



PRESZTÍZS

(MEB-653, MEB-753)

Befektetéshez kötött életbiztosításának feltételei

Budapest, 2010. március 25.



TARTALOMJEGYZÉK

Termékismertető a Presztizs egyes sajátosságairól	3. oldal
Az Aviva Életbiztosító Zrt. Presztizs (MEB-653, MEB-753) befektetéshez kötött életbiztosításának feltételei	4. oldal
1. § A biztosítással kapcsolatos általános fogalmak	4. oldal
2. § A befektetési egységalapokkal kapcsolatos fogalmak és eljárások	6. oldal
3. § A Biztosított	8. oldal
4. § A biztosítás tartama	8. oldal
5. § Biztosítási esemény	8. oldal
6. § Biztosítási szolgáltatások	8. oldal
7. § A biztosítás díja	9. oldal
8. § Késedelmes díjfizetés	9. oldal
9. § A szerződés ismételt hatályba léptetése (reaktiválás)	9. oldal
10. § A biztosítási díj egyedi módosítása	10. oldal
11. § A biztosítási szerződés létrejötte és módosítása	10. oldal
12. § A biztosítási szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete	11. oldal
13. § Várakozási idő	11. oldal
14. § Közlési kötelezettség	11. oldal
15. § Bejelentési kötelezettség	12. oldal
16. § A biztosító teljesítése	12. oldal
17. § A biztosító mentesülése	13. oldal
18. § Kizárt kockázatok	13. oldal
19. § A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése	14. oldal
20. § Díjmentesítés	14. oldal
21. § Rendszeres pénzkivonás	14. oldal
22. § Felmondás	15. oldal
23. § Visszavásárlás	15. oldal
24. § Részleges visszavásárlás	15. oldal
25. § Befektetési egységalapok és egységek módosítása	16. oldal
26. § Áthelyezés és a díj megosztásának módosítása	16. oldal
27. § A biztosítás megszűnése	16. oldal
28. § Díjfizetés szüneteltetése	17. oldal
29. § Elévülés	17. oldal
30. § A biztosítási és az üzleti titok	17. oldal
31. § A személyes adatok kezelése	19. oldal
32. § Adózással kapcsolatos jogszabályok	19. oldal
33. § Tájékoztató és tájékoztatás	19. oldal
34. § Illetékes bíróság, illetékes panaszforum	20. oldal
Szerződési feltételek MyAviva internetes felület használatára	21. oldal
A Portfólió Plusz befektetési egységekhez kötött életbiztosítást kiegészítő biztosítás (MEB-P01, MEB-E92) feltételei	24. oldal
Aviva Bankkártya Szerződési feltételek	26. oldal
A befektetéshez kötött életbiztosítást kiegészítő, a Főbiztosított halálesetére szóló biztosítás (MEB-K01, MEB-E52) feltételei	29. oldal
A befektetéshez kötött életbiztosítást kiegészítő, a további Biztosított(ak) halálesetére szóló biztosítás (MEB-K03, MEB-E72) feltételei	31. oldal
A befektetéshez kötött életbiztosítást kiegészítő, baleseti halálra szóló biztosítás (MEB-H01, MEB-E53) feltételei	33. oldal
A befektetéshez kötött életbiztosítást kiegészítő, baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló biztosítás (MEB-R01, MEB-E55) feltételei	35. oldal
„LÓCI ÓRIÁS LESZ” gyermekek egyes súlyos betegségeire és baleseteire szóló (MEB-076, MEB-E56) kiegészítő biztosításának különös feltételei	38. oldal
2. számú melléklet: A Presztizs költségeinek és minimális díjainak hatályos értékei	51. oldal
3. számú melléklet: Választható biztosítási csomagok, limitek, biztosítási díjak	52. oldal
4. számú melléklet: Hűségkedvezmény és a szerződés legfontosabb paraméterei	56. oldal
5. számú melléklet: Díjkezelési tájékoztató	58. oldal
6. számú melléklet: Tájékoztató a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokról	62. oldal
Cégismertető	63. oldal



TERMÉKISMERTETŐ A PRESZTIZS EGYES SAJÁTOSÁGAI RÓL

Köszönjük, hogy megtisztelt érdeklődésével, bizalmával és társaságainkat választotta üzleti partneréül. Kérjük, tekintse át az alábbi ismertetőt, amely a Presztizs egyes fontos sajátosságairól szól. A Presztizs további jellemzőit az általános szerződési feltételek és azok mellékletei tartalmazzák.

1. A Presztizs a Szerződő biztosítási ajánlatán tett választásának megfelelően forint vagy euró alapú befektetési egységekhez kötött életbiztosítás.

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

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

A befektetés árfolyamingadozásainak nem kívánt hatásai elleni védelmét teremti meg a MyAviva Ügyfélportálon igényelhető **Őrszem árfolyamfigyelő szolgáltatás**, amely a rendszeres díjhoz és a Portfólió Plusz kiegészítő biztosításhoz egyaránt kapcsolódik.

A **gördülő stop loss** funkció segítségével a Szerződő megvédheti befektetését és elért hozamait. Mindezt oly módon, hogy egy nem várt, hirtelen árfolyamcsökkenés esetén, mikor az Ügyfél kockázattűrő képességének megfelelő, előre meghatározott sáv alsó értékét elérte a csökkenés, a rendszer automatikusan jelez. A Szerződő választhat, hogy ebben az esetben a biztosító SMS-ben értesítse, vagy megadhatja előre a megbízást, amely alapján nem csak értesítést kap az árfolyamcsökkenésről, hanem aktiválódik az automatikus egységáthelyezés a figyelt eszközalapból a Szerződő által előre meghatározott eszközalapba, illetve eszközalapokba.

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

Az **Őrszem árfolyamfigyelő** funkció másik szolgáltatása a **start buy funkció**, amely beállítása esetén

akkor kap a Szerződő SMS figyelmeztetést, ha a megadott eszközalap árfolyamának növekedése eléri a Szerződő által előre meghatározott mértéket.

3. A Presztizs több Biztosítottra is megköthető. A Főbiztosított személye a tartam alatt nem változtatható, de a további Biztosítottakra vonatkozó biztosítási védelem a szerződés hónapfordulójára megszüntethető, illetve hónapfordulóra újabb további Biztosított köthető a szerződéshez. A Biztosítottak maximális létszáma 5 fő. A Presztizs határozatlan tartamú, vagyis csak haláleseti szolgáltatással rendelkezik. A Szerződő az ajánlaton választhat határozatlan, illetve határozatlan, de határozottá tehető tartamú szerződést. Utóbbi esetben a határozott tartam minimálisan 10 év lehet.

4. A Szerződő 3 év díjjal fedezett tartam után élhet maradékjogaival, azaz a szerződést díjmentesítheti, határozott időtartamra szüneteltetheti a díjfizetést, rendszeres pénzkivonást kérhet, részleges, vagy teljes visszavásárlási joggal élhet. A maradékjogok érvényesítése a szerződési feltételekben meghatározott szabályok szerint lehetséges. A visszavásárlási összeg a kezdeti években elmaradhat a befizetések összegétől. Visszavásárlás, illetve részleges visszavásárlás esetén az igénybe vett adókedvezmény esetleges visszafizetésére vonatkozó szabályokat is figyelembe kell venni.

5. A Presztizs szerződéshez kapcsolódó Ügyfélbónusz hozzájárul a hosszú távú biztosítási és befektetési célok megvalósításához. A biztosító a 15. díjjal fedezett év után az átlagosan fizetett éves díj 200%-át írja jóvá a szerződéshez kapcsolódó Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás alszámláin.

6. Az Aviva telekommunikációs hálózatán keresztül az Ügyfél adatait és magát a kommunikációt teljes részletességgel rögzítheti és tárolhatja – ideértve az Ügyféllel telefonon folytatott beszélgetéseket is –, felhasználásukra azonban kizárólag biztonsági okból, a szerződés teljesítése, illetve adatok pótlása és ellenőrzése céljából jogosultak. Az Ügyfél különleges, illetőleg személyes adatai bel- és külföldi kezeléséhez, ideértve a szolgáltatás nyújtójával szerződéses viszonyban álló adatkezelő és viszontbiztosító intézményeket is, az Ügyfél írásbeli hozzájárulása szükséges. A szerződési ajánlat, illetve a Presztizs megkötésekor kapott tájékoztatásról és a termékdokumentációk átvételéről szóló nyilatkozat aláírásával az Ügyfél megadja a személyes és különleges adatai, illetőleg a biztosítási titkot képező adatok kezelésére vonatkozó hozzájárulását.

Budapest, 2010. március 25.



**AZ AVIVA ÉLETBIZTOSÍTÓ ZRT.
PRESZTÍZS (MEB-653, MEB-753)
BEFEKTETÉSHEZ KÖTÖTT
ÉLETBIZTOSÍTÁSÁNAK FELTÉTELEI**

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

1. § A biztosítással kapcsolatos általános 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) **Főbiztosított:** az a Biztosított, akinek az életére, vagy az életével kapcsolatos biztosítási eseményre a főbiztosítás létrejön. Jelen biztosítási szerződés csak akkor szolgálhat hitel fedezetéül, ha a Szerződő és a Főbiztosított személye azonos.

(4) **További Biztosított(ak):** azon Biztosított(ak), aki(k)nek az életére, vagy életével kapcsolatos biztosítási eseményre a kiegészítő biztosítás(ok) létrejön(nek). A kiegészítő biztosítások Biztosítottai lehetnek a Főbiztosítottól eltérő természetes személyek is.

(5) **A Biztosított(ak) belépési korát** a biztosító úgy állapítja meg, hogy a szerződés megkötésének, illetőleg a további Biztosítottra vonatkozó ajánlat beérkezésének évéből levonja a Biztosított születésének az évét.

(6) **A Biztosított aktuális kora:**

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

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

(7) **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 nevezett meg, és bemutatóra szóló kötvényt sem állítottak ki.

(8) **Biztosítási ajánlat:** a Szerződőnek a biztosítási szerződés megkötésére irányuló írásbeli nyilatko-

zata, amely tartalmazza a biztosítás elvállalásához vagy elutasításához szükséges összes adatot, körülményt. A biztosító írásban kérheti iratok és információk pótlólagos benyújtását, illetőleg a nyilatkozatban közöltek, valamint az ahhoz csatolt iratok kiegészítését.

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

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

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

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

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

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

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

a) Amennyiben a (11), (12) és (13) bekezdések szerint adott naptári hónapban nem létezik olyan nap, ami a biztosítás hatálybalépésének napjával megegyezik, akkor abban a hónapban „megegyező nap” alatt az azt közvetlenül követő napot kell érteni.

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

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

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

(16) **Kezdeti biztosítási díj:** a szerződés létrejöttékor érvényben lévő 2. és 3. számú mellékletek alapján, az ajánlattételkor választott, az első biztosítási évre vonatkozó biztosítási díj.

(17) **Technikai haláleseti biztosítási összeg:** a főbiztosítás haláleseti biztosítási összege, értékét a 4. számú melléklet tartalmazza, és amelynek az értéke a tartam során nem változhat.

(18) **Kezdeti kiegészítő haláleseti biztosítási összeg:** a szerződés létrejöttékor érvényben lévő, a Főbiztosítottra vonatkozó, az ajánlattételkor választott biztosítási összeg, amelynek értékét a választott csomag alapján a Főbiztosított korának és nemének figyelembevételével állapítja meg a biztosító.

(19) **Kiegészítő biztosítások kezdeti biztosítási összegei:** a szerződés létrejöttkor érvényben lévő, az ajánlattételkor a főbiztosításhoz kötött kiegészítő biztosítások biztosítási összegei, melyek a kezdeti kiegészítő haláleseti biztosítási összeg (értékét a választott csomag alapján a további Biztosított korának és nemének figyelembevételével állapítja meg a biztosító), valamint a kezdeti kiegészítő baleseti halál és baleseti rokkantság biztosítási összegek (értékét a 4. számú melléklet tartalmazza).

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

(21) **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.

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

(23) **Előrefizetett díj:** rendszeres díjas biztosítás esetén esedékesség előtt megfizetett azon rendszeres díj, amelyet a Díjkezelési tájékoztató (5. számú melléklet) ad 2) pontja akként határoz meg.

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

(25) **Aktuális biztosítási díj:** a biztosítási díj egyedi módosítása (10. §) révén megváltozott, rendszeres biztosítási díj.

(26) **Kiegészítő biztosítások aktuális biztosítási összege:** a tartamon belül egy adott időpontban aktuális, a különböző biztosítási eseményekre nyújtandó szolgáltatások kiszámításának alapjait képező összegek.

(27) **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.

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

(29) **Biztosításközvetítő:** biztosítási ügynök (üzletkötő), amely a biztosítóval kötött megbízási szerződés alapján végzi a biztosításközvetítői tevékenységet.

(30) **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.

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

(32) **Viszontbiztosítási tevékenység:** a biztosító, illetve harmadik országbeli biztosító által vállalt kockázat egy részének vagy egészének szerződésben meghatározott feltételek alapján, díjfizetés ellenében történő átvállalása.

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

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

(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) díjmentesítés (20. §),
- b) rendszeres pénzkivonás (21. §),
- c) visszavásárlás (23. §),
- d) részleges visszavásárlás (24. §).

