



**AZ AVIVA ÉLETBIZTOSÍTÓ ZRT.
KLASSZIKUS ÉLETBIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSEINEK
ÁLTALÁNOS ÉS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI,
VALAMINT BALESET- ÉS BETEGSÉGBIZTOSÍTÁSI
ÁLTALÁNOS ÉS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI**

Tartalom

1. Az Aviva Életbiztosító Zrt. életbiztosítási szerződéseinek általános feltételei	2
1. számú melléklet: A többlethozam visszatérítés részletes szabályai	15
2. számú melléklet: Egyes, a feltételekben meghatározott változók értékei	16
3. számú melléklet: Kockázati díjak	17
1.1 SanaVita kockázati életbiztosítás különös feltételei	18
1.2 Az Aviva Életbiztosító Zrt. kiegészítő általános baleset- és betegségbiztosítási feltételei	19
1.2.1 Baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás különös feltételei	23
1.2.2 Baleseti eredetű maradandó (31-100%-os mértékű) egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítás feltételei	24
1.2.3 Baleseti eredetű maradandó (11-100%-os mértékű) egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítás feltételei	26
1.2.4 Azonnali baleseti támogatás nyújtására szóló kiegészítő biztosítás feltételei	29
1.2.5 Baleseti eredetű csonttörésre és 10%-ot meg nem haladó, maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítás feltételei	30
1.2.6 Baleseti eredetű kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás feltételei	31
1.2.7 Kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás feltételei	32
1.2.8 Baleseti eredetű műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás feltételei	33
1.2.8 Műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás feltételei	34
SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK MyAviva internetes felület használatára	37
CÉGISMERTETŐ	40

Budapest, 2009. november 30.



AZ AVIVA ÉLETBIZTOSÍTÓ ZRT. ÉLETBIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSEINEK ÁLTALÁNOS FELTÉTELEI

Jelen általános feltételekben foglaltak az Aviva Életbiztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést a biztosító életbiztosítási szerződéseinek általános feltételeire (a továbbiakban röviden: általános feltételek) hivatkozással kötötték. A jelen általános feltételekben, illetőleg a biztosítási szerződés különös feltételeiben nem rendezett kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadóak.

1. § Fogalmak

(1) **Szerződő:** az a személy, aki a szerződés megkötésére ajánlatot tesz, annak elfogadása esetén a biztosítási szerződést megkötöti 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 évét.

(4) **A biztosított aktuális korát** a biztosító úgy állapítja meg, hogy az aktuális évből levonja a biztosított születésének évét.

(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 és 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) **Főbiztosítás:** a biztosító termékkínálatából a szerződő által választható azon biztosítási termék, amelyre önmagában, annak különös feltételeire is tekintettel szerződés köthető.

(9) **Kiegészítő biztosítás:** a szerződő által a biztosító termékkínálatából választható azon biztosítási termék, amelyre annak különös feltételeire is tekintettel, kizárólag a főbiztosításra szóló szerződés megléte esetén köthető szerződés.

(10) **Biztosítási időszak:** rendszeres díjas biztosítások esetében a díjfizetés esedékességétől a

következő díjfizetés esedékességéig terjedő időszak.
a) A biztosítási időszak hossza két esedékes díjfizetés közti időtartam. Az utolsó biztosítási időszak az utolsó díjfizetés esedékességétől a tartam végéig tart.

b) Ha az életbiztosítás díjának megfizetése egy összegben történik, akkor a biztosítási időszak megegyezik a biztosítás tartamával.

c) A biztosítási időszak kezdete (fordulónap) mindig a tárgy hónapnak a biztosítás hatályba lépésének napjával megegyező napja.

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

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

(12) **Biztosítási év:** a tartamon belül egy év időtartam, amely egy naptári évnek a biztosítás hatályba lépésének naptári hónapjával és napjával megegyező időpontjától a következő naptári év ugyanezen naptári hónapjának ugyanezen naptári napjáig tart.

a) Amennyiben a (10), (11) és (12) bekezdések szerint adott naptári hónapban nem létezik olyan nap, amely a biztosítás hatályba lépésének napjával megegyezik, akkor abban a hónapban megegyező nap alatt az azt közvetlenül megelőző napot kell érteni.

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

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

(14) **Díjfizetési tartam:** a rendszeres díjas biztosítások esetében a tartamnak az a része, amikor díjfizetés esedékes. A díjfizetési tartam az első olyan biztosítási évfordulóig tart, amikor már nem esedékes további díj.

(15) **Kezdeti biztosítási összeg:** a szerződés létrejöttékor érvényben lévő, az ajánlattételkor választott biztosítási összeg.

(16) **Kezdeti biztosítási díj:** a kezdeti biztosítási összeghez tartozó biztosítási díj.

(17) **Technikai kamatláb:** az a kamatláb, amellyel a biztosító az élet- és betegségbiztosítási díj és díjtaralék, illetve a balesetbiztosítási járadéktartalék megállapításakor kalkulál, amelynek maximális mértékét külön jogszabály állapítja meg.

(18) **Egyszeri díjas biztosítás:** olyan biztosítás, amelynek teljes tartamára szóló díja a tartam elején, az ajánlat megtételekor egy összegben esedékes.

(19) **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.

(20) **Biztosítási esemény:** a biztosítási szerződésben meghatározott jövőbeni esemény, amelynek bekövetkezése a biztosító szolgáltatását, vagy bizonyos összegnek a megfizetését kiváltja.

(21) **Aktuális biztosítási összeg:** a tartamon belül, egy adott időponthoz tartozó biztosítási összeg, amely a különböző biztosítási eseményekre nyújtandó szolgáltatások kiszámításának alapját képezi.

(22) **Aktuális biztosítási díj:** a rendszeres díjas biztosítások aktuális biztosítási összegéhez tartozó biztosítási díj.

(23) **Késedelmi kamat:** a biztosítási díjfizetési kötelezettség késedelmes teljesítése esetén, a késedelembe esés időpontjától kezdve mindenkor a Ptk. által a pénztartozásokra meghatározott mértékű késedelmi kamat jár a biztosítónak. A kamatfizetési kötelezettség akkor is beáll, ha a kötelezett a késedelmét kimentti. A késedelmi kamat érvényesítésétől a biztosító eltekinthet.

(24) **Többlethozam:** a matematikai tartalékok befektetése hozamának és a technikai kamatláb felhasználásával számított hozamnak a különbsége. A biztosító a technikai kamatláb mértékéig vállal hozamgaranciát.

(25) **Személyes adat:** bármely meghatározott természetű 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.

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

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

(28) **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.

(29) **Értékkövetés:** a biztosítási díjnak és a biztosítási összegnek a kárgyakoriságtól függetlenül az árszínvonal változásához évente egy alkalommal történő hozzáigazítása.

(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 elsősorban viszontbiztosítási tevékenységet végez.

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

(34) **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 2. § (18) bekezdés alapján történő elszámolás esetén 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 2. § (18) bekezdés alapján történő elszámolás esetén a szerződőre hárítja, aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

(35) **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) visszavásárlás (14. §),

b) díjmentes leszállítás (15. §),

c) felmondás (20. §).

(36) **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 összeg-



ben, 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 igénybevételére, 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 biztosítási szerződés létrejötte és módosítása

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

(2) Az életbiztosítási szerződés megkötésének előfeltétele a szerződő írásbeli 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 tizenöt napon belül nem nyilatkozik. Ilyen esetben a szerződés az ajánlatnak a biztosító vagy képviselője részére történt átadása időpontjára visszaható hatállyal jön létre.

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

(8) A szerződő az ajánlat megtételekor 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 elfogadó nyilatkozatát 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, és 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 megegyezés 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 felmondó nyilatkozat kézhezvételét követő napon megszűnik. A szerződő ezen rendelkezés szerinti felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően a biztosító 15 napon belül elszámol a szerződő által a biztosítási szerződéssel kapcsolatban bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel.

a) Az elszámolás során a biztosító a befizetett összeget csökkenti

– 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 baleseti és betegségi kiegészítő biztosítások díjának a kockázatviselés kezdetétől a megszűnésig eltelt időszakra számított időarányos részével.

b) Az a) pontban felsorolt csökkentő tényezők együttes összege nem haladhatja meg a szerződésnek a díj nagyság szerinti kedvezmény és a gyakorisági pótlék figyelembe vételével megállapított havi díját.

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

d) A kockázatviselés kezdetétől annak megszűnésig eltelt időszakra időarányosan számított (éves díj/365 x eltelt napok száma) kockázati díja a szerződésben vállalt kezdeti haláleseti biztosítási összeg és az éves kockázati díjrata (3. számú melléklet) szorzata.

e) A baleseti és betegségi kiegészítő biztosításoknak a kockázatviselés kezdetétől a megszűnésig eltelt időszakra időarányosan számított díja a kiegészítő biztosítások kedvezményektől és pótlékoktól mentes éves díja 365-öd részének és a kockázatviselés napjai számának szorzata (kiegészítő biztosítások éves díja x kockázatban eltöltött napok száma/365).

3. § A biztosítási szerződés hatálybalépése, kockázatviselés kezdete

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

(2) A biztosító kockázatviselése figyelemmel a 4. §-ban foglaltakra a biztosítás első vagy egyszeri díjának megfizetését követő nap 0. órájától kezdődik, feltéve, hogy az életbiztosítási szerződés a 2. § rendelkezéseivel összhangban már létrejött, vagy utóbb létrejön.

(3) Amennyiben a felek a díj megfizetésére vonatkozóan írásban halasztásban állapodnak meg, a kockázat viselése a megállapodást követő napon kezdődik, feltéve, hogy az életbiztosítási szerződés a 2. § rendelkezéseivel összhangban már létrejött, vagy utóbb létrejön.

(4) Ha a szerződő fél a díjat a biztosító üzletkötőjének 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.

4. § Várakozási idő

(1) A biztosító a biztosítási eseményre vállalt biztosítási szolgáltatást a kockázatelbírálás időigényességének okából csak várakozási idő után nyújtja. A várakozási idő megegyezik az adott biztosítás kockázatelbírálási időtartamával, és 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.

5. § A biztosítási esemény

(1) Életbiztosítási esemény lehet különösen a biztosított halála, illetőleg a biztosítottnak a szerződésben előre meghatározott időpontban való életben léte, vagy 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. § 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 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 esetén 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 hatályba lépésétől 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.

7. § 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 biztosított, illetőleg a szerződő köteles a biztosítónak a változás bekövetkezésének napjától 15 napon belül írásban bejelenteni, ha a biztosított foglalkozása, munkaköre vagy rendszeres szabadidős tevékenysége a szerződés tartama alatt az ajánlat adataihoz képest megváltozik.

(3) Kockázattövedékes esetén a biztosító díjmelletést alkalmazhat a megnövekedett kockázat fennállásának időtartamára. Kockázatsökkenés esetén a biztosító a csökkent kockázat fennállásának időtartamára a korábban alkalmazott díjnövelést megszüntetheti.

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

8. § A biztosítási díj

(1) A biztosítási díj kiszámítása a biztosító díjsza-

bása alapján a biztosított életkorának, egészségi állapotának, nemének, foglalkozásának, a szerződőtől beérkezett információkból következő egyéb kockázati tényezőknek, továbbá a biztosítás tartamának, a biztosítás kezdeti és aktuális biztosítási összegének, valamint a díjfizetés gyakoriságának figyelembevételével történik. A biztosító ezen információkat az ajánlatból, az egészségi nyilatkozatból, az orvosi vizsgálati jelentésből, és esetlegesen a szerződőtől bekért egyéb dokumentumokból szerzi meg.

(2) A biztosítási díj fizetése lehet egyszeri vagy rendszeres.

(3) Rendszeres díjfizetés esetén:

a) a díjfizetés tartama megegyezik a biztosítás tartamával, vagy annál – a különös feltételekben meghatározott esetekben – rövidebb;

b) a díj előre fizetendő éves díj;

c) a szerződő felek megállapodhatnak az éves díj havi, negyedéves vagy féléves részletekben történő megfizetésében, azonban ez esetben a biztosító az éves díjhoz képest pótdíjat számít fel, amelynek mértékét minden egyes szerződés vonatkozásában évente állapítja meg;

d) a részletfizetés ütemezésének a díjfizetés gyakoriságának megváltoztatását a szerződő a biztosítási évfordulón kérheti.

(4) A biztosító megállapíthatja a fizetendő biztosítási díj minimális értékét, valamint jogában áll 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. A minimális díj értéke a kiegészítő biztosítások díjaival együtt értendő.

(5) Az esedékes, de meg nem fizetett díjat és egyéb tartozásokat a biztosító a biztosítási, illetőleg a visszavásárlási összegből a késedelmi kamatokkal együtt levonja, valamint ezek összegét a díjmentes leszállítás esetén figyelembe veszi.

(6) A biztosítás egyszeri, illetőleg első rendszeres díjával azonos összegű díjelőleg az ajánlat megtételekor fizetendő.

(7) Rendszeres díjfizetés esetén a biztosítás első díja a szerződés hatálybalépésekor, minden későbbi díj pedig annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre vonatkozik, ha a különös feltételek másként nem rendelkeznek. Folyószámláról történő díjfizetés esetén a biztosító jogosult a biztosítási díjat az adott naptári hónapon belül a biztosítási díj esedékességéhez képest más időpontban lehívni.

(8) Amennyiben a biztosító a kockázatalbírálás során az ajánlatot érintő lényeges körülmény miatt díjmelletést vagy kizárást alkalmaz, az ajánlat kézhezvételét követő 15 napon belül a szerződőnek írásban javaslatot tehet a módosításra. Ebben az esetben a szerződés visszamenőleges hatállyal csak abban az esetben jön létre, ha a biztosító által aján-

lott módosítást a szerződő a kézhezvételt követően 15 napon belül írásban elfogadja. Erre a következményre a szerződőt a módosító javaslat megtételkor a biztosító figyelmezteti.

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

(10) Az euró fizetőeszközre történő átállást követően a biztosító a szerződés díjtételét – a biztosítási összeg változatlanul hagyása mellett – legfeljebb 2%-kal emelheti minden olyan évnek az évfordulóján, amelyben a matematikai tartalék befektetéseiben elért hozam nem éri el a technikai kamatláb mértékét.

(11) A befizetett és az előírt díjnak a díjtűréshatárnál kisebb különbözetével a biztosító rendelkezik.

