összeg módosítása,
- ha a szerződő személy helyébe más személy vagy maga a biztosított magánszemély lép, azzal, hogy a szerződés olyan módosítása, amelynek révén más



személy válik a díj fizetésére kötelezetté, csak akkor nem minősül rendelkezési jog gyakorlásának, ha a biztosítási szerződésen a felek rögzítik a szerződés alapján a módosítást megelőzően bárki által igénybe vett azon adókedvezmények összegét, amelyre a visszafizetési kötelezettség még nem járt le.

2. § A befektetési egységalapokkal kapcsolatos fogalmak és eljárások

(1) **Befektetési egységalap (eszközalap):** a befektetési egységekhez kötött életbiztosítások – a biztosítási szerződésben meghatározott levonásokkal csökkentett – díjából tőkebefektetés céljából létrehozott eszközállomány. A választható befektetési egységalapok befektetési politikáját az 1. számú melléklet tartalmazza.

(2) **Bruttó eszközérték:** egy befektetési egységalap eszközeinek piaci értéke.

(3) **Befektetési egységalapot terhelő közvetlen költség:** a befektetési egységalap befektetett eszközeinek vétele, eladása, kezelése és értékelése során felmerülő költség.

(4) **Alapkezelési díj:** a közvetlen költségekkel csökkentett bruttó eszközértékkel arányos díj, amely minden értékelési napon az utolsó értékelési nap óta eltelt idővel arányosan kerül levonásra, és mértéke a befektetési egységalap értékének legfeljebb évi kettő százaléka. Aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

(5) **Nettó eszközérték:** egy befektetési egységalap bruttó eszközértékének a befektetési egységalapot terhelő közvetlen költségekkel és az alapkezelési díjjal csökkentett értéke.

(6) **Befektetési egység:** a befektetési egységalapban azonos értékű részesedést megtestesítő elszámolási egység.

(7) **Szerződő alszámlája:** a biztosító minden egyes, általa felkínált befektetési egységalaphoz egy alszámlát hoz létre a szerződő számláján, amelyen a biztosító az adott befektetési egységalaphoz tartozó befektetési egységek számát tartja nyilván, öt tizedesjegy pontossággal.

(8) **Szerződő számlája:** a szerződő alszámláinak összessége, amely a szerződő összes befektetési egységeinek nyilvántartására szolgál, az egyes befektetési egységalapok szerint elkülönítve.

(9) **Az értékelési nap** az a nap, amelyen a biztosító minden befektetési egységalap aktuális bruttó és nettó eszközértékét, illetőleg a befektetési egységek vételi és eladási árát meghatározza. Az értékelésre – a külső feltételek függvényében – minden munkanapon, de hetenként legalább egyszer sor kerül.

(10) **Befektetési egység vételi ára:** egy befektetési egységre eső nettó eszközérték, amelyet a biztosító a befektetési egységek biztosítási szolgáltatássá való átszámítására és a szerződő számláját terhelő

költségek elszámolása során a befektetési egységalapokból levonandó egységek számának meghatározására alkalmaz. A biztosító a befektetési egységalapok nettó eszközértékének és ezen keresztül a befektetési egységek vételi árának átértékelése révén írja jóvá a szerződő számláján az előző értékelési nap óta megszolgált hozamot.

(11) **Befektetési egység eladási ára:** a befektetési egység vételi áránál a vételi és az eladási ár közti különbséggel magasabb ár. A biztosító a befizetett biztosítási díjakat a befektetési egységek eladási árán számítja át befektetési egységekké.

(12) **Vételi és eladási ár közti különbség:** azon mérték, amellyel a biztosító által meghatározott eladási ár meghaladja a vételi árat. Az eladási ár legfeljebb öt százaléka, aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

(13) **Befektetési egységek aktuális értéke:** a szerződő egyes alszámláin nyilvántartott befektetési egységek számának és az értékelési napon érvényes, ugyanazon alszámlához tartozó vételi ár szorzatának összege, amely a biztosítás szolgáltatásainak alapja.

(14) **Díj megosztása:** a rendszeres díjat, valamint – a szerződő ellenkező értelmű nyilatkozata hiányában – az eseti díjat a biztosító a szerződő által korábban választott aránynak megfelelően osztja meg az egyes befektetési egységalapok, a szerződő alszámlái között.

(15) **Díj jóváírása és átváltása:**

a) A biztosító az első rendszeres díjat a szerződés létrejöttékor (14. §) írja jóvá a szerződőnek.

b) A biztosító számlájára azonosítható módon beérkezett, már esedékes rendszeres díjak jóváírására a befizetés beérkezésének napján kerül sor.

c) A biztosító a számlájára azonosítható módon, adott napon 15 óráig beérkezett előre fizetett, valamint eseti díjakat az alábbiak szerint írja jóvá: – a beérkezés napján kerül sor az esetleges díjelmaradás miatt korábban vagy éppen esedékessé vált díjak levonására és jóváírására;

– a fennmaradó összeg, illetőleg levonás hiányában a teljes beérkezett összeg jóváírására a beérkezést követő első munkanapon kerül sor.

d) A biztosító számlájára azonosítható módon, adott napon 15 óra után beérkezett előre fizetett, valamint eseti díjak tekintetében a beérkezés napja a következő munkanap.

e) A nem azonosítható módon beérkezett befizetések esetében a beérkezés napja az azonosítás napja. E befizetéseket az azonosítás megtörténtéig a biztosító kamatmentes letétként kezeli.

f) A jóváírt díjak befektetési egységekké való átváltása – a díj befektetési egységalapok közötti megosztására vonatkozó nyilatkozatnak megfelelően – a befektetési egységalapok befektetési egységeinek eladása révén, a díj jóváírását követő értékelési napon érvényes aktuális eladási áron történik. A



biztosító az eladott befektetési egységek darabszámát írja jóvá a szerződő számláján.

g) A díj kezelésére vonatkozó részletes tájékoztatást a 4. számú melléklet tartalmazza.

(16) **Kezdeti fedezeti díj:** megegyezik a kezdeti éves biztosítási díjjal.

(17) **Kezdeti befektetési egységek:** az első és második évben esedékes rendszeres biztosítási díj kezdeti fedezeti díjrészből jóváírt befektetési egységek.

(18) **Felhalmozási befektetési egységek:** a kezdeti befektetési egységeken felül vásárolt befektetési egységek.

(19) **A szerződő számláját terhelő rendszeres költségek** az alábbi a) pontban meghatározott költségek, amelyeket a biztosító a b) és c) pontokban foglaltaknak megfelelően von le a befektetési egységalapokból.

a) A szerződő számláját a szerződés létrejöttkor a kockázatviselés kezdetére visszamenő hatállyal, illetőleg minden további biztosítási hónapfordulón: – a nyilvántartási díj terheli, illetőleg – a havi kockázati díj, valamint a kiegészítő biztosítások havi díja terhelheti.

b) A befektetési egységalapok között a szerződő alszámláin lévő befektetési egységek értékével arányosan szétosztott költségeket a biztosító a befektetési egységek vételi árán váltja át befektetési egységekké, és azokat vonja le a befektetési egységalapokból.

c) Ameddig a költségek érvényesítésére elegendő felhalmozási befektetési egység áll rendelkezésre, addig a biztosító a költségeket felhalmozási befektetési egységekből vonja le. Ellenkező esetben a biztosító a költségek érvényesítéséhez szükséges kezdeti befektetési egységeket a felhalmozási befektetési egységekké váltja át a még el nem számolt kezdeti költségek azonnali érvényesítésével.

(20) **Nyilvántartási díj:** a biztosítás nyilvántartásának fedezetére szolgáló költség. A biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – a 10. § (3) bekezdésében foglaltaknak megfelelő mértékkel indexálja a nyilvántartási díjat. Aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

(21) **Kockázat alatt álló összeg (kockázatnak kitett összeg):** a főbiztosításhoz tartozó alszámlákon nyilvántartott befektetési egységek aktuális értékével csökkentett aktuális haláleseti biztosítási összeg pozitív egyenlege.

(22) **Havi kockázati díj-ráta:** a 3. számú mellékletben a normál kockázatra meghatározott, 1 forint kockázat alatt álló összegért fizetendő havi díj. A biztosító fenntartja a jogot, hogy a szerződés ötödik évfordulóját követően, a halandósági viszonyok jelentős változása esetén – az új halandósági táblát használva – újrakalkulálja a kockázati díj-ráta értékét. A biztosítási szerződés havi kockázati díj-rátájának kiszámítása, a biztosított életkorának, egészségi állapotának, nemének, foglalkozásának

és egyéb kockázati tényezőknek a figyelembevételével történik. A biztosító ezen információkat az ajánlatból, az egészségi nyilatkozatból, az orvosi vizsgálati jelentésből, s esetlegesen a szerződőtől bekért egyéb dokumentumokból szerzi meg. A halandósági viszonyok jelentős változása alatt azt kell érteni, hogy a 18-75 közötti korosztályban legalább 6 korév esetén az KSH által publikált legfrissebb néphalandósági táblából számolható halálozási valószínűség legalább 5%-kal eltér a legutóbbi újrakalkuláció idején aktuális KSH által publikált néphalandósági táblából számolható halálozási valószínűségtől. Első újrakalkuláció esetén az aktuális adatokat az eredetileg alapul vett néphalandósági táblához kell viszonyítani.

(23) **Havi kockázati díj:** a kockázat alatt álló összeg és a havi kockázati díj-ráta szorzata.

(24) **Kiegészítő biztosítások havi díja:** a kiegészítő biztosítások aktuális biztosítási összegéhez tartozó havi díj.

(25) **El nem számolt költségek:** a 13. § (2) bekezdésében foglalt esetben a befektetési egységek számának elégtelensége miatt még nem érvényesített költségek, amelyeket a biztosító kamatmentes tartozásként kezel. Az el nem számolt költségek a szerződő számláját bármely értékelési napon terhelhetik.

(26) **Kezdeti költség:** a biztosító a szerződéssel kapcsolatos kezdeti költségeinek fedezetére a biztosítás tartamának első 10 évében a kezdeti befektetési egységek számát évente a biztosítási évfordulón 10 százalékkal csökkenti minden befektetési egységalapban. A 10 év letelte után a megmaradt kezdeti befektetési egységeket felhalmozási befektetési egységekké váltja át.

(27) **Tranzakciós költségek:** a szerződő kérésére végrehajtott rendszeres pénzkivonás (25. §), a részleges visszavásárlás (28. §) és az áthelyezés (30. §) során érvényesített költségek, amelyeket a tranzakcióban érintett befektetési egységek értékéből von le a biztosító. Mértéke a tranzakcióban érintett befektetési egységek aktuális értékének a 2. számú mellékletben meghatározott százaléka, de legalább a biztosító által megállapított minimális, és legfeljebb a biztosító által megállapított maximális költség. A biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – legfeljebb a 10. § (3) bekezdésében foglaltaknak megfelelő mértékkel indexálja a tranzakciós költségeket.

(28) **Díjtűrészhatár:** az az összeg, amelynél kisebb eltérést a befizetett és az előírt díjak között a biztosító a saját belső számlái közötti átkönyveléssel rendez. A díjtűrészhatár nagyságát a 2. számú melléklet tartalmazza.

(29) **A szerződés létrehozása érdekében felmerülő költségek:** az alábbi a) és b) pontban részletezett költségek.

a) **Orvosi vizsgálatok költsége**



Az orvosi vizsgálatok költségét a szerződés létrejötte esetén a biztosító viseli. A biztosító az orvosi vizsgálat költségeit a 14. § (18) bekezdése alapján történő elszámolás esetén és a 12. § (3) bekezdése alapján jogosult a szerződőre hárítani. Aktuális költségét a 2. számú melléklet tartalmazza, amelyet a szolgáltatási díjak változásának arányában a biztosító jogosult évente egyszer módosítani.

b) Költségátalány

A költségátalány a biztosító kockázatbírálási és kötvényesítési költségeit átalányjelleggel foglalja magában. A költségátalányt a biztosító a 14. § (18) bekezdése alapján történő elszámolás esetén a szerződőre hárítja, aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

3. § A biztosított

Biztosított az lehet, aki a biztosítási szerződés létrejöttekor 18. életévénél idősebb, de a 65. életévét még nem töltötte be.

4. § A biztosítás tartama

A biztosítási szerződés határozatlan tartamra, de legalább 10 évre jön létre.

5. § Biztosítási esemény

(1) Biztosítási eseménynek minősül:

a) a biztosított tartam alatt bekövetkező halála, vagy
b) az az esemény, amelyet a kiegészítő biztosítások különös feltételei annak minősítenek.

(2) Balesetnek minősül a biztosított akaratától független, hirtelen fellépő külső behatás, amelynek következtében az emberi szervezet anatómiai szerkezetében változás következik be, és az így létrejött elváltozás szakorvosilag igazolt módon sérüléssel jár.

(3) Jelen szerződés feltételei szerint nem minősül balesetnek a betegségből eredő testi sérülés, a megemelés, a rándulás, a habituális ficam, a patológiás törés, a fertőzés, a rovarcsípés, a fagyás, a napszúrás, a nap általi égés és a hóguta.

6. § Biztosítási szolgáltatások

(1) Ha a biztosított a biztosítás tartama alatt elhalálozik, a biztosító az alábbiak közül a nagyobb összeget fizeti ki egy összegben:

a) a tartozásokkal csökkentett aktuális haláleseti biztosítási összeget,

b) a szerződő számláján az írásbeli haláleseti bejelentésnek a biztosítóhoz való beérkezése napját követő értékelési napon nyilvántartott befektetési egységek aktuális értékének megfelelő összeget.

(2) A biztosítási ajánlat átvétele és a biztosítás létrejötte (14. §) közötti időszakban a biztosító a (1) bekezdés a) pontjában meghatározott szolgáltatást teljesíti, valamint kifizeti az ajánlat átvételkor a szerződő által megfizetett, a szerződés létrejötteig letétként kezelt díjelőleget, a biztosítónak a szer-

ződés létrejöttekor a 2. § (19) bekezdése a) pontja szerint járó költségekkel csökkentve.

(3) A biztosítás létrejötte és az azt követő első biztosítási hónapforduló között a biztosító a (1) bekezdés a) és a b) pontjaiban meghatározott értékek összegét fizeti ki.

(4) A kiegészítő biztosítások különös feltételei szerint biztosítási eseménynek minősülő esemény bekövetkeztekor a biztosító a megfelelő kiegészítő biztosítás feltételeiben meghatározott szolgáltatást teljesíti egy összegben.

(5) A biztosítási esemény bekövetkeztekor a szerződő által igazolhatóan már megfizetett, de még át nem váltott biztosítási díjak is kifizetésre kerülnek.

(6) A biztosítási szerződés megkötését követően a biztosító évente írásban tájékoztatja a szerződőt a szerződésében foglalt szolgáltatások értékéről.

7. § A biztosítás díja

(1) A biztosítás díját a szerződő rendszeresen fizeti.

(2) A díjfizetés gyakorisága éves, féléves, negyedéves vagy havi.

(3) A szerződő írásban kérheti a díjfizetési gyakoriság megváltoztatását abban az esetben, ha szerződése évfordulóig díjjal van fedezve. A módosított díjfizetési gyakoriság az arra vonatkozó nyilatkozatnak a biztosítóhoz történő beérkezését követő 5. napjától az évforduló alapján számított, és az új díjfizetési gyakoriságnak megfelelő első biztosítási időszaktól érvényes.

(4) A biztosítás első rendszeres díjával azonos összegű díjelőleg az ajánlat megtételekor fizetendő.

(5) A biztosítás első rendszeres díja a szerződés hatálybalépésekor (15. §), minden későbbi rendszeres díj pedig annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre vonatkozik.

(6) A díjelőleget a biztosító az ajánlat elutasítása esetén, azzal egy időben visszautalja a szerződőnek. Az ajánlat megtételétől a visszautalásig ezt az összeget a biztosító kamatmentes letétként kezeli.

(7) A biztosító az esetleges kockázati és kiegészítő biztosítások díjait annak a biztosítási hónapnak a végéig vonja, amelyben a biztosított elhalálozott.

(8) A szerződőnek a rendszeres díjfizetésen túl lehetősége van eseti díjak befizetésére, illetve a rendszeres díjas módozatok esetén a rendszeres díj előrefizetésére is.

(9) Elmaradt rendszeres díj esetében a biztosító a szerződőtől beérkező eseti díjat a biztosítás elmaradt rendszeres díjainak megfelelő összeghatárig rendszeres díjként kezeli.

(10) A szerződőnek a díj előrefizetésére vonatkozó írásos nyilatkozata hiányában a biztosító az esedékes rendszeres díjak kivételével minden más díjat eseti díjnak tekint, kivéve, ha egyértelműen megállapítható, hogy egy vagy több bizto-



sítási időszakra szóló rendszeres díjnak megfelelő összeg érkezik be a biztosító rendszeres díj befizetésére szolgáló számlájára. A rendszeres díj előrefizetése – szerződésmódosítás nélkül – legfeljebb a következő biztosítási évfordulóig lehetséges. Az ezen időszakon túlnyúló időszakra irányuló, eseti díjnak nem minősülő befizetés összegét – amennyiben az évforduló 30 napon túl esedékes – nyilatkozat hiányában a biztosító visszautalja, illetve a szerződő írásos nyilatkozata alapján eseti díjként befekteti, visszautalja vagy az évfordulóig kamatmentes letétként kezeli. A nyilatkozat beérkezéséig, de legfeljebb 30 napig az összeget a biztosító kamatmentes letétként kezeli. Amennyiben az évforduló 30 napon belül esedékes, a biztosító a befizetett összeget az évfordulóig kamatmentes letétként kezeli.

(11) A biztosítónak jogában áll a rendszeres és az eseti díjak minimális értékét meghatározni, valamint e minimális értéket naptári évente egyszer módosítani. A változásról a biztosító a szerződőt a változások hatálybalépése előtt legalább 30 nappal értesíti. A minimális díjak aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

(12) Csoportos beszedési megbízás esetén a biztosító jogosult a rendszeres biztosítási díjat a szerződő folyószámlájáról az adott naptári hónapon belül a biztosítási díj esedékességéhez képest más időpontban lehívni.

(13) A szerződő folyószámlája rendszeres díjjal történő terhelésének aktuális időpontját a 2. számú melléklet tartalmazza. A biztosítónak jogában áll – a külső feltételek változása esetén – ezt az időpontot megváltoztatni.

(14) A biztosítónak a biztosítási díj kezelésével kapcsolatos egyes eljárási szabályait a 4. számú melléklet tartalmazza.

(15) A befizetett és az előírt díjnak a díjtűrészhatárnál kisebb különbözetével a biztosító rendelkezik.

8. § Késedelmes díjfizetés

(1) A biztosító a díjelmaradás tartama alatt a 2. § (19) bekezdésében meghatározott szabályok szerint a szerződő számláját terhelő költségeket változatlanul érvényesíti.

(2) A biztosító egy év díjjal nem fedezett időszak elteltével a biztosítást a 24. § szerint díjmentesíti, illetőleg ha a biztosítás nem felel meg a díjmentesítés feltételeinek, akkor a biztosító a további díj nemfizetést a szerződő 27. § szerinti visszavásárlási szándékának vélelmezi.

(3) Amennyiben a biztosító nem tud eljárni az (1) bekezdésben foglaltaknak megfelelően, a 13. § (2) bekezdésében foglalt eset kivételével, a szerződés kifizetés nélkül, a biztosítási hónapforduló napjával megszűnik.

9. § A szerződés ismételt hatálybaléptetése (reaktiválás)

(1) A biztosítási esemény nélkül, a 8. § (3) bekezdésében meghatározott módon megszűnt biztosítás az eredeti feltételekkel újra hatályba lép, ha a szerződő az első elmaradt díj esedékességétől számított 180 napon belül az összes elmaradt díjat befizeti.

(2) A biztosító kockázatviselése az elmaradt díjak befizetését követő nap 0. órájától folytatódik.

(3) Ha a szerződő az első elmaradt díj esedékességétől számított 180 napon túl kéri a biztosítási esemény nélkül, a 8. § (3) bekezdésében meghatározott módon megszűnt biztosítás ismételt hatálybaléptetését, ezt a kérelmet a biztosító új biztosítás megkötésére tett ajánlatként kezeli.

10. § Az értékkövetés (indexálás)

(1) Amennyiben a rendszeres díjfizetésű szerződés rendelkezik az indexálás jogával, a biztosító minden biztosítási évfordulón felajánlja a szerződőnek, hogy a biztosítás rendszeres díját, illetőleg a haláleseti biztosítási összeget és a kiegészítő biztosítások biztosítási összegeit külön kockázatbírálás nélkül, a (3) bekezdésben meghatározott módon, azonos arányban növelje.

(2) Díjmentesített szerződések esetén a haláleseti biztosítási összeget és a kiegészítő biztosítások biztosítási összegeit a biztosító külön kockázatbírálás nélkül, a (3) bekezdésben meghatározott indexszel növeli.

(3) A biztosító az indexet úgy határozza meg, hogy az a minden év február 1-jén érvényes, a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett, az előző naptári évre vonatkozó, decembertől decemberig számított fogyasztói árindextől legfeljebb 5 százalékponttal térjen el. A biztosító az indexet azon szerződések tekintetében alkalmazza, amelyek évfordulója a május 1-jét követő időpontra esik.

(4) Az indexálásról a biztosító a szerződőt legkésőbb 2 hónappal a biztosítási évfordulót megelőzően értesíti. Az értesítőlevél az évfordulót követően érvényes biztosítási díjat és biztosítási összegeket tartalmazza. A biztosítási évfordulótól kezdődően a biztosítási jogviszony a megemelt biztosítási összeggel és díjjal folytatódik, ha a szerződő az (5) bekezdésben foglaltak szerint az indexálást nem utasította vissza.

(5) A szerződő az indexálásról szóló értesítés kézhezvételétől számított 30 napon belül írásban értesítheti a biztosítót, hogy az indexálást elutasítja. Elutasítás esetén a biztosítás változatlan feltételekkel hatályban marad.

(6) Ha a biztosítási évben a szerződő az értesítőlevél kiküldését megelőzően élt a biztosítási díj egyedi növelésével (11. §), illetőleg a biztosítási összegek egyedi változtatásával (12. §), a biztosító



az indexált érték kiszámításánál a megváltozott értékből indul ki. Ha ezen igények valamelyike az értesítőlevél kiküldését követően, de még az évfordulót 5 nappal megelőzően érkezik be, a biztosító a szerződő kérésének megfelelő értéket tekintí érvényesnek a biztosítási évfordulótól. Amennyiben a szerződő által módosított biztosítási díj vagy biztosítási összegek valamelyike alacsonyabb az indexált értéknél, a biztosító az indexálást elutasítottnak, ellenkező esetben elfogadottnak tekintí. Ha a szerződő igénye az évfordulót megelőző 5 napon belül érkezik be, a biztosító azt az évfordulót követően hajtja végre.

(7) Amennyiben a szerződő egymást követő három felajánlott indexálást visszautasít, a haláleseti és a kiegészítő biztosítások biztosítási összegeinek további indexálására vonatkozó jogát elveszíti, azonban a rendszeres díj tovább indexálható.

(8) Az elveszített indexálási jogot a szerződő egy újabb, a biztosítottra nézve kedvező eredményű kockázatbírálással visszaszerezheti. Ebben az esetben a kockázatbírálás költségeit a szerződő viseli.

11. § A biztosítási díj egyedi növelése

(1) A szerződő a biztosítási szerződés megkötésétől számított két év díjjal fedezett tartam elteltével írásban kérheti a rendszeres díj növelését. A megemelt biztosítási díj az arra vonatkozó nyilatkozatnak a biztosítóhoz történő beérkezését követő 5. naptól számított első biztosítási időszaktól érvényes.

(2) A biztosító a biztosítási díj növelését minimális díjváltozáshoz kötheti, amelynek aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

12. § A haláleseti biztosítási összeg és a kiegészítő biztosítások biztosítási összegeinek egyedi növelése és csökkentése

(1) A szerződő a biztosítási szerződés megkötésétől számított két év díjjal fedezett tartam elteltével írásban kérheti a haláleseti biztosítási összeg és a kiegészítő biztosítások biztosítási összegeinek növelését vagy csökkentését.