(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 összegben, illetve egy összegben történő igénybevétele, azzal, hogy az a)-d) pontokban említett esetet nem kell a rendelkezési jog gyakorlásának tekinteni, ha az a Szerződő magánszemély halála következtében történt,
- h) nem minősül a rendelkezési jog gyakorlásának az olyan szerződésmódosítás, amelynek következtében a magánszemély vagy más magánszemély a módosítást követően a továbbiakban is jogosult a szerződés alapján adókedvezmény igénybevétele-re, így különösen:



- a szerződés szerinti Kedvezményezett személyének megváltoztatása,
- a biztosítási díj vagy biztosítási összeg módosítása,
- ha a Szerződő személy helyébe más személy vagy maga a Biztosított magánszemély lép azzal, hogy a szerződés olyan módosítása, amelynek révén más személy válik a díj fizetésére kötelezetté, csak akkor nem minősül rendelkezési jog gyakorlásának, ha a biztosítási szerződésen a felek rögzítik a szerződés alapján a módosítást megelőzően bárki által igénybe vett azon adókedvezmények összegét, amelyre a visszafizetési kötelezettség még nem járt le.

2. § A befektetési egység-alapokkal kapcsolatos fogalmak és eljárások

(1) **Befektetési egység-alap (eszköz-alap):** a befektetési egységekhez kötött életbiztosítások – a biztosítási szerződésben meghatározott levonásokkal csökkentett – díjából tőkebefektetés céljából létrehozott eszközállomány. A választható befektetési egység-alapok befektetési politikáját az 1. számú melléklet tartalmazza.

(2) **Bruttó eszközérték:** egy befektetési egység-alap eszközeinek piaci értéke.

(3) **Befektetési egység-alapot terhelő közvetlen költség:** a befektetési egység-alap befektetett eszközeinek vétele, eladása, kezelése és értékelése során felmerülő költség.

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

(5) **Nettó eszközérték:** egy befektetési egység-alap bruttó eszközértékének a befektetési egység-alapot terhelő közvetlen költségekkel és az alapkezelési díjjal csökkentett értéke.

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

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

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

(9) **Az értékelési nap** az a nap, amelyen a biztosító

minden befektetési egység-alap aktuális bruttó és nettó eszközértékét, illetőleg a befektetési egységek vételi és eladási árát meghatározza. Az értékelésre – a külső feltételek függvényében – minden munkanapon, de hetenként legalább egyszer kerül sor.

(10) **Befektetési egység vételi ára:** egy befektetési egységre eső nettó eszközérték, amelyet a biztosító a befektetési egységek biztosítási szolgáltatással való átszámítására és a Szerződő számláját terhelő költségek elszámolása során, a befektetési egység-alapokból levonandó egységek számának meghatározására alkalmaz. A biztosító a befektetési egység-alapok nettó eszközértékének, és ezen keresztül a befektetési egységek vételi árának átértékelése révén írja jóvá a Szerződő számláján az előző értékelési nap óta megszolgált hozamot.

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

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

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

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

(15) **Díj jóváírása és átváltása:**

a) A biztosító az első rendszeres díjat a szerződés létrejöttékor (11. §) írja jóvá a Szerződőnek.

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

c) A biztosító a számlájára azonosítható módon beérkezett előrefizetett, valamint eseti díjakat az alábbiak szerint írja jóvá:

– a beérkezés napján kerül sor az esetleges díjmaradás miatt korábban vagy éppen esedékessé vált díjak levonására és jóváírására;

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

d) A biztosító számlájára azonosítható módon beérkezett előrefizetett, valamint eseti díjak tekintetében a beérkezés napja a következő munkanap.

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

f) A jóváírt díjak befektetési egységekké való átváltása – a díj befektetési egységalapok közötti megosztására vonatkozó nyilatkozatnak megfelelően – a befektetési egységalapok befektetési egységeinek eladása révén, a díj jóváírását követő értékelési napon érvényes aktuális eladási áron történik. A biztosító az eladott befektetési egységek darabszámát írja jóvá a Szerződő számláján.

g) A díj kezelésére vonatkozó részletes tájékoztatást az 5. számú melléklet tartalmazza.

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

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

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

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

a) A Szerződő számláját a szerződés létrejöttkor a kockázatviselés kezdetére visszamenő hatállyal, illetőleg minden további biztosítási hónapfordulón:

- a nyilvántartási díj terheli, illetőleg
- a havi kockázati díj, valamint a kiegészítő biztosítások havi díja terhelheti.

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

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

(20) **Nyilvántartási díj:** a biztosítás nyilvántartásának fedezetére szolgáló költség. A biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – a (28) bekezdésében foglaltaknak megfelelő mértékkel indexálja a nyilvántartási díjat. Aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

(21) **Kockázat alatt álló összeg (kockázatnak kitett**

összeg): a főbiztosításhoz tartozó alszámlákon nyilvántartott befektetési egységek aktuális értékével csökkentett, a Főbiztosítottra vonatkozó technikai haláleseti biztosítási összeg pozitív egyenlege. A Főbiztosítottra vonatkozó technikai haláleseti biztosítási összeg mértéke a 4. számú mellékletben található.

(22) **Havi kockázati díjrata:** a 3. számú mellékletben a normál kockázatra meghatározott, 1 forint, illetve euró kockázat alatt álló összegért fizetendő havi díj. A biztosító fenntartja a jogot, hogy a szerződés ötödik évfordulóját követően a halandósági viszonyok jelentős változása esetén az új halandósági táblát használva újrakalkulálja a kockázati díjrata értékét. A biztosítási szerződés havi kockázati díjrátájának kiszámítása, a Biztosított életkorának, egészségi állapotának, nemének, foglalkozásának és egyéb kockázati tényezőknek a figyelembevételével történik. A biztosító ezen információkat az ajánlatból, az egészségi nyilatkozatból, az orvosi vizsgálati jelentésből és esetlegesen a Szerződőtől bekért egyéb dokumentumokból szerzi meg. A halandósági viszonyok jelentős változása alatt azt kell érteni, hogy a 18-75 közötti korosztályban legalább 6 korév esetén a KSH által publikált legfrissebb néphalandósági táblából számolható halálozási valószínűség legalább 5%-kal eltér a legutóbbi újrakalkuláció idején aktuális KSH által publikált néphalandósági táblából számolható halálozási valószínűségtől. Első újrakalkuláció esetén az aktuális adatokat az eredetileg alapul vett néphalandósági táblához kell viszonyítani.

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

(24) **Kiegészítő biztosítások havi díja:** a kiegészítő biztosítások aktuális biztosítási összegéhez tartozó havi díj, amelynek mértékét a 2. és 3. számú mellékletek tartalmazzák.

(25) **Kezdeti költség:** a biztosító a szerződéssel kapcsolatos kezdeti költségeinek fedezetére a biztosítás tartamának első 10 évében a kezdeti befektetési egységek számát évente a biztosítási évfordulón a 4. számú mellékletben meghatározott százalékkal csökkenti minden befektetési egység-alapban. A 10 év letelte után a megmaradt kezdeti befektetési egységeket felhalmozási befektetési egységekké váltja át.

(26) **Tranzakciós költségek:** a Szerződő kérésére végrehajtott rendszeres pénzkivonás (21. §), a részleges visszavásárlás (23. §) és az áthelyezés (26. §) során érvényesített költségek, amelyeket a tranzakcióban érintett befektetési egységek értékéből von le a biztosító. Mértéke a tranzakcióban érintett befektetési egységek aktuális értékének a 2. számú mellékletben meghatározott százaléka, de legalább a biztosító által forintban, illetve euróban megál-



lapított minimális, és legfeljebb a biztosító által megállapított maximális költség. A biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – legfeljebb a (28) bekezdésében foglaltaknak megfelelő mértékkel indexálja a tranzakciós költségeket.

(27) Egységkimutatás költsége: a biztosító az első díj befektetését követő 30 napon belül, majd ezt követően évente egyszer a befektetési egységek aktuális értékéről szóló írásbeli tájékoztatást küld a Szerződőnek költségmentesen. Minden további egységkimutatásért a biztosító költséget számít fel, melynek aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza. A biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – a (28) bekezdésében foglaltaknak megfelelő mértékkel indexálja az egységkimutatás költségét.

(28) Költségindex: A biztosító a költségindexet úgy határozza meg, hogy az a minden év február 1-jén érvényes, a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett, az előző naptári évre vonatkozó, decembertől decemberig számított fogyasztói árindextől legfeljebb 10 százalékponttal térjen el. Az indexálásról a biztosító a Szerződőt legkésőbb minden év március 31-ig hirdetmény útján tájékoztatja.

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

(30) 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 11. § (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 11. § (18) bekezdés alapján történő elszámolás esetén a Szerződőre hárítja, aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

3. § A Biztosított

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

(2) Határozott tartamúvá tett (4. § (2) bekezdés) szerződés esetén a Főbiztosított életkora a bizto-

sítás tartamának lejáratakor nem haladhatja meg a 75. életévét.

(3) A kiegészítő biztosításokra vonatkozó, az (1) bekezdésben megjelölt kortól eltérő belépési életkorokat az egyes kiegészítő biztosításokra vonatkozó különös feltételek szabályozzák.

4. § A biztosítás tartama

(1) A biztosítási szerződés a Szerződő ajánlatának a biztosító által történő elfogadásával határozatlan tartamra, de legalább 10 évre jön létre.

(2) A szerződés legkorábban a 10. évfordulóra a Szerződő külön kérésére az évforduló előtt legalább 60 nappal beérkező nyilatkozattal határozott tartamúvá alakítható, amely opció igénylését a Szerződő ajánlattételkor jelzi.

(3) A szerződés határozott tartamúvá történő alakítása után a lejárati (elérési) napja a biztosítási tartam utolsó évének biztosítási évfordulója.

5. § Biztosítási esemény

(1) Biztosítási eseménynek minősül:

- a) a Főbiztosított halála, vagy
- b) a tartam határozottá válása után (4. § (2) bekezdés) a Főbiztosítottnak a biztosítási tartam lejártakor való életben léte, vagy
- c) 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 megemelkedés, a rándulás, a habituális ficam, a patológiás törés, a fertőzés, a rovarcsípés, a fagyás, a napszúrás, a nap általi égés és a hóguta.

6. § Biztosítási szolgáltatások

(1) Ha a Főbiztosított a biztosítás tartama alatt elhalálozik, a biztosító az alábbi a) illetve b) pont közül a nagyobb szolgáltatást fizeti ki egy összegben és a biztosítási esemény bekövetkeztével egy időben a szerződés minden Biztosított vonatkozásában megszűnik:

- a) a technikai haláleseti biztosítási összeget,
- b) a Szerződő számláján az írásbeli haláleseti bejelentésnek a biztosítóhoz való beérkezése napját követő értékelési napon nyilvántartott befektetési egységek aktuális értékének megfelelő összeget,
- c) valamint a kiegészítő biztosítások feltételeiben meghatározott haláleseti szolgáltatást.

(2) Ha a Főbiztosított elhalálozik, a biztosítási aján-

lat átvétele és a biztosítás létrejötte (11. §) közötti időszakban a biztosító a (1) bekezdés a) pontjában meghatározott szolgáltatást teljesíti, valamint kifizeti a Szerződő által megfizetett, a szerződés létrejöttéig letétként kezelt díjelőleget, a biztosítónak a szerződés létrejöttekor a 2. § (19) bekezdése a) pontjai szerint járó költségekkel csökkentve.

(3) Ha a Biztosított a határozott tartamúvá tett (4. § (2) bekezdés) szerződés lejáratának napján (5. § (1) bekezdés b) pontja) életben van, a biztosító a Szerződő számláján a lejárat napját követő értékelési napon nyilvántartott befektetési egységek aktuális értékét fizeti ki egy összegben.

(4) A kiegészítő biztosítások különös feltételei szerint biztosítási eseménynek minősülő esemény bekövetkeztekor a biztosító a megfelelő kiegészítő szolgáltatás aktuális biztosítási összegét fizeti ki egy összegben. Kiegészítő biztosítás Biztosítottjának halálával a rá vonatkozó kiegészítő biztosítások megszűnnek, de a főbiztosítás a többi kiegészítő biztosítással együtt érvényben marad.

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

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

7. § A biztosítás díja

(1) A biztosítás díját a Szerződő a szerződés megkötésekor meghatározott gyakorisággal fizeti.

(2) A díjfizetés gyakorisága lehet éves vagy féléves. Nem természetes személy Szerződő esetén negyedéves díjfizetési gyakoriság is választható.

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

(4) A biztosítás első rendszeres díja a szerződés hatálybalépésekor (12. §), minden későbbi rendszeres díj pedig annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre vonatkozik.

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

(6) A biztosító rendszeres díjfizetés esetén az esetleges az egyes Biztosítottra vonatkozó kockázati és kiegészítő biztosítások díjait annak a biztosítási hónapnak a végéig vonja, amelyben az adott Biztosított elhalálozott.

(7) A Szerződőnek a rendszeres díjfizetésen túl lehetősége van eseti díjak befizetésére, illetve a rendszeres díj előrefizetésére is.

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

(9) A Szerződőnek a díj előrefizetésére vonatkozó írásos nyilatkozata hiányában a biztosító az esedékes rendszeres díjak kivételével minden más díjat eseti díjnak tekint, kivéve, ha egyértelműen megállapítható, hogy egy vagy több biztosítási időszakra szóló rendszeres díjnak megfelelő összeg érkezik be a biztosító rendszeres díj befizetésére szolgáló számlájára.

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

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

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

(13) A biztosítónak a biztosítási díj kezelésével kapcsolatos egyes eljárási szabályait az 5. számú melléklet tartalmazza.

(14) A befizetett és az előírt díjnak a díjtúrészhatárnál kisebb különbözetével a biztosító rendelkezik.