9. § Késedelmes díjfizetés

(1) Ha a szerződő az esedékességtől számított 90 napon belül az elmaradt díjakat és azok késedelmi kamatát nem fizeti meg, akkor díjfizetési késedelembe esik.

(2) Díjfizetési késedelem esetén a biztosítási szerződés az esedékességtől számított 90 nap elteltével megszűnik, vagy megfelelően csökkentett biztosítási összeggel marad fenn. A biztosító erről a tényről 15 napon belül a szerződőt írásban értesíti.

(3) A visszavásárlási értékkel nem rendelkező biztosítás kifizetés nélkül szűnik meg.

(4) Amennyiben a visszavásárlási értékkel rendelkező biztosítási szerződés a díjmentes leszállítás 15. §-ban foglalt feltételeinek nem felel meg, akkor a biztosító kifizeti a szerződés megszűnése napján érvényes visszavásárlási értékének az elmaradt díjakkal, késedelmi kamatokkal, valamint egyéb tartozásokkal csökkentett összegét.

(5) Amennyiben a visszavásárlási értékkel rendelkező biztosítási szerződés a díjmentes leszállítás 15. §-ban foglalt feltételeinek megfelel, akkor a szerződés díjmentes leszállításra kerül és a szerződő az erről szóló írásos értesítés kézhezvételét követő 30 napon belül az alábbi lehetőségek közül választhat:

a) A szerződés a díjmentes leszállítás alapján csökkentett biztosítási összeggel marad fenn.

b) A szerződő írásbeli nyilatkozatban követelheti a szerződés megszüntetését és a visszavásárlási összeg kifizetését. Ebben az esetben a biztosító kifizeti a szerződés megszűnése napján érvényes visszavásárlási értékének az elmaradt díjakkal, késedelmi kamatokkal, valamint egyéb tartozásokkal csökkentett összegét.

10. § A szerződés ismételt hatályba léptetése (reaktiválás)

(1) A biztosítási esemény nélkül, a díj nemfizetése

miatt megszűnt biztosítás az eredeti feltételekkel újra hatályba lép, ha a szerződő, vagy a helyébe belépő biztosított az első elmaradt díj esedékességétől számított 180 napon belül az összes elmaradt díjat az időarányos késedelmi kamattal együtt befizeti.

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

(3) A díjmentesen leszállított biztosítás reaktiválás címén nem állítható vissza az eredeti feltételeknek megfelelő, a díjmentesítés előtti állapotra, valamint a visszavásárlási összeg felvétele után – a visszavásárolt biztosítás nem léptethető újra hatályba.

(4) Ha a szerződő az első elmaradt díj esedékességétől számított 180 napon túl kéri a biztosítási esemény nélkül megszűnt biztosítás ismételt hatályba léptetését, ezt a kérelmet a biztosító új biztosítás megkötésére tett ajánlatként kezeli.

(5) Megszűnt kiegészítő biztosítást csak a főbiztosítás hatályban léte alatt vagy azzal együtt lehet újra hatályba léptetni, ha a kiegészítő biztosítás feltételei másképp nem rendelkeznek.

11. § Hitelfedezet

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

(2) A biztosítási szerződés hitelfedezetként szolgálhat:

a) a biztosítási szerződésben meghatározott haláleseti biztosítási összeg erejéig a biztosított elhalálása esetére,

b) vagy a visszavásárlási értékkel rendelkező biztosítások esetén, legfeljebb a visszavásárlási érték erejéig a halál esetére és a hitel vissza nem fizetésének esetére egyaránt.

(3) Ha az életbiztosítás haláleseti biztosítási összege vagy visszavásárlási értéke valamely hitelintézetnél hitelfedezetül szolgál, akkor a szerződést hitelfedezeti záradékkal látja el a biztosító.

(4) Hitelfedezetként szolgáló életbiztosításoknál elhalálozás esetén a biztosítási összeget csak az első kedvezményezettként jelölt hitelintézet igényének kielégítését követően lehet kifizetni.

(5) Ha a biztosítás visszavásárlási értéke hitelfedezetül szolgál, akkor a szerződést visszavásárolni, illetőleg biztosítói visszavásárlás esetén a visszavásárlási értéket kifizetni csak az első kedvezményezettként jelölt hitelintézet igényének kielégítését követően lehet.

(6) A hitelfedezet tartama alatt a kedvezményezett csak a hitelintézet írásbeli hozzájárulásával változtatható meg.

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



12. § Többlethozam visszatérítés

(1) A biztosító a befizetett díjakból életbiztosítási matematikai tartalékot képez.

(2) Az életbiztosítási matematikai tartalék befektetésének technikai kamatlábon felüli többlethozamából a biztosító a szerződőnek többlethozam-visszatérítést juttat az 1. számú melléklet rendelkezései szerint. A szerződő eltérő rendelkezésének hiányában a többlethozam visszatérítés technikája a díj, a díjtartalék és a biztosítási összeg egyidejű, azonos százalékkal történő indexálása az 1. számú melléklet rendelkezései szerint.

(3) A többlethozam visszatérítés mértéke nem lehet alacsonyabb, mint az életbiztosítási matematikai tartalék befektetési többlethozamának nyolcvan százaléka.

(4) A biztosítási szerződés megkötését követően a biztosító évente írásban tájékoztatja a szerződőt a jóváírt többlethozam mértékéről.

13. § Értékkövetés, indexálás

(1) Az 1. számú melléklet szerinti indexálás minden évben a biztosítási évfordulón történik. Az indexet a biztosító naptári hónaponként állapítja meg a naptári hónapot megelőző egyéves időszak hozama alapján, és azokra a szerződésekre alkalmazza, amelyeknek az adott naptári hónapot követő harmadik naptári hónapban van a biztosítási évfordulójuk.

(2) Az indexálásról a biztosító a szerződőt legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőzően 2 hónappal írásban értesíti. Az értesítő levél az évfordulót követően az aktuális biztosítási összeget és biztosítási díjat tartalmazza, mind az elutasítás, mind az elfogadás esetére. A biztosítási évfordulótól kezdődően a biztosítási jogviszony a megemelt biztosítási összeggel és díjjal folytatódik, ha a szerződő a következő bekezdésben foglaltak szerint az indexálást nem utasította vissza.

(3) A szerződő az indexálásról szóló értesítés kézhezvételétől számított 30 napon belül írásban értesítheti a biztosítót, hogy az indexálást elutasítja. Elutasítás esetén a biztosítás eltekintve a pótdíjtól

(8. § (3) bekezdés) változatlan biztosítási díjjal hatályban marad mindaddig, amíg a biztosítási összeg és díj egyidejű emelése legközelebb ismét lehetővé nem válik. A biztosítási összeg ebben az esetben az 1. számú melléklet (7) bekezdésében leírt módon – egyénileg kiszámított mértékben – emelkedik a díj emelkedése nélkül.

(4) Amennyiben a szerződő a tartam alatt egymás után három felajánlott indexálást visszautasít, a továbbiakban nincs lehetősége újabb indexálásra. A biztosítás összege ettől kezdve az egyénileg kiszámított mértékben emelkedik évente.

(5) Az elveszített indexálási jogot a szerződő egy újabb, a biztosítottra nézve kedvező eredményű kockázatelbírálással visszaszerezheti. Ebben az

esetben a kockázatelbírálás költségeit a szerződő viseli.

(6) Az indexálási jog visszaszerzése csak a díjfizetési tartamon belül lehetséges, ha még legalább egy olyan teljes biztosítási év van hátra, amikor a szerződő díjat fizet. Ennek megfelelően nem lehetséges az indexálási jog visszaszerzése:

- a) a tartamon belül a díjfizetési tartam után,
- b) a biztosított halála után díjmentesített biztosítások esetében,
- c) a tartam után még érvényben lévő szolgáltatásra, illetve
- d) a díjmentesen leszállított biztosítások esetében.

14. § Visszavásárlás

(1) A visszavásárlási értékkel rendelkező biztosítási szerződések írásban történő felmondása esetén

a) egyszeri díjas biztosításoknál a biztosítás megkötését követően,

b) rendszeres díjas biztosítások esetén, ha a biztosításból már legalább 2 év díjjal fedezett tartam eltelt, a biztosító a visszavásárlási összeget fizeti ki a szerződőnek.

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

(3) A biztosító kockázatviselése megszűnésének napjától számított 8 napon belül fizeti ki a visszavásárlási összeget a szerződő részére akkor, ha a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges dokumentumok maradéktalanul rendelkezésre állnak.

(4) Visszavásárlási értékek:

a) Rendszeres díjas biztosítások esetében a visszavásárlási érték a biztosítás

- 3. évében: a visszavásárlási érték alapjának 80%-a,**
- 4. évében: a visszavásárlási érték alapjának 85%-a,**
- 5. évében (feltéve, hogy a biztosítás legalább 6 éves tartamú): a visszavásárlási érték alapjának 90%-a,**
- 6. évében (feltéve, hogy a biztosítás legalább 7 éves tartamú): a visszavásárlási érték alapjának 95%-a,**
- 7. évtől kezdve (feltéve, hogy a biztosítás legalább 8 éves tartamú): a visszavásárlási érték alapjának 99,5%-a.**

b) Egyszeri díjas biztosítások esetében a visszavásárlási érték a biztosítás

- 1. évében: a visszavásárlási érték alapjának 90%-a,**
- 2. évében: a visszavásárlási érték alapjának 92,5%-a,**
- 3. évében: a visszavásárlási érték alapjának 95%-a,**
- 4. évében: a visszavásárlási érték alapjának 97,5%-a,**
- 5. évében és később: a visszavásárlási érték alapjának 99,5%-a.**

c) A tartam utolsó évében a visszavásárlási érték megegyezik a visszavásárlási érték alapjával.

(5) A visszavásárlási érték alapja az aktuális díjtartalék, amelyet a biztosító megnövel a tört évre járó, még fel nem osztott és a szerződő számára jóvá nem

írt, 1. számú melléklet szerint számított alapbónusz arányos, becsült értékével.

(6) A visszavásárlási értékből a biztosító levonja az elmaradt díjak, valamint a késedelmi kamatok és egyéb tartozások összegét.

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

15. § Díjmentes leszállítás

(1) A díjmentes leszállítás jogát tartalmazó biztosítások esetében a szerződő kérheti, hogy a biztosító a biztosítást díjmentesen leszállított biztosítással alakítsa át a díjjal fedezett időszak végétől, illetőleg, ha a szerződő már díjfizetési késedelemben van, a kérelemnek a biztosítóhoz való beérkezése utáni első biztosítási hónapfordulótól kezdve. Az átalakítás feltétele továbbá:

a) legalább 2 év díjjal fedezett tartam eltelte, b) és az, hogy a díjmentes leszállítás alapja haladja meg a biztosító által évente a 2. számú mellékletben meghatározásra kerülő minimális visszavásárlási értéket.

(2) A díjmentes leszállítás alapja a biztosításnak a díjmentes leszállítás időpontjában kiszámított visszavásárlási értéke, levonva abból az esetleges díjhátralékot és annak késedelmi kamatát.

(3) A díjmentesen leszállított biztosítás biztosítási összege megfelel egy olyan egyszeri díjas biztosítás összegének, amelyet a díjmentes leszállítás alapjául szolgáló értéknek, mint egyszeri díjnak alapulvételeivel nyújt a biztosító. A biztosítási összeg kiszámítása során ezen túl a biztosító figyelembe veszi a biztosított korát, a biztosításból hátralévő tartamot, és a kockázatbírálás során esetleg korábban eszközölt díjemelést vagy összegcsökkentést, illetőleg felszámítja a terméktervben rögzített költségeit.

(4) A minimális díjmentes leszállítási összeget a 2. számú melléklet tartalmazza. Ez az összeg akkor alkalmazható, ha a kockázatbírálás következtében a biztosító nem alkalmazott díjemelést vagy összegcsökkentést.

(5) A díjmentesen leszállított biztosítások indexálása a továbbiakban minden biztosítási évfordulón az alapindexszel történik. Ez alól kivétel a díjmentes leszállítás utáni első évforduló, ahol az éves alapindexnek a díjmentesítés óta eltelt töredék évvel arányos részével indexál a biztosító.

(6) A főbiztosítás díjmentesítésekor a hozzá tartozó kiegészítő biztosítások a díjmentesítés napján megszűnnek, ha a különös feltétel másképp nem rendelkezik.

(7) A leszállított szolgáltatási összegű díjmentes biztosítást az eredeti tartalommal visszaállítani nem lehet.

(8) Amennyiben a biztosítás rendelkezik visszavásárlási értékkel, a biztosítás a díjmentes leszállítás után is visszavásárolható. A díjmentesen leszállított biztosításokra az egyszeri díjas biztosításokra vonatkozó visszavásárlási szabályok érvényesek.

16. § A biztosító teljesítése

(1) A biztosítási eseményt a 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 az előírt kötelezettségeket nem teljesíti, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.

(2) A kedvezményezett kötelezettsége, hogy a pénzosztás és 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, haláleseti bejelentő lapot, haláleseti orvosi jelentést, 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 a 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) Amennyiben a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás kedvezményezettje kiskorú, a kifizetéssel járó szolgáltatás kizárólag gyámhatósági számlára történő utalással teljesíthető.

(7) A biztosítás díjmentes leszállításához, a visszavásárlási összeg kifizetéséhez, illetőleg kölcsön igényléséhez a következő iratokat kell a biztosító



részére bemutatni, illetőleg átadni:

- a) a biztosítási kötvényt,
- b) a szerződő nyilatkozatát a kölcsön felvétele, a visszavásárlás vagy a díjmentes leszállítás szándékáról.

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

(9) 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.

(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 független igazságügyi orvosszakértő eljárással kapcsolatos költségeket a megrendelő fél viseli. Amennyiben az igényt érvényesíteni kívánó személy kezdeményezte az eljárást, és az orvosszakértő a javára foglalt állást, a költségeket a biztosító fizeti.

(14) A biztosító az aktuális biztosítási összeg alapján teljesítésre kerülő bármely szolgáltatással szemben a kifizetéskor beszámítással él az elmaradt díjak és késedelmi kamatok (a továbbiakban: tartozások) erejéig.

(15) A fel nem vett szolgáltatási összeget az elévülési időn belül a biztosító kamatmentes letétként kezeli.

(16) A biztosítási szerződés megkötését követően a biztosító évente írásban tájékoztatja a szerződőt az életbiztosítási szerződése szolgáltatási összegéről.