(2) A biztosító megszabhatja a biztosítási összegek változtatásának minimális összegét, amelynek aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

(3) A haláleseti biztosítási összeg vagy a kiegészítő biztosítások biztosítási összegének növelése esetén ismételt kockázatbírálásra kerül sor, amelynek költségeit a biztosító jogosult a szerződőre hárítani.

(4) Az (1) bekezdésben meghatározott módon megváltozott biztosítási összeg érvénybelépésének feltétele, hogy a (3) bekezdésben foglalt ismételt kockázatbírálás során a biztosító elfogadja a biztosításiösszeg-változtatási kérelmet, valamint amennyiben biztosítási díj-növelés szükséges, az emelt biztosítási díj beérkezzen a biztosító számlájára.

(5) A biztosítási szerződés megkötésétől számított két év díjjal fedezett tartam elteltével a szerződőnek joga van az aktuális haláleseti biztosítási összeg és a kiegészítő biztosítások biztosítási összegeinek ismételt kockázatbírálás nélküli legfeljebb 25 százalékos emelésére, amennyiben a biztosított családi állapotában az alábbi változások egyike következik be:

a) házasságkötés, vagy

b) gyermek születése, illetőleg örökbefogadása, ha arra az igényt az eseményt követő 90 napon belül a biztosítónak írásban bejelenti.

(6) Az (5) bekezdésben meghatározott módon megváltozott biztosítási összeg a szerződő arra vonatkozó nyilatkozatának, illetőleg az eseményt igazoló iratoknak a biztosítóhoz történő beérkezését követő 5. naptól számított első biztosítási hónapfordulótól érvényes.

(7) Biztosítási összeg egyedi csökkentése esetében a megváltozott biztosítási összeg a szerződő arra vonatkozó nyilatkozatának a biztosítóhoz történő beérkezése utáni munkanaptól számított első biztosítási hónapfordulótól érvényes.

(8) Biztosítási összeg egyedi növelése esetében a megváltozott biztosítási összeg a (4) pontban meghatározott feltételek megvalósulását követő munkanaptól számított első biztosítási hónapfordulótól érvényes.

(9) A haláleseti biztosítási összeg, valamint a kiegészítő biztosítások biztosítási összegeinek növelése esetén a biztosító, a 13. § (1) bekezdése szerint, rendkívüli felülvizsgálatot végez. A megváltozott biztosítási összegek nem lehetnek magasabbak, mint a fenntartható értékek.

13. § A szerződés felülvizsgálata és a garantált biztosítási szolgáltatás

(1) A biztosító a (3) bekezdésben meghatározott évfordulókon és a (4) bekezdésben meghatározott esetekben felülvizsgálja a szerződést, és ha az aktuális haláleseti biztosítási összeg és a kiegészítő biztosítások biztosítási összegei az aktuális biztosítási díj mellett nem tarthatók fenn a következő felülvizsgálatig, akkor a szerződő választhat a biztosítási összegek arányos csökkentése vagy az aktuális biztosítási díj növelése között. A felülvizsgálat alapja a befektetési egységek aktuális értéke és a rendszeres biztosítási díj.

(2) Ha a szerződő két felülvizsgálat között a biztosítási díj fizetésével nem esik 3 hónapnál nagyobb késedelembe, akkor a biztosító garantálja, hogy a befektetési egységalapok befektetési teljesítményétől és a szerződőt terhelő költségek nagyságától függetlenül a szerződés életben marad a következő felülvizsgálat évfordulójáig.

(3) A szerződés felülvizsgálatára első alkalommal a 10. biztosítási évfordulón kerül sor. Ezt követően a biztosított 75 éves koráig minden 5., utána



minden biztosítási évfordulón sor kerül a szerződés felülvizsgálatára.

(4) A biztosító a haláleseti biztosítási összeg és a kiegészítő biztosítások biztosítási összegeinek egyedi növelése (12. §), a kockázatnövekedés [18. § (4) bekezdés] a díjmentesítés (24. §) és részleges visszavásárlás (28. §) esetén rendkívüli felülvizsgálatot végez.

14. § A biztosítási szerződés létrejötte és módosítása

(1) A biztosítási szerződés a felek írásbeli megállapodásával jön létre.

(2) Az életbiztosítási szerződés megkötésének előfeltétele a szerződő biztosítási ajánlata a biztosító részére.

(3) A biztosítónak az ajánlat elbírálására az ajánlat beérkezésétől számított 15 nap áll rendelkezésére.

(4) A biztosító a szerződés elbírálására rendelkezésére álló 15 napos határidőben nyilatkozik az ajánlat elfogadásáról.

(5) Az ajánlat elutasítását a biztosító nem köteles megindokolni.

(6) A biztosítási szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatra 15 napon belül nem nyilatkozik. Ilyen esetben a szerződés az ajánlatnak a biztosító vagy képviselője részére történt átadás időpontjára visszamenő hatállyal jön létre.

(7) Az ajánlatfelveletkor átvett díjelőleg csak a biztosítási szerződés létrejöttével minősül fizetett díjnak.

(8) A szerződő az ajánlat megtétele előtt írásban, aláírásával igazolva tesz nyilatkozatot arról, hogy a biztosításközvetítő az igényeit felmérte, majd a megadott információk alapján pontosította az igényeket, majd ezt követően közérthető, egyértelmű és részletes írásbeli tájékoztatást adott a biztosító, a biztosításközvetítő főbb adatairól (a társaság neve, székhelye, jogi formája és címe, székhely államának és felügyeleti hatóságának megjelölése, fióktelep útján kötött biztosítási szerződés esetén annak címe) és a biztosítási szerződés jellemzőiről.

(9) Az életbiztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához – ha a szerződést nem ő köti meg – a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. A biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a szerződés a biztosítási időszak végével megszűnik, kivéve, ha a biztosított a szerződő fél írásbeli hozzájárulásával a szerződésbe belép.

(10) Az írásbeli megállapodást, illetőleg a biztosító elfogadónyilatkozatát a biztosítási kötvény (igazolójegy, biztosítási bélyeg) kiállítása pótolja. Ha a kötvény tartalma a szerződő fél ajánlatától eltér, és az eltérést a szerződő fél tizenöt napon belül nem kifogásolja, a szerződés a kötvény tartalma szerint jön létre. Ezt a rendelkezést lényeges eltérésekre

csak akkor lehet alkalmazni, ha a biztosító az eltérésre a szerződő fél figyelmét a kötvény kiszolgáltatásakor írásban felhívta; ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.

(11) A szerződő a biztosítás különböző szolgáltatásaira eltérő kedvezményezett(ek)et jelölhet. Egy szolgáltatásra több kedvezményezett jelölése is lehetséges, az egy kedvezményezettre jutó százalékos mérték egyidejű megjelölésével.

(12) Ha egy szolgáltatásra a szerződő több kedvezményezettet jelölt, s a százalékos mértékek együttes összege nem pontosan 100 százalék, akkor a biztosító a kedvezményezettek között a kedvezményezés arányában osztja szét a teljes biztosítási összeget.

(13) A szerződő jogosult az eredetileg kijelölt kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal bármikor más kedvezményezettet jelölni. Ha nem a biztosított a szerződő fél, ehhez a biztosított írásbeli hozzájárulása is szükséges.

(14) A biztosított a szerződő fél írásbeli beleegyezésével a szerződésbe bármikor beléphet. A belépéshez a biztosító hozzájárulása nem szükséges.

(15) A biztosított, mielőtt a szerződés felmondás vagy díjfizetés elmaradása miatt megszűnik, a biztosítóval közölt nyilatkozatával a szerződő fél helyébe léphet. Ilyen esetekben a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a biztosított a szerződő féllel egyetemlegesen felelős.

(16) Ha a szerződő a szerződés létrejötte előtt írásban visszavonja a szerződés megkötésére tett ajánlatát, akkor a biztosító az addig befizetett díjakat – kamat nélkül – visszafizeti a szerződőnek.

(17) Az életbiztosítási szerződés megkötését követően a biztosító a szerződés létrejöttétől számított 30 napon belül – a kötelezettségvállalás helye szerinti állam hivatalos nyelvén, vagy ez irányú meg egyezés esetén, a szerződő kifejezett kérésére, más nyelven – a szerződőt bizonyítható és azonosítható módon, egyértelműen tájékoztatja a biztosítási szerződés létrejöttéről.

(18) Az életbiztosítási szerződést önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személy szerződő a szerződés létrejöttéről szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül az életbiztosítási szerződést írásbeli nyilatkozattal – indoklás nélkül – felmondhatja. A biztosító kockázatviselése a felmondónyilatkozat kézhezvételét követő napon megszűnik. A szerződő ezen rendelkezés szerinti felmondónyilatkozatának kézhezvételét követően a biztosító 15 napon belül elszámol a szerződő által a biztosítási szerződéssel kapcsolatban bármilyen jogcímen részére teljesített befizetésekkel.

a) Az elszámolás alapját a biztosító az alábbiak szerint állapítja meg:



a szerződő első díjából vásárolt egységek száma szorozva a befektetési egységeknek a kockázatviselés megszűnése napján érvényes vételi árfolyamával, és ez növelve a befizetett díj befektetése során elvont vételi és eladási ár különbözetével.

b) Az elszámolás során a biztosító az elszámolás alapjául szolgáló összeget csökkenti az alábbiakkal:

- a szerződés létrehozása érdekében felmerült költségeivel (ide nem értve az üzletkötőnek kifizetett jutalékot),
- a kockázatviselés kezdetétől a megszűnésig eltelt időszakra időarányosan számított kockázati díjjal, és
- a kiegészítő biztosítások díjának a kockázatviselés kezdetétől a megszűnésig eltelt időszakra számított időarányos részével.

c) A b) pontban felsorolt csökkentő tényezők együttes összege nem haladhatja meg a kezdeti biztosítási díj tizenketted részét.

d) A szerződés létrehozása érdekében felmerült költségek felszámítandó összegét a 2. számú melléklet tartalmazza.

e) A biztosító a kockázatviselés kezdetétől a megszűnésig eltelt időszakra időarányosan számított kockázati díjat úgy határozza meg, hogy a szerződésben vállalt kezdeti haláleseti biztosítási összeget (HBÖ) megszorozza a havi kockázatidíjrátával (KDR) tizenkétszeresével (3. számú melléklet), majd veszi annak 365-öd részének annyiszorosát, ahány napig a biztosító az adott szerződés vonatkozásában kockázatban állt ($HBÖ \times KDR \times 12 \times \text{kockázatban eltöltött napok száma} / 365$).

f) A biztosító a kiegészítő biztosításoknak a kockázatviselés kezdetétől a megszűnésig eltelt időszakra időarányosan számított díját úgy határozza meg, hogy a kiegészítő biztosítások éves díjának 365-öd részét megszorozza a kockázatviselés napjainak számával (kiegészítő biztosítások éves díja $\times$ kockázatban eltöltött napok száma / 365).

15. § A biztosítási szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete

(1) A biztosítási szerződés a kockázatviselés kezdetének napján lép hatályba.

(2) A biztosító kockázatviselése a biztosítás első díjának megfizetését követő nap 0. órájától kezdődik, feltéve, hogy az életbiztosítási szerződés a 14. § rendelkezéseivel összhangban már létrejött, vagy utóbb létrejön.

(3) Amennyiben a felek a díj megfizetésére vonatkozóan írásban halasztásban állapodnak meg, a kockázatviselés e megállapodás napján megkezdődik, feltéve, hogy az életbiztosítási szerződés a 14. § rendelkezéseivel összhangban már létrejött, vagy utóbb létrejön.

(4) Ha a szerződő fél a díjat a biztosító üzletkötőjé-

nek fizette, a díjat legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon a biztosító számlájára, illetőleg pénztárába beérkezettnek kell tekinteni; a szerződő fél azonban bizonyíthatja, hogy a díj korábban érkezett be.

16. § Várakozási idő

(1) A biztosító a biztosítási eseményre vállalt biztosítási szolgáltatást a kockázatbírálás időigényessége okából csak a várakozási idő eltelté után nyújtja. A várakozási idő megegyezik az adott biztosítás kockázatbírálási időtartamával, s legfeljebb az ajánlat beérkezésétől számított 15 napig vagy a kötvény korábbi kiállításáig tart.

(2) A várakozási idő nem vonatkozik az ezen időszak alatt bekövetkező baleseti eseményből eredő szolgáltatásokra való jogosultságokra.

17. § Közlési kötelezettség

(1) A szerződő, illetőleg a biztosított köteles a szerződéskötéskor a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval a valóságnak megfelelően és hiánytalanul közölni, amelyeket ismer vagy ismernie kell, és amelyekre a biztosító írásban kérdést tett fel. A közlésre, illetőleg a változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet és a biztosítottat; egyikük sem védekezhet olyan körülmény vagy változás nem tudásával, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni vagy neki bejelenteni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre, illetőleg a bejelentésre köteles lett volna. A biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a szerződő, illetőleg a biztosított eleget tesz közlési kötelezettségének.

(2) Ha az életkor helytelen bevallása következtében a biztosító a kockázati díjat

- a) a valóságos aktuális életkor után járó kockázati díjnál alacsonyabb összegben állapította meg, a biztosítási összeget arra az összegre kell leszállítani, amely a megállapított kockázati díjnak a biztosítás megkötésének időpontjában a biztosított tényleges aktuális életkora mellett megfelelt volna,
- b) a szükségesnél magasabb összegben állapította meg, a biztosító a díjkülönbözetet visszatéríti.

(3) A közlésre, illetőleg a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetében a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha:

- a) bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy
- b) az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében, vagy
- c) a szerződés hatálybalépésétől a biztosítási esemény bekövetkezéséig legalább öt év eltelt.

(4) A közlési kötelezettség megsértése miatt a biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól,



és a visszavásárlási összeg kifizetésére köteles.
(5) Az orvosi vizsgálat elvégzése a közlési kötelezettség alól a feleket nem mentesíti.

18. § Bejelentési kötelezettség

(1) Üzleti kapcsolat fennállása alatt az ügyfél köteles a tudomásszerzéstől számított 5 munkanapon belül a biztosítót értesíteni az ügyfél-átvilágítás során megadott adatokban, illetve a tényleges tulajdonos (2007. évi CXXXVI. törvény a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról 3. § r) pont) személyét érintően bekövetkezett változásról.

(2) A szerződő köteles a biztosítónak 15 napon belül írásban bejelenteni, ha a biztosított foglalkozása, munkaköre vagy rendszeres szabadidős tevékenysége a szerződés tartama alatt az ajánlat adataihoz képest megváltozik.

(3) A (2) bekezdés szerint bejelentett változás esetén a biztosító jogosult a megváltozott kockázat fennállásának időtartamára a kockázati díjat a kockázat változásával arányosan növelni, illetve csökkenteni.

(4) A (2) bekezdésben meghatározott kockázatnövekedés esetén a biztosító a 13. § (1) bekezdésében foglaltak szerint jár el a megnövekedett kockázat fennállásának időtartamára.

(5) Amennyiben a szerződő a bejelentési kötelezettségének nem tesz eleget, a biztosító a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályokat alkalmazza.

19. § Hitelfedezet

(1) A biztosítási szerződés kizárólag akkor szolgálhat hitelfedezetként, ha a szerződő és a biztosított személye azonos. Szerződőváltás esetén a biztosító a hitelfedezetet felmondja.

(2) A biztosító a 6. § (1) bekezdésének a) pontjában meghatározott aktuális haláleseti összeg erejéig a biztosított elhalálozása esetére a szerződő írásbeli kérésére hitelfedezetet nyújthat.

(3) Ha a 6. § (1) bekezdésében meghatározott haláleseti biztosítási szolgáltatás összege valamely hitelintézetnél hitelfedezetül szolgál, akkor a szerződést hitelfedezeti záradékkal látja el a biztosító. A hitelfedezet tartama alatt a kedvezményezett csak a hitelintézet írásbeli hozzájárulásával változtatható meg.

(4) Hitelfedezetként szolgáló biztosítás biztosítottjának elhalálozása esetén a biztosítási összeget csak az első kedvezményezettként megjelölt hitelintézet igényének kielégítését követően lehet kifizetni.

(5) A hitelfedezet tartama alatt kizárólag a hitelintézet hozzájárulásával csökkenthető a haláleseti biztosítási összeg, illetőleg a hitelintézet kedvezményezettségének mértéke.

(6) Bejegyzett hitelfedezeti záradék alatt nem kerülhet sor díjmentesítésre.

20. § A biztosító teljesítése

(1) A biztosítási eseményt az annak bekövetkezésétől számított 15 napon belül a biztosítónak be kell jelenteni, és a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, valamint lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését. A biztosító kötelezettsége nem áll be, amennyiben az ügyfél a bejelentési kötelezettségét nem vagy késedelmesen teljesíti, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.

(2) A kedvezményezett kötelezettsége, hogy a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvény előírásai szerinti átvilágításhoz szükséges okmányait a biztosító képviselőjének rendelkezésére bocsássa, amennyiben a szolgáltatási igény benyújtását megelőzően nem került átvilágításra.

(3) A biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez a következő iratokat kell a biztosító részére bemutatni, illetőleg átadni:

a) a biztosítási kötvényt,

b) a biztosított halála esetén a halotti anyakönyvi kivonatot és a halál okát, valamint a halált okozó betegség kezdetének időpontját és lefolyását igazoló részletes orvosi bizonyítványt, valamint, amennyiben történt boncolás, a boncolási jegyzőkönyvet,

c) a biztosított halála miatt indult hatósági eljárás esetén az eljárást befejező vagy elutasító jogerős határozatot, vádindítványt vagy vádiratot, vagy tényállás megállapítására alkalmas egyéb hiteles hatósági okiratot,

d) mindazon egyéb okiratokat, amelyek a jogosultság igazolásához, illetőleg a biztosítási esemény megállapításához szükségesek.

(4) A biztosító szükség esetén egyéb okiratokat vagy igazolásokat is bekérhet, illetőleg maga is beszerezhet adatokat.

(5) Amennyiben irat beszerzéséhez adatvédelmi okok miatt az érintett hozzájárulása szükséges, a hozzájárulás beszerzése, illetőleg megadása a kedvezményezett kötelezettsége és az iratok beszerzésének költsége is a kedvezményezettet terheli.

(6) A biztosítás díjmentesítéséhez, illetőleg a visszavásárlási összeg kifizetéséhez a következő iratokat kell a biztosító részére bemutatni, illetőleg átadni:

a) a biztosítási kötvényt,

b) a biztosított és a szerződő közös nyilatkozatát a díjmentesítésről.

(7) A szükséges iratok beszerzésével kapcsolatos költséget az köteles viselni, aki az igényét a biztosítóval szemben érvényesíteni kívánja.

(8) A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához, illetőleg a teljesítéshez szükséges összes irat beérkezése után, az utoljára beérkezett irat



kézhezvételétől számított 8 napon belül teljesíti vagy elutasítja.

(9) Amennyiben a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás kedvezményezettje kiskorú, a kifizetéssel járó szolgáltatás kizárólag gyámhatósági számlára történő utalással teljesíthető.

(10) Amennyiben az igény elbírálásához orvosi vélemény szükséges, a biztosított köteles magát alávetni a szükséges orvosi vizsgálatnak. Abban az esetben, ha orvosi vizsgálat nem szükséges, továbbá ha szükséges ugyan, de a biztosított a vizsgálatnak nem veti magát alá, a biztosító jogosult a rendelkezésre álló orvosi iratok és egyéb dokumentáció alapján a kárigényt elbírálni. Az esetleges véleménnyel szemben a biztosított a biztosítónál panasszal élhet.

(11) Ha a biztosító a panaszt elutasítja, az igényt érvényesíteni kívánó személy e döntés miatt a biztosítótól független igazságügyi orvosszakértői vélemény beszerzését kérheti.

(12) A biztosító független igazságügyi orvosszakértői véleményt bármely esetben beszerezhet.

(13) A biztosító illetékes vezetője a független igazságügyi orvosszakértői véleményt az igény elbírálása során figyelembe veszi.

(14) A független igazságügyi orvosszakértő eljárásával kapcsolatos költségeket az a fél viseli, akinek érdekében állt a felkérése. Amennyiben az igényt érvényesíteni kívánó személy kezdeményezte az eljárást, és az orvosszakértő a javára foglalt állást, a költségeket a biztosító fizeti.

(15) A biztosító a haláleseti biztosítási összeggel, a visszavásárlási összeggel, valamint a kiegészítő biztosítások szolgáltatásaival szemben kifizetésekor beszámítással él a 2.§ (25) bekezdésében meghatározott el nem számolt költségek erejéig.

(16) Az igénybe nem vett szolgáltatási összeget az elévülési időn belül a biztosító kamatmentes letétként kezeli.

21. § A biztosító mentesülése

(1) A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosítási esemény a biztosított halála esetén a kedvezményezett szándékos magatartásának következménye. Ebben az esetben az írásbeli haláleseti bejelentésnek a biztosítóhoz való beérkezése napját követő értékelési napon érvényes visszavásárlási összeg a biztosított örököseit illeti meg, és a kedvezményezett abból nem részesülhet.

(2) Több haláleseti kedvezményezett esetén az (1) bekezdés rendelkezése nem vonatkozik azon kedvezményezettekre, akik nem hatottak közre a biztosított halálának előidézésében.

(3) A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, és a 6. § (1) bekezdésének b) pontjában meghatározott összeget fizeti ki, amennyiben bizonyítja, hogy a biztosítási esemény

a) a biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartásának következménye,

b) a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekményével okozati összefüggésben következett be,

c) a biztosított súlyosan ittas állapotával okozati összefüggésben következett be,

d) bekövetkeztek a biztosított vezetői engedély vagy érvényes forgalmi engedély nélkül vezetett gépjárművet, és egyúttal egyéb közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, és a biztosítási esemény ezzel okozati összefüggésben következett be,

e) bekövetkeztek a biztosított ittas állapotban (legalább 0,8‰ véralkoholszint) vezetett gépjárművet, és egyúttal egyéb közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, és a biztosítási esemény ezzel okozati összefüggésben következett be,

f) bekövetkeztek a biztosított kábító-, bódítószerek hatása alatt állott, vagy egyéb vegyi anyagot bódítószerként alkalmazott, és a káresemény ezzel okozati összefüggésben következett be, kivéve, ha a fenti állapot orvosi utasítás alapján, annak pontos betartása mellett alakult ki,

g) a biztosított munkavégzése során, a munkavédelmi szabályoknak a biztosított általi súlyos megsértése miatt következett be, továbbá

h) ha a baleset bekövetkezését követően a biztosított nem vett igénybe haladéktalanul orvosi segítséget, vagy az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig nem folytatta, és az elhalálozás vagy a maradandó egészségkárosodás ezzel okozati összefüggésben következett be,

i) a szerződéskötéstől számított két éven belül elkövetett öngyilkosság következménye, tekintet nélkül a biztosított tudatállapotára.

(4) Amennyiben a biztosított a szerződéskötéstől számított két éven túl elkövetett öngyilkosság következtében hal meg, a biztosító a 6. § (1) bekezdésében meghatározott haláleseti szolgáltatást fizeti ki, kivéve, ha az öngyilkosságot megelőző két éven belül a 12. § alapján a haláleseti biztosítási összeg egyedi emelésére került sor. Ebben az esetben a biztosító az emelés előtti haláleseti biztosítási összeg figyelembevételével számított haláleseti szolgáltatást fizeti ki.

(5) A biztosító mentesül a baleseti szolgáltatás teljesítésétől, és a baleset-biztosítási kiegészítő biztosítások minden további feltétel nélkül megszűnnek, ha a balesetet olyan esemény idézte elő, amely következtében a biztosító a főbiztosítás biztosítási összegének kifizetése alól mentesül az (1), (2) és (3) bekezdések alapján.