8. § Késedelmes díjfizetés

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

(2) A biztosító egy év díjjal nem fedezett időszak elteltével a biztosítást a 20. § szerint díjmentesíti, illetőleg ha a biztosítás nem felel meg a díjmentesítés feltételeinek, akkor a biztosító a további díjnemfizetést a Szerződő 23. § szerinti visszavásárlási szándékának vélelmezi.

(3) Amennyiben a biztosító nem tud eljárni az (1) bekezdésben foglaltaknak megfelelően, a szerződés kifizetés nélkül a biztosítási hónapforduló napjával megszűnik.

9. § A szerződés ismételt hatályba léptetése (reaktiválás)

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

(2) A biztosító kockázatviselése az elmaradt díjak



befizetését követő nap 0. órájától folytatódik.
(3) Ha a Szerződő az első elmaradt díj esedékességétől számított 180 napon túl kéri a biztosítási esemény nélkül megszűnt biztosítás ismételt hatályba léptetését, ezt a kérelmet a biztosító új biztosítás megkötésére tett ajánlatként kezeli.

10. § A biztosítási díj egyedi módosítása

(1) A Szerződő a biztosítási szerződés megkötésétől számított három év díjjal fedezett tartam eltelével írásban kérheti a rendszeres díj növelését, illetve csökkentését. A módosított biztosítási díj, amennyiben a Szerződő másképp nem nyilatkozik, az arra vonatkozó nyilatkozatnak a biztosítóhoz történő beérkezését követő első biztosítási időszaktól érvényes.

(2) Három év díjjal fedezett tartam eltelte után a díjmaradásban lévő és még nem díjmentesített szerződés szerződője a díjjal nem rendezett biztosítási időszak elejétől, visszamenőlegesen hatállyal kérheti a rendszeres díj csökkentését.

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

(4) A biztosító a biztosítási díj csökkentését elfogadáshoz köti és a mindenkori minimáldíj mértékéig engedélyezi, amelynek mértékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

11. § A biztosítási szerződés létrejötte és módosítása

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

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

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

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

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

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

(7) A díjelőleg csak a biztosítási szerződés létrejöttével minősül fizetett díjnak.

(8) A Szerződő az ajánlat megtétele előtt írásban, aláírásával igazolva tesz nyilatkozatot arról, hogy a biztosításközvetítő az igényeit felmérte, majd a megadott információk alapján pontosította az igényeket, majd ezt követően közérthető, egyértel-

mű 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 Főbiztosított visszavonó nyilatkozatával a biztosítási időszak végével megszűnik, kivéve, ha a Biztosított a Szerződő fél írásbeli hozzájárulásával a szerződésbe belép. A kiegészítő biztosítás Biztosítottja visszavonó nyilatkozatával az adott Biztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosítások szűnnek meg. (A kiegészítő biztosítás(ok) megszűnése nem csökkenti a szerződés éves díját, azonban a biztosító ennek kockázati díját a megszűnés időpontjától nem vonja le.)

(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 féllal egyetemlegesen felelős. Amennyiben több Biztosított jogosult a Szerződő helyébe lépni, a biztosító az elsőként beérkezett biztosított nyilatkozatot tekinti érvényesnek.

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

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

(18) Az életbiztosítási szerződést önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személy Szerződő a szerződés létrejöttéről szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül az életbiztosítási szerződést írásbeli nyilatkozattal – indoklás nélkül – felmondhatja. A biztosító kockázatviselése a 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 alapját a biztosító az alábbiak szerint állapítja meg: a szerződés első díjából vásárolt egységek száma szorozva a befektetési egységeknek a kockázatviselés megszűnése napján érvényes vételi árfolyamával és ez növelve a befizetett díj befektetése során elvont vételi és eladási ár különbözetével.

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

– a szerződés létrehozása érdekében felmerült költségeivel (ide nem értve az üzletkötőnek kifizetett jutalékot),

– a kockázatviselés kezdetétől a megszűnésig eltelt időszakra időarányosan számított kockázati díjjal és

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

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

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

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

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

(19) A szerződéshez kiegészítő biztosítás is köthető az egyes kiegészítő biztosítások szerződési feltételei alapján.

12. § A biztosítási szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete

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

(2) A biztosító kockázatviselése a biztosítás első díjának megfizetését követő nap 0. órájától kezdődik, feltéve, hogy az életbiztosítási szerződés a 11. § rendelkezéseivel összhangban már létrejött vagy utóbb létrejön.

(3) Amennyiben a felek a díj megfizetésére vonatkozóan írásban halasztásban állapodnak meg, a kockázatviselés e megállapodás napján megkezdődik, feltéve, hogy az életbiztosítási szerződés a 11. § rendelkezéseivel összhangban már létrejött vagy utóbb létrejön.

13. § Várakozási idő

(1) A biztosító a biztosítási eseményre vállalt biztosítási szolgáltatást a kockázelbírálás időigényessége okából csak a várakozási idő eltelte után nyújtja. A várakozási idő megegyezik az adott biztosítás kockázelbírálási 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.

14. § Közlési kötelezettség

(1) A Szerződő, illetőleg a Biztosított(ak) köteles(ek) 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 Biztosította(ka)t; 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(ak) eleget tesz közlési kötelezettségének.

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

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

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

a) bizonyítják, hogy az elhallgatott, vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy

b) az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében, vagy

c) a szerződés hatálybalépésétől a biztosítási esemény bekövetkezéséig legalább öt év eltelt.

(4) A közlési kötelezettség megsértése miatt a biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól és a főbiztosítás tekintetében visszavásárlási összeg kifizetésére köteles, valamint a kiegészítő biztosítások kifizetés nélkül megszűnnek. Ha a közlési kötelezettség megsértése miatt a biztosító a kiegészítő biztosítás Biztosítottjával kapcsolatban mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, akkor kifizetés nélkül megszüntetheti az adott Biztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosításokat.

(5) Az orvosi vizsgálat elvégzése a közlési kötelezettség alól a feleket nem mentesíti.

15. § Bejelentési kötelezettség

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

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

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

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

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 bejelentést a biztosító kárbejelentő nyomtatványán, írásban kell megtenni. A biztosító kötelezettsége nem áll be, amennyiben az Ügyfél a bejelentési kötelezettségét nem, vagy késedelmesen teljesíti, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.

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

(3) A biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez be kell nyújtani a biztosítási kötvényt, a 6. számú mellékletben megjelölt iratokat. A felsorolt okiratokon kívül a Biztosítottnak joga van a károk igazolására a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

(4) A biztosító szükség esetén maga is beszerezhet adatokat.

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

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

a) a biztosítási kötvényt,

b) a Főbiztosított és a Szerződő közös nyilatkozatát a díjmentesítésről, illetve visszavásárlásról.

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

(8) A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához, illetőleg a teljesítéshez szükséges összes irat beérkezése után, az utoljára beérkezett irat kézhezvételétől számított 15 napon belül teljesíti vagy elutasítja.

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

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

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

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

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

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

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

17. § A biztosító mentesülése

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

(2) Több haláleseti Kedvezményezett esetén az (1) bekezdés rendelkezése nem vonatkozik azon Kedvezményezettekre, akik nem hatottak közre a Biztosított halálának előidézésében.

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

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

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

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

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

e) bekövetkeztek a Biztosított ittas állapotban (legalább 0,8‰ 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 főbiztosítás esetében a 6. § (1) bekezdésében meghatározott haláleseti szolgáltatást fizeti ki, kivéve, ha az öngyilkosságot megelőző két éven belül a haláleseti biztosítási összeg egyedi emelésére került sor. Ebben az esetben a biztosító az emelés előtti haláleseti biztosítási összeg figyelembevételével számított haláleseti szolgáltatást fizeti ki.

(5) A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítésétől, és a kiegészítő biztosítások minden további feltétel nélkül megszűnnek, ha a biztosítási eseményt 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 tudatzavarával okozati összefüggésben következett be,

b) a Biztosított motoros eszközökkel folytatott sporttevékenységének következménye,

c) a Biztosított versenyszerű sportolása közben következett be,

d) bármely, olimpiai sportágként nem bejegyzett, különlegesen veszélyes sportcselekménnyel, így a küzdősportok köréből a pankrációval, utcai küzdelmekkel; az egyéb sportok és hobbijellegű tevékenységek köréből a szikla- vagy gleccsermászással, illetőleg az egészségbiztosítási törvény 18. §-a (6) bekezdésének e) pontjában felsorolt extrém sportokkal összefüggésben következett be,

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

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

g) robbanószerkekkel, 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 sztrájkjal, idegen ország korlátozott célú hadcselekményeivel, kommandó támadással.

(2) Az (1) bekezdésben meghatározott esetek miatt bekövetkező halál esetén a főbiztosítás esetén a biztosító az írásbeli haláleseti bejelentésnek a biztosítóhoz való beérkezése napját követő értékelési napon érvényes visszavásárlási összeget fizeti ki.

(3) Az (1) bekezdésben meghatározott esetek miatt bekövetkező halál esetén a kiegészítő biztosítások kifizetés nélkül megszűnnek.

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. § Díjmentesítés

(1) Rendszeres díjas biztosítás esetén a biztosítási szerződés megkötésétől számított **három év díjjal fedezett tartam elteltével** a Szerződő írásbeli nyilatkozatban kérheti, hogy a biztosító a biztosítást a nyilatkozatnak a biztosítóhoz történő beérkezését követő 5. naptól számított első biztosítási hónapfordulóval díjmentesítse. A Szerződő további díjfizetési kötelezettsége ezzel megszűnik, de eseti díjak fizetésére való jogosultsága változatlanul megmarad.

(2) A biztosító a díjmentesítés napjától a kezdeti költségeket a rendszeres díjfizetésű szerződések kezdeti költség-elvonási szabályai szerint folytatja (2. § (25)).

(3) A díjmentesítés feltétele, hogy a szerződés visszavásárlási értéke elérje a biztosító által a 2. számú mellékletben meghatározott minimális összeget, melynek mértékét a biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – legfeljebb a 2. § (28) bekezdésében foglaltaknak megfelelő mértékkel módosíthatja.

(4) A díjmentesítés után az aktuális technikai haláleseti biztosítási összeg és a kiegészítő biztosítások biztosítási összegei nem változnak, a biztosító továbbra is érvényesíti a biztosítási összegekhez tartozó kockázati díjakat. Azon a biztosítási hónapfordulón, amelyen a befektetési egységek aktuális értéke nem nyújt fedezetet a Szerződő számláját terhelő rendszeres költségek érvényesítésére, a biztosítás és a kiegészítő biztosítások megszűnnek.

(5) A Szerződőnek a díjmentesítés után is lehetősége van a kiegészítő biztosítások biztosítási összegeinek csökkentésére, illetve a kiegészítő biztosítások megszüntetésére.

(6) A biztosítás díjmentesítés után is visszavásárolható. Díjmentesített biztosítás visszavásárlásakor a biztosító a biztosítás fennmaradt kezdeti befektetési egységeit felhalmozási befektetési egységekké váltja át az el nem számolt kezdeti költségek azonnali érvényesítésével.

(7) Díjmentesített biztosítás esetén a Szerződő írásban kérheti a rendszeres díjfizetés visszaállítását.

21. § Rendszeres pénzkivonás

(1) A Szerződő a biztosítási szerződés hatálya alatt, 3 év díjjal fedezett tartam elteltével, rendelkezési jogának gyakorlásával írásban kérheti, hogy a biztosító havi rendszerességgel, de legalább két alkalommal azonos összegű pénzt fizessen ki számára a számlájáról (rendszeres pénzkivonás). Erre a Szerződő alszámláin nyilvántartott felhalmozási befektetési egységek

arányos eladása révén, a Szerződő kérelmének a biztosítóhoz történt beérkezését követő 5. nap utáni első biztosítási hónapfordulótól kerül sor, minden esetben a hónapforduló napján – mint értékelési napon – érvényes vételi árfolyamon.

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

(3) A rendszeres pénzkivonás a Szerződőnek a pénzkivonás megszüntetésére irányuló kérelmének a biztosítóhoz történt beérkezését követő 5. naptól számított első biztosítási hónapfordulóig, vagy legfeljebb az (5) bekezdésben és a (6) bekezdés a) és b) pontjaiban meghatározott biztosítási hónapfordulóig tart.

(4) A rendszeres pénzkivonás havi költsége megegyezik a 2. § (26) bekezdésben meghatározott tranzakciós költséggel, amelyet a biztosító a kifizetendő összegből von le. A költség aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

(5) Rendszeres pénzkivonásra addig van lehetőség, amíg

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

b) a szerződés első 10 évében az utolsó pénzkivonás után a fennmaradó biztosítás aktuális visszavásárlási összege eléri a 2. számú mellékletben meghatározott minimális összeget, melynek mértékét a biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – legfeljebb a 2. § (28) bekezdésében foglaltaknak megfelelő mértékkel módosíthatja.

(6) A szerződés

a) tizedik évfordulójáig azon a biztosítási hónapfordulón, amelyen a felhalmozási befektetési egységek aktuális értéke nem nyújt fedezetet a rendszeres pénzkivonás teljes összegének kifizetésére, a biztosító a részletek további kifizetését leállítja,

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

22. § Felmondás

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

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

23. § Visszavásárlás

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

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

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

(4) A visszavásárlási összeg a Szerződő számláján nyilvántartott kezdeti és felhalmozási befektetési egységek, igény bejelentését követő első értékelési napon megállapított vételi áron számított összértékének a 4. számú mellékletben meghatározott százaléka.