17. § A biztosító mentesülése

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

(2) Több haláleseti kedvezményezett esetén az (1) bekezdés rendelkezése nem vonatkozik azon kedvezményezetre, aki nem hatott közre a biztosított halálának előidézésében.

vezményezetre, aki nem hatott közre a biztosított halálának előidézésében.

(3) A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, és a biztosító nem a visszavásárlási összeget, hanem a halál időpontjában aktuális díjtartalékot fizeti ki a kedvezményezettnek, 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‰ véralkohol szint) vezetett gépjárművet és egyúttal egyéb közlekedésrendészeti szabályt is megszegett és a biztosítási esemény ezzel okozati összefüggésben következett be,

f) bekövetkeztek a biztosított kábító, bódító szerek hatása alatt állott, vagy egyéb vegyi anyagot bódító szerként 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 szerződésben meghatározott haláleseti biztosítási összeget fizeti ki, kivéve, ha az öngyilkosságot megelőző két éven belül a szerződő ajánlata alapján a haláleseti biztosítási összeg emelésére került sor. Ebben az esetben a biztosító kifizeti az emelés előtti biztosítási összeget és visszatéríti azt a díjtartalékot, amelyek a megemelt és a régi biztosítási összeg közötti különbözetre képzett. E kizárás nem vonatkozik a rendszeres éves indexálás keretében megemelt biztosítási összegre.

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

18. § Kizárt kockázatok

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

Az esemény

a) a biztosított elme-, vagy tudatzavarásával 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 gleccsormászással, illetőleg az egészségbiztosítási törvény 18. §-a (6) bekezdésének e) pontjában felsorolt extrém sportokkal összefüggésben következett be,

e) bármiféle légi jármű, repülő szerkezet használatán során következett be, kivéve a légitársaságok menetrendszerű vagy charter járatainak utasait,

f) föld alatti vagy víz alatti munkavégzés vagy ilyen területen folytatott sporttevékenység következménye,

g) robbanószerekkel, robbanó szerkezetekkel 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 anélkül vívott harccal, határvillongással, felkeléssel, forradalommal, zendüléssel, a törvényes kormány elleni puccsal vagy puccskísérlettel, népi megmozdulással, nem engedélyezett tüntetéssel vagy be nem jelentett sztrájkokkal, idegen ország korlátozott célú hadcselekményeivel, kommandó támadással.

(2) Az (1) bekezdésben meghatározott esetek miatt bekövetkező biztosítási esemény esetén a visszavásárlási értékkel nem rendelkező biztosítás kifizetése nélkül, a visszavásárlási értékkel rendelkező biztosítás pedig az esetleges tartozások levonását követően, a visszavásárlási érték kifizetésével megszűnik.

19. § 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.

20. § Felmondás

(1) A szerződő a szerződést a díjjal fedezett biztosítási időszak végére írásban felmondhatja. A biztosító kockázatviselése a biztosítási időszak végén megszűnik.

(2) Ha a szerződő a felmondás időpontjában már díjfizetési késedelemben van, akkor a biztosító kockázatviselése a felmondásnak a biztosítóhoz való érkezése napját követő nap 0. órájától megszűnik.

(3) Az (1) bekezdésben foglalt felmondás esetén a visszavásárlási értékkel nem rendelkező szerződés kifizetése nélkül, a kockázatviseléssel együtt megszűnik.

(4) Az (1) bekezdésben foglalt felmondás esetén a visszavásárlási értékkel rendelkező szerződés tekintetében, ha a különös feltétel másként nem rendelkezik, a 14. § rendelkezéseit kell megfelelően alkalmazni.

21. § 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.

22. § 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. §-ában 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 nyilatkozattételi kötelezettség, illetve ha biztosítási szerződésből 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, biztosításközvetítői, 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 adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást 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 megbízottal 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,
 q) feladatkörében eljáró országgyűlési biztossal szemben,
 r) kötelező gépjármű-felelősségbiztosítással kapcsolatos biztosítási esemény bekövetkeztekor a kártörténetre vonatkozó adata 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 részére 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 lőszerrel visszaéléssel,
 e) pénzmosással,
 f) bűnszövetségben 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 (adat-alany) ahhoz írásban hozzájárult, és a harmadik országbeli adatkezelőnél a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli adatkezelő székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal.
 (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 űrlapon hozzájárul. A kiszervezett tevékenységet végzők, valamint az orvosszakértői véleményt készítő szakorvosok személyét a biztosító hirdetésben 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.

23. § 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

űrlapon, 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 szerződés 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 telefonon vagy interneten történő – az ügyfelet, illetőleg szerződését érintő – tevékenysége során gondoskodik a különleges és személyes adatok kezeléséről, valamint a biztosítási titokvédelemre vonatkozó szabályok maradéktalan érvényesítéséről.

24. § A biztosítás megszűnésének esetei

(1) A biztosítás megszűnik:

a) ha az 5. § (1) bekezdéseiben 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 2. § (18) bekezdése



alapján a szerződés létrejöttéről szóló jognyilatkozat kézhezvételétől számított 30 napon belül felmondja,
 c) ha a szerződő a biztosítást a 20. § alapján felmondja,
 d) ha a szerződő a biztosítást a 14. § szerint visszavásárolja,
 e) a késedelmes díjfizetéssel összefüggésben a 9. § (2) és (3) bekezdésében meghatározott esetekben.
 (2) A szerződés megszűnésekor a felek kölcsönösen lemondanak a díjtűrészhatár mértékét meg nem haladó követelésükről.

25. § 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 az osztalékadóról

26. § Tájékoztatás és tájékoztatás

A szerződő fél saját szerződéseivel felől az alábbi módokon tájékozódhat:

- (1) 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 szerződéseivel egyes főbb adatainak változásáról.
- (2) Amennyiben a szerződő rendelkezik MyAviva

hozzáféréssel, amelynek feltétele a MyAviva szerződés megkötése, akkor a szerződő a MyAviva internetes ügyfélporthálón is tájékozódhat saját szerződése aktuális visszavásárlási értékéről.

(3) A biztosító a 2. számú mellékletben foglalt változásairól 30 nappal a változás előtt hirdetmény útján tájékoztatja a szerződőt.

(4) A biztosítási szerződés megkötését követően a biztosító évente legalább egyszer írásban tájékoztatja ügyfelét életbiztosítási szerződése szolgáltatási értékéről, aktuális visszavásárlási értékéről és a visszajáró többlethozam jóváírásának mértékéről.

(5) A biztosítási szerződésben rögzített értékkövetés érvényesítése során a biztosító az ügyfelet tájékoztatja az értékkövetéssel érintett és nem érintett elemek vonatkozásában. A biztosító felhívja a figyelmet a biztosítási szerződés értékkövetéssel kapcsolatos rendelkezéseire, külön is kitérve az ügyfelet az értékkövetéssel kapcsolatban megillető jogokra.

(6) Amennyiben a biztosítási szerződés feltétele a leendő ügyfél orvosi vizsgálata, akkor az ügyfél az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.

27. § Illetékes bíróság, illetékes panaszforum

A biztosítási szerződésből eredő igények érvényesítésére indított valamennyi perre kizárólagosan a Budapesti II. és III. Kerületi Bíróság, illetőleg hatáskörtől függően az alperes székhelye szerinti megyei (fővárosi) bíróság illetékes. Az illetékes felügyeleti szerv: Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (1013 Budapest, Krisztina körút 39.).

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

Budapest, 2009. november 30.

1. SZÁMÚ MELLÉKLET

A többlethozam visszatérítés részletes szabályai

(1) Ha a különös feltétel másképp nem rendelkezik, illetőleg jelen melléklet más pontjai azt nem módosítják, a többlethozam szerződőnek járó részét a biztosítási összeg indexálása révén juttatja vissza a biztosító. A biztosító által felajánlott indexálást a szerződő az általános feltételek 13. §-ában foglaltak szerint visszautasíthatja.

(2) A többlethozam szerződésenként visszajuttatott része (a továbbiakban: bónusz): a szerződés egyéni életbiztosítási díjtartalékán, a biztosítási évfordulót megelőző egyéves időtartam alatt elért, a technikai kamatlábat meghaladó kamatnyereség minimum 80%-a (alapbónusz), illetőleg 90%-a (kedvezményes bónusz).

(3) A biztosító az alapbónuszból alapindexet, a kedvezményes bónuszból kedvezményes indexet számít.

(4) A többlethozamnak a szerződő részére visszajuttatott mértéke az alábbiak szerint alakul:

a) Ha a szerződő elfogadja a díj biztosító által felajánlott indexálását, akkor a biztosítási díj és a biztosítási összeg is a kedvezményes indexszel növekszik. A kedvezményes index: (kedvezményes bónusz + technikai kamatláb) / technikai kamatláb.

b) Ha a szerződő visszautasítja a biztosító által felajánlott indexálást, akkor a biztosítási díj változatlan marad, a biztosítási összeg pedig az alapbónusz alapján, a (7) bekezdés szerint növekszik.

c) Ha a szerződés szerint már nincs díjfizetés és a szerződő rendelkezik az indexálás jogával, akkor a biztosítási összeg a kedvezményes indexszel növekszik.

d) Ha a szerződés szerint már nincs díjfizetés és a szerződő elveszítette az indexálás jogát, akkor a biztosítási összeg az alapindexszel növekszik.

(5) Az egyszeri díjas biztosítások esetében a biztosító a kedvezményes ráta szerint számolja ki a többlethozam szerződőnek visszajuttatott részét, illetőleg a kedvezményes indexszel szorozza a biztosítási összeget, kivéve, ha az egyszeri díjas biztosítás egy másik biztosításba beépített szolgáltatás, és a másik biztosításra a biztosító az alapindexet alkalmazza.

(6) Az index a többlethozam szerződő részére visszajuttatott részének százalékos mértékéből képzett arányszám, amellyel a biztosító a biztosítási

évfordulón emeli a biztosítási összeget, illetőleg - rendszeres díjas biztosítások esetében a díjfizetési tartamon belül a szerződő ellenkező nyilatkozatának hiányában - emeli a biztosítási díjat (indexálás).

(7) Ha a szerződő visszautasítja a díj növelését, a biztosítási összeg egyénileg kiszámított mértékben növekszik. Az egyéni összegnövekedés egy olyan egyszeri díjas biztosítás biztosítási összege, amelynek egyszeri díja az alapbónusz. Az egyszeri díjas biztosítás kalkulálása során a biztosító a biztosított aktuális korát, a biztosításból hátralévő tartamot, valamint a kezdeti kockázat elbírálást követő esetleges díjemelést és a biztosító terméktervben rögzített költségeit veszi figyelembe.

(8) Abban az esetben, ha az index nem éri el az 5%-ot, a biztosító szüneteltetheti a díj indexálását, feltéve, hogy a szerződő még nem veszítette el az indexálásra való jogát.

a) Ebben az esetben a biztosító a (7) bekezdés szerint jár el, azzal az eltéréssel, hogy a kedvezményes bónuszt alkalmazza.

b) A fel nem ajánlott indexálás az indexálási jog elvesztése szempontjából nem számít sem elutasításnak, sem pedig elfogadásnak.

(9) Nem kerül sor indexálásra azon a biztosítási évfordulón, amikor az előző egy év időszakában a díjtartalék befektetése során elért hozam nem haladta meg a technikai kamatlábat.

(10) Az utolsó indexálás a biztosítási esemény bekövetkeztekor történik.

a) Amennyiben a biztosítási esemény nem biztosítási évfordulóra esik, a biztosító a biztosítási eseménykor érvényes index arányos részével növeli az aktuális díjtartalékot, és ezt a (7) bekezdésben leírt egyéni módon átszámítja biztosítási összeggé, és ezzel emeli az előző évfordulós biztosítási összeget.

b) A biztosító ebben az esetben attól függően alkalmazza a kedvezményes indexet vagy az alapindexet, hogy a biztosítási esemény időpontjában a szerződő rendelkezett-e az indexálás jogával.

(11) Az aktuális díjtartalékot a biztosító az előző bekezdésben meghatározott eljárással növeli meg visszavásárlás, illetőleg díjmentes leszállítás esetén, feltéve, hogy az nem biztosítási évfordulóra esik. Ez esetben a biztosító az alapindexet alkalmazza.

Budapest, 2009. november 30.



2. SZÁMÚ MELLÉKLET

Egyes, a feltételekben meghatározott változók értékei

	2009. november 30-tól érvényes
Minimális éves díj	30 000 Ft
Minimális féléves díjrészlet	20 000 Ft
Minimális negyedéves díjrészlet	10 000 Ft
Minimális havi díjrészlet	5 000 Ft
Díjtűrészhatár	300 Ft
A szerződés létrehozása érdekében felmerült költségek	
II. típusú orvosi vizsgálat díja	15 300 Ft + ÁFA
III. típusú orvosi vizsgálat díja	31 000 Ft + ÁFA
Költségátalány	2000 Ft

A haláleseti biztosítás biztosítási összegének minimális értéke 500 000 Ft.

A baleseti halál kiegészítő biztosítás biztosítási összegének maximális értéke a haláleseti biztosítási összeg kétszerese és 9 000 000 Ft közül a magasabb érték.

Budapest, 2009. november 30.