22. § Kizárt kockázatok

(1) A biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek az alábbi eseteket:



Az esemény

- a) a biztosított elme- vagy tudatzavarával okozati összefüggésben következett be,
 - b) a biztosított motoros eszközökkel folytatott sporttevékenységének következménye,
 - c) a biztosított versenyszerű sportolása közben következett be,
 - d) bármely, olimpiai sportágként nem bejegyzett, különlegesen veszélyes sportcselekménnyel, így a küzdősportok köréből a pankrációval, utcai küzdelmekkel; az egyéb sportok és hobbijellegű tevékenységek köréből a szikla- vagy gleccsermászással, illetőleg az egészségbiztosítási törvény 18. §-a (6) bekezdésének e) pontjában felsorolt extrém sportokkal összefüggésben következett be,
 - e) bármiféle légi jármű, repülő szerkezet használata során következett be, kivéve a légitársaságok menetrendszerű vagy charterjáratainak utasait,
 - f) föld alatti vagy víz alatti munkavégzés vagy ilyen területen folytatott sporttevékenység következménye,
 - g) robbanószerekkel, robbanószerkezetekkel való foglalkozás következménye,
 - h) a biztosított fegyverviselésével okozati összefüggésben következett be,
 - i) az atommag szerkezetének módosulása, radioaktív sugárzás vagy egyéb ionizáló sugárforrás miatt következett be,
 - j) közvetve vagy közvetlenül összefüggésben áll harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel, lázadással, zavargással vagy terrorcselekménnyel, hadüzenettel vagy a nélkül vívott harccal, határvillongással, felkeléssel, forradalommal, zendüléssel, a törvényes kormány elleni puccsal vagy puccskísérlettel, népi megmozdulással, nem engedélyezett tüntetéssel vagy be nem jelentett sztrájkjal, idegen ország korlátozott célú hadi cselekményeivel, kommandótámadással.
- (2) Az (1) bekezdésben meghatározott esetek miatt bekövetkező halál esetén a biztosító az írásbeli haláleseti bejelentésnek a biztosítóhoz való beérkezése napját követő értékelési napon érvényes visszavásárlási összeget fizeti ki.

23. § A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése

- (1) A kötvény elvesztése vagy megsemmisülése esetén a biztosító az eredetivel egyező kötvénymásolatot állít ki, amennyiben ezt az ügyfél kéri, és teljes bizonyító erejű magánokiratban nyilatkozik az eredeti kötvény hiányáról.
- (2) A másolat kibocsátásával az eredeti kötvény érvénytelenné válik, amely tény a másolaton a biztosító feltünteti.

24. § Díjmentesítés

- (1) Rendszeres díjas biztosítás esetén a biztosítási szerződés megkötésétől számított **két év díjjal fedezett tartam elteltével** a szerződő írásbeli nyilatkozatban kérheti, hogy a biztosító a biztosítást a nyilatkozatnak a biztosítóhoz történő beérkezését követő 5. naptól számított első biztosítási hónapfordulóval díjmentesítse. A szerződő további díjfizetési kötelezettsége ezzel megszűnik, de eseti díjak fizetésére való jogosultsága változatlanul megmarad.
- (2) A biztosító a díjmentesítés napjával a biztosítás kezdeti befektetési egységeit felhalmozási befektetési egységekké váltja át, az el nem számolt kezdeti költségek azonnali érvényesítésével.
- (3) A díjmentesítés feltétele, hogy a (2) bekezdés alkalmazása után a felhalmozási befektetési egységek aktuális értéke elérje a biztosító által a 2. számú mellékletben meghatározott minimális összeget, melynek mértékét a biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – legfeljebb a 10. § (3) bekezdésében foglaltaknak megfelelő mértékkel módosíthatja.
- (4) A díjmentesítés után a biztosító a 13. § (1) bekezdésében meghatározott módon rendkívüli felülvizsgálatot végez, és ha az aktuális haláleseti biztosítási összeg és a kiegészítő biztosítások biztosítási összegei nem tarthatók fenn, a biztosító a biztosítási összegeket arányosan a megfelelő szintre csökkenti.
- (5) A biztosítás díjmentesítés után is visszavásárolható a rendszeres díjas biztosítás felhalmozási befektetési egységekre vonatkozó visszavásárlási feltételek alapján.
- (6) Díjmentesített biztosítás esetén a szerződő írásban kérheti a rendszeres díjfizetés visszaállítását. A rendszeres díjfizetés visszaállítása esetén a haláleseti biztosítási összeg és a kiegészítő biztosítások biztosítási összegei a díjfizetés visszaállítása előtti szinten maradnak, illetőleg a 25. § szerint igénybe vett rendszeres pénzkivonás miatt hatályát veszített, a 13. §-ban meghatározott garanciavállalás nem áll helyre.
- (7) Amennyiben a díjfizetés visszaállítása a biztosítási évfordulóra esik, és indexálásra sor kerül, akkor az indexált haláleseti biztosítási összeg és kiegészítő biztosítási összegek lesznek érvényesek.

25. § Rendszeres pénzkivonás

- (1) A szerződő díjmentesített biztosítás esetén bármikor írásban kérheti, hogy a biztosító havi rendszerességgel, de legalább két alkalommal azonos összegű pénzt fizessen ki számára a számlájáról (rendszeres pénzkivonás). Erre a szerződő alszámláin nyilvántartott felhalmozási befektetési egységek arányos eladása révén, a szerződő kérelmének a biztosítóhoz történt beérkezését követő 5. nap utáni első biztosítási hónapfordulótól kerül



sor, minden esetben a hónapforduló napján – mint értékelési napon – érvényes vételi árfolyamon.

(2) Az (1) bekezdésben meghatározott kifizetés további feltétele, hogy a havonta kivont összeg nem lehet kevesebb, mint az aktuális minimális havi díj.

(3) A rendszeres pénzkivonás a szerződő azt felüggesztő kérelmének a biztosítóhoz történő beérkezését követő 5. naptól számított első biztosítási hónapfordulóig, vagy legfeljebb a (7) bekezdésben és a (8) bekezdés a) és b) pontjaiban meghatározott biztosítási hónapfordulóig tart.

(4) A rendszeres pénzkivonás havi költsége megegyezik a 2. § (27) bekezdésében meghatározott tranzakciós költséggel, amelyet a biztosító a kifizetendő összegből von le. A költség aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

(5) A rendszeres pénzkivonás megkezdése után a biztosítónak a 13. § (2) bekezdésében meghatározott garanciavállalása hatályát veszti, azaz a szerződés megszűnik azon a biztosítási hónapfordulón, amikor a szerződő számláját terhelő rendszeres költségeket [2. § (19) bekezdés] az alapok értékének elégtelensége miatt a biztosító nem tudja érvényesíteni.

(6) A rendszeres pénzkivonás tartama alatt a biztosító a 10. § szerinti indexálást szüneteltetheti.

(7) Rendszeres pénzkivonásra addig van lehetőség, amíg

a) arra a szerződő számláján nyilvántartott befektetési egységek aktuális értéke fedezetet nyújt, illetőleg

b) a szerződés első 10 évében az utolsó pénzkivonás után a fennmaradó biztosítás aktuális visszavásárlási összege eléri a biztosító által a 2. számú mellékletben meghatározott összeget, melynek mértékét a biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – legfeljebb a 10. § (3) bekezdésében foglaltaknak megfelelő mértékkel módosíthatja.

(8) A szerződés

a) tizedik évfordulójáig azon a biztosítási hónapfordulón, amelyen a befektetési egységek aktuális értéke nem nyújt fedezetet a rendszeres pénzkivonás teljes összegének kifizetésére, a biztosító a részletek további kifizetését leállítja, ebben az esetben a hónapfordulón kifizetés nem történik, de a biztosítás továbbra is érvényben marad;

b) tizedik évfordulóját követően azon a biztosítási hónapfordulón, amelyen a befektetési egységek aktuális értéke nem nyújt fedezetet a rendszeres pénzkivonás teljes összegének kifizetésére, a biztosító a befektetési egységeknek a kifizetés költségével csökkentett aktuális értékét fizeti ki. A kifizetéssel a biztosítás megszűnik.

26. § Felmondás

(1) A szerződő bármely biztosítási hónapfordulóra, legalább a hónapfordulót 30 nappal megelőzően a szerződést írásban felmondhatja.

(2) Felmondás esetén a biztosító a szerződés megszűnésekor érvényes visszavásárlási összeget fizeti ki.

27. § Visszavásárlás

(1) A visszavásárlási igény bejelentése esetén a szerződő írásbeli nyilatkozatának a biztosítóhoz történő megérkezését követő nap 0. órájától a biztosító kockázatviselése megszűnik.

(2) A biztosító a kockázatviselés megszűnésének napjától számított 8 napon belül fizeti ki a kockázatviselés megszűnése napján érvényes visszavásárlási összeget a szerződő részére.

(3) A biztosítási szerződés megkötésétől számított két év díjjal fedezett tartamon belül a visszavásárlási összeg meghatározásához a biztosító a meg nem képzett kezdeti befektetési egységek mértékéig a felhalmozási befektetési egységeket kezdeti befektetési egységekként kezeli.

(4) A visszavásárlási összeg a szerződő számláján nyilvántartott kezdeti és felhalmozási befektetési egységek – az igény bejelentését követő első értékelési napon megállapított vételi áron számított – összértékének az alábbi százaléka:

Rendszeres díjas biztosítás esetén a kezdeti befektetési egységekre:

Az első biztosítási évben: 25%

A második biztosítási évben: 30%

A harmadik biztosítási évben: 35%

A negyedik biztosítási évben: 41%

Az ötödik biztosítási évben: 47%

A hatodik biztosítási évben: 54%

A hetedik biztosítási évben: 62%

A nyolcadik biztosítási évben: 70%

A kilencedik biztosítási évben: 79%

A tizedik biztosítási évben: 89%

A további években: 100%

Rendszeres díjas biztosítás esetén a felhalmozási befektetési egységekre:

Az első biztosítási évben: 90%

A második biztosítási évben: 91%

A harmadik biztosítási évben: 92%

A negyedik biztosítási évben: 93%

Az ötödik biztosítási évben: 94%

A hatodik biztosítási évben: 95%

A hetedik biztosítási évben: 96%

A nyolcadik biztosítási évben: 97%

A kilencedik biztosítási évben: 98%

A tizedik biztosítási évben: 99%

A további években: 100%

(5) A visszavásárlási összeg számítása szempontjából a rendszeres díjas biztosítás esetén csak a díjjal fedezett időszak vehető figyelembe. A díjfizetéssel fedezett időszak számítása során a 7. § (8) és (9) bekezdéseinek rendelkezéseit kell megfelelően alkalmazni.

(6) A biztosítási szerződés megkötését követően a biztosító évente írásban tájékoztatja a szerződőt szerződése aktuális visszavásárlási értékéről.



(7) A visszavásárolt biztosítás nem helyezhető újra érvénybe.

28. § Részleges visszavásárlás

(1) A szerződő rendszeres díjas biztosítás esetén a biztosítási szerződés megkötésétől számított **két év díjjal fedezett tartam elteltével** írásban kérheti, hogy a biztosító pénzt fizessen ki a számlájáról. Erre, ha a szerződő külön írásban nem rendelkezik az alapokból kivenni kívánt összegekről, a szerződő alszámláin nyilvántartott felhalmozási befektetési egységek – a szerződő kérelmének beérkezését követő első értékelési napon megállapított vételi árfolyamon történő – arányos eladása révén kerül sor, 8 napon belül.

(2) A részleges visszavásárlás feltétele, hogy a fennmaradó biztosítás aktuális visszavásárlási összege elérje a biztosító által a 2. számú mellékletben meghatározott minimális összeget, melynek mértékét a biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – legfeljebb a 10. § (3) bekezdésében foglaltaknak megfelelő mértékkel módosíthatja.

(3) A részleges visszavásárlás esetenkénti költsége megegyezik a 2. § (27) bekezdésében meghatározott tranzakciós költséggel, melyet az igényelt összegből von le a biztosító. A költség aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

(4) A részleges visszavásárlás után a biztosító a 13. § (1) bekezdése szerinti rendkívüli felülvizsgálatot végez, és ha az aktuális haláleseti biztosítási összeg és a kiegészítő biztosítások biztosítási összegei nem tarthatók fenn, a biztosító a biztosítási összegeket arányosan a megfelelő szintre csökkenti.

29. § Befektetési egységalapok és egységek módosítása

(1) A biztosítónak jogában áll, hogy befektetési egységalapot létrehozzon, valamint meglévőt megszüntessen; illetve hogy a meglévő befektetési egységalapok nevét és befektetési politikáját, valamint az alapkezelők körét megváltoztassa.

(2) A biztosító a befektetési egységalap

a) tervezett megszüntetése előtt legalább 30 nappal írásban értesíti a szerződőt, egyúttal elküldi az aktuálisan választható befektetési egységalapok befektetési politikáját;

b) tervezett létrehozása előtt legalább 30 nappal hirdetmény útján tájékoztatja a szerződőt.

(3) A biztosító felajánlja a megszűnő befektetési egységalap befektetési egységeinek bármely más működő befektetési egységalap befektetési egységeire való, valamint a meglévő befektetési egységalapok befektetési egységeinek a létrejövő befektetési egységalap befektetési egységeire való költségmentes áthelyezését.

(4) Amennyiben a szerződő az értesítés kézhezvételétől számított 30 napon belül nem rendelkezik

a megszűnő befektetési egységalap befektetési egységeinek áthelyezéséről, azokat a biztosító az általa meghatározott befektetési egységalapba helyezi.

(5) A biztosítónak joga van befektetési egységek felosztására vagy összevonására, ami megváltoztatja a befektetési egységek számát és a befektetési egységek értékét. A befektetési egységek felosztása vagy összevonása nem befolyásolja a szerződő érintett alszámláin nyilvántartott összes befektetési egység aktuális értékét.

(6) Amennyiben a befektetési egységalapot érintő változás kizárólag az egységalap elnevezésére, alapkezelőjére és befektetési politikájára vonatkozik, de nem érinti annak kockázati besorolását és alapvető célját, akkor a biztosító a szerződőt az egységalap megváltozott befektetési politikájáról annak hatályba lépése előtt az ügyfélszolgálatokon kifüggesztett hirdetmény és a www.aviva.hu internetes oldalon közzétett hírlevél útján tájékoztatja.

30. § Áthelyezés és a díj megosztásának módosítása

(1) A szerződő kérheti a biztosítót, hogy a valamely alszámláján nyilvántartott befektetési egységeket vagy azok egy részét más alszámlára helyezze át (áthelyezés).

(2) A befektetési egységek áthelyezése során a biztosító a szerződő nyilatkozatában foglalt tranzakciót az adott munkanap

a) 15 óra előtt beérkező nyilatkozat esetében a rákövetkező első munkanapon rögzíti rendszerében, és a rögzítést követő napon dolgozza fel,

b) 15 óra után beérkező nyilatkozat esetében a rákövetkező második munkanapon rögzíti rendszerében, és a rögzítést követő napon dolgozza fel.

(3) A szerződő az áthelyezési és díj megosztásának módosítására irányuló kérelmét a MyAviva online ügyfélfeloldalon is kezdeményezheti. Ilyen esetben a biztosító a tranzakciót kedvezményes díjtétellel (2. számú melléklet) hajtja végre.

(4) A tranzakció a feldolgozás napján megállapított árfolyamon történik.

(5) A biztosító évente egyszer jogosult a feldolgozás időpontjának meghatározását módosítani. A módosításról a biztosító a szerződőt a 2. számú mellékletben tájékoztatja.

(6) Évente az első áthelyezés költségmentes.

(7) Újabb áthelyezés esetén a biztosító tranzakciós költséget von le az áthelyezett befektetési egységek értékéből. A költség aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

(8) A szerződő kérheti a díj megosztásának módosítását (2. § (14) bekezdés). A díj új megosztása a szerződő arra vonatkozó nyilatkozatának a biztosítóhoz történő beérkezését követő díjfizetésekre érvényes.



31. § A biztosítás megszűnése

(1) A biztosítás megszűnik:

- a) ha az 5. § (1) bekezdésének a) vagy b) pontjában meghatározott biztosítási esemény bekövetkezését követően a biztosító teljesít,
 - b) ha a szerződést önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személy szerződő a biztosítást a 14.§ (18) bekezdése alapján a szerződés létrejöttéről szóló jognyilatkozat kézhezvételétől számított 30 napon belül felmondja,
 - c) ha a szerződő a biztosítást a 26. § (1) bekezdése alapján felmondja,
 - d) a rendszeres pénzkivonással összefüggésben a 25. § (8) bekezdésének b) pontjában meghatározott esetben,
 - e) ha a szerződő a biztosítást a 27. § szerint visszavásárolja,
 - f) a késedelmes díjfizetéssel összefüggésben a 8. § (2) és (3) bekezdésében meghatározott esetekben.
- (2) A szerződés megszűnésekor a felek kölcsönösen lemondanak a díjtűrőhatár mértékét meg nem haladó követelésükről.

32. § Elévülés

A biztosításból származó igények az esedékességtől számított 3 év elteltével elévülnek. A fel nem vett szolgáltatás összegét a biztosító az esedékességtől a felvételig kamatmentes letétként kezeli.

33. § A biztosítási és az üzleti titok

(1) A biztosító köteles a 2003. évi LX. törvényben meghatározott biztosítási titokra vonatkozó szabályokat maradéktalanul betartani. Biztosítási titok minden olyan – államtitoknak nem minősülő –, a biztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

(2) A 2003. évi LX. törvény 153-155. §-aiban meghatározott esetekben a titoktartási kötelezettség nem áll fenn:

- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel,
- c) a 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) az adóhatósággal (a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozási kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerző-

désből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli),

f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,

g) a biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselőjével, ezek érdekképviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítói, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,

h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,

i) az egészségügyről szóló törvényben foglalt egészségügyi hatósággal,

j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,

k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,

l) a 2003. évi LX. törvényben szabályozott adat-továbbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető szervvel,

m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,

n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében a Kártalanítási Számlát kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a Levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel és a kárrendezési megbízással és a kárképviselővel, illetve károkozóval, amennyiben az önrendelkezési jogával élve a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adataihoz kíván hozzáférni,

o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,

p) 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

q) feladatkörében eljáró országgyűlési biztossal szemben,

r) kötelező gépjármű-felelősségbiztosítással kapcsolatos biztosítási esemény bekövetkeztekor a kártörténetre vonatkozó adatra és bonus-malus besorolásra nézve más biztosítóval szemben a



2003. évi LX. Törvényben meghatározott feltételek esetén.

(3) A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a (2) bekezdésben meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.

(4) A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóság, a nemzetbiztonsági szolgálat és az ügyészség írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet a Btk-ban foglaltak szerint

- a) kábítószerrel visszaéléssel,
 - b) terrorcselekménnyel,
 - c) robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel,
 - d) lőfegyverrel vagy lőszernel visszaéléssel
 - e) pénzmosással,
 - f) bünszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel
- van összefüggésben.

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

(6) 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 miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
- d) a Bit a Tpt és a Hpt-ben az összevont alapú, illetve a kiegészítő felügyeletet jogosító rendelkezések teljesítésének érdekében történő adatátadás.

(7) A biztosító az Aviva vállalatcsoport tagjai, illetve az esetleges kiszervezett tevékenységet végző személyek, valamint az orvosszakértői véleményt készítő szakorvosok számára az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja abból a kizárólagos célból, hogy a tagvállalatok szolgáltatásait a szerződő számára közvetlenül ajánlhassák fel, illetőleg a kiszervezett tevékenységet maradéktalanul elláthassák, amennyiben a szerződő ehhez az ajánlati

úrlapon hozzájárul. A kiszervezett tevékenységet végzők, valamint az orvosszakértői véleményt készítő szakorvosok személyét a biztosító hirdetményben teszi közzé.

(8) A biztosító kötelezettséget vállal arra, hogy megfelelő nyilvántartással rendelkezik, amely megvalósítja a biztosítási titok védelmét.

(9) A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó ügyfeleinek azon üzleti titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet. Ezen céltól eltérő célból végzett adatkezelést a biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

(10) A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosító, a független biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

(11) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a magyar bűnüldöző szerv, illetőleg az Országos Rendőr-Főkapitányság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva, vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv, illetve külföldi Pénzügyi Információs Egység írásbeli megkeresése teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól, amennyiben a megkeresés tartalmazza a külföldi adatkérő által aláírt titoktartási záradékot.

34. § A személyes adatok kezelése

(1) A biztosító, illetőleg az üzletkötő és vezetői a szerződő és a biztosított különleges és személyes adatait annak hozzájárulásával jogosultak kezelni. A biztosító azon személyes adatokat kezeli, amelyeket a szerződő, illetőleg a biztosított az ajánlati úrlapon, illetőleg az ajánlat megtétele vagy a szerződés hatálya, illetőleg a szerződésből eredő igények érvényesítése során egyéb formában a biztosítási szerződés létrehozása érdekében a biztosítóval közölt.

(2) A biztosító az (1) bekezdésben meghatározott adatokat mindaddig kezeli, amíg a létrejött, illetőleg létre nem jött szerződésből igény érvényesíthető.

(3) Az adatkezelés célja kizárólag a biztosítási szer-



ződés megkötése, módosítása, állományban tartása és a követelések megítéléséhez szükséges adatok nyilvántartása, illetőleg törvényi kötelezettségek teljesítése lehet.

(4) A személyes és különleges adatokat a biztosító a szerződő és a biztosított írásbeli hozzájárulásával jogosult kezelni, viszontbiztosító részére továbbítani, – ideértve a külföldre továbbítást is –, valamint ezen adatokat feldolgozás és az ügymenet szakszerűbbé tétele érdekében adatkezelő, adatfeldolgozó, az orvosszakértői véleményt készítő szakorvos, illetőleg kiszervezett tevékenységet végző személy részére átadni.

(5) A biztosítási ajánlat aláírásával a szerződő és a biztosított megadja a különleges és személyes adatai kezelésére vonatkozó írásbeli hozzájárulást.

(6) A szerződő és a biztosított a különleges és személyes adatairól jogosult tájékoztatást kapni, kérésére adatait – a megfelelő igazolások alapján – a biztosító a nyilvántartásában módosíthatja.

(7) A biztosító a vele szerződő bel- és külföldi adatkezelő, illetőleg viszontbiztosító intézményeket szerződésben nyilatkoztatja az adatok kezelésére és továbbítására szolgáló eljárások és berendezések biztonsági előírásoknak való megfeleléséről, illetőleg az adatszolgáltatás és -tárolás biztonságának szintjéről, valamint az ezért viselt felelősségükről. A személyes és különleges adatokat a biztosító kizárólag azon adatkezelő részére jogosult továbbítani, amelynél az adatvédelem magyar jogszabályok által támasztott követelményei valamennyi adatra nézve teljesülnek.

(8) A biztosító a telefonon vagy interneten történő, az ügyfelet, illetőleg szerződését érintő tevékenysége során gondoskodik a különleges és személyes adatok kezelésére, valamint a biztosításitok-védelemre vonatkozó szabályok maradéktalan érvényesítéséről.

35. § Adózással kapcsolatos jogszabályok

Az életbiztosítások adózására a következő jogszabályok vonatkoznak:

- 1995. évi CXVII. törvény a személyi jövedelemadóról;
- 1997. évi LXXX. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről, egységes szerkezetben a végrehajtásáról szóló 195/1997. (XI. 5.) Korm. rendelettel;
- 1991. évi IV. törvény a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról;
- 1996. évi LXXXI. törvény a társasági adóról és osztalékadóról.

36. § Tájékozódás és tájékoztatás

A szerződő fél saját szerződéseit egyes fő adatainak változásáról az alábbi módokon tájékozódhat:

a) A szerződő fél a biztosító internetes honlapján (www.aviva.hu) tájékozódhat az egyes befektetési egységalapok befektetési egységeinek aktuális vételi áráról.

b) A szerződő fél a biztosító személyes ügyfélszolgálatán (1138 Budapest, Népfürdő u. 22. fsz.) hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, keddtől péntekig tartó munkanapokon 9 és 17 óra között, kék telefonszámán (06 40 444 445), hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, keddtől péntekig tartó munkanapokon 8 és 17 óra között tájékozódhat saját szerződéseit befektetési egységeinek aktuális vételi áráról és számáról, valamint a 2. számú mellékletben szereplő adatokról.

c) A biztosító a 2. számú mellékletben foglaltak változásairól 30 nappal a változás előtt hirdetmény útján tájékoztatja a szerződőt.

d) A biztosítási szerződés megkötését követően a biztosító évente legalább egyszer írásban tájékoztatja ügyfelét az életbiztosítási szerződése szolgáltatási értékéről, aktuális visszavásárlási értékéről, a befektetési egységeinek aktuális vételi áráról és számáról, illetőleg ezeknek az előző értékelés óta bekövetkezett változásairól.

e) Amennyiben a biztosítási szerződés feltétele a leendő ügyfél orvosi vizsgálata, akkor az ügyfél az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.