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

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

(7) A visszavásárolt biztosítás nem helyezhető újra érvénybe.

24. § Részleges visszavásárlás

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

(2) A részleges visszavásárlás feltétele, hogy a fennmaradó biztosítás aktuális visszavásárlási összege elérje a 2. számú mellékletben meghatározott minimális összeget, melynek mértékét a biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – legfeljebb a 2. § (28) bekezdésében foglaltaknak megfelelő mértékkel módosíthatja.

(3) A részleges visszavásárlás esetenkénti költsége megegyezik a 2. § (26) bekezdésben meghatározott tranzakciós költséggel, melyet az igényelt összeg-



ből von le a biztosító. A költség aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

25. § Befektetési egység alapok és egységek módosítása

(1) A biztosítónak jogában áll, hogy befektetési egység alapot létrehozson, valamint meglévőt megszüntessen; illetve, hogy a meglévő befektetési egység alapok nevét és befektetési politikáját, valamint az alapkezelők körét megváltoztassa.

(2) A biztosító a befektetési egység alap

a) tervezett megszüntetése előtt legalább 30 nappal írásban értesíti a Szerződőt, egyúttal elküldi az aktuálisan választható befektetési egység alapok befektetési politikáját,

b) tervezett létrehozása előtt hirdetmény útján tájékoztatja a Szerződőt.

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

(4) Amennyiben a Szerződő az értesítés kézhezvételétől számított 30 napon belül nem rendelkezik a megszűnő befektetési egység alap befektetési egységeinek áthelyezéséről, azokat a biztosító az általa meghatározott befektetési egység alapba helyezi.

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

(6) Amennyiben a befektetési egység alapot érintő változás kizárólag az egység alap elnevezésére, alapkezelőjére és befektetési politikájára vonatkozik, de nem érinti annak kockázati besorolását és alapvető célját, akkor a biztosító a Szerződőt az egység alap megváltozott befektetési politikájáról annak hatályba lépése előtt az Ügyfélszolgálatokon ki függesztett hirdetmény és a www.aviva.hu internetes oldalon közzétett hírlevél útján tájékoztatja.

(7) Amennyiben a befektetési egység alapot érintő változás érinti annak kockázati besorolását és alapvető célját, akkor a biztosító a módosítás hatálybalépése előtt 30 nappal írásban értesíti a Szerződőt, valamint felajánlja a változtatott befektetési egység alap befektetési egységeinek bármely más működő befektetési egység alap befektetési egységeire való költségmentes áthelyezést.

26. § Áthelyezés és a díj megosztásának módosítása

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

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

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

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

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

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

(6) Évente az első áthelyezés költségmentes.

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

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

27. § A biztosítás megszűnése

(1) A biztosítás megszűnik:

a) ha az 5. § (1) bekezdés a) pontjában meghatározott biztosítási esemény bekövetkezését követően a biztosító teljesít,

b) ha a szerződést önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személy Szerződő a biztosítást a 11. § (18) bekezdése alapján a szerződés létrejöttéről szóló jognyilatkozat kézhezvételétől számított 30 napon belül felmondja,

c) ha a Szerződő a biztosítást a 22. § (1) bekezdése alapján felmondja,

d) a rendszeres pénzkivonással összefüggésben a 21. § (6) bekezdés b) pontjában meghatározott esetben,

e) ha a Szerződő a biztosítást a 23. § szerint visszavásárolja,

f) a késedelmes díjfizetéssel összefüggésben a 8. § (2) és (3) bekezdésében meghatározott esetekben,
 g) a díjmentesítéssel összefüggésben a 20. § (4) bekezdésben meghatározott esetben,
 h) a díjfizetés szüneteltetésével összefüggésben a 28. § (4) bekezdésben meghatározott esetben.
 (2) A szerződés megszűnésekor a felek kölcsönösen lemondanak a díjtűrészhatár mértékét meg nem haladó követelésükről.

28. § Díjfizetés szüneteltetése

(1) Rendszeres díjas biztosítás esetén a biztosítási szerződés megkötésétől számított három év díjjal fedezett tartam elteltével a Szerződő írásbeli nyilatkozatban kérheti, hogy a biztosító a biztosítást a nyilatkozatnak a biztosítóhoz történő beérkezését követő 5. naptól számított első biztosítási hónapfordulóval 1 éves időtartamra rendelkezési jogának gyakorlása alapján szüneteltesse a díjfizetési kötelezettséget. A Szerződő további díjfizetési kötelezettsége ezzel a Szerződő által megadott határozott időtartamra megszűnik, de eseti díjak fizetésére való jogosultsága változatlanul megmarad.

(2) A díjfizetési kötelezettség szüneteltetése a költség-elvonási szabályokat nem érintik.

(3) A díjfizetés szüneteltetésének feltétele, hogy a szerződés visszavásárlási értéke elérje a biztosító által a 2. számú mellékletben meghatározott minimális összeget, melynek mértékét a biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – legfeljebb a 2. § (28) bekezdésében foglaltaknak megfelelő mértékkel módosíthatja.

(4) A díjfizetés szüneteltetésének időtartama alatt a kiegészítő biztosítások biztosítási összegei nem változnak, a biztosító továbbra is vonja a biztosítási összegekhez tartozó kockázati díjat. Azon a biztosítási hónapfordulón, amelyen a befektetési egységek aktuális értéke nem nyújt fedezetet a Szerződő számláját terhelő rendszeres költségek érvényesítésére, a biztosítás és a kiegészítő biztosítások megszűnnek.

(5) A Szerződőnek a szüneteltetés után is lehetősége van a kiegészítő biztosítás feltételei szerinti biztosítások biztosítási összegeinek csökkentésére, illetve a kiegészítő biztosítások megszüntetésére.

(6) A szüneteltetett díjfizetésű biztosítás is visszavásárolható. A szüneteltetett díjfizetésű biztosítás visszavásárlásakor a biztosító a biztosítás fennmaradt kezdeti befektetési egységeit felhalmozási befektetési egységekké váltja át az el nem számolt kezdeti költségek azonnali érvényesítésével.

(7) A díjfizetés szüneteltetését a Szerződő legfeljebb kétszer kérheti a szerződés tartama alatt.

29. § Elévülés

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

30. § 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 feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel,
- a büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,
- a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel,
- 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),
- a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- a biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselőjével, ezek érdek-képviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- az egészségügyről szóló törvényben foglalt egészségügyi hatósággal,
- 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 kötvénynyilvántartást vezető szervvel,

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

n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében a Kártalanítási Számlát kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a Levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel és a kárrendezési 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 adatra és bonus-malus besorolásra nézve más biztosítóval szemben a 2003. évi LX. törvényben meghatározott feltételek esetén.

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

(4) A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóság, a nemzetbiztonsági szolgálat 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) bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.
- (5) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biz-

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

(6) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét

a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,

b) fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,

c) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,

d) a Bit, a Tpt és a Hpt-ben az összevont alapú, illetve a kiegészítő felügyeletet jogosító rendelkezések teljesítésének érdekében történő adatátadás.

(7) A biztosító az Aviva vállalatcsoport tagjai, illetve az esetleges kiszervezett tevékenységet végző személyek, valamint az orvosszakértői véleményt készítő szakorvosok számára az Ügyfelek személyes adatait továbbíthatja abból a kizárólagos célból, hogy a tagvállalatok szolgáltatásaikat a Szerződő számára közvetlenül ajánlhassák fel, illetőleg a kiszervezett tevékenységet maradéktalanul elláthassák, amennyiben a Szerződő ehhez az ajánlati úrlapon hozzájárul. A kiszervezett tevékenységet végzők, valamint az orvosszakértői véleményt készítő szakorvosok személyét a biztosító 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 biztosítót, a független biztosításközvetítőt, 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.

31. § A személyes adatok kezelése

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

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

(3) Az adatkezelés célja kizárólag a biztosítási 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 a telefonon vagy interneten történő, az Ügyfelet, illetőleg szerződését érintő tevékenysége során gondoskodik a különleges és személyes adatok kezelésére, valamint a biztosítási titokvédelemre vonatkozó szabályok maradéktalan érvényesítéséről.

32. § 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.

33. § Tájékoztatás és tájékoztatás

A Szerződő saját szerződéseinek egyes fő adatainak változásáról az alábbi módokon tájékozódhat:

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

b) A Szerződő saját szerződéseinek befektetési egységeinek aktuális vételi áráról és számáról, valamint a 2. számú mellékletben szereplő adatokról az alábbi módokon tájékozódhat:

- 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,
- a biztosító kék telefonszámán (06 40 444 445), hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, keddtől péntekig tartó munkanapokon 9 és 17 óra között.



tekig tartó munkanapokon 8 és 17 óra között,
– VIP ügyfelek hétfőtől péntekig tartó munkanapokon 9 és 17 óra között a biztosító kék telefonszámán (06 40 888 847).

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

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

e) Amennyiben a Szerződő rendelkezik MyAviva hozzáféréssel, amelynek feltétele a MyAviva szerződés megkötése, akkor a Szerződő a MyAviva internetes Ügyfélportál oldalon is tájékozódhat a saját szerződése befektetési egységeinek aktuális vételi áráról és számáról, valamint aktuális visszavásárlási értékéről.

34. § Illetékes bíróság, illetékes panaszforum

A biztosítási szerződésből eredő és azzal összefüggő bármilyen igény 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 a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.). További illetékes panaszforum az Aviva Életbiztosító Zrt. Vezérigazgatósága (1138 Budapest, Népfürdő u. 22.).

Jelen szerződési feltételek kizárólag a jelzett mellékletekkel együtt érvényesek.

1. számú melléklet: A választható eszközalapok befektetési politikája
2. számú melléklet: A Presztizs költségeinek és minimális díjainak hatályos értékei
3. számú melléklet: Biztosítási csomagok, limitek és díjtételek
4. számú melléklet: Hűségkedvezmény és a szerződés legfontosabb paraméterei
5. számú melléklet: Díjkezelési tájékoztató
6. számú melléklet: Tájékoztató a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételehez benyújtandó iratokról

Budapest, 2010. március 25.

SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK

MyAviva internetes felület használatára

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

2. § A MyAviva olyan internetes kezelőfelület, amelynek segítségével a Szerződő elektronikusan – Ügyfélszolgálat, illetőleg Közvetítő (függő és független Biztosításközvetítő, alkusz) igénybe vétele nélkül – az érvényesen létrejött és hatályban lévő, vagy még reaktiválható szerződésén – a biztosítási feltételek szerinti változtatásokat eszközölhet, illetőleg ilyet 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, pénzügyintézet, vagy záradékban megjelölt más személy) hozzájárulása szükséges;
– amelyek rögzítéséhez a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben előírt okmányok bemutatása szükséges.

7. § Azon esetekben, amelyekben a szerződés adatainak megváltoztatását a Szerződő közvetlenül nem tudja eszközölni, a módosításra a MyAviva nyomtatványt biztosít, amelyhez a hozzájárulásokat, illetőleg az adatok igazolását a Szerződőnek közvetlenül kell beszerezni.

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

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

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

– **Őrszem árfolyamfigyelő szolgáltatás beállítása,**

- díjfizetés változtatása,
- biztosítási összeg változtatása,
- díjmentes leszállítás,
- részleges visszavásárlás,
- Kedvezményezett változása,
- személyes adatok módosítása:
 - cím,
 - laccímártya adatai,
 - személyi azonosító okmány adatai,
 - adóazonosító jel,
 - email cím,
 - telefonszám.

10. § Őrszem árfolyamfigyelő szolgáltatás beállítása

(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 megadott határértéket; másrészt figyelmeztetést küld, amikor az adott eszközalap – lokális minimumhoz képesti – árfolyam-növekedése 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.**

(5) Az Őrszem árfolyamfigyelő szolgáltatás használatával a Szerződő kizárólagos lehetősége a személyes befektetési portfóliója összetételének igényeihez, kockázattűrő képességéhez igazodó beállítása, időbeli céljaival történő optimalizálása. A beállítások rendszeres figyelése és módosítása a Szerződő felelőssége és kizárólagos kockázata, ezért hozzáférési kódja más részére át nem adható és nem tehető más részére egyéb módon sem hozzáférhetővé. A biztosításközvetítők kizárólagos felelőssége az eszköz-



alapokhoz kapcsolódó kockázatokra való felhívás, továbbá az eddig elért hozamokról való tájékoztatás, konkrét befektetési tanácsadásra nem jogosultak, ezért az esetleges ilyen tevékenységük a Szerződőnek a tranzakciók következményeikért való felelősségét nem érinti.

A) Stop loss funkció

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

(2) Az árfolyamfigyelő szolgáltatás alaptípusai:

a) 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; b) A **kézi stop loss** figyelmeztetés beállítása esetén a Biztosító SMS üzenetet küld a Szerződőnek, amennyiben a befektetési egységalap csökkenése elérte vagy meghaladta a Szerződő által megjelölt határértéket. Ebben az időpontban automatikus áthelyezés nem történik.

(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 értesítései 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 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 legalacsonyabb árfolyamértékhez viszonyít – a start buy funkció aktivizálódik és a Biztosító a (2) bekezdés szerinti szolgáltatást teljesíti, amennyiben az aktuális árfolyam növekedése 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 munkanapon 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, hozzájárulások 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 észszerűségét 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 kedvezményes 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 Ügyfélszolgálat a Szerződőt telefonon megkísérli elérni és az ellentmondásokat tisztázza. **Amennyiben az ellentmondások tisztázása egy munkanapon belül nem lehetséges, és nem állapítható meg egyértelműen a kérelmek beérkezésének időpontja, a biztosító jogosult a párhuzamos kérelmek bármelyike alapján eljárni és a többi kérelmet figyelmen kívül hagyni.**

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

Budapest, 2010. március 25.