3. SZÁMÚ MELLÉKLET

Kockázati díjak

1 Ft kockázat alatt álló összeg éves nettó kockázati díja normál kockázatok esetén

Életkor	Férfi	Nő	Életkor	Férfi	Nő
18	0,000255	0,000093	60	0,009802	0,004020
19	0,000288	0,000097	61	0,010498	0,004294
20	0,000316	0,000105	62	0,011265	0,004558
21	0,000341	0,000105	63	0,012067	0,004862
22	0,000361	0,000105	64	0,012920	0,005220
23	0,000374	0,000109	65	0,013789	0,005682
24	0,000395	0,000109	66	0,014624	0,006225
25	0,000407	0,000117	67	0,015441	0,006822
26	0,000428	0,000121	68	0,016306	0,007508
27	0,000441	0,000129	69	0,017341	0,008302
28	0,000458	0,000142	70	0,018607	0,009225
29	0,000478	0,000154	71	0,020153	0,010267
30	0,000512	0,000174	72	0,021921	0,011383
31	0,000549	0,000194	73	0,023850	0,012644
32	0,000587	0,000211	74	0,025883	0,014084
33	0,000637	0,000235	75	0,027987	0,015759
34	0,000704	0,000272	76	0,031040	0,017879
35	0,000813	0,000321	77	0,032672	0,019711
36	0,000951	0,000386	78	0,034602	0,021835
37	0,001115	0,000468	79	0,036852	0,024306
38	0,001313	0,000550	80	0,039492	0,027175
39	0,001526	0,000648	81	0,042615	0,030504
40	0,001762	0,000743	82	0,046235	0,034347
41	0,002013	0,000831	83	0,050495	0,038794
42	0,002290	0,000927	84	0,055450	0,043927
43	0,002583	0,001028	85	0,061196	0,049827
44	0,002904	0,001129	86	0,067883	0,056607
45	0,003239	0,001256	87	0,075637	0,064346
46	0,003613	0,001393	88	0,084509	0,073197
47	0,004019	0,001552	89	0,094749	0,083244
48	0,004440	0,001716	90	0,106313	0,094563
49	0,004866	0,001883	91	0,119576	0,107319
50	0,005266	0,002048	92	0,134260	0,121548
51	0,005639	0,002203	93	0,150892	0,137274
52	0,005995	0,002342	94	0,169170	0,154529
53	0,006351	0,002498	95	0,188356	0,173275
54	0,006722	0,002656	96	0,209709	0,193362
55	0,007150	0,002838	97	0,234014	0,214827
56	0,007608	0,003046	98	0,255738	0,236299
57	0,008091	0,003259	99	0,272727	0,260870
58	0,008610	0,003495	100	0,285714	0,280000
59	0,009175	0,003745	101	0,400000	0,400000

Budapest, 2009. november 30.



**AZ AVIVA ÉLETBIZTOSÍTÓ ZRT.
SANAVITA KOCKÁZATI
ÉLETBIZTOSÍTÁSÁNAK
KÜLÖNÖS FELTÉTELEI**

A SanaVita életbiztosítási szerződés (a továbbiakban: biztosítás) jelen különös feltételek, valamint az Aviva Életbiztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) életbiztosítási szerződéseinek általános feltételei (a továbbiakban: általános feltételek) alapján jön létre a biztosító, valamint a szerződő között. Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér az általános feltételekben foglaltaktól, a különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

1. § Biztosított

- (1) Biztosított az lehet, aki a biztosítási szerződés létrejöttkor a 18. életévénél idősebb, de a 60. életévét még nem töltötte be.
- (2) A biztosított életkora a biztosítás tartamának lejártakor nem haladhatja meg a 65 évet.

2. § A biztosítás tartama

- (1) A biztosítási szerződés a szerződő ajánlatának a biztosító által történő elfogadásával a szerződő által választott határozott tartamra jön létre.
- (2) A biztosítás tartama 5 és 25 év között bármely egész év lehet, figyelemmel az 1. § (2) bekezdésében foglaltakra.
- (3) A lejárt napja a biztosítási tartam utolsó évének biztosítási évfordulója.

3. § A biztosítási díj

- (1) A biztosítás rendszeres díjfizetésű.
- (2) A biztosítás díja a biztosítás tartamának végéig vagy annak a biztosítási hónapnak a végéig esedékes, amelyben a biztosított halála bekövetkezik.

4. § Technikai kamatláb

A technikai kamatláb mértéke 2,9%.

5. § Biztosítási esemény

Biztosítási esemény: a biztosítottnak a tartamon belül bekövetkező halála.

6. § Haláleseti szolgáltatás

- (1) A biztosított tartam alatt bekövetkező halála esetén a biztosító a kedvezményezett részére a tartozásokkal csökkentett aktuális biztosítási összeget fizeti ki.
- (2) A szolgáltatás tartalmazza az utolsó töredékév töredék bónusza alapján számított többletösszeget is az általános feltételek 1. számú mellékletének (10) bekezdése szerint.

7. § Maradékjogok

A biztosítás nem rendelkezik a visszavásárlás és a díjmentes leszállítás maradékjogával.

8. § Egyéb rendelkezések

A biztosítási szerződés megszűnik:

- a) lejártkor, kifizetés nélkül,
- b) ha az 5. §-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezik,
- c) ha a szerződést önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személy szerződő a biztosítást az általános feltételek 2. § (18) bekezdése alapján a szerződés létrejöttéről szóló jognyilatkozat kézhezvételétől számított 30 napon belül felmondja,
- d) a díjjal fedezett biztosítási időszak végén, ha a szerződő a biztosítást az általános feltételek 20. § alapján írásban felmondja,
- e) a késedelmes díjfizetéssel összefüggésben az általános feltételek 9. § (2) és (3) bekezdésében meghatározott esetekben.

Budapest, 2009. november 30.

**AZ AVIVA ÉLETBIZTOSÍTÓ ZRT.
KIEGÉSZÍTŐ BALESET- ÉS
BETEGSÉGBIZTOSÍTÁSAINAK
ÁLTALÁNOS FELTÉTELEI**

Jelen általános feltételekben foglaltak az Aviva Életbiztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) életbiztosítási szerződéseit (továbbiakban: főbiztosítás) kiegészítő baleset- és betegségbiztosítási szerződéseire (továbbiakban: kiegészítő biztosítás) érvényesek feltéve, hogy a szerződést e feltételekre (a továbbiakban: baleset- és betegségbiztosítási általános feltételek) hivatkozással kötötték.

Jelen baleset- és betegségbiztosítási általános feltételekben, illetőleg adott szolgáltatás vonatkozásában a biztosítási szerződés különös feltételeiben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás általános és különös feltételei, illetőleg a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadóak.

1. § Fogalmak

(1) Baleset: a főbiztosítás általános feltételei szerinti baleset. Nem tekinthető balesetnek:

- a) a foglalkozási betegség (krónikus ártalom);
- b) ha a biztosított az organikus idegrendszer sérülése nélküli lelki és szellemi károsodást szenved;
- c) minden olyan elváltozás, melyre baleseti esemény hívta fel a figyelmet és a szóban forgó körkép a bejelentett káreseményt megelőzően bizonyítható módon már fennállt;
- d) a csontok patológiás törései, a szokványos (habituális) ízületi ficamok és az alkati sajátosságból adódó ízületi szalaggyengeség;
- e) az ízületi porcok, szalagok, egyéb lágyrészek károsodása kivéve, ha a károsodás az egyébként ép ízületet kívülről közvetlenül érő egyszerű, extrém, mechanikus behatás következménye és a szakmai irányelvekben rögzített klinikai vizsgálati eljárásokkal a kóros objektív adatok igazolást nyernek;
- f) egyedi mérlegelés alapján: az emberi szervezet típusos helyeinek sérvesedése (hasi és a porckorongosér kialakulása), kivéve azokat az eseteket, amikor a sérülés mechanizmusa és a klinikai jelek a baleseti eseményt egyértelműen igazolják és ezek dokumentálása megtörtént;
- g) az élő kórokozók (baktérium, vírus, protozoon) emberi vagy állati gazdaszervezetből (hordozó) emberi fogadó-szervezetbe jutása/juttatása (a továbbiakban együtt: átvitele) még abban az esetben sem, ha az átvitelt balesetszerű fizikális ok váltja ki;
- h) a biztosított azon balesete, mellyel kapcsolatban objektív, műszeres és fizikális, klinikai vizsgálati módszerekkel anatómiai károsodást nem igazoltak.

(2) Nem baleset az öngyilkosság és az öncsonkítás vagy ezek kísérlete sem.

(3) Betegség: e feltételek szempontjából a biztosított egészségi állapotában bekövetkező olyan múltékony vagy maradandó egészségkárosodás, amelyet a biztosított önhibáján, vagy akaratán kívül, a biztosítási szerződés hatályba lépését követően, első alkalommal szenved el.

(4) Biztosított: a főbiztosításban biztosítottként megjelölt természetes személy, aki a biztosítási szerződés létrejöttkor (belépéskor) a 18. életévénél idősebb, de a 65. életévét még nem töltötte be.

a) Nem lehet biztosított a társadalombiztosítási jogszabályok szerint rokkantsági (baleseti rokkantsági) nyugdíjra jogosultnak nyilvánított személy, azaz akinek az egészségkárosodása:

- a 80%-os mértéket eléri (TB I. vagy II. fokozatú rokkant),
- 50-79%-os mértékű és nem rehabilitálható (TB III. fokozatú rokkant).

b) Nem biztosítható továbbá – a munkaképtenség tartama alatt – a szakorvosilag igazolt munkaképtelen állományban lévő személy.

(5) Kedvezményezett: az a személy, aki a biztosító szolgáltatására jogosultságot nyer.

a) A baleseti halál szolgáltatásra több kedvezményezett is jelölhető a főbiztosítás általános feltételeiben meghatározott rendelkezések szerint.

b) A többi szolgáltatás kedvezményezettje egy, az ajánlaton megjelölt, vagy a biztosítóhoz a tartam során intézett írásbeli nyilatkozaton megjelölt személy lehet.

c) Amennyiben a biztosított írásbeli hozzájárulással a szerződő más kedvezményezettet nem jelölt, úgy kedvezményezett:

- nem baleseti halál esetére szóló szolgáltatások esetén a biztosított;
- a baleseti halál esetére szóló szolgáltatás esetén a biztosított törvényes örököse vagy törvényes örökösei.

(6) Kórház

a) Jelen feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződések szempontjából kórház: az egészségügyi hatóság által engedélyezett, illetőleg nyilvántartott kórház, klinika, amely állandó vezetés, szakorvosi irányítás és felügyelet alatt áll.

b) Jelen feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződések szempontjából **nem minősülnek kórháznak:**

- a szanatóriumok, a tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetek;
- rehabilitációs intézetek (kivéve ez alól és kórházi kezelés körén belülinek tekintjük mindazon baleseti, belgyógyászati akut kórképeket, melyeknél az elváltozások súlyosságából levezethetően a re-



habilitációs kezelés orvos szakmai indoka megalapozott és az iratokkal alátámasztott.)

- az idült, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei;
- gyógyüdülők és utógondozó szanatóriumok;
- az idősek szociális otthonai és azok betegosztályai;
- a fürdő- és egyéb gyógyintézetek;
- az ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei;
- illetve kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai.

(7) Műtét: engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltatónál, szakorvos által végzett, a szakmai irányelveknek megfelelően kivizsgált kórképek műtéti megoldása, mely gyógyító, állapot javító céllal történik.

(8) Személyes egészségügyi adat: az érintett testi, értelmi és lelki állapotára, kóros szenvedélyére, valamint a megbetegedés, illetve az elhalálozás körülményeire, a halál okára vonatkozó, általa vagy róla, más személy által közölt, illetve az egészségügyi ellátóhálózat által észlelt, vizsgált, mért, leképzett vagy származtatott adat; továbbá az előzőekkel kapcsolatba hozható, az azokat befolyásoló mindennemű adat (például magatartás, környezet, foglalkozás).

(9) A betegségbiztosítási részt is tartalmazó kiegészítő biztosítások (a kórházi napi térítésre és a műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítások) díja az évfordulón a biztosított aktuális korához tartozó díjnak megfelelő mértékre növekszik.

(10) Amennyiben a rendszeres díjfizetésű szerződés rendelkezik az indexálás jogával, a biztosító minden biztosítási évfordulón felajánlja a szerződőnek, hogy a kiegészítő biztosítások biztosítási összegeit külön kockázatbírálás nélkül, és az egyes kiegészítő biztosításokhoz tartozó rendszeres díjat, a főbiztosítás általános feltételeinek 13. §.

(1) bekezdésben meghatározott mértékben, a főbiztosítás díjával együtt, azonos arányban – a kórházi napi térítésre és a műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítások esetén az 1. § (9) bekezdést is figyelembe véve – növelje.

2. § A kiegészítő biztosítás tartama, a kockázatviselés kezdete

(1) A kiegészítő biztosítás köthető:

- a) a főbiztosítással együtt, amennyiben a biztosító a szerződő főbiztosításra és kiegészítő biztosításra tett ajánlatát egyaránt elfogadja;
- b) már érvényben lévő főbiztosítás mellé, a főbiztosítás biztosítási évfordulója előtt legalább 30 nappal felvett ajánlat elfogadása révén.

(2) A kiegészítő biztosítás az ajánlatnak a biztosító által történő elfogadásával jön létre.

(3) A kiegészítő baleset- és betegségbiztosítás tartama 1 év.

a) A kiegészítő biztosítás a főbiztosítás biztosítási évfordulóján automatikusan, újabb 1 évvel hosszabbodik meg, ha a felek a főbiztosítás biztosítási évfordulóját megelőzően 30 nappal másfépp nem nyilatkoznak.

b) Az automatikus hosszabbítás esetén feltétel, hogy az éves tartam során a főbiztosítás is hatályban maradjon és a biztosított még ne töltsen be a 65. életévét.

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

(5) A kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete:

a) amennyiben a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatot a főbiztosítással együtt nyújtották be, akkor a kockázatviselés kezdete megegyezik a főbiztosítás kockázatviselésének kezdetével;

b) amennyiben a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatot már a főbiztosítás hatályba lépését követően nyújtották be, akkor a kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete az azt követő biztosítási évforduló, amikor a biztosító kockázatbírálásra jogosult szerve a benyújtott kiegészítő ajánlatot elfogadta.

3. § A biztosítási védelem terjedelme

(1) Jelen baleset- és betegségbiztosítási általános feltételek alapján létrejövő kiegészítő biztosítási szerződésekben a biztosítási védelem kiterjed:

a) a balesetek következményeire nyújtott szolgáltatás esetében a kiváltó eseményekre és a betegségek miatti kórházi ápolásokra vonatkozóan a biztosítás tartamán belül bárhol, bármikor bekövetkező biztosítási eseményekre,

b) a betegségek miatti műtéti beavatkozásokra vonatkozóan a Magyarország területén bekövetkező biztosítási eseményekre,

c) a műtéti térítést nyújtó kiegészítő biztosításokban arra a műtetre, amely a mindenkori hatályos jogszabályok alapján a közfinanszírozó által finanszírozott ellátások körébe tartozik.

(2) Nem terjed ki a biztosítási védelem, azaz a biztosító kizárja a kockázatviselés köréből a kockázatviselés kezdete előtt:

- a) bekövetkezett balesetek következményeit;
- b) meglévő betegségeket, valamint egészségkárosodásokat;
- c) már meglévő fogyatékoságokkal közvetve vagy közvetlenül összefüggő eseményeket.

4. § Várakozási idő

(1) A biztosító a betegségbiztosítási eseményekre vállalt szolgáltatásokat várakozási idő után nyújtja. A várakozási idő a kockázatviselés kezdetétől számított 90 napig tart.