37. § Illetékes bíróság, illetékes panaszforum

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

Az illetékes felügyeleti szerv a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.).

További illetékes panaszforum az Aviva Életbiztosító Zrt. Vezérigazgatósága (1138 Budapest, Népfürdő u. 22.).

Jelen szerződési feltételek kizárólag a jelzett mellékletekkel együtt érvényesek.

Budapest, 2009. június 2.



2. SZÁMÚ MELLÉKLET

AZ ARMADA CORPORATE költségeinek és minimális díjainak hatályos értékei	2009. május 1-jétől érvényes
Vételi és eladási ár közti különbség rendszeres díjfizetés esetén az eladási ár százalékában:	5%
Éves alapkezelési díj:	1,75%
Kivéve Profitör kötvénytúlsúlyos vegyes eszközalap esetén:	0,5%
Nyilvántartási díj:	520 Ft / hó
Minimális havi díj:	9 500 Ft
Minimális eseti díj:	20 000 Ft
A részleges visszavásárlásra, valamint a díjmentesítésre előírt minimális összeg:	300 000 Ft
A biztosítási díj növelésének minimális értéke:	2 000 Ft / hó
Tranzakciós költség:	0,3%
minimum	565 Ft
maximum	5 650 Ft
Tranzakciós költség MyAviva ügyféldalán kezdeményezett egységáthelyezés esetén:	Főbiztosítás:
minimum	0,2%
maximum	255 Ft
	4 655 Ft
	Portfólió Plusz:
	255 Ft
Díj lehívásának időpontja a folyószámláról:	A számlavezető bank eljárási rendjétől függően a hónap első 15 banki napjának valamelyike.
A biztosítási összegek változtatásának minimális értéke:	500 000 Ft
Díjtűrőhatár:	300 Ft
Baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás havi díjrátája normál kockázatú biztosítottra (1 Ft kockázat alatt álló összegért fizetendő havi díj):	0,2 % egy tizenketted része
Baleseti rokkantságra szóló kiegészítő biztosítás havi díjrátája normál kockázatú biztosítottra (1 Ft kockázat alatt álló összegért fizetendő havi díj):	0,15 % egy tizenketted része
A szerződés létrehozása érdekében felmerülő költségek:	
II. típusú orvosi vizsgálat	15 300 Ft + ÁFA
III. típusú orvosi vizsgálat	31 000 Ft + ÁFA
Költségátalány	2 000 Ft

Baleseti halál és Baleseti rokkantság kiegészítő biztosítások biztosítási összegeinek minimális és maximális értékei

- minimális értéke megegyezik a haláleseti biztosítási összeggel,
- maximális értéke: a haláleseti biztosítási összeg kétszerese és 9 000 000 Ft közül a magasabb érték.

A befektetési egységek áthelyezésének rendje:

Adott munkanapon	15 óra előtt beérkezett nyilatkozat	15 óra után beérkezett nyilatkozat
Tranzakció rögzítése	rákövetkező első munkanap	rákövetkező második munkanap
Feldolgozás napja és használt árfolyam	a tranzakció rögzítését követő nap	a tranzakció rögzítését követő nap

Jelen mellékletben meghatározott költségek és díjak – szerződési feltételek szerinti – változtatását a biztosító hirdetményben teszi közzé.

Budapest, 2009. június 2.



3. SZÁMÚ MELLÉKLET

A) Havi kockázatidíj-ráták

1 Ft kockázat alatt álló összegért fizetendő havi díj normál kockázatú biztosított esetén

Életkor	Férfi	Nő	Életkor	Férfi	Nő
18	0,008869%	0,003551%	60	0,303012%	0,120684%
19	0,010204%	0,003958%	61	0,321708%	0,130934%
20	0,011235%	0,004264%	62	0,341451%	0,141564%
21	0,011759%	0,004368%	63	0,362891%	0,153593%
22	0,011978%	0,004166%	64	0,386452%	0,167379%
23	0,012197%	0,004066%	65	0,412641%	0,183700%
24	0,012623%	0,003966%	66	0,441891%	0,201888%
25	0,013461%	0,004171%	67	0,473751%	0,221757%
26	0,014714%	0,004580%	68	0,507861%	0,243654%
27	0,016075%	0,005091%	69	0,543533%	0,268676%
28	0,017855%	0,005807%	70	0,580535%	0,297668%
29	0,020059%	0,006728%	71	0,616804%	0,329182%
30	0,022896%	0,007855%	72	0,652656%	0,363079%
31	0,026479%	0,009290%	73	0,690973%	0,400773%
32	0,030714%	0,010934%	74	0,734770%	0,443824%
33	0,035300%	0,012787%	75	0,787218%	0,493676%
34	0,040350%	0,014749%	76	0,848868%	0,562232%
35	0,045460%	0,016823%	77	0,908812%	0,613726%
36	0,050742%	0,018906%	78	0,976876%	0,672629%
37	0,056207%	0,021104%	79	1,053173%	0,740180%
38	0,061867%	0,023315%	80	1,139512%	0,817576%
39	0,068058%	0,025747%	81	1,236505%	0,906152%
40	0,074911%	0,028095%	82	1,345675%	1,007081%
41	0,082348%	0,030357%	83	1,468575%	1,122351%
42	0,090620%	0,032848%	84	1,605580%	1,253725%
43	0,099218%	0,035153%	85	1,759531%	1,402573%
44	0,107946%	0,037902%	86	1,930934%	1,571242%
45	0,116603%	0,040681%	87	2,120222%	1,761810%
46	0,124743%	0,043810%	88	2,332090%	1,976768%
47	0,132705%	0,046979%	89	2,565558%	2,217759%
48	0,140843%	0,050404%	90	2,821818%	2,486289%
49	0,149897%	0,054094%	91	3,100304%	2,785172%
50	0,160296%	0,058057%	92	3,406755%	3,114461%
51	0,172388%	0,062412%	93	3,741648%	3,477384%
52	0,185937%	0,066846%	94	4,092527%	3,873675%
53	0,200056%	0,071804%	95	4,487952%	4,297044%
54	0,214823%	0,077197%	96	4,863388%	4,753477%
55	0,229258%	0,083155%	97	5,319149%	5,228916%
56	0,243085%	0,089367%	98	5,681818%	5,707071%
57	0,256682%	0,095965%	99	6,315789%	6,235294%
58	0,270755%	0,103202%	100	7,142857%	6,875000%
59	0,285950%	0,111345%			

Budapest, 2009. április 1.



4. SZÁMÚ MELLÉKLET

Díjkezelési tájékoztató

Ön a befektetési egységhez kötött életbiztosításokra előírt rendszeres díjat, valamint eseti díjat fizethet be.

- Az **előírt rendszeres díj** a választott díjfizetési gyakoriság szerint a következő biztosítási időszak első napján esedékes.
- Társaságunk lehetőséget biztosít az előírt díj esedékesség előtti befizetésére is, ez az **előre fizetett – rendszeres – díj**.
- Az **eseti díjak** tetszőleges időpontban és gyakorisággal fizethetők be.

A beérkezett díjak kezelésének általános sémája a következő:

1. A befizetés azonosítása
2. A befizetés rendeltetésének megállapítása
3. A díj jóváírása
4. A jóváírt díjak befektetése

ad 1) A befizetés azonosítása

A befizetett összeg és a biztosítási szerződés egymáshoz rendelése (a befizető és az érintett szerződés azonosítása) a befizetés beérkezésének napján történik meg. Kérjük a kötvényszámot, vagy a szerződő nevét és címét a „közlemények” rovatban adja meg, enélkül a befizetés nem azonosítható. A kötvényszámon kívül a „közlemények” rovatban kérjük tüntesse fel a befizetett összeg rendeltetését és eseti díjfizetés esetében a díjmegosztási arányt. Első díj befizetése esetén a „díjelőleg” megjegyzést is fel kell tüntetni. A befizetett összeget 30 munkanap után visszautaljuk, ha a szerződés azonosításához szükséges adatok ezen időtartam alatt nem érkeztek meg, vagy azokat nem tudtuk beszerezni, és ezért a befizetés, valamint a szerződés nem rendelhető egymáshoz. A befizetett összeget az azonosításig, illetve a visszautalásig kamatmentes letétként kezeli a biztosító [2. § (15) bekezdés e) pontja].

ad 2) A befizetés rendeltetésének megállapítása

A befizetés rendeltetésének vizsgálata a díjfizetés módjának függvényében történik:

a) Folyószámla közvetlen terhelése

Az Ön folyószámlájának az Ön felhatalmazásával történő közvetlen terhelése esetén társaságunk kizárólag az esedékes rendszeres díjjal és a terheléskor már ismert díjmaradással terheli meg az Ön számláját.

b) Postai csekkes befizetés

Ha Ön előre nyomtatott postai csekken fizeti a dí-

jat, akkor a rendszeres díj befizetésére kiállított, előre nyomtatott összeget tartalmazó csekken érkezett befizetést rendszeres díjnak, az extra csekken történő befizetést eseti díjnak tekintjük.

c) Ügyfél által kezdeményezett banki átutalás

Az Ön által kezdeményezett banki átutalás esetén:

- Az UniCredit Banknál vezetett 10918001-00000005-07640011 számú, „rendszeres díj” megjelölésű bankszámlára beérkezett összeget rendszeres díjnak tekintjük, melynek IBAN formátumú számlaszáma HU96 1091 8001 0000 0005 0764 0011;
- Az UniCredit Banknál vezetett 10918001-00000005-07640028 számú, „eseti díj” megjelölésű bankszámlára beérkezett összeget eseti díjnak tekintjük, melynek IBAN formátumú számlaszáma HU25 1091 8001 0000 0005 0764 0028.
- Az UniCredit Bank nemzetközi bankazonosító SWIFT kódja BACXHUHB.

d) Készpénzes befizetés

Ha Ön az életbiztosítási tanácsadójának fizet készpénzben, akkor az összeg átvételét igazoló nyugtán mindig fel kell tüntetni a befizetett összeg rendeltetését.

Amennyiben a szerződéshez kötöttek Portfólió Plusz kiegészítő biztosítást, és Ön másképp nem rendelkezik, minden eseti díj a Portfólió Plusz kiegészítő biztosításra könyvelendő.

A befizetett összeg rendeltetéséről Ön írásos nyilatkozatban való rendelkezéssel is dönthet. Az írásos nyilatkozatot legkésőbb az összeg befizetésekor kell a biztosító vezérigazgatóságára, a díjkezelési csoporthoz eljuttatni (cím a 37. §-ban).

A rendszeres díj előrefizetése – szerződésmódosítás nélkül – legfeljebb a következő biztosítási évfordulóig lehetséges. Az ezen időszakon túlnyúló időszakra irányuló, eseti díjnak nem minősülő befizetés összegét – amennyiben az évforduló 30 napon túl esedékes – nyilatkozat hiányában a biztosító visszautalja, illetve a szerződő írásos nyilatkozata alapján eseti díjként befekteti, visszautalja, vagy az évfordulóig kamatmentes letétként kezeli. A nyilatkozat beérkezéséig, de legfeljebb 30 napig az összeget a biztosító kamatmentes letétként kezeli. Amennyiben az évforduló 30 napon belül esedékes, a biztosító a befizetett összeget az évfordulóig kamatmentes letétként kezeli.

Előre fizetett díjnak tekintjük azt a befizetést,



amikor egy vagy több biztosítási időszakra szóló, még nem esedékes, rendszeres díj érkezik be a társaság rendszeres díj befizetésére szolgáló számlájára.

Ha az azonosított szerződésen díjmaradás van, és a befizetett összeg legalább egy biztosítási időszakot fedez, akkor a már esedékes díjnak megfelelő összeget – az összeg rendeltetésétől függetlenül – a beérkezés napján rendszeres díjként írjuk jóvá.

ad 3) A díj jóváírása

A már esedékes rendszeres díjakat a beérkezés napján írjuk jóvá. Az előre fizetett és eseti díjakat a beérkezést követő munkanapon írjuk jóvá.

A befizetések jóváírására vonatkozó részletes szabályokat a 2. § (15) bekezdése tartalmazza.

Biztosítási évfordulón a díj indexálható. Az évfordulóig díjjal nem rendezett szerződések esetén azonban, amennyiben megállapítható, hogy a szerződőtől már az indexálást követően érvényessé váló díj érkezett be, akkor az elmaradt díjnak megfelelő összeget írjuk jóvá, és a különbözetet visszautaljuk.

Az évfordulóig díjjal rendezett szerződések esetén, az indexálást követően befizetésre került díjak azonosítása során, amennyiben megállapítható, hogy az indexálás előtti (korábban érvényes) díj érkezett be, akkor ezt a biztosító úgy tekinti, hogy a szerződő az indexálást hallgatólagosan elutasította.

ad 4) A jóváírt díjak befektetése

A jóváírt díjak befektetési egységekké való átváltása – a díj befektetési egységalapok közötti megosztására vonatkozó nyilatkozatnak megfelelően – a befektetési egységalapok megfelelő számú befektetési egységének az Ön számára történő

eladása révén a díj jóváírását követő értékelési napon érvényes aktuális eladási áron történik. A biztosító az eladott befektetési egységek darabszámát írja jóvá a szerződő számláján.

ad 5) Díjátkönyvelés

a) A szerződő írásbeli nyilatkozatban kérheti a díjmaradás, illetve az esedékes díj kiegyenlítését a Portfólió Plusz befektetési egységekhez kötött életbiztosítást kiegészítő biztosítás alszámláin nyilvántartott befektetési egységek terhére. Erre, ha a szerződő külön írásban nem rendelkezik az eszközalapokból kivenni kívánt összegekről, a szerződő alszámláin nyilvántartott felhalmozási befektetési egységek értékével arányosan kerül sor, a nyilatkozat biztosítóhoz történő beérkezését követő 8 napon belül.

b) Az átkönyvelés során a biztosító az alábbiak szerint jár el:

– a Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás alszámláin nyilvántartott befektetési egységeket a szerződő kérelmének beérkezését követő első értékelési napon megállapított eladási árfolyamon kivonja, majd

– a főbiztosítás alszámláin történő jóváírásra a szerződő kérelmének beérkezését követő második értékelési napon megállapított eladási árfolyamon kerül sor.

c) Az átkönyvelés végrehajtásának feltétele, hogy a Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás alszámláin nyilvántartott befektetési egységek fenti módon számított értéke fedezze a díjmaradás, illetőleg az esedékes díj összegét.

Budapest, 2009. június 2.



A PORTFÓLIÓ PLUSZ BEFEKTETÉSI EGYSÉGEKHEZ KÖTÖTT ÉLETBIZTOSÍTÁST KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MEB-092) FELTÉTELEI

A PORTFÓLIÓ PLUSZ befektetési egységekhez kötött életbiztosítást kiegészítő biztosítási szerződés (a továbbiakban: kiegészítő biztosítás) feltételei azonosak a befektetési egységekhez kötött életbiztosítás (a továbbiakban: főbiztosítás) feltételeivel, valamint annak mellékleteiben foglalt rendelkezésekkel, az alábbi eltérésekkel:

1. § A kiegészítő biztosítás létrejötte és tartama

- (1) E kiegészítő biztosítás megköthető a főbiztosításra tett ajánlat megtételével egyidejűleg, vagy a főbiztosítás tartama alatt bármikor.
- (2) A kiegészítő biztosítás az ajánlatnak a biztosító által történő elfogadásával a főbiztosítás következő biztosítási évfordulójáig szóló tartammal jön létre, és a főbiztosítás minden biztosítási évfordulóján automatikusan újabb egy évvel meghosszabbodik, feltéve, hogy a felek a főbiztosítás biztosítási évfordulóját egy hónappal megelőzően másképpen nem nyilatkoznak.
- (3) A főbiztosítás megszűnésével a kiegészítő biztosítás is megszűnik.

2. § Biztosítási esemény

A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási eseménynek minősül:

- a) a biztosítottnak a kiegészítő biztosítás tartamán belül bekövetkezett halála;
- b) a biztosítottnak a kiegészítő biztosítás tartamán belül történt baleset miatt a baleset időpontjától számított egy éven belül bekövetkezett halála.

3. § Biztosítási szolgáltatások

- (1) Ha a biztosított a kiegészítő biztosítás tartama alatt elhalálozik, a biztosító a főbiztosítás haláleseti kedvezményezettje részére egy összegben kifizeti a kiegészítő biztosítás alszámláin az írásbeli haláleseti bejelentésnek a biztosítóhoz való beérkezése napját követő értékelési napon nyilvántartott befektetési egységek aktuális értékét, és a szerződő által igazolhatóan már megfizetett, de még jóvá nem írt biztosítási díjakat.
- (2) Ha a biztosított a kiegészítő biztosítás tartama alatt, 65. életévének betöltése előtt baleset következtében egy éven belül meghal, a biztosító a főbiztosítás haláleseti kedvezményezettje részére az (1) bekezdésben meghatározott szolgáltatáson felül még egyszer kifizeti a kiegészítő biztosítás alszámláin az írásbeli haláleseti bejelentésnek a biz-

tosítóhoz való beérkezése napját követő értékelési napon nyilvántartott befektetési egységek aktuális értékét, de legfeljebb a mellékletben meghatározott maximális összeget.

- (3) A (2) bekezdés alkalmazása szempontjából balesetnek minősülnek a főbiztosítás feltételében a baleset meghatározásában foglaltak.

4. § A kiegészítő biztosítás díja

(1) E kiegészítő biztosításra kizárólag eseti díj fizethető.

- (2) A főbiztosításra tett ajánlat megtételével egyidejűleg megkötött kiegészítő biztosításra eseti díj a szerződés hatálybalépését követő naptól, a főbiztosítás tartama alatt megkötött kiegészítő biztosításra eseti díj az ajánlat elfogadását követő első főbiztosítási hónapfordulót követő naptól fizethető.

- (3) Az eseti díj minimális összegét a főbiztosításnak a befizetés időpontjában hatályos vonatkozó melléklete határozza meg.

- (4) A biztosító minden egyes általa felkínált befektetési egységálfához egy alszámlát hoz létre a szerződő kiegészítő biztosításához tartozó számláján, amelyen a biztosító a kiegészítő biztosítás adott befektetési egységálfájához tartozó befektetési egységek számát tartja nyilván, öt tizedesjegy pontossággal.

(5) A szerződő eltérő rendelkezése hiányában a főbiztosítás díjkezelési tájékoztatója szerint eseti díjnak minősülő összeget a biztosító az e kiegészítő biztosításra befizetett eseti díjnak tekinti, amelyet a jelen kiegészítő biztosításra érvényben lévő díjmegosztási arányok figyelembevételével fektet be.

- (6) Az (5) bekezdésben meghatározott befektetési eljárástól eltérő szándék esetén a szerződő írásbeli nyilatkozattal kérheti a befizetett eseti díjnak a főbiztosítás feltételeiben meghatározott eseti díjként történő kezelését.

- (7) A szerződő írásbeli nyilatkozattal kérheti, hogy a biztosító a befizetett eseti díjat a főbiztosítás díjmegosztási arányától eltérő arányban fektesse be.

- (8) A biztosító a befizetett eseti díjat kizárólag akkor kezeli a (6) és (7) bekezdésben foglalt rendelkezéseknek megfelelően, ha a szerződő erre irányuló nyilatkozata legalább egy értékelési nappal az eseti díjnak a biztosító számláján történő jóváírása előtt érkezik meg.

5. § Díjmentesítés

A főbiztosítás díjmentesítésekor az e kiegészítő biztosítás alszámláin nyilvántartott befektetési egységek száma változatlan marad. E kiegészítő biztosításra eseti díjfizetés a főbiztosítás díjmentesítése után is teljesíthető.



6. § Rendszeres pénzkivonás

E kiegészítő biztosítás befektetési egységei terhére rendszeres pénzkivonás nem teljesíthető.

7. § Visszavásárlás, részleges visszavásárlás

(1) Visszavásárlásnak minősül a kiegészítő biztosításra befizetett díjakból vásárolt befektetési egységeknek a főbiztosítással együtt történő teljes visszavásárlása.

(2) A kiegészítő biztosítás visszavásárlási összege a szerződő kiegészítő biztosításhoz tartozó számláján nyilvántartott befektetési egységek – az igény bejelentését követő első értékelési napon megállapított vételi áron számított – összértékének 100 százaléka.

(3) Az e kiegészítő biztosításra befizetett díjakból vásárolt befektetési egységek terhére a szerződő bármikor kérhet részleges visszavásárlást.

(4) Ha az e kiegészítő biztosítás alszámláin nyilvántartott befektetési egységek értéke a kért részleges visszavásárlás teljes összegére fedezetet nyújt, a biztosító e befektetési egységek terhére hajtja végre a kifizetést. Ha az igényelt összeg nagyobb, mint amekkora a kiegészítő biztosítás terhére teljesíthető, a biztosító erről írásban értesíti a szerződőt, akinek írásban a főbiztosítás terhére is külön kérnie kell a részleges visszavásárlást.

(5) Amennyiben a részleges visszavásárlás csak e kiegészítő biztosítás terhére történik, a főbiztosítás részleges visszavásárlásra vonatkozó időbeli korlátozásait figyelmen kívül kell hagyni.

(6) A kiegészítő biztosítás terhére igényelt részleges visszavásárlás minimális összege – a főbiztosításnak a szerződő részleges visszavásárlási kérelmének a biztosítóhoz való beérkezése napján hatályos vonatkozó mellékletében meghatározott minimális eseti díj, és – a kiegészítő biztosítás alszámláin a szerződő részleges visszavásárlási kérelmének a biztosítóhoz való beérkezése napját követő értékelési napon nyilvántartott befektetési egységek aktuális értéke közül a kisebb.

(7) A részleges visszavásárlás további feltétele, hogy a tranzakció után a kiegészítő biztosítás alszámláin nyilvántartott befektetési egységek értéke elérje a főbiztosításnak a szerződő részleges visszavásárlási kérelmének a biztosítóhoz való beérkezése napján hatályos vonatkozó mellékletében meghatározott minimális eseti díjat, vagy ezek értéke nulla legyen.

(8) A részleges visszavásárlás költsége megegyezik a főbiztosításnak a részleges visszavásárlás értéknapján hatályos havi nyilvántartási díjának a kétszeresével.

8. § Áthelyezés

(1) A szerződő kérheti a biztosítót, hogy a kiegészítő biztosítás valamely alszámláján nyilvántartott befektetési egységeket vagy azok egy részét a kiegészítő biztosítás más alszámlájára helyezze át (áthelyezés).

(2) Évente az első áthelyezés költségmentes, függetlenül attól, hogy az a főbiztosítás vagy a kiegészítő biztosítás alszámláit érinti.

(3) Újabb áthelyezés esetén, amennyiben az a kiegészítő biztosítás alszámláit érinti, a biztosító tranzakciós költséget von le az áthelyezett befektetési egységek értékéből, amely megegyezik a főbiztosításnak az áthelyezés értéknapján hatályos havi nyilvántartási díjával.

(4) Az áthelyezés további szabályai azonosak a főbiztosítás feltételeinek vonatkozó rendelkezéseivel.

(5) E szakasz rendelkezései alapján kizárólag e kiegészítő biztosítás befektetési egységalapjai között helyezhetők át a befektetési egységek.

(6) E kiegészítő biztosítás befektetési egységalapjaiból a főbiztosítás befektetési egységalapjaiba a Díjkezelési tájékoztató (a főbiztosítás 5. számú melléklete) ad 5) pontja szerint helyezhetők át befektetési egységek.

9. § Egyéb rendelkezések

A kiegészítő biztosítás megszűnik:

- a főbiztosítás bármilyen okból történő megszűnése esetén, vagy
- a főbiztosítási évfordulón, ha a felek valamelyike egy hónappal előtte írásban felmondja a kiegészítő biztosítást.

MELLÉKLET

A PORTFÓLIÓ PLUSZ kiegészítő biztosítás költségeinek és minimális díjainak 2008. március 1-jétől hatályos értékei

Vételi és eladási ár közötti különbség	2%
Éves alapkezelési díj	1,75%
kivéve Profitör kötvénnytúlsúlyos vegyes eszközalap:	0,5%
Baleseti halálra vonatkozó szolgáltatás maximuma	2 000 000 Ft

Budapest, 2009. június 2.