A PORTFÓLIÓ PLUSZ BEFEKTETÉSI EGYSÉGEKHEZ KÖTÖTT ÉLETBIZTOSÍTÁST KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MEB-P01, MEB-E92) FELTÉTELEI

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

1. § A kiegészítő biztosítás létrejötte és tartama

(1) E kiegészítő biztosítás megköthető a főbiztosításra tett ajánlat megtételével egyidejűleg, vagy a főbiztosítás tartama alatt bármikor.

(2) A kiegészítő biztosítás az ajánlatnak a biztosító által történő elfogadásával a főbiztosítás következő biztosítási évfordulójáig szóló tartammal jön létre, és a főbiztosítás minden biztosítási évfordulóján automatikusan újabb egy évvel meghosszabbodik, feltéve, hogy a felek a főbiztosítás biztosítási évfordulóját egy hónappal megelőzően másképpen nem nyilatkoznak.

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

2. § Biztosítási esemény

A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási eseménynek minősül:

a) határozott tartamúvá tett főbiztosítás esetén a Biztosítottnak a biztosítási tartam lejártakor való életben léte,

b) a Biztosítottnak a kiegészítő biztosítás tartamán belül bekövetkezett halála,

c) a Biztosítottnak a kiegészítő biztosítás tartamán belül történt baleset miatt a baleset időpontjától számított egy éven belül bekövetkezett halála.

3. § Biztosítási szolgáltatások

(1) Ha a Biztosított a határozott tartamúvá tett főbiztosítás lejáratának napján életben van, a biztosító a főbiztosítás lejáratú Kedvezményezettje részére egy összegben kifizeti a kiegészítő biztosítás alszámláin a lejárat napját követő értékelési napon nyilvántartott egységek aktuális értékét.

(2) Ha a Biztosított a kiegészítő biztosítás tartama alatt elhalálozik, a biztosító a főbiztosítás haláleseti Kedvezményezettje részére egy összegben kifizeti a kiegészítő biztosítás alszámláin az írásbeli haláleseti bejelentésnek a biztosítóhoz való beérkezése napját követő értékelési napon nyilvántartott befektetési egységek aktuális értékét és a Szerződő által igazolhatóan már megfizetett, de még jóvá nem írt biztosítási díjakat.

(3) Ha a Biztosított a kiegészítő biztosítás tartama alatt 65. életévének betöltése előtt baleset következtében egy éven belül meghal, a biztosító a fő-

biztosítás haláleseti Kedvezményezettje részére a (2) bekezdésben meghatározott szolgáltatáson felül még egyszer kifizeti a kiegészítő biztosítás alszámláin az írásbeli haláleseti bejelentésnek a biztosítóhoz való beérkezése napját követő értékelési napon nyilvántartott befektetési egységek aktuális értékét, de legfeljebb a Mellékletben meghatározott maximális összeget.

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

4. § A kiegészítő biztosítás díja

(1) E kiegészítő biztosításra kizárólag eseti díj fizethető.

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

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

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

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

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

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

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

5. § Díjmentesítés

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

6. § Rendszeres pénzkivonás

E kiegészítő biztosítás befektetési egységei terhére rendszeres pénzkivonás nem teljesíthető.

7. § Visszavásárlás, részleges visszavásárlás

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

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

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

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

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

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

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

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

8. § Áthelyezés

(1) A Szerződő kérheti a biztosítót, hogy a kiegészítő biztosítás valamely alszámláján nyilvántartott

befektetési egységeket vagy azok egy részét a kiegészítő biztosítás más alszámlájára helyezze át (át-helyezés).

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

(3) Újabb áthelyezés esetén, amennyiben az a kiegészítő biztosítás alszámláit érinti, a biztosító tranzakciós költséget von le az áthelyezett befektetési egységek értékéből, amelynek mértéke az áthelyezett befektetési egységek aktuális értékének a főbiztosítás feltételeinek 2. számú mellékletében meghatározott százaléka, de legalább a biztosító által forintban, illetve euróban megállapított minimális, és legfeljebb a biztosító által megállapított maximális költség. A költség aktuális értékét a főbiztosítás feltételeinek 2. számú melléklete tartalmazza.

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

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

(6) E kiegészítő biztosítás befektetési egységalapjaiból a főbiztosítás befektetési egységalapjaiba a Díjkezelési tájékoztató (a főbiztosítás 5. számú melléklete) 4. pontja szerint helyezhetők át befektetési egységek.

9. § Egyéb rendelkezések

A kiegészítő biztosítás megszűnik:

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

Melléklet

A PORTFÓLIÓ PLUSZ kiegészítő biztosítás költségeinek hatályos értékei

Főbiztosítási termékmódozat	MEB-653	MEB-753
Vételi és eladási ár közötti különbség	2%	2%
Éves alapkezelési díj kivéve Profitőr kötvénytúlsúlyos vegyes eszközalap	1,75%	1,75%
Baleseti halálra vonatkozó szolgáltatás maximuma	2 000 000 Ft	8 000 €

Budapest, 2010. március 25.



Aviva Bankkártya Szerződési feltételek

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

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

1. § A co-branded kártyaszerződés létrejötte és időtartama

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

(2) A szerződés érvényességi feltétele, hogy a Szerződő és a biztosító között az életbiztosítási szerződés érvényesen létrejött – az ajánlat kötvényesítésre kerüljön – továbbá, hogy a Szerződő az **UniCredit Bankkal** – a továbbiakban bank – a **bankkártya szerződést érvényesen megkösse.**

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

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

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

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

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

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

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

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

(10) Amennyiben a bankkártya igénylést a biztosító az 1. § (1) bekezdésében foglalt feltételek hiányában elutasítja, abban az esetben az Ügyfélnek a hiányok pótlását követően új bankkártya igénylést kell kitöltenie és eljuttatnia a biztosító Ügyfélszolgálatához.

2. § A kártyához tartozó szolgáltatások

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

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

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

3. § Részleges visszavásárlás a bankkártya használatával

(1) A kártyabirtokos Szerződő a kártyaelfogadó helyeken a kártyahasználattal ráutaló magatartással kezdeményezi a szerződésének részleges visszavá-



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

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

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

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

(5) Érvényes bankkártyaszerződéssel rendelkező ügyfelek részleges visszavásárlást csak abban az esetben kezdeményezhetnek az Aviva Ügyfélszolgálatán keresztül, ha a felvenni kívánt összeg meghaladja az 1 000 000 forintot, illetve 20 000 eurót. Ezen limit alatti összeghez kizárólag a bankkártya használatával juthatnak, illetőleg teljes visszavásárlás – amely egyaránt vonatkozik a főbiztosításra és Portfólió Plusz kiegészítő biztosításra –, valamint a bankkártya szerződés felmondása esetén kérhetik az Aviva Ügyfélszolgálatán keresztül a szerződések alszámláin nyilvántartott összegek kifizetését. Ilyen esetekre a fő- és a kiegészítő biztosítás feltételeiben megjelölt rendelkezések irányadóak.

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

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

(8) Amennyiben a téves tranzakciók vagy a befek-

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

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

4. § Kártyaszolgáltatás módosításai

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

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

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

5. § Díjak

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



(2) A biztosító által felszámolt tranzakciós díjak: tranzakciónként 100 Ft, illetve a tranzakció típusától függetlenül, havi rendszerességgel, az adott hónap tranzakcióinak összesített értéke után 0,3%, amely

- forint alapú biztosítás esetén minimum 492 Ft, maximum 4 920 Ft,
- euró alapú biztosítás esetén minimum 2 EUR, maximum 20 EUR.

6. § Értesítések

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

7. § Adatkezelés

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

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

8. § Megszűnés, megszüntetés

(1) A bankkártya szerződés automatikusan megszűnik:

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

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

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

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

9. § Módosítási jog

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

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

10. § Panaszkezelés

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

11. § Egyéb rendelkezések

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

Budapest, 2010. március 25.

A BEFEKTETÉSHEZ KÖTÖTT ÉLETBIZTOSÍTÁST KIEGÉSZÍTŐ, A FŐBIZTOSÍTOTT HALÁLESETÉRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS (MEB-K01, MEB-E52) FELTÉTELEI

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

1. § Biztosított

A Biztosított a főbiztosítás Biztosítottja, aki a biztosítási szerződés létrejöttékor a 18. életévénél idősebb, de a 65. életévét még nem töltötte be.

2. § A kiegészítő biztosítás tartama

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

(2) E kiegészítő biztosítás már hatályban lévő főbiztosítás mellé is köthető, a főbiztosítás biztosítási hónapfordulója előtt legalább 15 nappal felvett ajánlat elfogadása révén. Ez esetben a főbiztosítás hónapfordulója a kiegészítő biztosítás kezdete.

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

(4) A kiegészítő biztosítás a Szerződő által benyújtott kiegészítő biztosításra tett ajánlatnak a biztosító által történő elfogadásával a főbiztosítás évfordulójáig terjedő időszakra jön létre, és a főbiztosítás biztosítási évfordulóján automatikusan 1 évvel meghosszabbodik, ha a felek a főbiztosítás biztosítási évfordulóját megelőzően 1 hónappal másképp nem nyilatkoznak, feltéve, hogy a főbiztosítás is érvényben marad és a Biztosított még nem töltötte be a 65. életévét.

(5) A kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete megegyezik a főbiztosítás kockázatviselésének kezdetével, amennyiben a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatot a főbiztosítással együtt nyújtották be. Amennyiben a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatot már a főbiztosítás hatályba lépését követően nyújtották be, akkor a kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete az azt követő hónapforduló, amikor a biztosító kockázatelbírálásra jogosult szerve a benyújtott kiegészítő ajánlatot elfogadta.

3. § Biztosítási esemény

A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási esemény az 1. § szerinti Biztosítottnak a kiegészítő biztosítás tartamán belül bekövetkezett halála.

4. § Szolgáltatás

A biztosító az 1. § szerinti Biztosított halála esetén a kiegészítő biztosítás tartozásokkal csökkentett aktuális biztosítási összegét fizeti ki a Kedvezményezett részére.

5. § A kiegészítő biztosítás díja

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

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

(3) A biztosító fenntartja a jogot, hogy a szerződés ötödik évfordulóját követően a halandósági viszonyok jelentős változása esetén az új halandósági táblát használva a kockázati díjrata értékét legfeljebb évente újra kalkulálja. A havi díjrata aktuális értékét a főbiztosítás 3. számú melléklete tartalmazza. A halandósági viszonyok jelentős változása alatt azt kell érteni, hogy a 18-75 közötti korosztályban legalább 6 korév esetén a KSH által publikált legfrissebb néphalandósági táblából számolható halálozási valószínűség legalább 5%-kal eltér a legutóbbi újrakalkukáció idején aktuális KSH által publikált néphalandósági táblából számolható halálozási valószínűségtől. Első újrakalkukáció esetén az aktuális adatokat az eredetileg alapul vett néphalandósági táblához kell viszonyítani.

6. § Várakozási idő

(1) A biztosító a biztosítási eseményre vállalt biztosítási szolgáltatást a kockázatelbírálás időigényessége okából csak a várakozási idő eltelté 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

7. § Maradékjogok

E kiegészítő biztosítás nem rendelkezik maradékjogokkal.

8. § A biztosító teljesítése

(1) A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a



biztosítási eseményt a szolgáltatás igénylőjének be kell jelentenie a biztosító részére. A bejelentést a biztosító kárbejelentő nyomtatványán, írásban kell megtenni.

(2) A biztosító teljesítésének további feltétele, hogy:

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

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

c) A biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokat a 6. számú melléklet tartalmazza.

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

(4) 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.

(5) A biztosítási esemény bekövetkezésének idő-

pontjában az 1. § szerinti Biztosítottra vonatkozó főbiztosítás és az összes kiegészítő biztosítás megszűnik.

9. § Egyéb rendelkezések

(1) Ha a közlési kötelezettség megsértése miatt a biztosító a kiegészítő biztosítás Biztosítottjával kapcsolatban mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, akkor megszüntetheti az adott Biztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosításokat.

(2) A biztosító mentesül a kiegészítő haláleseti biztosítási összeg kifizetése alól, ha a halálesetet olyan esemény idézte elő, amelyek következtében a biztosító a főbiztosítás biztosítási összegének kifizetése alól mentesül(ne) a főbiztosítási feltételek 17. §-ának (1), (2) és (3) bekezdések alapján.

(3) A kiegészítő biztosítás megszűnik:

a) a biztosítási esemény bekövetkezésekor,

b) a biztosítási hónap végén, ha a Szerződő írásban felmondja a kiegészítő biztosítást,

c) a főbiztosítás megszűnésekor,

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

e) a főbiztosítás tartamának lejáratakor, kifizetés nélkül.

Budapest, 2010. március 25.



**A BEFEKTÉSESHZ KÖTÖTT
ÉLETBIZTOSÍTÁST KIEGÉSZÍTŐ,
A TOVÁBBI BIZTOSÍTOTT(AK)
HALÁLESETÉRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS
(MEB-K03, MEB-E72) FELTÉTELEI**

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

1. § Biztosított

A Biztosított a Főbiztosítottól eltérő természetes személy, aki a biztosítási szerződés létrejöttkor a 18. életévénél idősebb, de a 65. életévét még nem töltötte be.