(2) Nincs várakozási idő a baleseti eseményből eredő szolgáltatásokra való jogosultságokra, ideértve a betegségbiztosítási szolgáltatásokat kiváltó baleseti eseményeket is.

5. § A biztosító teljesítése

(1) A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a biztosítási eseményt a szolgáltatás igénylőjének be kell jelentenie a biztosító részére. A szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító által előírt, és a bejelentő által kitöltött nyomtatványokon kívül a következő iratokat kell a biztosító részére átadni:

a) a biztosított halála esetén:
 – a halotti anyakönyvi kivonatot;
 – **a halál okát, valamint a halált okozó baleset, betegség kezdetének időpontját és lefolyását igazoló részletes haláleset utáni orvosi jelentést;**
 – a halállal kapcsolatos kezelés és vizsgálat részletes orvosi iratait, ideértve a halottvizsgálati bizonyítványt is, amennyiben történt boncolás, akkor a boncolási jegyzőkönyvet is;
 – a biztosított halála miatt indult hatósági eljárás esetén az eljárást befejező vagy elutasító jogerős határozatot, vádindítványt vagy vádiratot, vagy a tényállás megállapítására alkalmas egyéb hatósági okiratot.

b) Ellátási eseményekre hivatkozással benyújtott szolgáltatási igény teljesítéséhez be kell nyújtani:
 – a kórházi zárójelentés, a jogszabályban rögzített esetekben a szövettani vizsgálat adatainak és kóris-méjének másolatát,
 – az elvégzett beavatkozásokról készült szakorvosi iratokat,

– csonttörési, csontrepedési szolgáltatási igény esetén a röntgenleletet vagy az erre vonatkozó orvosi igazolást.

c) Bármely külföldön bekövetkezett ellátás alapján támasztott szolgáltatási igény esetén (ide nem értve a 3. § (1) b) szerint a betegségi műtéti beavatkozásokat) a dokumentáció részeként be kell nyújtani a külföldön bekövetkezett eseményről a külföldi állami, vagy önkormányzati hatóság, és egészségügyi intézmények által kiállított okiratok hiteles magyar fordítását.

d) A baleset- és betegségbiztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító teljesítésének feltétele, hogy:

– a benyújtott igény jogosságát alátámasztó (balesetet igazoló) egészségügyi intézményi, illetőleg hatósági dokumentumok és információk a biztosító rendelkezésére álljanak;
 – ide értve azt is, hogy munkabaleset esetén az ezt megállapító jegyzőkönyv és a hivatalos dokumentáció hiteles másolatát is (MEP határozat) a biztosító rendelkezésére bocsássák;
 – **a biztosító által kért – a biztosítási eseménnyel, a bekövetkezett sérüléssel és a sérült személy maga-**

tartásával, illetőleg az egészségügyi ellátással összefüggően keletkezett – minden további dokumentumot és információt a biztosító kezhez kapjon.

e) Balesetbiztosítási esemény esetén a szolgáltatás igénylőjének fel kell kérnie, és fel kell hatalmaznia a balesettel foglalkozó egészségügyi intézményeket és hatóságokat a biztosító által kért felvilágosítások megadására.

(2) A biztosítási szerződésben vállalt kötelezettség teljesítésének alapvető előfeltétele, hogy a bejelentett káreseménnyel kapcsolatban készült szakorvosi dokumentáció az Egészségügyi Törvényben előírt formai és tartalmi követelményeknek megfeleljen.

(3) A fel nem vett szolgáltatási összeget az elévülési időn belül a biztosító kamatmentes letétként kezeli.

(4) A szerződőnek a biztosítóval egy biztosítottra és egy biztosítási kockázatra vonatkozóan csak egy érvényes baleset és betegség biztosítása lehet.

6. § A biztosító mentesülése

(1) A főbiztosítás általános feltételei 17. §-a szerinti rendelkezésekben meghatározottakon túl, a biztosító mentesül a kiegészítő baleset- és betegségbiztosítási szerződés szolgáltatásainak teljesítési kötelezettségei alól, ha a szolgáltatási igény alapjául szolgáló esemény okozati összefüggésben áll a biztosítottnak a kockázatviselés kezdetét megelőző:

a) krónikus betegségeivel,
 b) maradandó egészségkárosodásával,
 c) a biztosítotton végrehajtott műtéttel, illetve bármilyen más beavatkozással.

(2) A biztosító mentesül a kiegészítő baleset- és betegségbiztosítási szerződés szolgáltatásainak teljesítési kötelezettségei alól akkor is, ha:

a) a biztosított, illetőleg a kedvezményezett a biztosítási szolgáltatást kiváltó eseményt követően az elvárható mértékű és minőségű kárenyhítési kötelezettségeiknek nem tesznek eleget;

b) a biztosított az orvosi utasításokat (gyógyszer-szedés, kezelések stb.) nem tartja be és ennek következményeként olyan szövődmény alakul ki, vagy állapotromlás következik be, amely a szakorvosi utasítások betartásával megelőzhető lett volna.

(3) A biztosító mentesül a műtéti beavatkozással összefüggő szolgáltatás teljesítése alól:

a) ha igazolható, hogy a műtét olyan esemény következményeként vált szükségessé, amely alkoholizmus vagy alkoholos befolyásoltság következtében, kábítószer vagy egyéb vegyi anyag kábító vagy bódító szerként való alkalmazása következtében, illetve HIV fertőzéssel kapcsolatban alakult ki;



b) ha a műtét a biztosított jogellenes magatartása, illetve a biztosított által szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidézett esemény következményeként vált szükségessé;

c) ha a biztosított a betegség diagnosztizálása esetén az orvos által javasolt műtétet elutasítja, az dokumentálva van és ennek következtében a későbbiekben egy, az eredetileg javasoltnál magasabb térítési kategóriába sorolt beavatkozást kell végrehajtani a biztosított gyógyulása érdekében.

(4) A biztosító mentesül a csonttörési szolgáltatás teljesítése alól, ha a kárigény benyújtására a bejelentett biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 30 napon túl kerül sor.

7. § Kizárt kockázatok

(1) A biztosító a főbiztosítás általános feltételeiben foglaltakon túl, az alábbi kockázatokat, illetve egészségügyi intézményi ellátásokat zárja ki a biztosítási védelemből:

a) a művi megtermékenyítéssel és fogamzásgátlással összefüggésben felmerülő, valamint a művi terhesség megszakításával kapcsolatos eseményeket;

b) a terhességgel, szüléssel összefüggő eseményeket (ideértve a következmény jellegű, maradandó egészségkárosodásokat is), ha a fogamzás a kockázatviselés kezdete előtti, kivéve azokat a beavatkozásokat, amelyekre az anya vagy az újszülött egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében volt feltétlen szükség;

c) bármely diagnosztikus célú beavatkozást, ideértve az emiatti kórházi fekvőbeteg ellátási eseményeket is;

d) az egy napos sebészet körében végzett műtéteket és ellátásokat, ideértve az emiatti kórházi fekvőbeteg ellátási eseményeket is;

e) az egészségügyi ellátás, illetve az orvosi beavatkozás következtében, annak következményeként elszenvedett ártalommal összefüggő eseményeket;

f) a geriátriai, a fizio- és fizioterápiái, a rehabilitációs, az utógondozási, a gyógyterápiái és a logopédiai szakellátásokat, a gyógytornát és masszázst, valamint a balneoterápiát;

g) a nem, illetve nemi jelleg megváltoztatását célzó beavatkozásokat;

h) az esztétikai, kozmetikai célú ellátásokat, valamint a plasztikai sebészeti műtéteket (kivéve a baleset, vagy a jelen feltételeknek megfelelő betegség következtében szükségessé vált, és a társadalombiztosítás által finanszírozott kozmetikai és plasztikai beavatkozásokat);

i) a HIV fertőzés és következményei miatti ápolásokat és beavatkozásokat;

j) az epilepszia és következményei miatti ápolásokat és beavatkozásokat;

k) az alkohol, illetve a drogfüggőség miatti egészségkárosodással összefüggő, illetve a függőség megszüntetésével kapcsolatos ellátásokat.

(2) Kizárt kockázatok ezen felül a biztosítási védelemből a műtéti beavatkozások köréből:

a) ha császármetszésre a kockázatviselés kezdetétől számított 360 napon belül került sor;

b) ha a műtétre a szerződéskötést megelőző öt éven belül diagnosztizált új betegség, illetve bekövetkezett baleset következményeként került sor;

c) ha a biztosított fogászati beavatkozást hajtának végre (kivéve a baleset következtében szükségessé vált és szájsebész által igazolt fogászati beavatkozásokat);

d) ha az ajánlat megtételekor a műtét szükségességéről a szerződő, vagy a biztosított tudott vagy tudnia kellett, mert oka olyan betegség, illetve állapot, amely folyamatosan, vagy a biztosítás hatálybalépését közvetlenül megelőzően már fennállt (programozott, illetve „halasztott” műtétek);

e) ha a nem balesettel összefüggő műtétet Magyarország területén kívül végzik, vagy végezték el.

8. § Az adatok kezelése

Az általános feltételekben foglalt, a személyes adatok kezelésére vonatkozó rendelkezések kiterjednek a biztosított személyes egészségügyi adatainak kezelésére is.

9. § A biztosítás megszűnésének esetei

A kiegészítő baleset- és betegségbiztosítási szerződés a főbiztosítás általános feltételeiben foglaltakon túl megszűnik:

a) a főbiztosítás megszűnésekor,

b) ha az adott kiegészítő biztosítás kötésének előfeltételül szabott kiegészítő biztosítási szerződés megszűnik,

c) a kiegészítő biztosítási szerződés felmondása esetén,

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

10. § Maradékjogok, többlethozam

A kiegészítő baleset- és betegségbiztosítások maradékjogokkal nem rendelkeznek, illetőleg többlethozam-visszatérítésre nem jogosítanak.

Budapest, 2009. november 30.

MEB-H03

**AZ AVIVA ÉLETBIZTOSÍTÓ ZRT.
BALESETI HALÁLRA SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ
BIZTOSÍTÁSÁNAK KÜLÖNÖS FELTÉTELEI**

A baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítási szerződés (a továbbiakban: kiegészítő biztosítás) e feltételek, és a baleset- és betegségbiztosítási általános feltételek, valamint az életbiztosítás (továbbiakban főbiztosítás) általános feltételi alapján jön létre az Aviva Életbiztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító), valamint a szerződő között.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás, vagy a baleset- és betegségbiztosítás általános feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

1. § Biztosítási esemény

Biztosítási esemény a biztosítottnak a kiegészítő biztosítás tartamán belül történt baleset miatt, a baleset időpontjától számított egy éven belül bekövetkezett halála.

2. § Szolgáltatás

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

(2) A kiegészítő biztosítás biztosítási összege nem nő az általános feltételek 1. számú mellékletének (10) bekezdése szerint számított utolsó töredék bónusz többletösszegével.

(3) Amennyiben a biztosított ugyanazon balesetből kifolyólag már részesült a biztosító baleseti rokkantságra szóló kiegészítő biztosításának szolgáltatásában, a baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás alapján kifizetendő biztosítási összegből a biztosító a baleseti rokkantságra szóló kiegészítő biztosítás alapján kifizetett szolgáltatást levonja.

3. § Egyéb rendelkezések

A kiegészítő biztosítás megszűnik az 1. § szerinti biztosítási esemény bekövetkezésekor.

Budapest, 2009. november 30.



**AZ AVIVA ÉLETBIZTOSÍTÓ ZRT.
BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ
(31-100%-OS MÉRTÉKŰ)
EGÉSZSÉGGÁROSODÁSRA SZÓLÓ
BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI**

Az életbiztosítást kiegészítő, baleseti eredetű maradandó (31-100%-os mértékű) egészségkárosodásra szóló biztosítási szerződés (a továbbiakban kiegészítő biztosítás) e feltételek, a baleset- és betegségbiztosítási általános feltételek, valamint az életbiztosítás (a továbbiakban: főbiztosítás) általános feltételei alapján jön létre az Aviva Életbiztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító), valamint a szerződő között.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás, vagy a baleset- és betegségbiztosítás általános feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

1. § Biztosítási esemény

(1) A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási esemény: a biztosítottnak a kiegészítő biztosítás tartamán belül történt baleset miatt, a baleset időpontjától számított két éven belül bekövetkezett, 31%-os, vagy annál magasabb mértékű maradandó egészségkárosodása.

(2) A biztosítási eseményre hivatkozással két éven túl kárigény nem nyújtható be.

(3) A maradandó egészségkárosodás e kiegészítő feltételekben: a test élettani funkcióiban vagy struktúráiban (a test anatómiai részeiben) bekövetkezett, a populációs standardhoz viszonyított, olyan mértékű változásai, melyek a biztosított tevékenységeinek, illetve az egyes élethelyzetekben való közreműködésének (részvételének) állandó és maradandó akadályozottságához vezetnek.

a) Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha az szakorvosilag kialakultnak tekinthető.

b) Az egészségkárosodás megállapítása szempontjából önmagukban nem képezhetik szolgáltatási igény alapját:

- a munkaképesség megváltozása;
- a sport, vagy bármely hobbitevékenység abbahagyásának kényszere;
- a baleset következtében kialakuló hátrányos esztétikai következmények és egyéb hátrányok.

c) A maradandó egészségkárosodás tényét és mértékét – figyelembe véve a mellékelt tájékoztató táblázatban foglaltakat is –, a biztosító szakorvosa állapítja meg.

– Az egészségkárosodásnak a biztosító orvosa által megállapítandó fokánál az orvosszakértői intézet (Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet) szakvéleményében, illetve a nyugdíjbiz-

tosítási igazgatási szerv határozatában megállapított, vagy hivatkozott egészségkárosodás mértéke nem irányadó, továbbá az orvost más orvosszakértői testületek határozata vagy szakértők szakvéleménye sem köti.

– Ha a baleset olyan testrészt, vagy testi funkciót érintett, amely már korábban is károsodott volt, a biztosító orvosa a szolgáltatás kiszámításának alapjául szolgáló károsodási fokot csökkenti a már korábban megállapított maradandó egészségkárosodási fokkal.

2. § Szolgáltatás

(1) A biztosító a biztosított 1. §-ban meghatározott egészségkárosodása esetén, a kiegészítő biztosítás aktuális, a biztosítási esemény bekövetkeztekor érvényben lévő és a tartozásokkal csökkentett biztosítási összegének az egészségkárosodás fokával megegyező százalékát fizeti ki a kedvezményezett részére.