AVIVA BANKKÁRTYA Szerződési feltételek

Az Aviva Életbiztosító Zrt. forint- és euró alapú befektetési egységekhez kötött életbiztosítási szerződések mellé kötött Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás részleges visszavásárlásának különös feltételei

A forint- és euró alapú befektetési egységekhez kötött életbiztosítási szerződések mellé kötött Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás részleges visszavásárlására jelen feltételekkel Aviva–UniCredit co-branded bankkártyaszerződés köthető, amelyre az alább foglalt rendelkezések irányadók.

1. § A co-branded kártyaszerződés létrejötte és időtartama

(1) A Portfólió Plusz kiegészítő biztosításhoz bankkártya a főbiztosítási szerződés kötésével egyidejűleg, az ajánlat felvételekor, vagy azt követően, a szerződés hatálya alatt bármikor igényelhető. Az igénylés aláírásával egyidejűleg érvénybe lép a bankkártyaszerződés. Bankkártyát kizárólag természetes személy szerződő igényelhet. A bankkártyaigénylés feltétele, hogy a szerződő életbiztosításához kapcsolódjon az ajánlat megtételekor Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás, amely szerződésén a szerződő legalább 20 000 Ft vagy 80 EUR díjjal rendelkezik.

(2) A szerződés érvényességi feltétele, hogy a szerződő és a biztosító között az életbiztosítási szerződés érvényesen létrejöjjön – az ajánlat kötvényesítésre kerüljön –, továbbá, hogy a szerződő az **UniCredit Bankkal** – a továbbiakban: bank – a **bankkártyaszerződést érvényesen megkösse**.

(3) A bank az erre irányuló igénylés alapján a bankkártyaszerződéssel rendelkező személyek részére ügyfélminősítés és bírálat nélkül egyéves lejáratú MasterCard co-branded nemzetközi elfogadottságú, távoli hozzáférést biztosító hitelkártyát – a továbbiakban: bankkártya – biztosít.

(4) A szerződő az igénylésének beérkezésétől számított két héten belül postán kapja meg a co-branded kártyáját, amennyiben az igénylésen feltüntetett adatok valósak és teljes körűek. A bank a szerződő részére inaktív bankkártyát és PIN kódot küld, és értesítőlevélben tájékoztatja a szerződőt, hogy a személyes azonosítás érdekében mely bankfiókot kell felkeresnie.

(5) A bank a szerződőnek az általa választott bankfiókban történő megjelenésekor elvégzi az azonosítást, és aláírta, illetve átadja a bankkártyához kapcsolódó kondíciós listát és a banknak a termékre vonatkozó szabályzatait, majd a kártyát a rend-

szereiben aktiválja. Az aktiválást a bank Call Center-n keresztül is el lehet végezni (06 40 50 40 50). A bank az aktiválásról az adott napon 20 óráig tájékoztatja a biztosítót.

(6) Amennyiben a sikeres feldolgozástól számított 30 napig az ügyfél nem aktiváltatta kártyáját, azaz nem szerződött le a co-branded kártyatermékre, a biztosításközvetítő felveszi a kapcsolatot a szerződővel, és felkéri a PIN kód átvételére és szerződéskötésre. Ha a szerződő jelzi, hogy nem kapta meg az értesítőlevelet és benne a kártyát, a biztosító vagy a biztosításközvetítő egyeztetni az értesítési címet a szerződővel, és jelzi a bank felé az újragyártási kérést.

(7) A bank a megküldött jelzés alapján megszünteti a régi kártyát, és legyártja az új kártyát, amelyről értesíti a biztosítót és a szerződőt is.

(8) Amennyiben további 60 napon belül – azaz a sikeres feldolgozástól számított 90 napig – sem kerül sor az aktiválásra, akkor a bank automatikusan letiltja a kártyát, és megszünteti rendszereiben a szerződő adatait, amennyiben más banki termékkel nem rendelkezik.

(9) A bankkártya a bank előírásainak megfelelő aktiválását követően használható. A bankkártya használatára a jelen szerződési feltételek, továbbá a bank egyéb szerződési feltételeiben foglaltak irányadók.

(10) Amennyiben a bankkártyaigénylést a biztosító az 1. § (1) bekezdésében foglalt feltételek hiányában elutasítja, abban az esetben az ügyfélnek a hiányok pótlását követően új bankkártyaigénylést kell kitöltenie, és eljuttatnia a biztosító ügyfélszolgálatához.

2. § A kártyához tartozó szolgáltatások

(1) Készpénzfelvétel bankkártyával napi 1 000 000 Ft, illetve 4000 EUR összeghatárig hajtható végre. Ezt meghaladó összeget a Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás feltételeiben meghatározott részleges visszavásárlásra irányuló kérelemmel lehet igényelni a biztosító ügyfélszolgálatán keresztül.

(2) Vásárlás bankkártyával a 3. § (3) bekezdésében meghatározott értékhatárig hajtható végre.

(3) A kártyához alapszolgáltatásként külföldi utasbiztosítás tartozik, amely a bankkártya megújításával meghosszabbodik. Az utasbiztosítás feltételeit a bankkal kötött bankkártyaszerződés, illetőleg annak melléklete tartalmazza.

3. § Részleges visszavásárlás a bankkártya használatával

(1) A kártyabirtokos szerződő a kártyaelfogadó helyeken a kártyahasználatra ráutaló magatartással kezdeményezi a szerződésének részleges vissza-



vásárlását, amelynek feltételei a kiegészítő biztosítás feltételeiben meghatározottaktól az alábbiak szerint térnek el.

(2) A kiegészítő biztosítás alszámláin nyilvántartott befektetési egységek terhére igényelt részleges visszavásárlást a biztosító felé nem kell kérelmezni, a visszavásárlás minimális összegére vonatkozó korlátozások nem alkalmazhatóak, a tranzakció alapján a szerződő a visszavásárlási összeghez azonnal hozzájut.

(3) A felhasználható napi egyenleg megegyezik a Portfólió Plusz alszámláin nyilvántartott befektetési egységek napi aktuális értékének 70%-ával, míg a fennmaradó 30% a tranzakciókkal kapcsolatban felmerült kamatadó, egyéb költségek és a befektetéshez kapcsolódó árfolyamvesztés fedezésére szolgál. A felhasználható aktuális érték %-át a biztosító évente egyszer, a forgalom és a biztonságos működés elveinek figyelembevételével, felülvizsgálhatja. A felülvizsgálatról a biztosító a szerződőt írásban értesíti.

(4) A felhasználható egyenleget a biztosító forintban állapítja meg még akkor is, ha a bankkártya kiadásának alapja euró alapú biztosítás volt. Euró alapú biztosítás esetén a biztosító az egyenleget a Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás feltételeiben megjelöltek szerint állapítja meg.

(5) Érvényes bankkártyaszerződéssel rendelkező ügyfelek részleges visszavásárlást csak abban az esetben kezdeményezhetnek az Aviva ügyfélszolgálatán keresztül, ha a felvenni kívánt összeg meghaladja az 1 000 000 forintot, illetve a 4000 eurót. Ezen limit alatti összeghez kizárólag a bankkártya használatával juthatnak, illetőleg teljes visszavásárlás – amely egyaránt vonatkozik a főbiztosításra és a Portfólió Plusz kiegészítő biztosításra –, valamint a bankkártyaszerződés felmondása esetén kérhetik az Aviva ügyfélszolgálatán keresztül a szerződések alszámláin nyilvántartott összegek kifizetését. Ilyen esetekre a fő- és a kiegészítő biztosítás feltételeiben megjelölt rendelkezések irányadóak.

(6) A felhasználható egyenleg megállapítására és a részleges visszavásárlásokra portfólióarányosan – a portfólióban lévő befektetési egységek arányában – kerül sor.

(7) A bank minden banki munkanapon a szerződő által az előző elszámolás óta felhasznált és a kártyatársaság által elszámolt tranzakciókat, valamint az ahhoz kapcsolódó kondíciós listában meghirdetett díjakat a megküldött napi keret terhére elszámolja. Külföldi tranzakció elszámolásakor az adott tranzakció a bank Bankkártya Üzletszabályzatának megfelelő devizanemen kerül átváltásra forintra.

(8) Amennyiben a téves tranzakciók vagy a befektetési egységek árfolyamcsökkenése miatt a befek-

tetési egységek a költséget nem fedezik – túlköltség esete, – a biztosító a szerződőt felszólítja a tartozás kiegyenlítésére. Abban az esetben, ha a szerződő a túlköltség miatti tartozást nem egyenlíti ki, a biztosító a követelését a szerződő által kezdeményezett tranzakciót követő első rendszeres vagy eseti díj befizetésekor érvényesíti, ezért a szerződés ilyen esetben a rendszeres díj teljes megfizetése esetén is díjhátralékba kerülhet, amelynek kezelésére a főbiztosítás feltételeinek a díjhátraléokra vonatkozó rendelkezései az irányadóak. Amennyiben 3 hónap elteltével a szerződő a követelést nem egyenlítette ki, a biztosító a főbiztosítás visszavásárlásával érvényesíti a követelését úgy, hogy a tartozás levonását követően a fennmaradó összeget a szerződő részére kifizeti.

(9) Amennyiben a téves tranzakcióra a bank hibájából a szerződő terhére kerül sor, a biztosító a banknak a tévedésről szóló értesítése napján a téves összeget a szerződő számláján az értesítés napján aktuális árfolyamon eseti díjként írja jóvá.

4. § Kártyaszolgáltatás módosításai

(1) A szerződő co-branded kártyaszolgáltatáshoz kapcsolódó módosítási igényét (adatmódosítás, PIN-újragyártás) kizárólag a bank jogosult kielégíteni, a biztosító nem jogosult ilyen igények átvételére.

(2) A co-branded kártya napi standard használati limitjét a szerződő a bank fiókhálózatán keresztül vagy Telefonbank-munkatársainál módosíthatja. A bank külön limitet határoz meg az ATM-ből történő felvételhez, és külön a POS-terminálon kezdeményezett (idetartozik a postai vagy egyéb bankfióki felvétel) vásárlásokhoz. A szerződő a POS napi limitjét esetileg a standard limitet meghaladó limiten túl, akár a kerete felhasználható egyenlegéig is díjmentesen felemeltetheti, míg ATM-limitjét a standard 300 000 forintos limiten felül maximum napi 1 000 000 forintig, külön díj ellenében módosíthatja. A szerződő a napi 1 000 000 Ft, illetve 4000 EUR feletti készpénzfelvételi igényét a Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás feltételei szerint igényelheti.

(3) A bank a bankkártya elérhető egyenlegét csökkenti a bankkártyával felvett, illetve a biztosító ügyfélszolgálatán keresztül felhasznált összegekkel. Ilyen esetben kifizetés a Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás számlájáról kizárólag az egyenleg csökkentését követően eszközölhető.

5. § Díjak

(1) A kártyahasználatlaltal kapcsolatban felmerülő díjakat az UniCredit Bank co-branded kártyához tartozó kondíciós listája tartalmazza.

(2) A biztosító által felszámolt tranzakciós díjak:



tranzakciónként 100 Ft, illetve a tranzakció típusától függetlenül, havi rendszerességgel, az adott hónap tranzakcióinak összesített értéke után 0,3%, amely

- forint alapú biztosítás esetén minimum 492 Ft, maximum 4920 Ft,
- euró alapú biztosítás esetén minimum 2 €, maximum 20 €.

6. § Értesítések

A bank a felhasználható egyenlegről – amennyiben a bankkártyabirtokos SMS-szolgáltatást igényel, és az igénylési dokumentumban mobiltelefonszámot megadott – naponta 11 óráig SMS-üzenetben értesíti a szerződőt. A havi tranzakciókról a bank forgalmi kivonatot küld. A biztosító a befektetési egységekről készített kimutatásban értesíti a szerződőt a bankkártyás tranzakcióknak és a kapcsolódó díjaknak a befektetési egységek terhére érvényesített összegéről.

7. § Adatkezelés

A biztosító jogosult a szerződés teljesítésével kapcsolatos, alábbiakban részletezett adatokat a bank részére átadni, amelyhez a szerződő a bankkártyaszerződés igénylésének aláírásával visszavonhatatlanul hozzájárul:

- személyes adatait bankkártyaigénylés céljából,
- befektetési egységeinek napi egyenlegét,
- főbiztosítása és/vagy kiegészítő biztosítása megszűnése tényét,
- mindazon adatot, amely a bank felé esetlegesen benyújtott reklamáció megválaszolásához, illetve a panasz továbbításához szükséges, ha annak megválaszolása a bank hatásköre.

8. § Megszűnés, megszüntetés

(1) A bankkártyaszerződés automatikusan megszűnik:

- a) amennyiben a bankkártya-kibocsátás alapjául szolgáló főbiztosítás vagy kiegészítő biztosítás megszűnik, továbbá
- b) ha a bank a bankkártyát letiltja, vagy
- c) a vele kötött bankkártyaszerződést bármilyen okból megszünteti, illetőleg
- d) bármely okból a bankkártyaszerződés megszűnik,
- e) ha a bankkártyaszerződés alapjául szolgáló biztosítási szerződésen a szerződő módosítására kerül sor.

(2) A bankkártya letiltása kizárólag a banknál, a bankkártyaszerződés megszüntetése a banknál és a biztosítónál is kezdeményezhető.

(3) Amennyiben a szerződő érvényes bankkártyaszerződéssel rendelkezik, a főbiztosítás, valamint a Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás megszüntetése vagy megszűnése esetén a biztosító és a szerződő közötti elszámolásra kizárólag a bankkal kötött bankkártyaszerződésben meghatározott idő – a felmondástól számított 35 nap – elteltét követően kerülhet sor, függetlenül attól, hogy a megszűnésre vagy megszüntetésre felmondás vagy egyéb ok miatt kerül sor.

(4) A bankkártyaszerződés automatikusan megszűnik akkor is, ha a bank és a biztosító között a co-branded kártya nyújtására irányuló szerződés bármely okból megszűnik.

9. § Módosítási jog

(1) A biztosító a jelen szerződési feltételeket egyoldalúan jogosult módosítani, amennyiben a bank a biztosítóval kötött szerződését módosítja, az üzletszabályzatában vagy a kondíciós listájában változás áll be, vagy a bankkártyára vonatkozó bármely rendelkezését módosítja. Ilyen esetekben a biztosító a szerződőt a változást megelőzően legálább 30 nappal előre írásban értesíti.

(2) Amennyiben a bankkártyaszerződés alapját képező szerződés szerződőjének módosítására kerül sor, az új szerződő felel a korábbi szerződő esetleges tartozásaiért, amelyet a biztosító jogosult záradékon feltüntetni.

10. § Panaszkezelés

A bankkártyával és annak használatával, valamint az elszámolással kapcsolatos panaszok a banknál (06 40 50 40 50) és a biztosítónál is előterjeszthetők. A kártyával és annak használatával kapcsolatos panaszokat a bank, az elszámolással és az egyenleggel kapcsolatos kérdéseket és panaszokat a biztosító válaszolja meg. A kérdések és panaszok, valamint az egyenleget érintő kérdések megválaszolására a biztosító Call Centere is jogosult.

11. § Egyéb rendelkezések

A szerződő tudomásul veszi, hogy a befektetési egységekhez kötött életbiztosításhoz, illetőleg az azt kiegészítő Portfólió Plusz biztosítás mellé kötött kártya használatának feltételei – különösen a limitek, a túlköltség, a költségek és az elszámolás vonatkozásában – eltérnek a bankok által általában alkalmazott szerződési feltételektől.

Budapest, 2009. június 2.



A BEFEKTETÉSHEZ KÖTÖTT ÉLETBIZTOSÍTÁST KIEGÉSZÍTŐ, BALESETI HALÁLRA SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS (MEB-083) FELTÉTELEI

A befektetéshez kötött életbiztosítást kiegészítő, baleseti halálra szóló biztosítási szerződés (a továbbiakban: kiegészítő biztosítás) e feltételek, valamint a befektetéshez kötött életbiztosítás (a továbbiakban: főbiztosítás) feltételei alapján jön létre az Aviva Életbiztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító), valamint a szerződő között.

1. § Biztosított

Biztosított az lehet, aki a biztosítási szerződés létrejöttkor 18. életévénél idősebb, de a 65. életévét még nem töltötte be.

2. § A kiegészítő biztosítás tartama

(1) E kiegészítő biztosítás a főbiztosítással együtt köthető, amennyiben a biztosító a szerződő főbiztosítására és kiegészítő biztosításra tett ajánlatát egyaránt elfogadja.

(2) E kiegészítő biztosítás már érvényben lévő főbiztosítás mellé is köthető, a főbiztosítás biztosítási évfordulója előtt legalább 1 hónappal felvett ajánlat elfogadása révén. Ez esetben a főbiztosítás évfordulója a kiegészítő biztosítás kezdete. A szerződőnek a kiegészítő biztosításra tett ajánlatát a főbiztosítás biztosítási évfordulója előtt legalább 30 nappal kell megtennie.

(3) A főbiztosítás megszűnésével a kiegészítő biztosítás is megszűnik.

(4) A kiegészítő biztosítás az ajánlatnak a biztosító által történő elfogadásával 1 éves tartamra jön létre, és a főbiztosítás biztosítási évfordulóján automatikusan újabb 1 évvel meghosszabbodik, ha a felek a főbiztosítás biztosítási évfordulóját megelőzően 1 hónappal másképp nem nyilatkoznak, feltéve, hogy a főbiztosítás is érvényben marad, és a biztosított még nem töltötte be a 65. életévét.

3. § Biztosítási esemény

A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási esemény a biztosítottnak a kiegészítő biztosítás tartamán belül történt baleset miatt a baleset időpontjától számított egy éven belül bekövetkezett halála.

4. § Szolgáltatás

(1) A biztosító a biztosított baleset miatt bekövetkező halála esetén a kiegészítő biztosítás aktuális biztosítási összegét fizeti ki a kedvezményezett részére.

(2) Amennyiben a biztosított ugyanazon balesetből kifolyólag már részesült a biztosító befektetéshez kötött életbiztosítást kiegészítő, baleseti rokkantságra szóló biztosításának szolgáltatásában, az e biztosítás alapján fizetendő biztosítási összegből a baleseti rokkantságra szóló kiegészítő biztosítás alapján kifizetett szolgáltatást a biztosító levonja.

5. § A kiegészítő biztosítás díja

(1) A befektetéshez kötött életbiztosítást kiegészítő, baleseti halálra szóló biztosítás havi díjrátájának kiszámítása a biztosítás díjszabása alapján a biztosított egészségi állapotának, foglalkozásának és egyéb kockázati tényezőknek a figyelembevételével történik. A biztosító ezen információkat az ajánlatból, az egészségi nyilatkozatból, az orvosi vizsgálati jelentésből, s esetlegesen a szerződőtől bekért egyéb dokumentumokból szerzi meg.

(2) A kiegészítő biztosítás havi díja egyenlő az aktuális biztosítási összeg és a havi díjrata – az egységnyi biztosítási összegért fizetendő havi díj szorzatával.

(3) A biztosító fenntartja a jogot, hogy a baleseti halálozási mutatók jelentős változása esetén a havi díjrata értékét legfeljebb évente újrakalkulálja. A havi díjrata aktuális értékét a főbiztosítás 2. számú melléklete tartalmazza.

6. § Maradékjogok

E kiegészítő biztosítás nem rendelkezik maradékjogokkal.

7. § A biztosító teljesítése

(1) A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a biztosítási eseményt a szolgáltatás igénylőjének be kell jelentenie a biztosító részére. A bejelentést a biztosító által megküldésre kerülő kárbejelentő nyomtatványon, írásban kell megtenni.

(2) A biztosító teljesítésének további feltétele, hogy:

a) a benyújtott igény jogosultságát alátámasztó egészségügyi intézményi, illetőleg hatósági dokumentumok és információk a biztosító rendelkezésére álljanak, illetőleg

b) a biztosító által kért – a biztosítási eseménnyel, a bekövetkezett sérüléssel és a sérült személy magatartásával, illetőleg az egészségügyi ellátással összefüggő – minden további dokumentumot és információt a biztosító kézhez kapjon.

(3) A szolgáltatás igénylőjének fel kell kérnie és fel kell hatalmaznia a balesettel foglalkozó egészségügyi intézményeket és hatóságokat a biztosító által kért felvilágosítások megadására.

(4) Amennyiben az irat beszerzéséhez adatvédelmi okok miatt az érintett hozzájárulása szükséges a hozzájárulás beszerzése, illetőleg megadása a kedvezményezett kötelezettsége és az iratok beszerzésének költsége is a kedvezményezettet terheli.

8. § Egyéb rendelkezések

A kiegészítő biztosítás megszűnik:

- a) a biztosítási esemény bekövetkezésekor,
- b) a biztosítási hónap végén, ha a szerződő írásban felmondja a kiegészítő biztosítást,
- c) a főbiztosítás megszűnésekor,
- d) azon biztosítási év végén, amelyben a biztosított betölti 65. életévét.

Budapest, 2009. június 2.



BEFEKTETÉSHEZ KÖTÖTT ÉLETBIZTOSÍTÁST KIEGÉSZÍTŐ, BALESETI ROKKANTSÁGRA SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS (MEB-085) FELTÉTELEI

A befektetéshez kötött életbiztosítást kiegészítő, baleseti rokkantságra szóló biztosítási szerződés (a továbbiakban: kiegészítő biztosítás) e feltételek, valamint a befektetéshez kötött életbiztosítás (a továbbiakban: főbiztosítás) feltételei alapján jön létre az Aviva Életbiztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító), valamint a szerződő között.

1. § Biztosított

Biztosított az lehet, aki a biztosítási szerződés létrejöttkor 18. életévénél idősebb, de a 65. életévét még nem töltötte be.

2. § Kedvezményezett

E kiegészítő biztosítás kedvezményezettje kizárólag a biztosított lehet.

3. § A kiegészítő biztosítás tartama

(1) E kiegészítő biztosítás a főbiztosítással együtt köthető, amennyiben a biztosító a szerződő főbiztosításra és kiegészítő biztosításra tett ajánlatát egyaránt elfogadja.

(2) E kiegészítő biztosítás már érvényben lévő főbiztosítás mellé is köthető, a főbiztosítás biztosítási évfordulója előtt legalább 1 hónappal felvett ajánlat elfogadása révén. Ez esetben a főbiztosítás évfordulója a kiegészítő biztosítás kezdete. A szerződőnek a kiegészítő biztosításra tett ajánlatát a főbiztosítás biztosítási évfordulója előtt legalább 30 nappal kell megtennie.

(3) A főbiztosítás megszűnésével a kiegészítő biztosítás is megszűnik.

(4) A kiegészítő biztosítás az ajánlatnak a biztosító által történő elfogadásával 1 éves tartamra jön létre, és a főbiztosítás biztosítási évfordulóján automatikusan újabb 1 évvel meghosszabbodik, ha a felek a főbiztosítás biztosítási évfordulóját megelőzően 1 hónappal másképp nem nyilatkoznak, feltéve, hogy a főbiztosítás is érvényben marad, és a biztosított még nem töltötte be a 65. életévét.

4. § Biztosítási esemény

(1) E kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási esemény a biztosítottnak a kiegészítő biztosítás tartamán belül történt baleset miatt a baleset időpontjától számított két éven belül bekövetkezett **legalább 31%-os megrokkánása**.

(2) A rokkantság fokát a mellékelt táblázat szerint kell megállapítani.

(3) A maradandó egészségkárosodás mértékét a biztosító orvosa állapítja meg.

(4) Ha a baleset olyan testi funkciót érintett, amely már korábban is károsodott volt, a biztosító az aktuálisan megállapított rokkantsági fokot csökkenti a már korábban megállapított rokkantsági fokkal.

5. § Szolgáltatás

A biztosító a biztosítottnak a 4.§-ban meghatározott megrokkánása esetén a kiegészítő biztosítás tartozásokkal csökkentett, a biztosítási esemény bekövetkeztekor érvényben lévő aktuális biztosítási összegének a rokkantság fokával megegyező százalékát fizeti ki a biztosított részére. A biztosító kifizetése a biztosítási összeg 100 százalékát nem haladhatja meg.

6. § A kiegészítő biztosítás díja

(1) A befektetéshez kötött életbiztosítást kiegészítő, baleseti rokkantságra szóló biztosítás havi díjrátájának kiszámítása a biztosítás díjszabása alapján a biztosított egészségi állapotának, foglalkozásának és egyéb kockázati tényezőknek a figyelembevételével történik. A biztosító ezen információkat az ajánlatból, az egészségi nyilatkozatból, az orvosi vizsgálati jelentésből, s esetlegesen a szerződőtől bekért egyéb dokumentumokból szerzi meg.