2. § A kiegészítő biztosítás tartama

(1) E kiegészítő biztosítás a főbiztosítással együtt köthető, amennyiben a biztosító a Szerződő főbiztosításra és a Biztosított hozzájáruló nyilatkozatát tartalmazó kiegészítő biztosításra tett ajánlatát, a biztosított nyilatkozatot egyaránt elfogadja.

(2) E kiegészítő biztosítás már hatályban lévő főbiztosítás mellé is köthető, a főbiztosítás biztosítási hónapfordulója előtt legalább 15 nappal felvett, a Szerződő által benyújtott kiegészítő biztosításra tett ajánlat elfogadása révén. Ez esetben a főbiztosítás hónapfordulója a kiegészítő biztosítás kezdete.

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

(4) A kiegészítő biztosítás a Szerződő által benyújtott kiegészítő biztosításra tett ajánlatnak a biztosító által történő elfogadásával a főbiztosítási évfordulójáig terjedő időszakra jön létre, és a főbiztosítás biztosítási évfordulóján automatikusan újabb 1 évvel meghosszabbodik, ha a felek a főbiztosítás biztosítási évfordulóját megelőzően 1 hónappal másképp nem nyilatkoznak, feltéve, hogy a főbiztosítás is érvényben marad és a Biztosított még nem töltötte be a 65. életévét.

(5) A kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete megegyezik a főbiztosítás kockázatviselésének kezdetével, amennyiben a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatot a főbiztosítással együtt nyújtották be. Amennyiben a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatot már a főbiztosítás hatályba lépését követően nyújtották be, akkor a kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete az azt követő hónapforduló, amikor a biztosító kockázatelbírálásra jogosult szerve a benyújtott kiegészítő ajánlatot elfogadta.

3. § Biztosítási esemény

A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási esemény az 1. § szerinti Biztosítottnak a kiegészítő biztosítás tartamán belül bekövetkezett halála.

4. § Szolgáltatás

A biztosító az 1. § szerinti Biztosított halála esetén a kiegészítő biztosítás tartozásokkal csökkentett aktuális biztosítási összegét fizeti ki a Kedvezményezett részére.

5. § A kiegészítő biztosítás díja

(1) A befektetéshez kötött életbiztosítást kiegészítő, a további Biztosítottak halálesetére szóló biztosítás havi díjrátájának kiszámítása a biztosítás díjszabása alapján a Biztosított egészségi állapotának, foglalkozásának és egyéb kockázati tényezőknek a figyelembevételével történik. A biztosító ezen információkat az ajánlatból, az egészségi nyilatkozatból, az orvosi vizsgálati jelentésből és esetlegesen a Szerződőtől be kért egyéb dokumentumokból szerzi meg.

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

(3) A biztosító fenntartja a jogot, hogy a szerződés ötödik évfordulóját követően a halandósági viszonyok jelentős változása esetén az új halandósági táblát használva a kockázati díjrata értékét legfeljebb évente újra kalkulálja. A havi díjrata aktuális értékét a főbiztosítás 3. számú melléklete tartalmazza. A halandósági viszonyok jelentős változása alatt azt kell érteni, hogy a 18-75 közötti korosztályban legalább 6 korév esetén a KSH által publikált legfrissebb néphalandósági táblából számolható halálozási valószínűség legalább 5%-kal eltér a legutóbbi újrakalkuláció idején aktuális KSH által publikált néphalandósági táblából számolható halálozási valószínűségtől. Első újrakalkuláció esetén az aktuális adatokat az eredetileg alapul vett néphalandósági táblához kell viszonyítani.

6. § Várakozási idő

(1) A biztosító a biztosítási eseményre vállalt biztosítási szolgáltatást a kockázatelbírálás időigényessége okából csak a várakozási idő eltelte 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.



7. § Maradékjogok

E kiegészítő biztosítás nem rendelkezik maradékjogokkal.

8. § A biztosító teljesítése

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

(2) A biztosító teljesítésének további feltétele, hogy:
a) a benyújtott igény jogosságát alátámasztó egészségügyi intézményi, illetőleg hatósági dokumentumok és információk a biztosító rendelkezésére álljanak, illetőleg

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

c) A biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokat a 6. számú melléklet tartalmazza.

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

(4) Amennyiben irat beszerzéséhez adatvédelmi okok miatt az érintett hozzájárulása szükséges, a hozzájárulás beszerzése, illetőleg megadása a Ked-

vezményezett kötelezettsége és az iratok beszerzésének költsége is a Kedvezményezettet terheli.

(5) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában az 1. § szerinti Biztosítottra vonatkozó összes kiegészítő biztosítás megszűnik.

9. § Egyéb rendelkezések

(1) Ha a közlési kötelezettség megsértése miatt a biztosító a kiegészítő biztosítás Biztosítottjával kapcsolatban mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, akkor megszüntetheti az adott Biztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosításokat.

(2) A biztosító mentesül a kiegészítő haláleseti biztosítási összeg kifizetése alól, ha a halálesetet olyan esemény idézte elő, amelyek következtében a biztosító a főbiztosítás biztosítási összegének kifizetése alól mentesül(ne) a főbiztosítási feltételek 17. §-ának (1), (2) és (3) bekezdések alapján.

(3) A kiegészítő biztosítás megszűnik:

a) a biztosítási esemény bekövetkezésekor,
b) a biztosítási hónap végén, ha a Szerződő írásban felmondja a kiegészítő biztosítást,

c) a főbiztosítás megszűnésekor,

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

e) a főbiztosítás tartamának lejáratakor, kifizetés nélkül.

Budapest, 2010. március 25.

A BEFEKTETÉSHEZ KÖTÖTT ÉLETBIZTOSÍTÁST KIEGÉSZÍTŐ, BALESETI HALÁLRA SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS (MEB-H01, MEB-E53) FELTÉTELEI

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

1. § Biztosított

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

2. § A kiegészítő biztosítás tartama

(1) E kiegészítő biztosítás a Főbiztosítottra és a kiegészítő Biztosítottakra egyaránt köthető.

(2) E kiegészítő biztosítás a főbiztosítással együtt köthető, amennyiben a biztosító a Szerződő főbiztosításra és kiegészítő biztosításra tett ajánlatát, a biztosított nyilatkozatot egyaránt elfogadja.

(3) E kiegészítő biztosítás már érvényben lévő főbiztosítás mellé is köthető, a főbiztosítás biztosítási hónapfordulója előtt legalább 15 nappal felvett, a Szerződő által benyújtott kiegészítő biztosításra tett ajánlat elfogadása révén. Ez esetben a főbiztosítás hónapfordulója a kiegészítő biztosítás kezdete.

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

(5) A kiegészítő biztosítás a Szerződő által benyújtott ajánlatnak a biztosító által történő elfogadásával a főbiztosítás évfordulójáig terjedő időszakra jön létre, és a főbiztosítás biztosítási évfordulóján automatikusan 1 évvel meghosszabbodik, ha a felek a főbiztosítás biztosítási évfordulóját megelőzően 1 hónappal másképp nem nyilatkoznak, feltéve, hogy a főbiztosítás is érvényben marad és a Biztosított még nem töltötte be a 65. életévét.

(5) A kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete megegyezik a főbiztosítás kockázatviselésének kezdetével, amennyiben a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatot a főbiztosítással együtt nyújtották be. Amennyiben a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatot már a főbiztosítás érvénybe lépését követően nyújtották be, akkor a kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete az azt követő hónapforduló, amikor a biztosító kockázatelbírálásra jogosult szerve a benyújtott kiegészítő ajánlatot elfogadta.

3. § Biztosítási esemény

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

4. § Szolgáltatás

(1) A biztosító a Biztosított baleset miatt bekövetkező halála esetén a kiegészítő biztosítás tartásával csökkentett aktuális biztosítási összegét fizeti ki a Kedvezményezett részére.

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

5. § A kiegészítő biztosítás díja

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

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

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

6. § Maradékjogok

E kiegészítő biztosítás nem rendelkezik maradékjogokkal.

7. § A biztosító teljesítése

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

(2) A biztosító teljesítésének további feltétele, hogy:
a) a benyújtott igény jogosságát alátámasztó egész-



ségügyi intézményi, illetőleg hatósági dokumentumok és információk a biztosító rendelkezésére álljanak, illetőleg

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

c) A biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokat a 6. számú melléklet tartalmazza.

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

(4) Amennyiben 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.

(5) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában az adott Biztosítottra vonatkozó összes kiegészítő biztosítás megszűnik.

8. § Egyéb rendelkezések

A kiegészítő biztosítás megszűnik:

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

Budapest, 2010. március 25.



A BEFEKTÉSHÉZ KÖTÖTT ÉLETBIZTOSÍTÁST KIEGÉSZÍTŐ, BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGHÁROSODÁSRA SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS (MEB-R01, MEB-E55) FELTÉTELEI

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

1. § Biztosított

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

2. § Kedvezményezett

A kiegészítő biztosítás Kedvezményezettje a Biztosított, ha a Szerződő által írásban tett, a biztosítóhoz eljuttatott nyilatkozaton más Kedvezményezettet nem neveztek meg.

3. § A kiegészítő biztosítás tartama

(1) E kiegészítő biztosítás a Főbiztosítottra és a kiegészítő Biztosítottakra egyaránt köthető.

(2) E kiegészítő biztosítás a főbiztosítással együtt köthető, amennyiben a biztosító a Szerződő főbiztosításra és kiegészítő biztosításra tett ajánlatát, a biztosított nyilatkozatot egyaránt elfogadja.

(3) E kiegészítő biztosítás már hatályban lévő főbiztosítás mellé is köthető, a főbiztosítás biztosítási évfordulója előtt legalább 15 nappal felvett a Szerződő által benyújtott kiegészítő biztosításra tett ajánlat elfogadása révén. Ez esetben a főbiztosítás hónapfordulója a kiegészítő biztosítás kezdete.

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

(4) A kiegészítő biztosítás a Szerződő által benyújtott kiegészítő biztosításra tett ajánlatnak a biztosító által történő elfogadásával a főbiztosítás évfordulójáig terjedő időszakra jön létre, és a főbiztosítás biztosítási évfordulóján automatikusan 1 évvel meghosszabbodik, ha a felek a főbiztosítás biztosítási évfordulóját megelőzően 1 hónappal másképp nem nyilatkoznak, feltéve, hogy a főbiztosítás is érvényben marad és a Biztosított még nem töltötte be a 65. életévét.

(5) A kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete megegyezik a főbiztosítás kockázatviselésének kezdetével, amennyiben a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatot a főbiztosítással együtt nyújtották be. Amennyiben a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatot már a főbiztosítás hatályba

lépését követően nyújtották be, akkor a kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete az azt követő hónapforduló, amikor a biztosító kockázatbírálásra jogosult szerve a benyújtott kiegészítő ajánlatot elfogadta.

4. § 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 kialakulnak 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 nyugdíjbiztosítási 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.

5. § Szolgáltatás

A biztosító a Biztosítottnak a 4. §-ban meghatározott egészségkárosodása esetén a kiegészítő biztosítás tartozásokkal csökkentett a biztosítási



esemény bekövetkeztekor érvényben lévő aktuális biztosítási összegének az egészségkárosodás fokával megegyező százalékát fizeti ki a Biztosított részére. A biztosító kifizetése a biztosítási összeg 100 százalékát nem haladhatja meg.

6. § A kiegészítő biztosítás díja

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

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

(3) A biztosító fenntartja a jogot, hogy a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodási mutatók jelentős változása esetén a havi díjrata értékét legfeljebb évente újra kalkulálja. A havi díjrata aktuális értékét a főbiztosítás 2. számú melléklete tartalmazza.

7. § Maradékjogok

E kiegészítő biztosítás nem rendelkezik maradékjogokkal.

8. § A biztosító teljesítése

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

(2) A biztosító teljesítésének további feltétele, hogy:

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

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

c) A biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokat a 6. számú melléklet tartalmazza.

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

(4) Amennyiben az igény elbírálásához orvosi vélemény szükséges, a Biztosított köteles magát

alávetni a szükséges orvosi vizsgálatoknak. Abban az esetben, ha orvosi vizsgálat nem szükséges, továbbá, ha szükséges ugyan, de a Biztosított a vizsgálatnak nem veti magát alá, a biztosító jogosult a rendelkezésre álló orvosi iratok és egyéb dokumentáció alapján a kárigényt elbírálni. Az esetleges orvosi szakvéleménnyel szemben a Biztosított panasszal élhet.

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

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

9. § Kizárások

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

10. § Egyéb rendelkezések

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

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

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

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

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

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

c) a főbiztosítás megszűnésekor,

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

Budapest, 2010. március 25.



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, csuklójülettől	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%

Budapest, 2010. március 25.



„LÓCI ÓRIÁS LESZ” GYERMEKEK EGYES SÚLYOS BETEGSÉGEIRE ÉS BALESETEIRE SZÓLÓ (MEB-076, MEB-E56) KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSÁNAK KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

A „Lóci óriás lesz” (MEB-076, MEB-E56) kiegészítő biztosítási szerződés (a továbbiakban kiegészítő biztosítás), a kiegészítő biztosításban gyermek egyes súlyos betegségeire, súlyos baleseteire, valamint halálára szól, és e feltételek, továbbá az Aviva Életbiztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) Életbiztosítási Szerződéseinek általános feltételei (a továbbiakban: általános feltételek), valamint a főbiztosítás Különös Feltételei alapján jön létre a biztosító és a szerződő között.