(2) A biztosító kifizetése a biztosítási összeg 100 százalékát nem haladhatja meg.

(3) Az ujjak hiányai nem, valamint törései és repedései sem adódnak össze és több ujj adott biztosítási eseményből eredő elvesztése, valamint maradandó egészségkárosodással járó törése és repedése esetén is csak egyszeri szolgáltatás jár.

3. § A biztosító teljesítése

(1) Amennyiben a biztosító szolgáltatását követően a biztosított egészségi állapota tovább romlik – ugyanannak a biztosítási eseménynek a következményeként, amely alapján a biztosító már teljesített szolgáltatást –, akkor a biztosított az orvosi kezelést és a kialakult állapotrosszabbodást is igazoló orvosi dokumentumokkal alátámasztott, a biztosítóhoz írásban benyújtott szolgáltatási igényben kérheti az egészségkárosodás mértékének felülvizsgálatát.

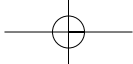
a) Erre a biztosítási eseményt kiváltó baleset napjától számított legfeljebb 4 évig, évenként egy alkalommal kerülhet sor.

b) Amennyiben a felülvizsgálat a maradandó egészségkárosodás mértékének növekedését állapítja meg, úgy a biztosító a már ismert egészségkárosodási mérték és az új mérték különbözetének megfelelő szolgáltatást teljesíti, jelen különös feltételek 2. §-a szerint.

(2) Amennyiben a biztosított a baleset időpontjától számított egy éven belül a baleset következtében meghal, a biztosító maradandó egészségkárosodás címén szolgáltatást nem teljesít.

4. § Egyéb rendelkezések

(1) A kiegészítő biztosítást csak abban az esetben lehet a főbiztosításhoz megkötni, ha ugyanehhez a



MEB-R03



főbiztosításhoz kötött baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás érvényben van, vagy a szerződő ezzel egyidejűleg baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítást is köt a főbiztosításhoz.

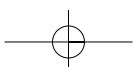
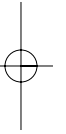
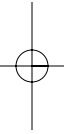
(2) E kiegészítő biztosítás, valamint a baleseti eredetű maradandó, 11-100%-os mértékű egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítás egyidejűleg nem köthetők, illetve nem lehetnek hatályban.

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

(4) Ha a baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás megszűnik, akkor minden további feltétel nélkül e kiegészítő biztosítás is megszűnik.

(5) A biztosítás az általános feltételekben foglaltakon túl megszűnik – egy, vagy akár több egymást követő biztosítási eseményből eredő szolgáltatási igény teljesítését követően – akkor, ha a biztosító által megállapított maradandó egészségkárosodás foka a 100%-ot elérte.

Budapest, 2009. november 30.





**AZ AVIVA ÉLETBIZTOSÍTÓ ZRT.
BALESETI EREDETŰ, MARADANDÓ
(11-100%-OS MÉRTÉKŰ)
EGÉSZSÉGGÁROSODÁSRA SZÓLÓ
KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSÁNAK FELTÉTELEI**

Az életbiztosítást kiegészítő, baleseti eredetű (11-100%-os mértékű) maradandó egészségkárosodásra szóló biztosítási szerződés (a továbbiakban: kiegészítő biztosítás) e feltételek, a baleset- és betegségbiztosítási általános feltételek, valamint az életbiztosítás (a továbbiakban: főbiztosítás) általános feltételei alapján jön létre az Aviva Életbiztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító), valamint a szerződő között.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás, vagy a baleset- és betegségbiztosítás általános feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

1. § Biztosítási esemény

(1) A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási esemény: a biztosítottnak a kiegészítő biztosítás tartamán belül történt baleset miatt, a baleset időpontjától számított két éven belül bekövetkezett, 11%-os, vagy annál magasabb mértékű maradandó egészségkárosodása.

(2) A biztosítási eseményre hivatkozással két éven túl kárigeny nem nyújtható be.

(3) A maradandó egészségkárosodás e kiegészítő feltételekben: a test élettani funkcióiban vagy struktúráiban (a test anatómiai részeiben) bekövetkezett, a populációs standardhoz viszonyított, olyan mértékű változásai, melyek a biztosított tevékenységeinek, illetve az egyes élethelyzetekben való közreműködésének (részvételének) állandó és maradandó akadályozottságához vezetnek.

a) Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha az szakorvosilag kialakultnak tekinthető.

b) Az egészségkárosodás megállapítása szempontjából önmagukban nem képezhetik szolgáltatási igény alapját:

- a munkaképesség megváltozása;
- a sport, vagy bármely hobbitevékenység abbahagyásának kényszere;
- a baleset következtében kialakuló hátrányos esztétikai következmények és egyéb hátrányok.

c) A maradandó egészségkárosodás tényét és mértékét – figyelembe véve a mellékelt tájékoztató táblázatban foglaltakat is –, a biztosító szakorvosa állapítja meg.

– Az egészségkárosodásnak a biztosító orvosa által megállapítandó fokánál az orvosszakértői intézet (Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet) szakvéleményében, illetve a nyugdíjbiz-

tosítási igazgatási szerv határozatában megállapított, vagy hivatkozott egészségkárosodás mértéke nem irányadó, továbbá az orvost más orvosszakértői testületek határozata vagy szakértők szakvéleménye sem köti.

– Ha a baleset olyan testrészt, vagy testi funkciót érintett, amely már korábban is károsodott volt, a biztosító orvosa a szolgáltatás kiszámításának alapjául szolgáló károsodási fokot csökkenti a már korábban megállapított maradandó egészségkárosodási fokkal.

2. § Szolgáltatás

(1) A biztosító a biztosított 1. §-ban meghatározott egészségkárosodása esetén, a kiegészítő biztosítás aktuális, a biztosítási esemény bekövetkeztekor érvényben lévő és a tartozásokkal csökkentett biztosítási összegének az egészségkárosodás fokával megegyező százalékát fizeti ki a kedvezményezett részére.

(2) A biztosító kifizetése a biztosítási összeg 100 százalékát nem haladhatja meg.

(3) Az ujjak hiányai nem, valamint törései és repedései sem adódnak össze és több ujj adott biztosítási eseményből eredő elvesztése, valamint maradandó egészségkárosodással járó törése és repedése esetén is csak egyszeri szolgáltatás jár.

3. § A biztosító teljesítése

(1) Amennyiben a biztosító szolgáltatását követően a biztosított egészségi állapota tovább romlik – ugyanannak a biztosítási eseménynek a következményeként, amely alapján a biztosító már teljesített szolgáltatást –, akkor a biztosított az orvosi kezelést és a kialakult állapotrosszabbodást is igazoló orvosi dokumentumokkal alátámasztott, a biztosítóhoz írásban benyújtott szolgáltatási igényben kérheti az egészségkárosodás mértékének felülvizsgálatát.

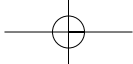
a) Erre a biztosítási eseményt kiváltó baleset napjától számított legfeljebb 4 évig, évenként egy alkalommal kerülhet sor.

b) Amennyiben a felülvizsgálat a maradandó egészségkárosodás mértékének növekedését állapítja meg, úgy a biztosító a már ismert egészségkárosodási mérték és az új mérték különbözetének megfelelő szolgáltatást teljesíti, a jelen különös feltételek 2. §-a szerint.

(2) Amennyiben a biztosított a baleset időpontjától számított egy éven belül a baleset következtében meghal, a biztosító maradandó egészségkárosodás címén szolgáltatást nem teljesít.

4. § Egyéb rendelkezések

(1) A kiegészítő biztosítást csak abban az esetben lehet a főbiztosításhoz megkötni, ha ugyanehhez a



MEB-R51



főbiztosításhoz kötött baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás érvényben van, vagy a szerződő ezzel egyidejűleg baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítást is köt a főbiztosításhoz.

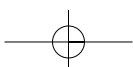
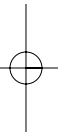
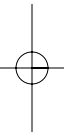
(2) E kiegészítő biztosítás, valamint a baleseti eredetű maradandó, 31-100%-os mértékű egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítás egyidejűleg nem köthetők, illetve nem lehetnek hatályban.

(3) E kiegészítő biztosítás biztosítási összege nem lehet nagyobb, mint az ugyanahhoz a főbiztosításhoz kötött baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összege, de maximum 9 millió Ft.

(4) Ha a baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás megszűnik, akkor minden további feltétel nélkül e kiegészítő biztosítás is megszűnik.

(5) A biztosítás az általános feltételekben foglaltakon túl megszűnik – egy, vagy akár több egymást követő biztosítási eseményből eredő szolgáltatási igény teljesítését követően – akkor, ha a biztosító által megállapított maradandó egészségkárosodás foka a 100%-ot elérte.

Budapest, 2009. november 30.





TÁJÉKOZTATÓ TÁBLÁZAT
a maradandó egészségkárosodás értékeléséhez

A táblázat – hangsúlyozottan a teljesség igénye nélkül – néhány testrész, végtag maradandó egészségkárosodásának illetőleg elvesztésének a funkciók teljessége, illetőleg a teljes test működőképessége szempontjából történő értékeléséhez ad irányokat, a biztosító kárigényeket elbíráló szakértői számára. Az értékek ezen alapesetekben a sérüléssel nem feltétlenül együtt járó károsodott végállapot zavartalan (következmény, illetve szövődménymentes) kialakulására vonatkoznak.

Megnevezés	károsodás mértéke
A) A felső végtagot érhető egyes veszteségek, teljes funkcióvesztések:	
– Mindkét felkar	100%
– Egy felkar	80%
– Egy alkar	70%
– Egy kéz, csuklóízülettől	65%
– Hüvelykujj teljes hiánya	30%
– II. ujj (mutató) teljes hiánya	20%
– III. ujj (középső) teljes hiánya	10%
– IV. ujj (gyűrűs) teljes hiánya	10%
– V. ujj (kis) teljes hiánya	10%
B) Az alsó végtagot érhető egyes veszteségek, teljes funkcióvesztések:	
– Mindkét comb	100%
– Egy comb, ellenoldali lábszár	100%
– Két oldali lábszár	80%
– Egy comb	80%
– Térdízület	80%
– Egy lábszár	70%
– Láb, bokaízülettől	40%
– Lábfej	40%
– I. (első) ujj teljes hiánya	10%
– II.-III.-IV.-V. ujjak bármelyikének teljes hiánya	5%
C) Adott érzékelő szerveket érhető egyes veszteségek, teljes funkcióvesztések:	
– Egy szem sérüléssel hiánya	50%
– Mindkét szem sérüléssel eredetű hiánya	100%
– Mindkét oldali teljes halláskiesés	50%
– A beszélőképesség teljes elvesztése	50%
– A szaglóérzék teljes elvesztése	5-10%
– Az ízlelőképesség teljes elvesztése	5-10%
D) Egyes – maradandó egészségkárosodással is járható – törések	
– Arckoponya csontjainak törése (műtétet nem indokló deformitás nélkül)	15%
– Állkapocs törése fogak sérülésétől függően	15-30%
– Alkar, illetve felkar törései	15-30%
– A kezujjak csontjainak törései	0-10%
– Sorozat bordatörés (legalább 4, vagy több)	10%
– Medence törései	15-25%
– Combnyaktörés	40%
– Térdkalács törés	0-10%
– Lábszár csontok komplett törése	20%
– Kül-, vagy belboka törése	10%
– A lábujjak csontjainak törései	5%

MEB-A01



**AZ AVIVA ÉLETBIZTOSÍTÓ ZRT.
AZONNALI BALESETI TÁMOGATÁS
NYÚJTÁSÁRA SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ
BIZTOSÍTÁSÁNAK FELTÉTELEI**

Az életbiztosítást kiegészítő, azonnali baleseti támogatás nyújtására szóló biztosítási szerződés (a továbbiakban: kiegészítő biztosítás) e különös feltételek, a baleset- és betegségbiztosítási általános feltételek, valamint az életbiztosítás (a továbbiakban: főbiztosítás) általános feltételei alapján jön létre az Aviva Életbiztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító), valamint a szerződő között.

Amennyiben a különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás, vagy a baleset- és betegségbiztosítás általános feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

1. § Biztosítási esemény

A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási esemény a biztosítottnak a kiegészítő biztosítás tartamán belül történt baleset miatt:

- (1) a baleset időpontjától számított egy éven belül bekövetkezett halála,
- (2) vagy a baleset időpontjától számított két éven belül bekövetkezett, 31%-os, vagy annál nagyobb mértékű maradandó egészségkárosodása.

2. § A biztosító szolgáltatása

- (1) A biztosító a biztosított baleset miatt bekövetkező halála, vagy 31%-os mértéket elérő baleseti

eredetű maradandó egészségkárosodása esetén a kiegészítő biztosítás aktuális biztosítási összegét fizeti ki a kedvezményezett részére akkor, ha e szolgáltatások bármelyikének jogalapja tisztázott.

(2) A biztosító a baleseti halál bekövetkezése esetén az azonnali támogatás szolgáltatást akkor is teljesíti, ha a biztosított ugyanazon balesetből kifolyólag már részesült szolgáltatásban, 31%-os mértéket elérő baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás címén.

(3) A biztosító a maradandó egészségkárosodás bekövetkezése esetén az azonnali támogatás szolgáltatást teljesíti akkor is, ha a károsodás mértéke még nem végleges, de a biztosító orvosának előzetes véleménye szerint a 31%-os mértéket bizonyosan eléri, vagy meghaladja.

(4) A kiegészítő biztosítás kezdeti biztosítási összege 300 000 Ft, melyet a biztosító egy összegben teljesít.

3. § Egyéb rendelkezés

Az azonnali baleseti támogatás nyújtására szóló kiegészítő biztosítás a főbiztosításhoz akkor köthető, ha a szerződő ugyanazon főbiztosításhoz baleseti halál és baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás kiegészítő biztosításokat is kötött, vagy jelen kiegészítő biztosítás megkötésével egyidejűleg e kiegészítő biztosításokat is megköti a főbiztosításhoz.

Budapest, 2009. november 30.