(2) A kiegészítő biztosítás havi díja egyenlő az aktuális biztosítási összeg és a havi díjrata – az egysegnyi biztosítási összegért fizetendő havi díj – szorzatával.

(3) A biztosító fenntartja a jogot, hogy a baleseti rokkantsági mutatók jelentős változása esetén a havi díjrata értékét legfeljebb évente újrakalkulálja. A havi díjrata aktuális értékét a főbiztosítás 2. számú melléklete tartalmazza.

7. § Maradékjogok

E kiegészítő biztosítás nem rendelkezik maradékjogokkal.

8. § A biztosító teljesítése

(1) A biztosítási szolgáltatás igénybevételehez a biztosítási eseményt a szolgáltatás igénylőjének be kell jelentenie a biztosító részére. A bejelentést a biztosító által megküldésre kerülő kárbejelentő nyomtatványon, írásban kell megtenni.

(2) A biztosító teljesítésének további feltétele, hogy:

a) a benyújtott igény jogosságát alátámasztó egészségügyi intézményi, illetőleg hatósági dokumentumok és információk a biztosító rendelkezésére álljanak, illetőleg

b) a biztosító által kért – a biztosítási eseménnyel, a bekövetkezett sérüléssel és a sérült személy magatartásával, illetőleg az egészségügyi ellátással



összefüggő – minden további dokumentumot és információt a biztosító kézhez kapjon.

(3) A szolgáltatás igénylőjének fel kell kérnie és fel kell hatalmaznia a balesettel foglalkozó egészségügyi intézményeket és hatóságokat a biztosító által kért felvilágosítások megadására.

(4) Amennyiben az igény elbírálásához orvosi vélemény szükséges, a biztosított köteles magát alávetni a szükséges orvosi vizsgálatoknak. Abban az esetben, ha orvosi vizsgálat nem szükséges, továbbá ha szükséges ugyan, de a biztosított a vizsgálatnak nem veti magát alá, a biztosító jogosult a rendelkezésre álló orvosi iratok és egyéb dokumentáció alapján a kárigényt elbírálni. Az esetleges orvosi szakvéleménnyel szemben a biztosított panasszal élhet.

(5) Amennyiben az irat beszerzéséhez adatvédelmi okok miatt az érintett hozzájárulása szükséges a hozzájárulás beszerzése, illetőleg megadása a kedvezményezett kötelezettsége és az iratok beszerzésének költsége is a kedvezményezettet terheli.

(6) A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítésének kötelezettsége alól, amennyiben bebizonyosodik, hogy a baleset után nem vettek haladéktalanul orvosi segítséget igénybe, illetőleg nem folytatták az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig, vagy nem gondoskodtak a megfelelő ápolásról, valamint a baleset következményeinek lehetőség szerinti elhárításáról és enyhítéséről.

9. § Kizárások

Nem terjed ki a biztosítási védelem a kockázatviselés kezdete előtt már meglévő betegségekkel, egészségkárosodásokkal, illetve fogyatékosá-

gokkal közvetve vagy közvetlenül összefüggő balesetekre, valamint balesetből eredő egészségkárosodásokra.

10. § Egyéb rendelkezések

(1) A kiegészítő biztosítást csak abban az esetben lehet a főbiztosításhoz megkötni, ha ugyanehhez a főbiztosításhoz kötött baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás érvényben van, vagy a szerződő ezzel egyidejűleg baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítást is köt a főbiztosításhoz.

(2) E kiegészítő biztosítás biztosítási összege nem lehet nagyobb, mint az ugyanahhoz a főbiztosításhoz kötött baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összege.

(3) Ha a befektetéshez kötött életbiztosítást kiegészítő, baleseti halálra szóló biztosítás megszűnik, akkor minden további feltétel nélkül e kiegészítő biztosítás is megszűnik.

(4) A (3) bekezdésben említett eseten kívül a kiegészítő biztosítás megszűnik:

a) több, egymást követő biztosítási eseményből eredő szolgáltatási igény elbírálását követően akkor, ha a biztosító által megállapított rokkantság foka a 100 százalékot elérte,

b) a biztosítási hónap végén, ha a szerződő írásban felmondja a biztosítást,

c) a főbiztosítás megszűnésekor,

d) azon biztosítási év végén, amelyben a biztosított betölti 65. életévét.

Budapest, 2009. június 2.



**Melléklet a befektetéshez kötött életbiztosítást kiegészítő,
baleseti rokkantságra szóló biztosításhoz**

Testrészek egészségkárosodása	Rokkantság foka
Egyik felső végtag vállízülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik felső végtag könyökízület fölött való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
Egyik felső végtag könyökízület alatt való teljes elvesztése/működésképtelensége, vagy egyik kéz teljes elvesztése/működésképtelensége	60%
Egyik hüvelykujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	20%
Egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	10%
Bármely más ujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	5%
Egyik alsó végtag combközép fölött való teljes elvesztése vagy működésképtelensége	70%
Egyik alsó végtag combközépig való teljes elvesztése vagy működésképtelensége	60%
Egyik alsó végtag lábszár közepéig való vagy egyik lábfej teljes elvesztése vagy működésképtelensége	50%
Egyik lábfej boka szintjében való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	30%
Egyik nagylábujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	5%
Bármely más lábujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	2%
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
Amennyiben a biztosított a másik szem látóképességét már a biztosítási eseményt megelőzően elvesztette	65%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	15%
Amennyiben a biztosított a másik fül hallóképességét már a biztosítási eseményt megelőzően elvesztette	45%
A beszélőképesség teljes elvesztése	60%
A szaglóérzék teljes elvesztése	10%
Az ízlőképesség teljes elvesztése	5%

Budapest, 2009. június 2.



**„LÓCI ÓRIÁS LESZ”
GYERMEKEK EGYES SÚLYOS BETEGSÉGEIRE
ÉS BALESETEIRE SZÓLÓ
(MEB-086) KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSÁNAK
KÜLÖNÖS FELTÉTELEI**

A „Lóci óriás lesz” (MEB-086) kiegészítő biztosítási szerződés (a továbbiakban kiegészítő biztosítás), a kiegészítő biztosításban együttbiztosított gyermek egyes súlyos betegségeire, súlyos baleseteire, valamint halálára szól, és e feltételek, továbbá az Aviva Életbiztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) Életbiztosítási Szerződéseinek Általános Feltételei (a továbbiakban: Általános Feltételek), valamint a főbiztosítás Különös Feltételei alapján jön létre a biztosító és a szerződő között.

1. § Meghatározások

(1) Baleset:

a) a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező, a biztosított akaratától független, hirtelen fellépő külső behatás, ideértve a fagyást, napszúrást és a hőgutát is;

b) e balesetek köréből az a baleset, amely a 3. és a 4. számú mellékletekben meghatározott súlyos fogyatékosságot, súlyos törést, illetőleg halált okoz.

(2) Súlyos betegség:

a) Súlyos betegség a feltételek 2. számú mellékletében tételesen felsorolt, diagnosztizált betegség vagy betegségcsoport, valamint egyes betegségek vonatkozásában annak jelen feltételekben meghatározott ideig történő fennmaradása.

b) A biztosító szolgáltatását jelen feltételekben meghatározott esetekben a betegség bekövetkezése és az adott életkorban elvárható önellátó képesség adott betegséggel együtt járó súlyos zavarainak együttese, vagy a betegség jelen feltételekben meghatározott ideig tartó kezelése váltja ki.

(3) Az életkornak megfelelő önellátó képesség súlyos zavara:

a) e feltételben azt jelenti, hogy a kezelő orvos megállapítása szerint a biztosított személy a feltételekben meghatározott egyes betegségek (rosszindulatú daganatok, agyvelőgyulladás, agyhártyagyulladás, valamint az arckoponya súlyos sérülései) esetében, azzal összefüggésben, egyes mindennapi tevékenységeknek az adott életkorban elvárható önálló elvégzésére visszavonhatatlanul és teljesen képtelenné válik;

b) e feltételekben a 36 hónapos kor betöltését követően akkor állapítható meg, ha a meghatározott súlyos betegséggel legalább három, a zavarra utaló jellemző együtt jár a biztosítás tartama alatt a 36. vagy a 42. hónapot követő kezdettel, legalább hat egymást követő hónapon keresztül.

Az önellátó képesség zavarát jelenti, ha a biztosított legalább 36 hónapos és segítséggel sem képes:

– fürdeni, zuhanyozni, illetőleg általában önmaga tisztán tartására;

– felöltözni, illetve levetkőzni;

– a lakáson belül közlekedni (az egyik szobából a másikba egyedül átmenni; felkelni az ágyból, lefeküdni az ágyba; a székbe leülni, vagy onnan felállni);

– önállóan étkezni.

A 42. hónap betöltését követően az önellátó képesség zavarát jelenti a fentiekén túl az is, ha a biztosított nem képes:

– használni a WC-t és ügyelni a személyes higiéniájára;

– az ürítést kontrollálni.

Az előzőektől függetlenül önmagában is az önellátó képesség zavarát jelenti az, ha a legalább 36 hónapos biztosított legalább 6 hónapon keresztül:

– mentális okok miatt veszélyeztetni saját, vagy mások testi épségét, vagy

– állandóan ágyban fekszik, segítség nélkül nem tud onnan felkelni,

és ezen okok miatt állandó felügyeletre szorul.

(4) Kezelő orvos: a beteg adott betegségével, illetve egészségi állapotával kapcsolatos vizsgálati és terápiás tervet meghatározó, továbbá ezek keretében beavatkozásokat végző orvos (a feltételekben a szakmai megnevezésével jelölt szakorvos is), aki a beteg gyógykezeléséért felelősséggel tartozik; aki nem azonos a szerződővel, a törvényes képviselővel, illetve a biztosítottal, valamint azok közeli hozzátartozójával.

(5) Egészségügyi szolgáltató: a tulajdoni formától és a fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély alapján jogosult jogi személy, jogi személyiség nélküli szervezet és minden olyan természetes személy, aki a szolgáltatást saját nevében nyújtja.

(6) Kórház: fekvőbeteg ellátást nyújtó, kórházi ellátásra jogosított, és ekként nyilvántartott egészségügyi szolgáltató (ide értve a klinikákat is).

2. § Biztosított, törvényes képviselő

(1) Jelen feltételek alapján létrejövő kiegészítő biztosításban biztosított lehet

a) az a gyermek, aki a kockázatviselés kezdetekor 6 hónapnál idősebb, de a kockázatviselés kezdetét megelőző naptári év végéig még nem töltötte be a 8. életévét;

b) a már biztosított gyermek azon biztosítási év végéig, amelyben a 18. életévét betölti.

(2) Törvényes képviselő: a gyermek felett felügyeletet gyakorló szülő, gyám vagy eseti gondnok.



A törvényes képviselő a kiegészítő biztosítás vonatkozásában felmerülő – a gyermekkel kapcsolatos – jogai gyakorlásán túl, közreműködik a szerződés teljesítésében.

(3) A kiegészítő biztosítás létrejöttének érvényességi feltétele a törvényes képviselő hozzájáruló nyilatkozata a gyermek biztosítottként történő megnevezéséhez, a szerződéskötéshez, valamint nyilatkozata a szerződés feltételei megismeréséről és annak teljesítésében való közreműködési kötelezettségének elfogadásáról.

(4) A kiegészítő biztosítás tartama alatt a törvényes képviselő személyében történő változás bejelentése a szerződő kötelezettsége.

(5) A törvényes képviselő személyében bekövetkezett változást követően a kiegészítő biztosítás érvényességi feltétele az új törvényes képviselőnek a kiegészítő biztosításra és a szerződés teljesítésében történő személyes közreműködésére vonatkozó elfogadó nyilatkozata.

(6) A törvényes képviselő további jogait és kötelezettségeit e feltételek 3. §-a, a 4. § (3) és (4), az 5. § (2), (3), (4) és (5), a 8. § (1) és (2), valamint a 10. § (1) bekezdései tartalmazzák.

(7) E kiegészítő biztosításban a biztosítottként megnevezett személy a főbiztosítási szerződésben biztosított természetes személlyel együttbiztosított.

3. § Kedvezményezett

A szolgáltatások kedvezményezettje minden esetben a biztosítottnak az ajánlaton, vagy a 2. § (2) és (4) bekezdése szerint megnevezett törvényes képviselője.

4. § A kiegészítő biztosítás létrejötte, tartama, várakozási idő

(1) A kiegészítő biztosítás a biztosító valamely rendszeres díjas főbiztosítása mellé köthető a főbiztosítás megkötésekor. A kiegészítő biztosítás önállóan nem köthető, és a főbiztosítás megszűnésével a kiegészítő biztosítás is megszűnik.

a) Egy biztosítottra csak egy kiegészítő biztosítás köthető.

b) Egy főbiztosítás mellé több kiegészítő biztosítás köthető.

(2) Meglévő főbiztosításhoz e kiegészítő biztosítás kötése a főbiztosítás tartama alatt tett ajánlattal kezdeményezhető. A kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete az ajánlat elfogadását követő első biztosítási évforduló.

(3) A törvényes képviselő az ajánlaton nyilatkozik:

a) a gyermek biztosítottként történő megnevezéséről,

b) a szerződés megkötéséhez való hozzájárulásáról,

c) a szerződés feltételeinek megismeréséről és az abban foglalt közreműködési kötelezettsége elfogadásáról, valamint

d) az Általános Feltételek és a főbiztosítás különös feltételei érvényességének e kiegészítő biztosításra történő kiterjesztésének tudomásul vételéről.

(4) A törvényes képviselő az egészségi nyilatkozaton

a) tesz eleget a biztosított egészségi állapotával, és az előírt védőoltásokban való részesítésének igazolásával kapcsolatos közlési kötelezettségének;

b) nyilatkozik az orvosok és egészségügyi intézmények orvosi titoktartás alóli, a biztosítóval szembeni felmentéséről.

(5) E kiegészítő biztosítás az ajánlatnak a biztosító által történő elfogadásával 5 éves időtartamra jön létre, de legfeljebb a főbiztosítás díjfizetési tartamának végéig.

(6) A biztosító a díjszabást 5 éves tartamokra garantálja.

a) Az 5 év elteltével a biztosító a díjszabását felülvizsgálja és a feltételekben meghatározott biztosítási események bekövetkezési valószínűségeinek változása esetén a díjszabását újrakalkulálhatja.

b) Az adott kiegészítő biztosításra vonatkozó új díjszabás az 5. évfordulótól kerül alkalmazásra.

(7) A tartam meghosszabbodik

a) a kiegészítő biztosítás minden 5. biztosítási évfordulóján automatikusan újabb 5 évvel,

b) legfeljebb a főbiztosítás díjfizetési tartamának lejáratáig, illetve

c) a biztosított 18. életévének betöltését követő évfordulóig,

d) feltéve, hogy a felek az évfordulót megelőzően másképp nem nyilatkoznak.

(8) A biztosító változtatási szándéka esetén legkésőbb 2 hónappal az évfordulót megelőzően értesíti a szerződőt a kiegészítő biztosítást érintő változásokról.

a) A biztosítási jogviszony újabb 5 évre fennmarad, amennyiben a szerződő a levélben foglaltakat írásban, legkésőbb az értesítést követő 30 napon belül nem utasította vissza.

b) Visszautasítás esetén a kiegészítő biztosítás a biztosítási évfordulón megszűnik.

(9) A biztosító értesítésének hiánya esetén a kiegészítő biztosítás a következő 5 évben is változatlan feltételekkel és díjszabással marad érvényben.

(10) A várakozási idő:

a) ha a biztosított a kiegészítő biztosítás kockázatviselése kezdetének időpontjában 12 hónaposnál fiatalabb, akkor a kockázatviselés kezdetétől számított 6 hónap, de legfeljebb a biztosított 15 hónapos korát követő első hónapfordulóig tart,



b) a 12. hónap betöltését követően pedig a kockázatviselés kezdetétől számított 3 hónap.

5. § Szolgáltatás az egyes biztosítási események bekövetkezése esetén

(1) A szolgáltatás meghatározása

A biztosító a feltételekben megnevezett súlyos betegségek, balesetből eredő súlyos fogyatékoságok és súlyos törések, valamint a biztosított halála esetén az adott esetre vonatkozó aktuális biztosítási összeg 1. számú mellékletben meghatározott hányadát fizeti ki.

(2) Nem nyújt szolgáltatást a biztosító az Általános Feltételeknek a közlési kötelezettségre, a biztosító mentesülésére, valamint a kizárt kockázatokra vonatkozó paragrafusaiiban foglaltakon túl akkor, ha

a) a biztosított megbetegedése, balesete, illetőleg halála öngyilkossági kísérlettel összefüggésben, alkoholizmus, illetőleg kábítószer-fogyasztás, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként való alkalmazása következtében alakult ki, illetőleg következett be;

b) a törvényes képviselő sértette meg a közlési kötelezettséget;

c) a biztosított az életkorának megfelelő kötelező védőoltásokat nem kapta meg;

d) a biztosított állapota a törvényes képviselőnek felróható magatartása következtében áll be; és a bekövetkezett biztosítási esemény a fenti okok bármelyikével okozati összefüggésbe hozható.

(3) Szolgáltatás súlyos betegségek esetén

a) A súlyos betegséget a biztosító orvosa állapítja meg a kezelést végző egészségügyi szolgáltató által kiállított és a törvényes képviselő által benyújtott dokumentumok, valamint a 2. számú melléklet alapján.

b) A biztosító a kárigény elfogadása esetén a súlyos betegségekre vonatkozó aktuális biztosítási összeg 1. számú mellékletben meghatározott hányadának megfelelő biztosítási szolgáltatást nyújtja.

c) A biztosító akkor teljesít súlyos betegségre – a 2. számú mellékletben az adott betegség eseteire meghatározott feltételek fennállása mellett – szolgáltatást, ha a biztosított a kezdeti diagnózist követő 28. napon túl életben van.

(4) Szolgáltatás balesetből eredő súlyos fogyatékoságok esetére

a) Súlyos fogyatékoság e feltételek vonatkozásában a 3. számú mellékletben meghatározott testrésznek a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesetet követő két éven belül bekövetkező elvesztése.

b) A fogyatékoságot a biztosító orvosa állapítja meg a kezelést végző egészségügyi szolgáltató által kiállított és a törvényes képviselő által benyújtott

dokumentumok, valamint a 3. számú mellékletben közölt táblázat alapján.

c) A biztosítási tartam során a balesetből eredő súlyos fogyatékoságra vonatkozó védelem megszűnik a biztosítási hónapfordulón akkor, ha a súlyos fogyatékoságokra teljesített, az egyes kifizetések számítási alapjául szolgáló (adott szolgáltatások mértékeinek az aktuális biztosítási összegekhez viszonyított arányait meghatározó, a 3. számú mellékletben közölt) arányszámok összege eléri a 100%-ot.

d) A balesetből eredő súlyos fogyatékoságra nyújtandó szolgáltatás alapja a súlyos betegségre vonatkozó aktuális biztosítási összeg 20%-a. A biztosító a súlyos fogyatékoságra benyújtott kárigény elfogadása esetén ezen összeg 3. számú mellékletben meghatározott hányadát fizeti ki.

e) A biztosító e szolgáltatást a várakozási idő alatt is nyújtja.

(5) Szolgáltatás balesetből eredő súlyos törések esetére

a) Súlyos törés a biztosított balesetéből eredő, a 4. számú mellékletben meghatározott testrészen, csontozaton a baleset során azonnal elszenvedett törés.

b) Nem terjed ki a súlyos törésre vonatkozó biztosítási védelem arra a biztosított személyre, aki osteogenesis imperfectában (törékenységet okozó betegségben) szenved, ha a biztosítási esemény ezzel összefüggésbe hozható.

c) A súlyos törés bekövetkezését a biztosító orvosa állapítja meg a kezelést végző egészségügyi szolgáltató által kiállított és a törvényes képviselő által benyújtott dokumentumok, valamint a 4. számú mellékletben közölt meghatározások alapján.

d) Amennyiben a baleset előtt már meglévő betegségek vagy fogyatékoságok közrehatottak a baleset következményeiben és a közrehatás legalább 25 százalékos, a biztosító a fizetendő összeget a közrehatás mértékével csökkenti. A közrehatást és mértékét a biztosító orvosa állapítja meg.

e) A biztosítási évben bekövetkező több baleset esetén is jár szolgáltatás, de a biztosító a biztosítási év során legfeljebb a súlyos törésekre meghatározott aktuális biztosítási összeget fizeti ki.

f) A balesetből eredő súlyos törésekre nyújtandó szolgáltatás alapja a súlyos betegségre vonatkozó aktuális biztosítási összeg 5%-a. A biztosító a súlyos törésre benyújtott kárigény elfogadása esetén ezen összeg 4. számú mellékletben meghatározott hányadát fizeti ki.

g) A biztosító e szolgáltatást a várakozási idő alatt is nyújtja.

(6) Támogatás halál esetére

A biztosító a biztosítottnak a várakozási idő után



bármely okból bekövetkező, illetőleg a várakozási idő alatt bekövetkező baleseti halála esetén a súlyos betegségekre vonatkozó aktuális biztosítási összeg 2%-ának megfelelő támogatást nyújt.

(7) A kiegészítő biztosítás biztosítási összege nem nő az Általános Feltételek 1. számú mellékletének 10. bekezdése szerint számított töredékbónusz többletösszegével.

6. § A kiegészítő biztosítás díja. Indexálás

(1) A kiegészítő biztosítás díja a főbiztosítás díjával egyidejűleg fizetendő. A főbiztosítás díjfizetési gyakorisága szerint felszámított pótdíj a kiegészítő biztosítás díjára is vonatkozik.

(2) A főbiztosítást és a kiegészítő biztosítást egymástól függetlenül, külön indexálni nem lehet.

(3) A kiegészítő biztosítás díja és szolgáltatása mindig a főbiztosítás díjával és szolgáltatásával meg egyezően indexálódik a biztosítási évfordulón.

(4) Ha a szerződő visszautasítja a főbiztosítás indexálását, akkor a kiegészítő biztosítás biztosítási összege nem változik.

7. § Maradékjogok

E kiegészítő biztosítás nem rendelkezik maradékjogokkal.

8. § A biztosító teljesítése

(1) A biztosítási események köréből a betegség diagnosztizálását az annak bekövetkezésétől számított 2 hónapon belül, a baleset bekövetkezését 15 napon belül a biztosítónak be kell jelenteni, és a biztosító által kért felvilágosításokat meg kell adni, valamint lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését. A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítésének kötelezettsége alól, ha e feltételek nem teljesülnek és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.

(2) A biztosító a szolgáltatási kötelezettségét az alábbi dokumentumok alapján bírálja el:

- a) az adott biztosítási esemény bekövetkezését igazoló, a kezelést végző egészségügyi intézmény, illetőleg kezelőorvos által készített és a törvényes képviselő által benyújtott dokumentumok;
- b) a törvényes képviselő által benyújtott kárigény;
- c) külföldi egészségügyi dokumentumok esetén, az eredeti dokumentumokhoz csatolt, a törvényes képviselő által beszerzett hiteles szakfordítás.

(3) A biztosító az elbíráláshoz szükséges, a megbetegedés vagy sérülés bekövetkeztét, illetőleg egyes esetekben a műtét vagy más beavatkozás, valamint a kezelés elvégzését igazoló és benyújtandó dokumentumokat az ezen esetek meghatározá-

sát is tartalmazó 2., 3. és 4. számú mellékletekben írja elő.

(4) Amennyiben az igény elbírálásához orvosi vélemény szükséges, a biztosított köteles magát alávetni a szükséges orvosi vizsgálatoknak. Abban az esetben, ha orvosi vizsgálat nem szükséges, továbbá ha szükséges ugyan, de a biztosított a vizsgálatnak nem veti magát alá, a biztosító jogosult a rendelkezésre álló orvosi iratok és egyéb dokumentáció alapján a kárigényt elbírálni. Az esetleges orvosi szakvéleménnyel szemben a biztosított panasszal élhet.

(5) Amennyiben az irat beszerzéséhez adatvédelmi okok miatt az érintett hozzájárulása szükséges a hozzájárulás beszerzése, illetőleg megadása a kedvezményezett kötelezettsége és az iratok beszerzésének költsége is a kedvezményezettet terheli.