1. § Meghatározások

(1) Baleset:

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

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

(2) Súlyos betegség:

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

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

(3) Az életkornak megfelelő önellátó képesség súlyos zavara:

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

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

Az önellátó képesség zavarát jelenti, ha a Biztosított

legalább 36 hónapos és segítséggel sem képes:

– fürdeni, zuhanyozni, illetőleg általában önmaga tisztán tartására;

– felöltözni, illetve levetkőzni;

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

– önállóan étkezni.

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

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

– az ürítést kontrollálni.

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

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

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

és ezen okok miatt állandó felügyeletre szorul.

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

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

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

2. § Biztosított, törvényes képviselő

(1) Jelen feltételek alapján létrejövő kiegészítő biztosításban Biztosított lehet

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

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

(2) Törvényes képviselő: a gyermek felett felügyeletet gyakorló szülő, gyám vagy eseti gondnok. A törvényes képviselő a kiegészítő biztosítás vo-

natkozásában felmerülő – a gyermekkel kapcsolatos – jogai gyakorlásán túl, közreműködik a szerződés teljesítésében.

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

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

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

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

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

3. § Kedvezményezett

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

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

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

a) Egy Biztosítottra csak egy kiegészítő biztosítás köthető.

b) Egy főbiztosítás mellé több kiegészítő biztosítás köthető.

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

(3) A törvényes képviselő az ajánlaton nyilatkozik:

a) a gyermek Biztosítottként történő megnevezéséről,

b) a szerződés megkötéséhez való hozzájárulásáról,

c) a szerződés feltételeinek megismeréséről és az

abban foglalt közreműködési kötelezettsége elfogadásáról, valamint

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

(4) A törvényes képviselő az egészségi nyilatkozaton

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

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

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

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

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

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

(7) A tartam meghosszabbodik

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

b) legfeljebb a főbiztosítás díjfizetési tartamának lejáratáig, illetve

c) a Biztosított 18. életévének betöltését követő évfordulóig,

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

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

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

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

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

(10) A várakozási idő:

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



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

5. § Szolgáltatás az egyes biztosítási események bekövetkezése esetén

(1) A szolgáltatás meghatározása

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

(2) Nem nyújt szolgáltatást a biztosító az általános feltételeknek a közlési kötelezettségre, a biztosító mentesülésére, valamint a kizárt kockázatokra vonatkozó paragrafusaiban foglaltakon túl akkor, ha

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

b) a törvényes képviselő sértette meg a közlési kötelezettséget;

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

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

(3) Szolgáltatás súlyos betegségek esetén

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

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

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

(4) Szolgáltatás balesetből eredő súlyos fogyatékoságok esetére

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

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

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

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

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

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

(5) Szolgáltatás balesetből eredő súlyos törések esetére

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

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

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

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

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

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

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

(6) Támogatás halál esetére

A biztosító a Biztosítottnak a várakozási idő után bármely okból bekövetkező, illetőleg a várakozási

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

6. § A kiegészítő biztosítás díja. Indexálás

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

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

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

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

7. § Maradékjogok

E kiegészítő biztosítás nem rendelkezik maradékjogokkal.

8. § A biztosító teljesítése

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

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

a) az adott biztosítási esemény bekövetkezését igazoló, a kezelést végző egészségügyi intézmény, illetőleg kezelőorvos által készített és a törvényes képviselő által benyújtott dokumentumok;

b) a törvényes képviselő által benyújtott kárigény;

c) külföldi egészségügyi dokumentumok esetén, az eredeti dokumentumokhoz csatolt, a törvényes képviselő által beszerzett hiteles szakfordítás.

(3) A biztosító az elbíráláshoz szükséges, a megbetegedés vagy sérülés bekövetkeztét, illetőleg egyes esetekben a műtét vagy más beavatkozás, valamint a kezelés elvégzését igazoló és benyújtandó dokumentumokat az ezen esetek meghatározását is tartalmazó 2., 3. és 4. számú mellékletekben írja elő.

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

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

9. § Kizárások

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

10. § Egyéb rendelkezések

(1) A kiegészítő biztosítás megszűnik:

a) a biztosítási hónapfordulón, ha a súlyos betegségekre teljesített, az egyes kifizetések számítási alapjául szolgáló (adott szolgáltatások mértékének az aktuális biztosítási összegekhez viszonyított arányait meghatározó) arányszámok összege eléri a 100%-ot;

b) a Biztosított halála esetén;

c) ha a szerződő írásban felmondja a kiegészítő biztosítást;

d) a felmondás szabályai szerint, ha a törvényes képviselő a 2.§ (3) bekezdése szerint tett hozzájáruló nyilatkozatát visszavonja;

e) a biztosítási évfordulón, ha a szerződő nem fogadja el a díjszabás változtatását;

f) a főbiztosítás megszűnésekor;

g) a főbiztosítás díjfizetési tartamának a végén;

h) azon biztosítási év végén, amelyben a kiegészítő biztosítás Biztosítottja betölti 18. életévét;

i) ha bebizonyosodik, hogy a szerződő, vagy a törvényes képviselő közlési vagy bejelentési kötelezettséget sértett;

j) díjnemfizetés miatt.

Budapest, 2010. március 25.



„LÓCI ÓRIÁS LESZ” KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS 1. SZÁMÚ MELLÉKLETE

SZOLGÁLTATÁSOK ÖSSZEFOGLALÓ TÁBLÁZATA

A) Betegségek

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

Biztosítási esemény (részletesebben ld. a 2. számú mellékletben)	Szolgáltatás
I. Rosszindulatú daganatok, leukémiák (fehérvérűség)	
a) A betegség bekövetkezése és az életkornak megfelelő önellátó képesség súlyos zavarai esetén	100%
b) Amennyiben a betegség olyan következményekkel jár, amelyre az e kiegészítő biztosításban foglalt biztosítási védelem kiterjed, úgy a biztosító az ott meghatározott feltételek teljesülése esetén az ott meghatározott szolgáltatást teljesíti	
II. Agyhártyagyulladás (meningitis)	
a) A betegség bekövetkezése és az életkornak megfelelő önellátó képesség súlyos zavarai esetén	100%
b) Amennyiben a betegség olyan következményekkel jár, amelyre az e kiegészítő biztosításban foglalt biztosítási védelem kiterjed, úgy a biztosító az ott meghatározott feltételek teljesülése esetén az ott meghatározott szolgáltatást teljesíti	
III. Agyvelőgyulladás (encephalitis)	
a) A betegség bekövetkezése és az életkornak megfelelő önellátó képesség súlyos zavarai esetén	100%
b) Amennyiben a betegség olyan következményekkel jár, amelyre az e kiegészítő biztosításban foglalt biztosítási védelem kiterjed, úgy a biztosító az ott meghatározott feltételek teljesülése esetén az ott meghatározott szolgáltatást teljesíti	
IV. Csontvelő-elégtelenség (aplasticus anaemia)	
a) Többszöri transfúzió valamely vérképzőszóval, min. 2 hónapon keresztül	100%
b) Rendszeres, legalább 1 hónapon keresztül folytatott immunszuppresszív kezelés	50%
c) Csontvelő átültetés	100%
V. Vírus hepatitisek (vírusos májgyulladás: hepatitis B, C, D, E – kivéve Hepatitis A)	
A májenzimek adott életkori normál értékekhez viszonyított min. 4-szeres emelkedése, amelynek a kezelést követően is legalább 6 hónapon keresztül fenn kell állnia	100%
VI. Epilepszia (központi idegrendszer visszatérő görcsös rohamokkal, tudatzavarokkal járó megbetegedése)	
a) Több mint heti egy alkalommal ismétlődő „nagy” roham, amely a megfelelőnek tartott kezelés ellenére több, mint 2 éve tart	100%
b) Több mint havi egy alkalommal ismétlődő „nagy” roham, amely a megfelelőnek tartott kezelés ellenére több, mint 2 éve tart	20%
VII. Krónikus, szerzett szívbetegségek	
a) A kiváltó betegség adekvát kezelése ellenére, 6 hónapon túl is megállapítható, NYHA (amerikai Kardiológus Társaság; New York Heart Association) klasszifikációja szerint II. fokozatú vagy súlyosabb	50% (II. III.) és 100% (IV)
b) Az adott kiváltó betegség gyógyultnak nyilvánítása után legalább 6 hónappal még fennálló, NYHA II. fokozatú vagy ennél súlyosabb kardiológiai szövődmény	50% (II. III.) és 100% (IV)



VIII. Bénulások

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

IX. Vakság

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

X. Süketség

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

XI. Vérvérzés következtében kialakult HIV fertőzés

AIDS, illetve HIV fertőzés, amely bizonyíthatóan valamely olyan humán vérvérzés beadása következtében alakult ki, amelyet a Biztosított a kockázatviselés kezdete után kapott

100%

XII. Veseelégtelenség

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

100%

XIII. Inszulin dependens diabetes mellitus (DM-I)

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

60%

B) Balesetből eredő súlyos fogyatékoságok

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

C) Balesetből eredő súlyos törések

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

D) Halálozás

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

Budapest, 2010. március 25.



„LÓCI ÓRIÁS LESZ” KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS 2. SZÁMÚ MELLÉKLETE

SÚLYOS BETEGSÉGEK

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

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

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

A kárigény elbírálásához kórházi zárójelentés és az önellátó képesség súlyos zavarait igazoló ideggyógyász szakvélemény szükséges!

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

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

3. A biztosító nem nyújt szolgáltatást az alábbi esetekre:

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

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

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

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

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

f) Lymphoid leukaemia krónikus formájára.

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

Bármely régebbi daganatos, vagy pre-malignus elváltozás,

- a) hólyag papilloma,
- b) vastagbél polyposis,
- c) Crohn betegség,
- d) colitis ulcerosa,
- e) haematuria (vérvizelés),
- f) véres széklet,
- g) vérköpés,
- h) nyirokcsomó-megnagyobbodás (lymphadenopathia),
- i) lépmegegyobbodás (splenomegalia).

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

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

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

II. Agyhártagyulladás (meningitis)

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

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

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

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

2. Diagnosztizált agyhártagyulladás és a Bizto-

sított életkorának megfelelő önellátó képesség súlyos zavara esetén a szolgáltatás az aktuális biztosítási összeg 100%-a.

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

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

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

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

III. Agyvelőgyulladás (encephalitis)

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

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

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

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

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

3. A biztosító nem nyújt szolgáltatást az alábbi esetekre:

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

IV. Csontvelő-elégtelenség (Aplasticus anaemia)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A kárigény elbírálásához a biztosító által előírt, a szakorvosi véleményben írásban rögzítendő diagnosztikus kritérium: a májenzimek adott életkori normálértékekhez viszonyított min. 4-szeres emelkedése (GPT, GOT), amelynek a kezelést



követően is legalább 6 hónapon keresztül fenn kell állnia, beleértve még a kárigény bejelentésének időpontját is. A szolgáltatás azonban a májenzim értékétől függetlenül akkor is jogosnak tekintendő, amennyiben a vírus hepatitisz interferonnal való kezelését követően a beteg nem gyógyult meg, és a vírus jelenléte még egy évvel az interferonkezelés befejezése után is igazolható.

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

VI. Epilepszia

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

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

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

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

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

- a) A „nagy roham” több mint heti egy alkalommal ismétlődő roham, a vázizmok összességére kiterjedő tonusos-clonusos görcsrel társuló eszméletvesztéssel.
- b) A biztosító szolgáltatása az igazolt egynél többszöri heti gyakoriságú „nagy roham” esetén az aktuális biztosítási összeg 100%-a.
- c) A biztosító szolgáltatása az igazolt egynél többszöri havi gyakoriságú „nagy roham” esetén az aktuális biztosítási összeg 20%-a.

VII. Krónikus, szerzett szívbetegségek

A kárigény benyújtása akkor lehetséges, ha:

- a) igazolható az adott kiváltó betegség gyógyultnak nyilvánítása után legalább 6 hónappal még

fennálló, NYHA II. fokozatú vagy ennél súlyosabb kardiológiai szövődmény;

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

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

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

- a) ha a panaszok minősítése minimum NYHA II. vagy III., akkor a biztosító szolgáltatása az aktuális biztosítási összeg 50%-a;
- b) ha a panaszok minősítése NYHA IV, akkor a biztosító szolgáltatása az aktuális biztosítási összeg 100%-a.

2. Kizárandó a biztosítási védelembe vett szívbetegségek köréből:

- a) a kizárólag alkohol vagy drogfogyasztás következtében kialakult szívbetegség, egyéb kiváltó ok nélkül;
- b) a kizárólag veleszületett kamrai vagy pitvari sövényhiba következtében kialakult másodlagos szívbetegség, egyéb kiváltó ok nélkül;
- c) a reumás láz talaján kialakult krónikus szívbetegség (amennyiben a szerződéskötést megelőzően diagnosztizáltak).

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

- a) hipertónia (kétes esetben 24 órás méréssel igazolva),
- b) angina pectoris,
- c) bizonyítható arteriosclerosis, vagy koszorúérbetegség,
- d) ritmuszavar,
- e) detektálható, abnormális EKG eltérés,
- f) az adott életkorban normálisnak elfogadottnál magasabb szérumszintű koleszterin vagy triglicerid szint.

VIII. Bénulások

A végtagnak, vagy végtagoknak a gerincvelő valamely betegsége következtében kialakult állandó, teljes bénulása. A végtag definíció a teljes kart vagy lábat jelenti. A kárigény elbírálásához a biztosító által előírt, neurológus szakorvosi véleményben

írásban rögzítendő kritérium: a kór állapot állandó és tartós voltának megállapítása. A kárigényhez kórházi zárójelentés benyújtása is szükséges!