**AZ AVIVA ÉLETBIZTOSÍTÓ ZRT.
BALESETI EREDETŰ CSONTTÖRÉSRE ÉS
10%-OT MEG NEM HALADÓ MÉRTÉKŰ
MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS
ESETEIRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ
BIZTOSÍTÁSÁNAK FELTÉTELEI**

Az életbiztosítást kiegészítő, baleseti eredetű csonttörésre és baleseti okra visszavezethető, 10%-ot meg nem haladó maradandó egészségkárosodás eseteire vonatkozó biztosítási szerződés (a továbbiakban: kiegészítő biztosítás) e különös feltételek, a baleset- és betegségbiztosítási általános feltételek, valamint az életbiztosítás (a továbbiakban: főbiztosítás) általános feltételei alapján jön létre az Aviva Életbiztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító), valamint a szerződő között.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás, vagy a baleset- és betegségbiztosítás általános feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

1. § Biztosítási esemény

(1) A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási esemény, a biztosítottnak a biztosítás tartamán belül történt baleset miatt azonnal bekövetkező sérülései köréből:

- a) a csonttörések, csontrepedések (kivéve a fog töréseit, repedéseit);
- b) a balesetet követő legkésőbb egy éven belül kialakuló, 1-10%-os mértékű szakorvosilag igazolt maradandó egészségkárosodása.

(2) A csonttörés feltételeknek való megfeleléséről a biztosító szakorvosa dönt.

(3) A maradandó egészségkárosodás e kiegészítő feltételekben:

a) A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosításának feltételeiben meghatározott maradandó egészségkárosodás.

b) A maradandó egészségkárosodás tényét és mértékét a biztosító orvosa állapítja meg, figyelembe véve a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítás feltételeiben mellékelt tájékoztató táblázatban foglaltakat is.

– Ha a baleset olyan testrészt, vagy testi funkciót érintett, amely már korábban is károsodott volt, a biztosító orvosa a szolgáltatás kiszámításának alapjául szolgáló károsodási fokot csökkenti a már korábban megállapított maradandó egészségkárosodási fokkal.

– A maradandó egészségkárosodás biztosító orvosa által megállapítandó fokánál az orvosszakértői

intézet (Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet és területi szervei) szakvéleményében, illetve a nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv határozatában megállapított, vagy hivatkozott egészségkárosodás mértéke nem irányadó, továbbá az orvost más orvosszakértői testületek határozata vagy szakértők szakvéleménye sem köti.

2. § A biztosító szolgáltatása

(1) A biztosító a biztosított előzőekben meghatározott csonttörése vagy 1-10%-os maradandó egészségkárosodása (továbbiakban: sérülése) esetén, a kiegészítő biztosítás aktuális, a biztosítási esemény bekövetkeztekor érvényben lévő és a tartozásokkal csökkentett biztosítási összegét fizeti ki a kedvezményezett részére.

(2) Ugyanazon balesetből eredő sérülésre egyszer egy sérülésre nyújtható be szolgáltatási igény.

(3) Újabb igény kizárólag a maradandó egészségkárosodás mértékének romlása esetén támasztható akkor, ha a károsodás megváltozott mértéke a 10%-ot meghaladja. Ebben az esetben:

a) a biztosított kérheti a baleseti eredetű, 11-100%-os, illetve 31-100%-os mértékű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítás szolgáltatását,

b) abból azonban az 1-10%-os maradandó egészségkárosodás címén már teljesített szolgáltatás levonásra kerül.

(4) E kiegészítő biztosítás biztosítási összege nem lehet nagyobb, mint az ugyanazon főbiztosításhoz kötött baleseti eredetű, maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének az 1%-a, maximum 50 000 Ft.

3. § Egyéb rendelkezés

(1) A baleseti eredetű sérülésre szóló kiegészítő biztosítás a főbiztosításhoz akkor köthető, ha a szerződő ugyanezen főbiztosításhoz a baleseti halálra és a baleseti eredetű, 11 - 100%-os mértékű, vagy 31-100%-os mértékű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosításokat is kötött, vagy ezzel egyidejűleg e kiegészítő biztosításokat is megköti a főbiztosításhoz.

(2) Ha a baleseti halálra, vagy a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítások bármelyike megszűnik, akkor minden további feltétel nélkül e kiegészítő biztosítás is megszűnik.

Budapest, 2009. november 30.

MEB-N01

**AZ AVIVA ÉLETBIZTOSÍTÓ ZRT.
BALESETI EREDETŰ KÓRHÁZI NAPI
TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ
BIZTOSÍTÁSÁNAK FELTÉTELEI**

Az életbiztosítást kiegészítő, baleseti eredetű kórházi napi térítésre szóló biztosítási szerződés (a továbbiakban: kiegészítő biztosítás) e különös feltételek, a baleset- és betegségbiztosítási általános feltételek, valamint az életbiztosítás (a továbbiakban: főbiztosítás) általános feltételei alapján jön létre az Aviva Életbiztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító), valamint a szerződő között.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás, vagy a baleset- és betegségbiztosítás általános feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

1. § Biztosítási esemény

(1) Biztosítási esemény az a baleset, melynek következtében a biztosított orvosszakmai szempontból szükséges fekvőbeteg-ellátásban részesül.

(2) Jelen biztosítás szempontjából kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül az a személy:

a) akit gyógyító egészségügyi ellátások igénybevétele céljából a kórházba úgy vesznek fel, hogy a kórházi felvétel és elbocsátás napja között több, mint 72 óra tartam telik el,

b) és ennek során a biztosított minden éjszakát a kórházban tölt.

(3) A kórházi fekvőbeteg-ellátás esetén a biztosító szolgáltatása szempontjából a kórházi ellátás első napja a kórházi felvétel napja, a kórházi ellátás utolsó napja a kórházi zárójelentéssel feltüntetett elbocsátás napja.

(4) A biztosítási esemény időpontja a baleset időpontja.

2. § A biztosító szolgáltatása

(1) A biztosító a baleset napjától számított két éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges kórházi fekvőbeteg-ellátásra, az ellátási napokra nyújt szolgáltatást, visszamenőleg az első ellátási naptól számítva, akkor, ha az adott kórházi ápolási esemény tartama legalább 3 ellátási napot elér.

(2) A szolgáltatás összege a biztosított által a kórhá-

zi fekvőbeteg-ellátásban töltött napok számának és a kiegészítő biztosítás biztosítási esemény bekövetkeztekor aktuális biztosítási összegének szorzata.

(3) A biztosító szolgáltatási kötelezettségét az ugyanazon balesetből eredő többszöri kórházi ápolás esetén minden, az 1. § rendelkezéseinek megfelelő ápolási esetet követően, esetenként külön-külön is teljesíti.

(4) Amennyiben a két kórházi ápolás között kevesebb, mint 14 nap telt el, úgy az újbóli kórházi ápolásnál a 2. § (1) rendelkezésben foglalt elérendő ápolási tartam előírását a biztosító nem alkalmazza.

(5) Hosszú, 30 napot meghaladó tartamú, az 1. § rendelkezéseiben foglaltaknak megfelelő kórházi ápolás esetén, a kedvezményezett kórházi dokumentummal alátámasztott részlet-szolgáltatási igényt nyújthat be havonta a biztosítóhoz.

(6) A szolgáltatás teljesítésére a biztosító csak akkor köteles, ha a biztosítási esemény jelen szerződési feltételek szerint történt és bejelentésére még a biztosított életében sor került.

(7) A biztosító egy biztosítási eseménnyel összefüggésben legfeljebb 360 kórházi fekvőbeteg-ellátási napra nyújt szolgáltatást.

(8) A baleseti kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összege legfeljebb a baleseti maradandó egészségkárosodási szolgáltatás biztosítási összegének 3%-e, de maximum 20 000 Ft/nap lehet.

3. § Egyéb rendelkezés

(1) A baleseti kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás a főbiztosításhoz akkor köthető, ha a szerződő ugyanezen főbiztosításhoz baleseti halál és baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás kiegészítő biztosításokat is kötött, vagy ezzel egyidejűleg e kiegészítő biztosításokat is megköti a főbiztosításhoz.

(2) Ha a baleseti halálra, vagy a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítások bármelyike megszűnik, akkor minden további feltétel nélkül e kiegészítő biztosítás is megszűnik.

Budapest, 2009. november 30.



**AZ AVIVA ÉLETBIZTOSÍTÓ ZRT.
KÓRHÁZI NAPI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ
KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSÁNAK FELTÉTELEI**

Az életbiztosítást kiegészítő, kórházi napi térítésre szóló biztosítási szerződés (a továbbiakban: kiegészítő biztosítás) e kiegészítő feltételek, a baleset- és betegségbiztosítási általános feltételek, valamint az életbiztosítás (a továbbiakban: főbiztosítás) általános feltételei alapján jön létre az Aviva Életbiztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító), valamint a szerződő között.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás, vagy a baleset- és betegségbiztosítás általános feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

1. § Biztosítási esemény

(1) Biztosítási esemény a baleset, vagy a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül diagnosztizált, váratlan betegség, melynek következtében a biztosított orvos által szükségesnek tartott fekvőbeteg-ellátásban részesül.

(2) Jelen biztosítás szempontjából kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül az a személy:

a) akit gyógyító egészségügyi ellátások igénybevétele céljából a kórházba úgy vesznek fel, hogy a kórházi felvétel és elbocsátás napja között több mint 72 óra tartam telik el,

b) és ennek során minden éjszakát a kórházban tölt.

(3) A kórházi fekvőbeteg-ellátás esetén a biztosító szolgáltatása szempontjából a kórházi ellátás első napja a kórházi felvétel napja, a kórházi ellátás utolsó napja a kórházi zárójelentéssel feltüntetett elbocsátás napja.

(4) A biztosítási esemény időpontja:

a) baleset miatti kórházi ápolás esetén a baleset időpontja;

b) betegség miatti kórházi ápolás esetén a kórházi felvétel indokoltságának megállapításával a kórházi ellátás első napja.

2. § A biztosító szolgáltatása

(1) A biztosító a biztosított betegsége esetén a kockázatviselés tartama alatti kórházi fekvőbeteg-ellátásra, az ellátási napokra nyújt szolgáltatást.

(2) A biztosító a biztosított balesete esetén a baleset

napjától számított két éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges kórházi fekvőbeteg-ellátásra, az ellátási napokra nyújt szolgáltatást.

(3) A szolgáltatás visszamenőleg az első ellátási naptól számítva jár akkor, ha az adott kórházi ápolási esemény tartama legalább 3 ellátási napot elér.

(4) A szolgáltatás összege a biztosított által a kórházi fekvőbeteg-ellátásban töltött napok számának és a kiegészítő biztosítás a biztosítási esemény bekövetkeztekor érvényes aktuális biztosítási összegének szorzata.

(5) A biztosító szolgáltatási kötelezettségét az ugyanazon biztosítási eseményből eredő többszöri kórházi ápolás esetén minden, az 1. § rendelkezéseinek megfelelő esetet követően, esetenként külön-külön teljesíti.

(6) Ha a két kórházi ápolás között kevesebb, mint 14 nap telt el, úgy az újbóli kórházi ápolásnál a 2. § (3) rendelkezésben foglalt elérendő ápolási tartam előírását a biztosító nem alkalmazza.

(7) Hosszú, 30 napot meghaladó tartamú, az 1. § rendelkezéseiben foglaltaknak megfelelő kórházi ápolási esetén, a kedvezményezett a megfelelő kórházi dokumentummal alátámasztott részlet-szolgáltatási igényt nyújthat be havonta.

(8) A szolgáltatás teljesítésére a biztosító csak akkor köteles, ha a biztosítási esemény jelen szerződési feltételek szerint történt és bejelentésére még a biztosított életében sor került.

(9) A biztosító egy biztosítási eseménnyel összefüggésben legfeljebb 360 kórházi fekvőbeteg-ellátási napra nyújt szolgáltatást.

(10) A kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összege a főbiztosítás biztosítási összegének 3%-e, de maximum 20 000 Ft/nap lehet.

3. § Egyéb rendelkezés

(1) A kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás a baleset- és betegségbiztosítási általános feltételek rendelkezéseit figyelembe véve, a főbiztosításhoz szabadon köthető.

(2) E kiegészítő biztosítás megkötése esetén a szerződő baleseti eredetű kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítással nem rendelkezhet.

Budapest, 2009. november 30.

MEB-S01

**AZ AVIVA ÉLETBIZTOSÍTÓ ZRT.
BALESETI EREDETŰ MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE
SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSÁNAK
FELTÉTELEI**

Az életbiztosítást kiegészítő, baleseti eredetű műtéti térítésre szóló biztosítási szerződés (a továbbiakban: kiegészítő biztosítás) e kiegészítő feltételek, a baleset- és betegségbiztosítási általános feltételek, valamint az életbiztosítás (a továbbiakban: főbiztosítás) általános feltételei alapján jön létre az Aviva Életbiztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító), valamint a szerződő között.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás, vagy a baleset- és betegségbiztosítás általános feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

1. § Biztosítási esemény

(1) Biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítás hatályba lépését követően bekövetkező és a biztosítás tartama alatt bejelentett balesetével összefüggő és ugyancsak a biztosítás hatályba lépését követően kialakult állapota miatt orvosi szempontból szükségessé vált és szakorvos által végzett, zárójelentéssel igazolt olyan műtéte, amely szerepel, vagy a megismert körülményekre és adatokra támaszkodó orvosszakmai vélemény alapján besorolható a jelen feltételek mellékletét képező műtéti lista műtéti eljárásainak, illetve sebészeti beavatkozásainak körébe.

(2) A biztosítási esemény időpontja a baleset időpontja.

2. § A biztosító szolgáltatása

(1) A biztosító a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező, a baleset napjától számított két éven belül sorra kerülő, a balesettel oksági összefüggésben lévő események miatt indokolt és az adott időpontban szükséges műtétekre nyújt szolgáltatást.

(2) A szolgáltatás összege a kiegészítő biztosítás adott műtéti kategóriára meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkeztekor érvényes aktuális biztosítási összege.

a) A biztosító a feltételek szerint vállalt műtéteket súlyosságuk alapján 4 térítési kategóriába sorolja. Műtéti térítésként – a feltételek mellékletét képező térítési kategóriák alapján – a biztosítási összeg 25%, 50%, 100% vagy 200%-a kerül kifizetésre.

b) A biztosító a mellékletben egy önálló kategóriában határozza meg azokat a műtéteket, amelyekre szolgáltatást nem nyújt.

c) Ha az adott műtét a táblázatban nem szerepel, a műtéti szolgáltatást annak figyelembe vételével kell megállapítani, hogy az orvosi szempontból melyik műtéti kategóriához áll legközelebb.

d) A besorolást a beérkező dokumentumok alapján a biztosító szakorvosa állapítja meg, szükség esetén külső szakértő véleménye alapján.

e) Adott műtét besorolását, illetve megítélését nem érinti:

– a szövődmények lehetősége vagy esetleges bekövetkezése;

– a műtét következtében esetlegesen létrejövő maradandó egészségkárosodás.