9. § Kizárások

Nem terjed ki a biztosítási védelem a kockázatviselés kezdete előtt már meglévő betegségekkel, egészségkárosodásokkal, illetve fogyatékosságokkal közvetve vagy közvetlenül összefüggő balesetekre, valamint balesetből eredő egészségkárosodásokra.

10. § Egyéb rendelkezések

(1) A kiegészítő biztosítás megszűnik:

- a) a biztosítási hónapfordulón, ha a súlyos betegségekre teljesített, az egyes kifizetések számítási alapjául szolgáló (adott szolgáltatások mértékeinek az aktuális biztosítási összegekhez viszonyított arányait meghatározó) arányszámok összege eléri a 100%-ot;
- b) a biztosított halála esetén;
- c) ha a szerződő írásban felmondja a kiegészítő biztosítást;
- d) a felmondás szabályai szerint, ha a törvényes képviselő a 2. § (3) bekezdése szerint tett hozzájáruló nyilatkozatát visszavonja;
- e) a biztosítási évfordulón, ha a szerződő nem fogadja el a díjszabás változtatását;
- f) a főbiztosítás megszűnésekor;
- g) a főbiztosítás díjfizetési tartamának a végén;
- h) a főbiztosítás díjmentes leszállításával;
- i) azon biztosítási év végén, amelyben a kiegészítő biztosítás biztosítottja betölti 18. életévét;
- j) ha bebizonyosodik, hogy a szerződő, vagy a törvényes képviselő közlési vagy bejelentési kötelezettséget sértett;
- k) díjnemfizetés miatt.

Budapest, 2009. június 2.



„Lóci óriás lesz” kiegészítő biztosítás 1. számú melléklete

SZOLGÁLTATÁSOK ÖSSZEFOGLALÓ TÁBLÁZATA

A) Betegségek

A biztosítási esemény bekövetkezése, illetőleg a kárigény elfogadása esetén a biztosító szolgáltatásként az ajánlattételkor választott szolgáltatásnak megfelelő aktuális biztosítási összeget, vagy annak alábbiakban meghatározott hányadát fizeti ki, a 2. számú melléklet rendelkezései szerint.

Biztosítási esemény (részletesebben ld. a 2. számú mellékletben)	Szolgáltatás
--	--------------

I. Rosszindulatú daganatok, leukémiák (fehérvérűség)

- | | |
|---|------|
| a) A betegség bekövetkezése és az életkornak megfelelő önellátó képesség súlyos zavarai esetén, | 100% |
| b) amennyiben a betegség olyan következményekkel jár, amelyre az e kiegészítő biztosításban foglalt biztosítási védelem kiterjed, úgy a biztosító az ott meghatározott feltételek teljesülése esetén az ott meghatározott szolgáltatást teljesíti | |

II. Agyhártyagyulladás (meningitis)

- | | |
|---|------|
| a) A betegség bekövetkezése és az életkornak megfelelő önellátó képesség súlyos zavarai esetén, | 100% |
| b) amennyiben a betegség olyan következményekkel jár, amelyre az e kiegészítő biztosításban foglalt biztosítási védelem kiterjed, úgy a biztosító az ott meghatározott feltételek teljesülése esetén az ott meghatározott szolgáltatást teljesíti | |

III. Agyvelőgyulladás (encephalitis)

- | | |
|---|------|
| a) A betegség bekövetkezése és az életkornak megfelelő önellátó képesség súlyos zavarai esetén, | 100% |
| b) amennyiben a betegség olyan következményekkel jár, amelyre az e kiegészítő biztosításban foglalt biztosítási védelem kiterjed, úgy a biztosító az ott meghatározott feltételek teljesülése esetén az ott meghatározott szolgáltatást teljesíti | |

IV. Csontvelő-elégtelenség (aplasticus anaemia)

- | | |
|--|------|
| a) Többszöri transfúzió valamely vérképzőszóval, min. 2 hónapon keresztül | 100% |
| b) Rendszeres, legalább 1 hónapon keresztül folytatott immunszuppresszív kezelés | 50% |
| c) Csontvelő átültetés | 100% |

V. Vírus hepatitisek (vírusos májgyulladás: hepatitis B,C, D, E - kivéve Hepatitis A)

A májenzimek adott életkori normálértékekhez viszonyított min. 4-szeres emelkedése, amelynek a kezelést követően is legalább 6 hónapon keresztül fenn kell állnia	100%
---	------

VI. Epilepszia (központi idegrendszer visszatérő görcsös rohamokkal, tudatzavarokkal járó megbetegedése)

- | | |
|--|------|
| a) Több mint heti egy alkalommal ismétlődő „nagy” roham, amely a megfelelőnek tartott kezelés ellenére több, mint 2 éve tart | 100% |
| b) Több mint havi egy alkalommal ismétlődő „nagy” roham, amely a megfelelőnek tartott kezelés ellenére több, mint 2 éve tart | 20% |



VII. Krónikus, szerzett szívbetegségek

- | | |
|---|--------------------------------|
| a) A kiváltó betegség adekvát kezelése ellenére, 6 hónapon túl is megállapítható, NYHA (amerikai Kardiológus Társaság; New York Heart Association) klasszifikációja szerint II. fokozatú vagy súlyosabb | 50% (II. III.)
és 100% (IV) |
| b) Az adott kiváltó betegség gyógyultnak nyilvánítása után legalább 6 hónappal még fennálló, NYHA II. fokozatú vagy ennél súlyosabb kardiológiai szövődmény | 50% (II. III.)
és 100% (IV) |

VIII. Bénulások

- | | |
|--|------|
| a) A gerincvelő valamely betegségének következtében kialakult, egy végtag (teljes kar, vagy teljes láb) állandó, tartós bénulása | 50% |
| b) A gerincvelő valamely betegségének következtében kialakult, teljes egyoldali, vagy kétoldali, vagy minden végtagot érintő bénulás | 100% |

IX. Vakság

- | | |
|---|------|
| a) Akut betegség következtében kialakult maradandó látáskiesés egy szemén | 50% |
| b) Akut betegség következtében kialakult maradandó látáskiesés két szemén | 100% |

X. Sükettség

- | | |
|--|-----|
| a) Akut betegség következményeképpen kialakult teljes, végleges halláskiesés minden hangfrekvencia tartományban egy fülben | 20% |
| b) Akut betegség következményeképpen kialakult teljes, végleges halláskiesés minden hangfrekvencia tartományban mindkét fülben | 50% |

XI. Vérképzőszöveti betegség következtében kialakult HIV fertőzés

- | | |
|--|------|
| AIDS illetve HIV fertőzés, amely bizonyíthatóan valamely olyan humán véreképzőszöveti betegség következtében alakult ki, amelyet a biztosított a kockázatviselés kezdete után kapott | 100% |
|--|------|

XII. Veseelégtelenség

- | | |
|---|------|
| Ún. „végállapotú” veseelégtelenség, amely mindkét vese működésének krónikus, már vissza nem fordítható elégtelenségét jelenti | 100% |
|---|------|

XIII. Inszulin dependens diabetes mellitus (DM-I)

- | | |
|---|-----|
| Legalább már 3 hónapja inzulin kezelésre szoruló DM-I, kórházak vagy klinikák zárójelentése alapján | 60% |
|---|-----|

B) Balesetből eredő súlyos fogyatékoságok

A biztosítási esemény bekövetkezése, illetőleg a kárigény elfogadása esetén a biztosító a súlyos betegségre vonatkozó aktuális biztosítási összeg 20%-ának a 3. számú melléklet rendelkezései szerint meghatározott hányadát fizeti ki.

C) Balesetből eredő súlyos törések

A biztosítási esemény bekövetkezése, illetőleg a kárigény elfogadása esetén a biztosító a súlyos betegségre vonatkozó aktuális biztosítási összeg 5%-ának a 4. számú melléklet rendelkezései szerint meghatározott hányadát fizeti ki.

D) Halálozás

A biztosítási esemény bekövetkezése, illetőleg a kárigény elfogadása esetén a biztosító a súlyos betegségre vonatkozó aktuális biztosítási összeg 2%-át fizeti ki.

Budapest, 2009. június 2.



„Lóci óriás lesz” kiegészítő biztosítás 2. számú melléklete

SÚLYOS BETEGSÉGEK

I. Rosszindulatú daganatok (rák), leukémiák (fehérvérűség)

A rák: rosszindulatú sejteknek a gazdaszervezet ellenőrzése nélkül való kóros burjánzása, amely a normális szövetek tönkremeneteléhez vezet. A kórképek magukban foglalják a Hodgkin-betegséget és az ún. non-Hodgkin lymphomákat is.

A biztosítási esemény akkor következik be, ha a betegség a diagnosztizálást követően olyan következményekhez vezet, amelyre az ezen mellékletben foglalt biztosítási védelem kiterjed, vagy, ha a betegség az életkornak megfelelő önálló képeség súlyos zavaraihoz vezetett.

A kárigény elbírálásához kórházi zárójelentés és az önálló képeség súlyos zavarait igazoló ideggyógyász szakvélemény szükséges!

1. Amennyiben a diagnosztizált rák olyan betegséget idéz elő, amelyre az e kiegészítő biztosításban foglalt biztosítási védelem kiterjed, úgy a biztosító az ott meghatározott feltételek teljesülése esetén az ott meghatározott szolgáltatást nyújtja.

2. Diagnosztizált rák és a biztosított életkorának megfelelő önálló képeség súlyos zavara esetén a szolgáltatás az aktuális biztosítási összeg 100%-a.

3. A biztosító nem nyújt szolgáltatást az alábbi esetekre:

a) Az ún. premalignusnak leírt, de nem egyértelműen a rosszindulatúság tulajdonságait hordozó kórképekre, beleértve az ún. in situ carcinomát is.

b) Szöveti vizsgálatot meghatározott, 1,5 mm max. vastagságot nem meghaladó festékes anyajegy-melanomákra, amelyek a Clark szerinti besorolás szerint a 3-as fokozatnál kisebb mértékű mélységi inváziót mutatnak.

c) A bőr basaliomái és a hyperkeratosiok minden formájára (igen lassú növekedés).

d) A bőr elszarusodó sejt carcinomájának bármely formájára, amely nem terjed más szövetbe.

e) Minden AIDS-szel, illetve HIV-fertőzéssel kapcsolatos daganatra, beleértve a Kaposi sarcomát is.

f) Lymphoid leukaemia krónikus formájára.

4. Nem jár a szolgáltatás abban az esetben, ha a biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetét követő 2 éven belül jelentkező olyan diagnózisból ered, amely az alább felsorolt kórállapotokkal, illetőleg tünetekkel összefügg, és amelyek a szerződés megkötése előtt már jelentkeztek és erről a törvényes képviselő bizonyíthatóan tudomással bírt, vagy tudomással kellett volna bírnia:

Bármely régebbi daganatos, vagy pre-malignus elváltozás,

a) hólyag papilloma,

b) vastagbél polyposis,

c) Crohn betegség,

d) colitis ulcerosa,

e) haematuria (vérvizelés),

f) véres széklet,

g) vérköpés,

h) nyirokcsomó-megnagyobbodás (lymphadenopathia),

i) lépmegegyobbodás (splenomegalia).

5. A csoportba tartozó és nem kizárt betegségek diagnosztizálása, illetőleg a szolgáltatásból nem kizárt esetek bekövetkezése esetén a biztosító az aktuális biztosítási összeg 10%-ának megfelelő gyógyulási támogatást ad:

a) az erre vonatkozó dokumentumok benyújtását és a betegség kezelőorvos általi igazolásának elfogadását követően, függetlenül attól, hogy a biztosító a betegség fennmaradásával összefüggésben a biztosítási szolgáltatást később teljesíti-e, vagy attól eláll;

b) mely támogatást levonja az ugyanezen eseményre esetleg később teljesítésre kerülő biztosítási szolgáltatásból.

II. Agyhártagyulladás (meningitis)

Az agyburkok baktériumok, vírusok, ritkábban gombák vagy protozoonok által kiváltott gyulladás, amelynek során az agyvízben fehérvérsejtek szaporodnak fel. A kórkép következményeként esetenként változó súlyosságú idegrendszeri károsodás alakul ki. Megkülönböztetünk primer (elsődleges), post infectiosus (igazoltan a lezajlott fertőzés utóképeként alakul ki az idegrendszeri károsodás), illetve para-infectiosus (elsődlegesen más szerv fertőzéséhez csatlakozóan, vele egy időben zajlik az idegrendszer megbetegedése) formákat. A besorolásnál mindezen formák figyelembe veendőek.

A biztosítási esemény akkor következik be, ha a betegség a diagnosztizálást követően olyan következményekhez vezet, amelyre az ezen mellékletben foglalt biztosítási védelem kiterjed, vagy ha a betegség az életkornak megfelelő önálló képeség súlyos zavaraihoz vezetett.

A kárigény elbírálásához fekvőbeteg-gyógyintézet zárójelentése és az önálló képeség súlyos zavarait igazoló ideggyógyász szakvélemény szükséges!

1. Amennyiben a diagnosztizált agyhártagyulladás olyan betegséget idéz elő, amelyre az e kiegészítő biztosításban foglalt biztosítási védelem kiterjed, úgy a biztosító az ott meghatározott



feltételek teljesülése esetén az ott meghatározott szolgáltatást nyújtja.

2. Diagnosztizált agyhártyagyulladás és a biztosított életkorának megfelelő önellátó képesség súlyos zavara esetén a szolgáltatás az aktuális biztosítási összeg 100%-a.

3. A biztosító nem nyújt szolgáltatást a HIV-fertőzéssel kapcsolatosan kialakuló meningitisre.

4. A csoportba tartozó és nem kizárt betegségek diagnosztizálása, illetőleg a szolgáltatásból nem kizárt esetek bekövetkezése esetén, amennyiben a betegség és az önellátó képesség betegséggel összefüggésbe hozható súlyos zavarai legalább 3 hónapja fennállnak, a biztosító az aktuális biztosítási összeg 10%-ának megfelelő gyógyulási támogatást ad:

- az erre vonatkozó dokumentumok benyújtását és a betegség kezelőorvos általi igazolásának elfogadását követően, függetlenül attól, hogy a biztosító a betegség fennmaradásával összefüggésben a biztosítási szolgáltatást később teljesíti-e, vagy attól eláll;
- mely támogatást levonja az ugyanezen eseményre esetleg később teljesítésre kerülő biztosítási szolgáltatásból.

III. Agyvelőgyulladás (encephalitis)

Az agyvelő különböző részeinek (beleértve agyféltekék, agytörzs, kisagy) leggyakrabban vírusok okozta gyulladása, következményes idegrendszeri károsodással. A meningitishez hasonlóan megkülönböztetünk elsődleges-, para- és postinfekciós formákat.

A biztosítási esemény akkor következik be, ha a betegség a diagnosztizálást követően olyan következményekhez vezet, amelyre az ezen mellékletben foglalt biztosítási védelem kiterjed, vagy ha a betegség az életkornak megfelelő önellátó képesség súlyos zavaraihoz vezetett.

A kárigény elbírálásához fekvőbeteg-gyógyintézeti zárójelentés és az önellátó képesség súlyos zavarait igazoló, a betegség kezdetétől számított 3 hónap elmúltával beszerzett ideggyógyász szakvélemény szükséges!

1. Amennyiben a diagnosztizált agyvelőgyulladás olyan, a szolgáltatás nyújtását megelőzően legalább 3 hónapig fennálló betegséget idéz elő, amelyre az e kiegészítő biztosításban foglalt biztosítási védelem kiterjed, úgy a biztosító az ott meghatározott feltételek teljesülése esetén az ott meghatározott szolgáltatást nyújtja.

2. Diagnosztizált agyvelőgyulladás és a biztosított életkorának megfelelő önellátó képesség súlyos zavara esetén a szolgáltatás az aktuális biztosítási összeg 100%-a.

3. A biztosító nem nyújt szolgáltatást az alábbi esetekre:

- akut cerebellaris ataxia,
- Guillain-Barré-szindróma,
- HIV-fertőzés kapcsán kialakult encephalitis.

IV. Csontvelő-elégtelenség (Aplasticus anaemia)

A betegség a kóros, esetenként életveszélyes fehérvérsejt-, vérlemezkeszám-csökkenést, illetve vérszegénységet okozó csontvelő-elégtelenség szerzett formája.

A kárigény akkor nyújtható be, ha a diagnosztizálást követően transzfúzióra vagy transzplantációra került sor az 1. pontban meghatározott módon.

A kárigény elbírálásához a biztosító által előírt, a szakorvosi véleményben írásban rögzítendő diagnosztikus kritérium: csontvelőpunkciós vagy biopsziás lelet, a serumban: WBC < 500/μl; PLT < 20.000/μl; 20.000 vonatkoztatott reticulocytaszám kisebb, mint 1%.

1. A kapott kezeléssel kapcsolatos kritériumok (az egyik a kettő közül) és a biztosító által nyújtott szolgáltatás mértéke az adott kezelési kategória esetén:

a) többszöri (min. 2x) transzfúzió valamely vérkészítménnyel, min. 2 hónapon keresztül, ehhez a biztosító az aktuális biztosítási összeg 100%-át nyújtja;

b) rendszeres, legalább 1 hónapon keresztül folytatott immunsuppressív kezelés, ehhez a biztosító az aktuális biztosítási összeg 50%-át nyújtja;

c) csontvelő-transzplantáció, ehhez a biztosító az aktuális biztosítási összeg 100%-át nyújtja.

2. Nem jár a szolgáltatás abban az esetben, ha a biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetét követő 2 éven belül jelentkező olyan diagnózisból ered, amely az alább felsorolt kórállapotokkal, illetőleg tünetekkel összefügg, és amelyek a szerződés megkötése előtt már jelentkeztek, és erről a törvényes képviselő bizonyíthatóan tudomással bírt vagy tudomással kellett volna bírnia:

- iatrogen,
- non-steroid gyulladásgátló-,
- sugár- vagy
- kemoterápia következtében kialakult csontvelőkárosodás,
- veleszületett aplasticus anaemia,
- krónikus anaemia.

3. A biztosító előre kifizeti a transzplantációra járó aktuális biztosítási összeget akkor, ha dokumentumokkal igazolható, hogy a transzplantáció megvalósulása ezzel előbbre hozható, és az összeget erre fordítják.



V. Vírushepatitisek (Hepatitis B, C, D, E)

A kárigény benyújtása idején a gyermeknél a fertőzés tényét már igazolni kell.

A kárigény elbírálásához a biztosító által előírt, a szakorvosi véleményben írásban rögzítendő diagnosztikus kritérium: a májenzimek adott életkori normálértékekhez viszonyított min. 4-szeres emelkedése (GPT, GOT), amelynek a kezelést követően is legalább 6 hónapon keresztül fenn kell állnia, beleértve még a kárigény bejelentésének időpontját is. A szolgáltatás azonban a májenzim értékétől függetlenül akkor is jogosnak tekintendő, amennyiben a vírus hepatitis interferonnal való kezelését követően a beteg nem gyógyult meg, és a vírus jelenléte még egy évvel az interferonkezelés befejezése után is igazolható.

1. A szolgáltatás az elfogadott kárigények esetén minden esetben az aktuális választott biztosítási összeg 100%-a.

2. Kizárandó: Hepatitis A

VI. Epilepszia

Az agyműködés átmeneti, rohamokban megnyilvánuló rendellenessége. A kárigény csak az ún. „nagy rohamokra” terjed ki, és akkor nyújtható be, ha a rohamok a megfelelőnek tartott kezelés ellenére több mint 2 éve tartanak.

A kárigény elbírálásához a biztosító által előírt, a szakorvosi véleményben írásban rögzítendő diagnosztikus kritérium: kóros EEG görbe. A rohamoknak a háziorvos vagy ideggyógyász által kellően dokumentálnak kell lenniük, ezen túl a kárigény alátámasztásához csak kórházi zárójelentés fogadható el. Az elbíráláshoz neurológus szakvélemény is benyújtandó!

1. Nem jár a szolgáltatás abban az esetben, ha a biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetét követő 2 éven belül jelentkező olyan diagnózisból ered, amely az alább felsorolt kórállapotokkal, illetőleg tünetekkel összefügg, és amelyek a szerződés megkötése előtt már jelentkeztek és erről a törvényes képviselő bizonyíthatóan tudomással bírt, vagy tudomással kellett volna bírnia:

- a) traumás agysérülések,
- b) agyműtétek,
- c) szülés alatti hypoxia,
- d) encephalitis.

2. A biztosítási védelem a „nagy rohamokra” az alábbiak szerint terjed ki:

a) A „nagy roham” több mint heti egy alkalommal ismétlődő roham, a vázizmok összességére kiterjedő tonusos-clonusos görcsrel társuló eszméletvesztéssel.

b) A biztosító szolgáltatása az igazolt egynél többszöri heti gyakoriságú „nagy roham” esetén az

aktuális biztosítási összeg 100%-a.

c) A biztosító szolgáltatása az igazolt egynél többszöri havi gyakoriságú „nagy roham” esetén az aktuális biztosítási összeg 20%-a.

VII. Krónikus, szerzett szívbetegségek

A kárigény benyújtása akkor lehetséges, ha:

a) igazolható az adott kiváltó betegség gyógyultnak nyilvánítása után legalább 6 hónappal még fennálló, NYHA II. fokozatú vagy ennél súlyosabb kardiológiai szövődmény;

b) vagy a kiváltó betegség adekvát kezelése ellenére, 6 hónapon túl is megállapítható olyan kardiológiai utókép, amely a NYHA klasszifikációja szerint II. fokozatú, vagy súlyosabb osztályba sorolható.

A kárigény elbírálásához a biztosító által előírt, a szakorvosi véleményben írásban rögzítendő diagnosztikus kritérium: kardiológus szakorvos által felállított, echocardiographiás vizsgálattal megerősített diagnózis.

1. A szolgáltatás mértéke a szívbetegség NYHA által meghatározott súlyossági stádiumai szerint

a) ha a panaszok minősítése minimum NYHA II. vagy III., akkor a biztosító szolgáltatása az aktuális biztosítási összeg 50%-a;

b) ha a panaszok minősítése NYHA IV, akkor a biztosító szolgáltatása az aktuális biztosítási összeg 100%-a.

2. Kizárandó a biztosítási védelembe vett szívbetegségek köréből:

a) a kizárólag alkohol vagy drogfogyasztás következtében kialakult szívbetegség, egyéb kiváltó ok nélkül;

b) a kizárólag veleszületett kamrai vagy pitvari sövényhiba következtében kialakult másodlagos szívbetegség, egyéb kiváltó ok nélkül;

c) a reumás láz talaján kialakult krónikus szívbetegség (amennyiben a szerződéskötést megelőzően diagnosztizáltak).

3. Nem jár a szolgáltatás abban az esetben, ha a biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetét követő 2 éven belül jelentkező olyan diagnózisból ered, amely az alább felsorolt kórállapotokkal, illetőleg tünetekkel összefügg, és amelyek a szerződés megkötése előtt már jelentkeztek, és erről a törvényes képviselő bizonyíthatóan tudomással bírt vagy tudomással kellett volna bírnia:

- a) hipertónia (kétes esetben 24 órás méréssel igazolva),
- b) angina pectoris,
- c) bizonyítható arteriosclerosis, vagy koszorúérbetegség,
- d) ritmuszavar,
- e) detektálható, abnormális EKG eltérés,



f) az adott életkorban normálisnak elfogadottnál magasabb szérumszintű koleszterin vagy triglicerid szint.

VIII. Bénulások

A végtagnak, vagy végtagoknak a gerincvelő valamely betegsége következtében kialakult állandó, teljes bénulása. A végtag definíció a teljes kar vagy lábat jelenti. A kárigény elbírálásához a biztosító által előírt, neurológus szakorvosi véleményben írásban rögzítendő kritérium: a kórállapot állandó és tartós voltának megállapítása. A kárigényhez kórházi zárójelentés benyújtása is szükséges!

1. A szolgáltatás az elfogadott kárigények esetén:

- a) Egy teljes kar vagy teljes láb bénulására az aktuális biztosítási összeg 50%-a;
- b) teljes egyoldali vagy kétoldali, vagy minden végtagot érintő bénulásra az aktuális biztosítási összeg 100%-a.

2. Kizárandó:

- a) veleszületett bénulás,
- b) a végtagok részleges bénulása.

3. Nem jár a szolgáltatás abban az esetben, ha a biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetét követő 2 éven belül jelentkező olyan diagnózisból ered, amely az alább felsorolt kórállapotokkal, illetőleg tünetekkel összefügg, és amelyek a szerződés megkötése előtt már jelentkeztek, és erről a törvényes képviselő bizonyíthatóan tudomással bírt, vagy tudomással kellett volna bírnia:

- a) sclerosis multiplex,
- b) egyéb agyi vagy gerincvelőt érintő megbetegedés,
- c) egyéb idegrendszeri betegség,
- d) pszichológiai kórállapotok (pseudo-paralysis).

IX. Vakság

Akut betegség következtében legalább egy szem kialakult maradandó és teljes látáskiesés. A kárigény elbírálásához a biztosító által előírt, szemész szakorvosi véleményben írásban rögzítendő kritérium: a vakság maradandó voltának megállapítása. A kárigényhez kórházi zárójelentés benyújtása is szükséges!

1. Kizárandó: bármely más mértékű látásromlás!

2. Nem jár a szolgáltatás abban az esetben, ha a biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetét követő 2 éven belül jelentkező olyan diagnózisból ered, amely az alább felsorolt kórállapotokkal, illetőleg tünetekkel összefügg, és amelyek a szerződés megkötése előtt már jelentkeztek, és erről a törvényes képviselő bizonyíthatóan tudomással bírt vagy tudomással kellett volna bírnia:

- a) diabetes mellitus,

b) glaucoma (zöldhályog),

c) trachoma,

d) cataracta (szürkehályog).

3. Szolgáltatás:

a) Ha végleges vakság alakul ki egy szemben, akkor a biztosító szolgáltatása az aktuális biztosítási összeg 50%-a.

b) Ha végleges vakság alakul ki mindkét szemben, akkor a biztosító szolgáltatása az aktuális biztosítási összeg 100%-a.

X. Sükettség

Akut betegség következményeképpen kialakult, kórházak vagy klinikák audiológus szakorvosa által diagnosztizált, objektív audiometriás méréssel megerősített, teljes, végleges halláskiesés minden hangfrekvencia-tartományban, legalább egy fülben. A kárigény elbírálásához a biztosító által előírt fül-, orr- és gégeszakorvosi véleményben írásban rögzítendő kritérium: a sükettség maradandó voltának megállapítása. A kárigényhez kórházi zárójelentés benyújtása is szükséges!

1. Kizárandó: bármely más mértékű halláscsökkenés!

2. Nem jár a szolgáltatás abban az esetben, ha a biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetét követő 2 éven belül jelentkező olyan diagnózisból ered, amely az alább felsorolt kórállapotokkal, illetőleg tünetekkel összefügg, és amelyek a szerződés megkötése előtt már jelentkeztek, és erről a törvényes képviselő bizonyíthatóan tudomással bírt vagy tudomással kellett volna bírnia:

- a) a közép- vagy belső fül krónikus gyulladása,
- b) korábbi halláscsökkenés.

3. Szolgáltatás:

a) Ha végleges sükettség a gyermek 2 éves korát követően alakul ki egy fülben, akkor a biztosító szolgáltatása az aktuális biztosítási összeg 20%-a.

b) Ha végleges sükettség alakul ki mindkét fülben, akkor a biztosító szolgáltatása az aktuális biztosítási összeg 50%-a.

XI. Vérvérzés következtében kialakult HIV-fertőzés

Kizárólag az az AIDS, illetve HIV-fertőzés, amely bizonyíthatóan valamely olyan humán vérvérzés beadása következtében alakult ki, amelyet a biztosított a kockázatviselés kezdetét követően kapott. A kárigény benyújtásához csatolni kell a fertőzött vérvérzést beadó intézmény nyilatkozatát, amelyben ez irányú felelősségét hivatalosan elismeri, vagy a felelősséget megállapító, jogerős bírósági határozatot.

Jogosnak tekinthető a kárigény, ha a biztosított bizonyítottan nem haemophiliás és a vérvérzés-



mény beadása az egyéb módon nem kezelhető biztosítottat fenyegető akut életveszély elhárítása céljából történt.

A biztosító szolgáltatása elfogadott kárigény esetén az aktuális biztosítási összeg 100%-a.

XII. Veseelégtelenség

A biztosítási védelem az ún. „végállapotú” veseelégtelenségre terjed ki, amely mindkét vese működésének krónikus, már vissza nem fordítható működési elégtelenségét jelenti, és amely egyben rendszeres vesepótló krónikus dialízist (CAPD vagy haemodialysis) vagy vesetranszplantációt igényel.

A kárigény elbírálásához a biztosító által előírt, a nephrologus szakorvosi véleményben írásban rögzítendő kritérium: a kórállapot visszafordíthatatlan voltának megállapítása. Ezen túl a krónikus dialízis megkezdésének, illetőleg a transzplantáció megtörténtének egészségügyi intézményi igazolása és a kárigényhez a kórházi zárójelentések benyújtása is szükséges!

1. A szolgáltatás az elfogadott kárigények esetén minden esetben az aktuális biztosítási összeg 100%-a.

2. Nem jár a szolgáltatás abban az esetben, ha a biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetét követő 2 éven belül jelentkező olyan diagnózisból ered, amely az alább felsorolt kórállapotokkal, illetőleg tünetekkel összefügg, és amelyek a szerződés megkötése előtt már jelentkeztek, és erről a törvényes képviselő bizonyíthatóan tudomással bírt vagy tudomással kellett volna bírnia:

- a) krónikus glomerulonephritis,
- b) polycystás vese,
- c) VUR következtében kialakult nephropathia,
- d) autoimmun nephropathia,

- e) húgyúti fejlődési rendellenesség talaján kialakuló krónikus pyelonephritis,
- f) öröklődő familiaris vesebetegségek,
- g) vesefejlődési rendellenességek,
- h) egyéb vesebetegség (Schönlein-Henoch-szindróma),
- i) hipertónia,
- j) diabetes mellitus.

3. A biztosító előre, a biztosítási esemény bekövetkezése előtt kifizeti a fennmaradó biztosítási összeget akkor, ha dokumentumokkal igazolható, hogy:

- a) a biztosított felkerült a magyar, az európai, vagy az amerikai (USA) hivatalos transzplantációs listára és
- b) a transzplantáció megvalósulása ezzel előbbre hozható és
- c) az összeget erre fordítják.

XIII. Insulin dependens diabetes mellitus (inzulinhiány miatti súlyos anyagcserezavar; DM-I)

A biztosítási védelem a legalább már 3 hónapja inzulinkezelésben részesülő biztosítottra terjed ki. A kárigény elbírálásához a biztosító által előírt szakorvosi véleményben írásban rögzítendő kritérium: a kórállapot krónikus voltának megállapítása és a diagnosztizálás óta eltelt 3 hónapos tartam és a folyamatos inzulin-kezelés igazolása. Ezen túl a kárigényhez a kórházi zárójelentések benyújtása is szükséges!

A szolgáltatás az elfogadott kárigények vonatkozásában az aktuális biztosítási összeg 60%-a.

Budapest, 2009. június 2.



3. számú melléklet

BALESETBŐL EREDŐ SÚLYOS FOGYATÉKOSSÁGOK

1. A kárigény megalapozásához a baleset e feltételek 8. § (2) pontjában meghatározott bejelentésén túl, a kezelés végeztével a kórházi zárójelentés is benyújtandó.
2. A szolgáltatás mértéke a balesetből eredő súlyos fogyatékokra fordítható aktuális biztosítási összeg %-ában az egyes esetekre az alábbi:

Mindkét felső végtag vállízülettől való teljes elvesztése	100%
Egy felső végtag csuklóízülettől és egy alsó végtag bokaízülettől való teljes elvesztése	100%
Egy felső végtag csuklóízülettől való teljes elvesztése	50%
Az összes ujj amputálása	40%
A hüvelykujj amputálása	20%
Két ujj (nem hüvelykujj) amputálása	10%
Egy alsó végtag térdízülettől való teljes elvesztése	50%
Mindkét alsó végtag bokaízülettől való teljes elvesztése	100%
Egy alsó végtag bokaízülettől való teljes elvesztése	40%
Az összes lábujj amputálása	25%
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Egy szem látóképességének teljes elvesztése	50%
Hallás teljes elvesztése	50%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	20%
A pénisz elvesztése	40%
Két here elvesztése	30%
Egy here elvesztése	10%
Egy tüdőfél elvesztése	50%
Két vese elvesztése	100%
Egy vese elvesztése	50%
Lép elvesztése	10%

Budapest, 2009. június 2.



4. számú melléklet

BALESETBŐL EREDŐ SÚLYOS TÖRÉSEK

1. A kárigény megalapozásához a baleset e feltételek 8. § (2) pontjában meghatározott bejelentésén túl, a kezelés végeztével a kórházi zárójelentés is benyújtandó.
2. A súlyos törés típusai:
 - **Impaktált** (beékelődött) **törés**, amikor a tört végék elmozdulással, részben egymásba csúsznak.
 - **Nyílt törés**, amikor valamely tört vég a bőrön kívül helyezkedik el. A szolgáltatás csak a mellékletben rögzített olyan nyílt törések után jár, amelyek a bőr kiterjedt sérülésével járnak, egyben károsítva az izmokat, inakat, idegeket és/vagy az ereket.
 - **Szilánkos törés**, amikor a csont szerkezetében károsodik, zúzódik, darabosan vagy szilánkosan törik.
3. Amennyiben a baleset során egyidejűleg a következő táblázatban felsoroltak közül egynél több csonttörés következik be, a biztosító az adott törésekre meghatározott szolgáltatási mértékek (%-ok) összegének megfelelő, de legfeljebb a súlyos törésekre meghatározott aktuális biztosítási összeget fizeti ki.
4. A szolgáltatás mértéke az egyes esetekre a balesetből eredő súlyos törésekre fordítható aktuális biztosítási összeg %-ában az alábbi:

	Megnevezés	Szolgáltatás (%)
Agy vagy arckoponyacsont törése (kivéve orr, fog, zygomaticus, maxilla, mandibula),	amennyiben legalább egy végtag teljes bénulásával jár, vagy az önellátó képesség súlyos zavarához vezet:	100%
	szilánkos és nyílt:	70%
	szilánkos <i>vagy</i> nyílt:	50%
Nyaki vagy ágyéki gerinctörés,	amennyiben legalább egy végtag teljes bénulásához vezet:	100%
Háti (thoracicus) gerinctörés,	amennyiben legalább egy végtag teljes bénulásához vezet:	100%
Medencecsont-törés,	az acetabulum szilánkos törése esetén:	80%
	stabil és instabil törés:	40%
Combnyaktörés, vagy kulcscsont-törés, amely a vállízületet is érinti,	impaktált, nyílt és szilánkos:	80%
	impaktált és szilánkos:	70%
	nyílt és szilánkos:	60%
Femur distalis törései, tibia-fej törések, humerus distalis törései, radius fejes törés,	amennyiben az ízületet is involválja, szilánkos, nyílt és impaktált:	60%
	amennyiben involválja az ízületet, szilánkos és impaktált:	50%
	ízületi érintettséggel, szilánkos <i>vagy</i> impaktált	40%
Tibia, radius, ulna distalis törései, calcaneus törés,	ízületi érintettséggel, szilánkos, nyílt és impaktált:	50%
	ízületi érintettséggel, szilánkos és impaktált:	40%
Bokatörés, malleolaris fracturák, bokacsont-törés, csuklótörés,	szilánkos, nyílt és impaktált:	50%
	szilánkos és impaktált:	40%
Scapula vagy felkarfej törés,	vállízületi érintettséggel, szilánkos, nyílt és impaktált:	80%
	vállízületi érintettséggel, szilánkos és impaktált:	70%
	vállízületi érintettséggel, nyílt <i>vagy</i> szilánkos:	60%
Könyök (oelcranon) törés,	szilánkos, nyílt és impaktált:	60%
	szilánkos és impaktált:	50%
	nyílt <i>vagy</i> szilánkos:	40%

Budapest, 2009. június 2.



SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK

MyAviva internetes felület használatára

1. § A MyAviva kiegészítő szerződés jelen feltételek aláírásával és a biztosító által történő elfogadásával jön létre. Az elfogadásról a biztosító elektronikus üzenetben (e-mail útján) értesíti a szerződőt.

2. § A MyAviva olyan internetes kezelőfelület, amelynek segítségével a szerződő elektronikusan – ügyfélszolgálat, illetőleg közvetítő (függő és független biztosításközvetítő, alkusz) igénybe vétele nélkül – az érvényesen létrejött és hatályban lévő, vagy még reaktiválható szerződésén – a biztosítási feltételek szerinti változtatásokat eszközölhet, illetőleg ilyen kezdeményezhet.

3. § Jelen szerződés létrejötte esetén a szerződő az általa megadott e-mail címre elektronikus üzenetben felhasználónevet és elsődleges elérési kódot kap, amellyel szerződésének adatait éri el a www.aviva.hu/MyAviva oldalon. Az első belépéskor az elsődleges elérési kódot a szerződő köteles megváltoztatni, annak hiányában a MyAviva kezelőfelület nem érhető el. A felhasználónév az első, valamint azt követően bármely belépéskor szabadon megváltoztatható.

4. § Az elsődleges elérési kód megváltoztatása esetén, valamint minden belépéskor a biztosító SMS-ben másodlagos elérési kódot küld a szerződő részére, az általa megadott telefonszámra, amelynek használatával a szerződő valamennyi szerződése a kezelőfelületen elérhetővé válik.

5. § A szerződő felel azért, hogy az elérési kódokat más személy ne ismerhesse meg, így a szerződéseken változtatásra kizárólag a szerződő akarata alapján kerülhessen sor.

6. § (1) A szerződő a MyAviva kezelőfelület segítségével áttekintheti szerződésének korábbi tranzakcióit, aktuális adatait, továbbá a fő- és kiegészítő biztosítás szerződési feltételei szerint egyes adatok megváltozását eszközölheti az alábbi korlátozással:

(2) Nem lehet megváltoztatni olyan adatokat,
– amelyek módosításához más személy (biztosított, gyámhatóság, pénzügyi intézet, vagy záradékban megjelölt más személy) hozzájárulása szükséges;
– amelyek rögzítéséhez a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben előírt okmányok bemutatása szükséges.

7. § Azon esetekben, amelyekben a szerződés adatainak megváltoztatását a szerződő közvetlenül nem tudja eszközölni, a módosításra a MyAviva

nyomtatványt biztosít, amelyhez a hozzájárulásokat, illetőleg az adatok igazolását a szerződőnek közvetlenül kell beszerezni.

8. § A szerződő közvetlenül az alábbi tranzakciókat kezdeményezheti és tudja önállóan végrehajtani:

- telefonszám megadása,
- e-mail cím módosítása,
- egységáthelyezés befektetési egységekhez kötött szerződéseken,
- díjmegosztási arány módosítás befektetési egységekhez kötött szerződéseken,
- értékkövetés elutasítása (aktuális és végleges).

9. § A szerződő interaktív formanyomtatvány kitöltésével az alábbi tranzakciókat, illetőleg módosítások végrehajtását kezdeményezheti:

- **stop loss opció beállítása,**
- díjfizetés változtatása,
- biztosítási összeg változtatása,
- díjmentes leszállítás,
- részleges visszavásárlás,
- kedvezményezett változása,
- személyes adatok módosítása:
 - cím,
 - lakcímkártya adatai,
 - személyi azonosító okmány adatai,
 - adóazonosító jel,
 - email cím,
 - telefonszám.

10. § A Portfólió Plusz kiegészítő biztosításra vonatkozó stop loss funkció szabályai

(1) A stop loss funkció segítségével az egyes eszközalapokra vonatkozóan a szerződő árfolyamfigyelési szolgáltatást állíthat be.

(2) Az **automatikus stop loss** figyelmeztetés és **automatikus** egységáthelyezés beállítása esetén a biztosító a szerződő előzetes rendelkezése alapján automatikus egységáthelyezést végez, amennyiben a befektetési egységalap csökkenése elérte vagy meghaladta a szerződő által megjelölt határértéket.

(3) Az árfolyamesés mértékének beállítása:

a) adott befektetési egységalapra történő abszolút ár beállítása esetén a stop loss funkció aktivizálódik és a biztosító a (2) bekezdés szerinti szolgáltatást teljesíti, amennyiben a befektetési egységalap aktuális ára eléri a szerződő által beállított abszolút árat (fix érték vagy ár);

b) relatív százalékos érték beállítása esetén, amelyet a biztosító az adott napi aktuális árhoz viszonyít, a stop loss funkció aktivizálódik és a biztosító a (2) bekezdés szerinti szolgáltatást teljesíti, amennyiben az aktuális árfolyam csökkenése eléri, vagy meghaladja a szerződő által beállított értéket.

(4) Az egységáthelyezést követően az árfolyamfigyelés az üres eszközalapon folytatódik. A biztosító SMS üzenetet küld a szerződőnek, amennyi-



ben az adott eszközalap vételi árfolyama a stop loss funkcióval beállított árfolyamhoz képest növekedésnek indul.

(5) A biztosító az SMS üzenetet minden esetben a szerződő által megadott telefonszámra küldi. A biztosító az SMS üzenet kézbesítésének sikertelenségéért és ebből adódó kárért vagy elmaradt haszonért a felelősséget kizárja.

(6) A stop loss funkció szerint történő egységáthelyezés az általános szerződési feltételekben meghatározott általános egységáthelyezés szabályainak megfelelően történik.

11. § A biztosító a szerződő által kezdeményezett közvetlen tranzakciók közül az egységáthelyezést (T-nap) a tranzakció kezdeményezését követő napon regisztrálja (T+1 nap), az értékelési napot követő napon érvényes árfolyamon (T+2) hajtja végre, (amely eljárás egyezik a főbiztosítás és a kiegészítő biztosítás feltételeiben meghatározott rendelkezésekkel), míg a többi tranzakciót és a módosításokat a fő- illetve a kiegészítő biztosítások feltételeiben meghatározott időtartamon belül hajtja végre.

12. § Egyes tranzakciók formanyomtatványon történő kezdeményezése esetén a biztosító ügyfélszolgálatára további adatok megadását, igazolások, hozzájárulások beszerzését igényelheti, adategyeztetést végezhet, illetőleg ilyen feladatokra a szerződés közvetítőjét felkérheti. Ilyen esetben a tranzakció végrehajtására, vagy a szerződés adatainak módosítására kizárólag a szükséges intézkedés végrehajtását követően kerülhet sor.

13. § **Az egységáthelyezés és a díjmegosztási arány módosítása egyes esetekben jelentős mértékben megváltoztathatja a befektetési egységeknek az igényfelmérés során figyelembe vett kockázatát, továbbá a befektetés kockázatát, így arra a szerződőnek különös figyelmet kell fordítania.**

14. § A tranzakciók automatikus végrehajtása miatt a biztosító nem vizsgálja az egyes tranzakciók ésszerűségét vagy annak hiányát, ezért a tranzakciók kockázatát teljes egészében a szerződő viseli.

15. § **Egyes tranzakciók végrehajtása esetén a biztosító költségeket számít fel, amelyek összegét a szerződési feltételeknek a díjakra vonatkozó mellékletei tartalmazzák.**

16. § A biztosító a szerződő által a MyAviva felületen kezdeményezett egyes tranzakciókra kedvez-

ményes díjakat biztosít, amelyek a termékfeltételek 2. számú mellékletéből ismerhetők meg.

17. § A szerződő köteles az általa kezdeményezett változtatást a kezelőfelület folyamatban lévő tranzakciók ablakban, míg annak végrehajtását követően a szerződés aktuális adatainak ablakában ellenőrizni, mivel a tranzakciók visszavonására azok elküldését követően nincs lehetőség.

18. § A biztosító fenntartja a jogot, hogy a közvetlenül, illetőleg a formanyomtatványon kezdeményezhető tranzakciókat és módosítási lehetőségeket fejlessze és azokat a MyAviva kezelőfelületébe beépítse. A módosításokról a biztosító a szerződő részére értesítést küld.

19. § A biztosító kizárja a felelősséget minden olyan károkozás esetén, amely az internetes szolgáltató üzemzavarára vezethető vissza, ideértve a MyAviva elleni elektronikus támadásból eredő zavarokat is.

20. § A szerződő a MyAviva használata mellett is igénybe veheti a biztosító telefonos ügyfélszolgálatát, továbbá a szerződés közvetítőjének segítségét is.

21. § Abban az esetben, amennyiben a szerződő a MyAviva használata mellett a biztosító ügyfélszolgálatán, illetőleg a közvetítőjén keresztül is kezdeményez tranzakciót, illetőleg a szerződés adataiban módosítást, a biztosító elsődlegesen a MyAviva felületen, azt követően az ügyfélszolgálatra érkező, végül a papíralapon érkező kéréseknek tesz eleget. Amennyiben a szerződő szándéka a párhuzamos kezdeményezések alapján nem állapítható meg, a biztosító ügyfélszolgálatára a szerződőt telefonon megkísérli elérni és az ellentmondásokat tisztázni. **Amennyiben az ellentmondások tisztázása egy munkanapon belül nem lehetséges, és nem állapítható meg egyértelműen a kérelmek beérkezésének időpontja, a biztosító jogosult a párhuzamos kérelmek bármelyike alapján eljárni és a többi kérelmet figyelmen kívül hagyni.**

22. § A szerződő a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal kérheti a MyAviva regisztrációjának törlését, amelyet a biztosító a kiegészítő szerződés felmondásaként kezel. Az írásbeli törlési kérelmet a biztosító a kérelem beérkezését követő második munkanap, a telefonos ügyfélszolgálaton bejelentett törlési kérelmet a bejelentést követő munkanap teljesíti.

Budapest, 2009. június 2.



CÉGISMERTETŐ

Aviva Csoport

Az Aviva Csoport a világ ötödik legnagyobb biztosítási csoportja és piacvezető az Egyesült Királyságban. Legfőbb üzleti tevékenységi körébe a hosszú távú megtakarítások, az élet- és nem-életbiztosítási termékek értékesítése, valamint a vagyonkezelés tartozik. Utóbbi tekintetében a társaságot Európa tíz legnagyobb vagyonkezelője között tartják számon. A biztosítási csoport 59 ezer munkatársával több mint 45 millió ügyfél bizalmát élvezi.

Az Aviva Csoport története több mint 300 éves múltra tekint vissza. 1696-ban alapították a tagvállalat egyik elődjét, a Hand-in-Hand céget, amely egyben a világ legrégebbi biztosítótársasága. 2002. július 1-jén a brit CGNU Csoport és leányvállalatai egységesen az Aviva nevet vették fel. Az Aviva az egyesülések révén az Egyesült Királyság egyik legnagyobb intézményi befektetőjévé vált, amely a Londoni Értéktőzsdén jegyzett brit részvények 2,4 százalékát tartja birtokában.

Az Aviva Csoport számokban*

Alapítás:	1696
Képviselettel rendelkező országok száma:	27
Világpozíció (díjbevétel alapján):	5. legnagyobb biztosító
Európai pozíció (díjbevétel alapján):	piacvezető
Egyesült Királyság (díjbevétel alapján):	piacvezető
Ügyfelek száma:	45 millió
Kezelt vagyon:	377 milliárd font

*2008. december 31.

Aviva Életbiztosító Zrt.

Az Aviva a magyar életbiztosítási piacon értékálló hozamokat nyújtó és a hosszú távú pénzügyi biztonság megteremtésére alkalmas termékeket kínál. Az Aviva számára fontos, hogy Ügyfeleinek az elvártnál jobb minőségű szolgáltatást nyújtssa, amelyre jól felkészült kollégái jelentik a garanciát. Az Aviva 2008-ban elnyerte a pénzügyi szektorban az év Legjobb Munkahelye címet.

Az Aviva tevékenységét a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete által meghatározott keretrendszer szerint végzi, és részt vesz a piac önszabályozását alakító Magyar Biztosítók Szövetségének munkájában.

Általános információk

Cégnév: Aviva Életbiztosító Zrt.

Cím: 1138 Budapest, Népfürdő u. 22.

Ügyfélszolgálat: 06 40 444-445

Internet: www.aviva.hu

E-mail: info@aviva.hu

Jegyzett tőke: 2,142 milliárd forint

Részvényesek: Aviva plc. 100 %

Adószám: 12175239-2-44

Cégjegyzékszám: 01-10-043183

Felügyeleti szerv: Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (PSZÁF), 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.