(3) A biztosító szolgáltatási kötelezettségét az ugyanazon balesetből eredő többszöri műtéti eseményre minden, az 1. §-ban foglalt rendelkezéseknek megfelelő műtéti eseményre külön-külön teljesíti, de az egy biztosítási eseményre teljesített szolgáltatások együttes összege nem haladhatja meg a biztosítási összeg 200%-át.

(4) Amennyiben egy napon vagy egy beavatkozás során végeznek több műtétet, akkor a biztosító a szolgáltatás mértékét a legmagasabb szolgáltatást nyújtó műtét alapul vételével állapítja meg.

(5) A kiegészítő biztosítás biztosítási összege legfeljebb a baleseti maradandó egészségkárosodás eseteire szóló szolgáltatás biztosítási összegének 10%-a, de maximum 900 000 Ft lehet.

(6) A biztosító évente maximum 3 műtétet térít.

3. § Egyéb rendelkezések

(1) A baleseti eredetű műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás a főbiztosításhoz akkor köthető, ha a szerződő ugyanezen főbiztosításhoz baleseti kórházi napi térítés kiegészítő biztosítást is kötött, vagy ezzel egyidejűleg e kiegészítő biztosítást is megkötötte a főbiztosításhoz.

(2) Ha a baleseti kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás megszűnik, akkor minden további feltétel nélkül e kiegészítő biztosítás is megszűnik.

Budapest, 2009. november 30.



AZ AVIVA ÉLETBIZTOSÍTÓ ZRT. MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSÁNAK KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

Az életbiztosítást kiegészítő, műtéti térítésre szóló biztosítási szerződés (a továbbiakban: kiegészítő biztosítás) e különös feltételek, a baleset- és betegségbiztosítási általános feltételek, valamint az életbiztosítás (a továbbiakban: főbiztosítás) általános feltételei alapján jön létre az Aviva Életbiztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító), valamint a szerződő között.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás, vagy a baleset- és betegségbiztosítás általános feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

1. § Biztosítási esemény

(1) Biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítás hatályba lépését követően bekövetkező és a biztosítás tartama alatt bejelentett adott betegségével, vagy balesetével összefüggő és ugyancsak a biztosítás hatályba lépését követően kialakult állapota miatt orvosi szempontból szükségessé vált és szakorvos által végzett, zárójelentéssel igazolt olyan műtete, amely szerepel, vagy a megismert körülményekre és adatokra támaszkodó orvosszakmai vélemény alapján besorolható a jelen feltételek mellékletét képező műtéti lista műtéti eljárásainak, illetve sebészeti beavatkozásainak körébe.

(2) A biztosítási esemény időpontja:

- a) baleseti eredetű műtét esetében a baleset bekövetkezésének napja,
- b) betegség miatt végzett műtét esetén az első műtét végrehajtásának napja akkor is, ha egy biztosítási eseményből eredően több műtét elvégzése válik szükségessé.

2. § A biztosító szolgáltatása

(1) A biztosító a biztosítás hatályba lépését követően kialakuló, a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező betegség diagnosztizálása, vagy a tartam alatt bekövetkező baleset napjától számított két éven belül sorra kerülő, a következmények elhárítása miatt indokolt és az adott időpontban szükséges műtétekre nyújt szolgáltatást.

(2) A szolgáltatás összege a kiegészítő biztosítás adott műtéti kategóriára meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkeztekor érvényes aktuális biztosítási összege.

a) A biztosító a feltételek szerint vállalt műtéteket súlyosságuk alapján 4 térítési kategóriába sorolja.

Műtéti térítésként – a feltételek mellékletét képező térítési kategóriák alapján – a biztosítási összeg 25%, 50%, 100% vagy 200%-a kerül kifizetésre.

b) A biztosító a mellékletben egy önálló kategóriában határozza meg azokat a műtéteket, amelyekre szolgáltatást nem nyújt.

c) Ha az adott műtét a táblázatban nem szerepel, a műtéti szolgáltatást annak figyelembe vételével kell megállapítani, hogy az orvosi szempontból melyik műtéti kategóriához áll legközelebb.

d) A besorolást a beérkező dokumentumok alapján a biztosító szakorvosa állapítja meg, szükség esetén külső szakértő véleménye alapján.

e) Az adott műtét besorolását, illetve megítélését nem érinti:

– a szövődmények lehetősége vagy esetleges bekövetkezése;

– a műtét következtében esetlegesen létrejövő maradandó egészségkárosodás.

(3) A biztosító szolgáltatási kötelezettségét az ugyanazon balesetből eredő többszöri műtéti eseményre minden, az 1. § rendelkezéseinek megfelelő műtéti eseményre külön-külön teljesíti, de az egy biztosítási eseményre teljesített szolgáltatások együttes összege nem haladhatja meg a biztosítási összeg 200%-át.

(4) Amennyiben egy napon vagy egy beavatkozás során több műtétet végeznek, akkor a biztosító a szolgáltatás mértékét a legmagasabb szolgáltatást nyújtó műtét alapul vételével állapítja meg.

(5) A kiegészítő biztosítás biztosítási összege legfeljebb a főbiztosítás biztosítási összegének 10%-a, de maximum 900 000 Ft lehet.

(6) A biztosító évente maximum 3 műtétet térít.

3. § Egyéb rendelkezések

(1) A műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás a főbiztosításhoz akkor köthető, ha a szerződő ugyanezen a főbiztosításhoz kórházi napi térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítást is kötött, vagy ezzel egyidejűleg e kiegészítő biztosítást is megköti a főbiztosításhoz.

(2) Ha a kórházi napi térítés kiegészítő biztosítás megszűnik, akkor minden további feltétel nélkül e kiegészítő biztosítás is megszűnik.

(3) E kiegészítő biztosítás megkötése esetén a szerződő baleseti eredetű műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítással nem rendelkezik.

Budapest, 2009. november 30.

Melléklet

A műtétek csoportosítása (kivonat)	
WHO-kód	Műtét megnevezése
1. csoport	
Kiemelt műtét	
5014F	Agydaganat eltávolítás
50151	Koponyacsont tumor eltávolítás
50200	Benyomatos koponyatörés ellátása
50303	Gerincvelői dekompresziós műtétek
50311	Ideggyök gerinccsatornán belüli műtéte
50337	Gerincvelői daganatok eltávolítása
53240	Tüdőlebens eltávolítása
53340	Tüdőátültetés
53522	A kéthegeyű billentyű pótlása mechanikus műbillentyűvel
53531	Billentyű plasztika a kéthegeyű billentyűn
53734	Daganat eltávolítása a szívkamrából
53743	Szívkamrai sérülés ellátása
53750	Szívátültetés
55040	Májátültetés
5814L	Térdprotézis beültetés
58151	Teljes csípőprotézis
2. csoport	
Nagy műtét	
54560	Vastagbél teljes eltávolítása
53611	Koszorúér-áthidaló műtétek
53502	Zárt billentyűbemetszés a kéthegeyű billentyűn
5382L	Hasi aorta tárgulat eltávolítása
53836	Érpótlás
58188	Teljes vállprotézis
51358	Szívárványhártya eltávolítás
51570	Üvegtest csere
51630	Szemeltávolítás
52070	Félkörös ívjáratok kimetszése
53030	Teljes gégeeltávolítás
53163	Művi gégeképzés
3. csoport	
Közepes műtét	
53777	Pacemaker beültetése
53807	Embólia eltávolítás combverőérből
54130	Lépettávolítás
54361	Gyomor részleges eltávolítása
54430	Féregnyúlvány eltávolítása
55110	Epehólyag eltávolítása
55300	Lágyéksérv műtét
56011	Prostata húgycsövön keresztüli kisebbitése
56520	Féloldali petefészek eltávolítás
56830	Méheltávolítás hasi úton
50630	Pajzsmirigy eltávolítás
51150	Kötőhártyavarrat
57902	Combnyak-szegezés
57922	Húzóhurkos csonttrögzítés
57924	Csavarozás
58361	Ínhelyreállítás
50420	Idegvarrat
58480	Combamputáció
58610	Emlőeltávolítás



4. csoport	Kis műtét
51440	Szemlencse eltávolítás
51470	Szemlencse beültetés
51950	Dobhártyaplasztika
53844	Visszerek eltávolítása
56741	Méhszájplasztika
56518	Laparoszkópos petefészek eltávolítás
57400	Császármetszés
57670	Arctörések nyílt helyreállítása
57829	Bütyökműtét
57900	Csonttörések bőrön keresztül történő dróttűzése
58130	Külboka-szalag varrata
5837H	Achilles-ín szakadás helyreállítása
58400	Kézujj amputáció
58600	Emlőcsomó kimetszése
5. csoport	Beavatkozások és műtétek, amelyekre nem jár szolgáltatás
12794	Nagyvérköri artéria diagnosztikus katéterezése
14410	Kimetszés szövettani vizsgálat számára gyomortükrözés során
14820	Szövettani vizsgálati mintavétel bőrön át emlőből
16200	Hörgőtükrözés
16970	Diagnosztikus ízületi csőtükrözés
33121	Koszorúerek vizsgálata érfestéssel
39430	Ultrahangos vesekőzúzás
52160	Orrtörés helyreállítása
52310	Fog sebészi eltávolítása
52374	Fogászati csontplasztika
52000	Dobhártya „felszúrása”
52100	Orrvérzés ellátása edzőszerrel
52810	Mandula eltávolítása
57100	Gátmetszés
57520	Terhesség megszakítás
57880	Belső fémrögzés eltávolítása
58750	Emlőplasztika
58900	Bőrvarrat
58840	Bőrfüggelék kimetszése
59801	Nők művi meddővé tétele
81010	Idegentest eltávolítás szaruhártyából
81700	Könnytömlő átmosása
81840	Tetoválás eltávolítása
81900	Sebkötözés, tisztítás
82032	Csuklótörés zárt helyretétele
82090	Ficam zárt helyretétele
84712	Combcsontba fúrt dróttal történő húzatas
85840	Ízületbe adott injekció
88050	Vérátömlesztés
88530	Művese-kezelés

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 (független 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, pénzintézet, 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 közvet-

lenül 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:

- **Őrszem árfolyamfigyelő szolgáltatás 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. § **Őrszem árfolyamfigyelő szolgáltatás**

(1) Az Őrszem árfolyamfigyelő szolgáltatás a MyAviva ügyfélkapun keresztül állítható be.

(2) Az árfolyamfigyelő szolgáltatást eszközalaponként kell beállítani.

(3) Az Őrszem árfolyamfigyelő szolgáltatásnak két funkciója van. Egyrészt figyelmeztet és automatikusan áthelyezi az adott eszközalapban lévő befektetési egységeket az ügyfél által előre megadott eszközalapba, ha a megfigyelt befektetési egység alap árfolyamának csökkenése elérte vagy meghaladta a szerződő által megjelölt határértéket, másrészt figyelmeztetést küld, amikor az adott eszközalap – lokális minimumhoz képesti – árfolyamnövekedése elérte a szerződő által megadott %-os mértéket, vagy vételi árfolyama elérte a szerződő által előre megadott árfolyamot.

(4) 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.**

A) Stop loss funkció

(1) A stop loss funkció segítségével az egyes



eszközalapokra vonatkozóan a szerződő árfolyamfigyelési szolgáltatást állíthat be.

(2) Az árfolyamfigyelő szolgáltatás működése:

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 minden értékelési napon a megbízás megadásának napjától eltelt időszak legmagasabb árfolyamértékéhez 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) A stop loss funkció szerint történő egységáthelyezés az általános szerződési feltételekben meghatározott általános egységáthelyezés szabályainak megfelelően történik.

(5) A Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás egységalapjaira beállított stop loss inaktívvá válik, ha az egységalapban lévő egységek darabszáma 0-ra csökken.

(6) A főbiztosítás eszközalapjaira beállított stop loss az egységek darabszámának 0-ra csökkenése után is érvényben marad oly módon, hogy amikor ismét egységek kerülnek a megfigyelt eszközalapba, a következő munkanapi vételi árfolyamhoz viszonyított, korábban beállított paramétereknek megfelelő limitárral indul újra az árfolyamfigyelés.

B) Start buy funkció

(1) A start buy funkció segítségével az egyes eszközalapokra vonatkozóan a szerződő árfolyamfigyelő szolgáltatást állíthat be.

(2) Az árfolyamfigyelő szolgáltatás működése:

A **start buy** figyelmeztetés beállítása esetén a biztosító SMS üzenetet küld a szerződőnek, amennyiben a befektetési egységalap emelkedése elérte vagy meghaladta a szerződő által megjelölt határértéket. Ezen opció választása esetén a szerződő az SMS üzenetben kapott értesítést alapján a **MyAviva felületen** az egységeit más eszközalapba vagy eszközalapokba **helyezheti át**.

(3) Az árfolyam-emelkedés mértékének beállítása:

a) adott befektetési egységalapra történő abszolút ár beállítása esetén a start buy funkció akti-

vizálódik 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 minden értékelési napon a megbízás megadásának napjától eltelt időszak legalacsonyabb árfolyamértékéhez viszonyít – a start buy funkció aktivizálódik és a biztosító a (2) bekezdés szerinti szolgáltatást teljesíti, amennyiben az aktuális árfolyam emelkedése eléri, vagy meghaladja a szerződő által beállított értéket.

11. § A biztosító a szerződő által kezdeményezett közvetlen tranzakciók közül az egységáthelyezést (T-nap) a tranzakció kezdeményezését követő munkanapon 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, igazolásokat, hozzájárulásokat beszerzését igényelheti, adategyeztetést végezhet, illetve 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 ked-



vezményes 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 MyAvivás 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. november 30.



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 50 millió ügyfél bizalmát élvezzi.

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 (a világ legelső modern biztosítótársasága)
Képvisellel rendelkező országok száma:	28
Világpozíció (díjbevétel alapján):	5. legnagyobb biztosító
Európai pozíció (díjbevétel alapján):	piacvezető
Egyesült Királyság (díjbevétel alapján):	piacvezető
Ügyfelek száma:	50 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.