1. A szolgáltatás az elfogadott kárigények esetén:

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

2. Kizárandó:

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

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

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

IX. Vakság

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

1. Kizárandó: bármely más mértékű látásromlás!

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

- a) diabetes mellitus,
- b) glaucoma (zöldhályog),
- c) trachoma,
- d) cataracta (szürkehályog).

3. Szolgáltatás:

- a) Ha végleges vakság alakul ki egy szemben, akkor a biztosító szolgáltatása az aktuális biztosítási összeg 50%-a.
- b) Ha végleges vakság alakul ki mindkét szemben, akkor a biztosító szolgáltatása az aktuális biztosítási összeg 100%-a.

X. Süketség

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

1. Kizárandó: bármely más mértékű halláscsökkenés!

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

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

3. Szolgáltatás:

- a) Ha végleges süketség a gyermek 2 éves korát követően alakul ki egy fülben, akkor a biztosító szolgáltatása az aktuális biztosítási összeg 20%-a.
- b) Ha végleges süketség alakul ki mindkét fülben, akkor a biztosító szolgáltatása az aktuális biztosítási összeg 50%-a.

XI. Vérvérzési betegség következtében kialakult HIV-fertőzés

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

Jogosnak tekinthető a kárigény, ha a Biztosított bizonyítottan nem haemophiliás és a vérvérzési betegség beadása az egyéb módon nem kezelhető Biztosítottat fenyegető akut életveszély elhárítása céljából történt.

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

XII. Veseelégtelenség

A biztosítási védelem az ún. „végállapotú” veseelégtelenségre terjed ki, amely mindkét vese működésének krónikus, már vissza nem fordítható működési elégtelenségét jelenti, és amely egyben



rendszeres vesepótló krónikus dialízist (CAPD vagy haemodialysis) vagy vesetranszplantációt igényel.

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

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

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

- a) krónikus glomerulonephritis,
- b) polycystás vese,
- c) VUR következtében kialakult nephropathia,
- d) autoimmun nephropathia,
- e) húgyúti fejlődési rendellenesség talaján kialakuló krónikus pyelonephritis,
- f) öröklődő familiaris vesebetegségek,
- g) vesefejlődési rendellenességek,

h) egyéb vesebetegség
(Schönlein-Henoch-szindróma),

i) hipertónia,

j) diabetes mellitus.

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

a) a Biztosított felkerült a magyar, az európai, vagy az amerikai (USA) hivatalos transzplantációs listára és

b) a transzplantáció megvalósulása ezzel előbbre hozható és

c) az összeget erre fordítják.

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

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

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

Budapest, 2010. március 25.



„LÓCI ÓRIÁS LESZ” KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS 3. SZÁMÚ MELLÉKLETE

BALESETBŐL EREDŐ SÚLYOS FOGYATÉKOSSÁGOK

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

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

Budapest, 2010. március 25.



„LÓCI ÓRIÁS LESZ” KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS 4. SZÁMÚ MELLÉKLETE

BALESETBŐL EREDŐ SÚLYOS TÖRÉSEK

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

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

Budapest, 2010. március 25.



2. SZÁMÚ MELLÉKLET

A Presztízs költségeinek és minimális díjainak hatályos értékei

	Presztízs MEB-653 2010. április 30-ig	Presztízs MEB-653 2010. május 1-jétől	Euro Presztízs MEB-753
Vételi és eladási ár közti különbség az eladási ár százalékában:	5%	5%	3%
Éves alapkezelési díj: Kivéve Profitőr kötvénytúlsúlyos vegyes eszközalap:	1,75%	1,75%	1,75%
Nyilvántartási díj:	520 Ft/hó	545 Ft/hó	2 €/hó
Minimális éves díj:	300 000 Ft	300 000 Ft	1 200 €
Minimális féléves díj:	150 000 Ft	150 000 Ft	600 €
Minimális negyedéves díj (nem természetes személy Szerződő esetén):	75 000 Ft	75 000 Ft	300 €
Minimális eseti díj:	20 000 Ft	20 000 Ft	
Biztosítási díj növelésének minimális értéke:	30 000 Ft/év 15 000 Ft/félév	30 000 Ft/év 15 000 Ft/félév	110 €/év 55 €/félév
Tranzakciós költség: minimum maximum	0,3% 605 Ft 6 050 Ft	0,3% 635 Ft 6 350 Ft	0,3% 2 € 26 €
Tranzakciós költség MyAviva Ügyféloldalon kezdeményezett egységáthelyezés esetén: minimum maximum	0,2% 255 Ft 4 655 Ft	0,2% 265 Ft 4 915 Ft	0,2% 1 € 20 €
A rendszeres pénzkivonásra, részleges visszavásárlásra, díjmentesítésre, díjfizetés szüneteltetésére, valamint rendszeres pénzkivonásra előírt minimális összeg:	300 000 Ft	300 000 Ft	2 000 €
Díj lehívásának időpontja a folyószámláról:	A számlavezető bank eljárási rendjétől függően a hónap első 15 banki napjának valamelyike.	A számlavezető bank eljárási rendjétől függően a hónap első 15 banki napjának valamelyike.	
Díjtűrészhatár:	300 Ft	300 Ft	2 €
Átváltási költség:	-	-	0 %
Baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás havi díjrátája normál kockázatú Biztosítottra (1 Ft vagy 1 € kockázat alatt álló összegért fizetendő havi díj):	0,2 % egy tizenketted része	0,2 % egy tizenketted része	0,2 % egy tizenketted része
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítás havi díjrátája normál kockázatú Biztosítottra (1 Ft vagy 1 € kockázat alatt álló összegért fizetendő havi díj):	0,15 % egy tizenketted része	0,15 % egy tizenketted része	0,15 % egy tizenketted része
Lóci óriás lesz gyermekek egyes súlyos betegségeire és baleseteire szóló kiegészítő biztosítás havi díja normál kockázatú Biztosítottra (1 Ft vagy 1€ kockázat alatt álló összegért fizetendő havi díj):	0,35 % egy tizenketted része	0,35 % egy tizenketted része	0,35 % egy tizenketted része
A szerződés létrehozása érdekében felmerült költségek: II. típusú orvosi vizsgálat III. típusú orvosi vizsgálat Költségátalány	15 300 Ft + ÁFA 31 000 Ft + ÁFA 2 000 Ft	16 000 Ft + ÁFA 32 500 Ft + ÁFA 2 000 Ft	64 € + ÁFA 132 € + ÁFA 8 €

A befektetési egységek áthelyezésének rendje

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

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

Budapest, 2010. március 25.



3. SZÁMÚ MELLÉKLET

1. Választható biztosítási csomagok

Csomagnév	Extra csomag	Plus csomag	Basic csomag
Haláleseti biztosítási összeg	5 000 000 Ft/18 000 €	3 000 000 Ft/11 000 €	500 000 Ft/1 800 €
Baleseti halál biztosítási összeg	10 000 000 Ft/36 000 €	6 000 000 Ft/22 000 €	1 000 000 Ft/3 600 €
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás biztosítási össze	10 000 000 Ft/36 000 €	6 000 000 Ft/22 000 €	1 000 000 Ft/3 600 €

Lóci óriás lesz gyermekek egyes súlyos betegségeire és baleseteire szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összege: 5 000 000 Ft/20 000 €.

2. Limitek

Biztosítottak maximális száma: 5 fő, a gyermek Biztosítottak nélkül.

Az összes Biztosított kockázati díjainak összege (a gyermek Biztosítottakra vonatkozó kockázati díjjal együtt) nem haladhatja meg a szerződés éves díjának 40%-át.

3. Az egyes csomagok korok és nemek szerinti biztosítási díjai normál kockázatú Biztosított esetén Ft-ban, illetve €-ban kifejezve

Csomag	Biztosítási összeg Ft					
	Basic csomag		Plus csomag		Extra csomag	
	Életkor	férfi Biztosított	női Biztosított	férfi Biztosított	női Biztosított	férfi Biztosított
	500 000 Ft		3 000 000 Ft		5 000 000 Ft	
18	4 032	3 708	24 180	22 272	40 308	37 116
19	4 116	3 732	24 660	22 416	41 112	37 356
20	4 176	3 756	25 032	22 524	41 724	37 548
21	4 200	3 756	25 224	22 560	42 036	37 608
22	4 212	3 744	25 308	22 488	42 168	37 488
23	4 236	3 744	25 380	22 452	42 300	37 428
24	4 260	3 732	25 536	22 416	42 564	37 368
25	4 308	3 744	25 836	22 488	43 068	37 488
26	4 380	3 768	26 292	22 644	43 812	37 740
27	4 464	3 804	26 784	22 824	44 628	38 040
28	4 572	3 852	27 420	23 088	45 696	38 472
29	4 704	3 900	28 212	23 412	47 016	39 024
30	4 872	3 972	29 232	23 820	48 720	39 696
31	5 088	4 056	30 528	24 336	50 868	40 560
32	5 340	4 152	32 052	24 924	53 412	41 544
33	5 616	4 260	33 696	25 596	56 172	42 660
34	5 916	4 380	35 520	26 304	59 196	43 836
35	6 228	4 512	37 356	27 048	62 268	45 084
36	6 540	4 632	39 264	27 792	65 436	46 332
37	6 876	4 764	41 232	28 584	68 712	47 652
38	7 212	4 896	43 260	29 388	72 108	48 972
39	7 584	5 040	45 492	30 264	75 816	50 436
40	7 992	5 184	47 964	31 104	79 932	51 840
41	8 436	5 316	50 640	31 920	84 396	53 196
42	8 940	5 472	53 616	32 820	89 364	54 696
43	9 456	5 604	56 712	33 648	94 512	56 076
44	9 972	5 772	59 856	34 632	99 756	57 732
45	10 500	5 940	62 964	35 640	104 952	59 400
46	10 980	6 132	65 904	36 768	109 836	61 272
47	11 460	6 312	68 760	37 908	114 612	63 168
48	11 952	6 528	71 700	39 132	119 496	65 232
49	12 492	6 744	74 952	40 464	124 920	67 440
50	13 116	6 984	78 696	41 892	131 160	69 816



Biztosítási összeg Ft						
Csomag	Basic csomag		Plus csomag		Extra csomag	
Életkor	férfi Biztosított	női Biztosított	férfi Biztosított	női Biztosított	férfi Biztosított	női Biztosított
	500 000 Ft		3 000 000 Ft		5 000 000 Ft	
51	13 836	7 248	83 052	43 464	138 420	72 432
52	14 652	7 512	87 924	45 060	146 544	75 096
53	15 504	7 812	93 012	46 836	155 016	78 072
54	16 392	8 136	98 328	48 780	163 884	81 300
55	17 256	8 484	103 524	50 928	172 536	84 876
56	18 084	8 856	108 504	53 160	180 840	88 608
57	18 900	9 252	113 400	55 536	189 000	92 568
58	19 740	9 696	118 464	58 140	197 436	96 912
59	20 652	10 176	123 936	61 080	206 556	101 796
60	21 684	10 740	130 080	64 440	216 792	107 400
61	22 800	11 352	136 812	68 124	228 012	113 544
62	23 988	11 988	143 916	71 952	239 856	119 928
63	25 272	12 720	151 632	76 284	252 720	127 140
64	26 688	13 536	160 116	81 252	266 856	135 408
65	28 260	14 520	169 548	87 120	282 576	145 212



Biztosítási összeg €						
Csomag	Basic csomag		Plus csomag		Extra csomag	
Életkor	férfi Biztosított	női Biztosított	férfi Biztosított	női Biztosított	férfi Biztosított	női Biztosított
	1 800 €		11 000 €		18 000 €	
18	12	12	84	84	144	132
19	12	12	96	84	144	132
20	12	12	96	84	156	132
21	12	12	96	84	156	132
22	12	12	96	84	156	132
23	12	12	96	84	156	132
24	12	12	96	84	156	132
25	12	12	96	84	156	132
26	12	12	96	84	156	132
27	12	12	96	84	156	132
28	12	12	96	84	168	144
29	12	12	108	84	168	144
30	12	12	108	84	180	144
31	24	12	108	84	180	144
32	24	12	120	96	192	144
33	24	12	120	96	204	156
34	24	12	132	96	216	156
35	24	12	132	96	228	168
36	24	12	144	96	240	168
37	24	12	156	108	252	168
38	24	12	156	108	264	180
39	24	24	168	108	276	180
40	24	24	180	120	288	192
41	36	24	180	120	300	192
42	36	24	192	120	324	192
43	36	24	204	120	336	204
44	36	24	216	132	360	204
45	36	24	228	132	372	216
46	36	24	240	132	396	216
47	36	24	252	144	408	228
48	48	24	264	144	432	240
49	48	24	276	144	444	240
50	48	24	288	156	468	252
51	48	24	300	156	504	264
52	48	24	324	168	528	276
53	60	24	336	168	564	276
54	60	24	360	180	588	288
55	60	36	384	192	624	300
56	60	36	396	192	648	324
57	72	36	420	204	684	336
58	72	36	432	216	708	348
59	72	36	456	228	744	372
60	84	36	480	240	780	384
61	84	36	504	252	816	408
62	84	48	528	264	864	432
63	96	48	552	276	912	456
64	96	48	588	300	960	492
65	96	48	624	324	1 020	528



4. Havi kockázati díjráták

1 Ft kockázat alatt álló összegért, illetve 1 Ft vagy 1€ haláleseti biztosítási összegért fizetendő havi díj normál kockázatú Biztosított esetén

Életkor	Férfi	Nő	Életkor	Férfi	Nő
18	0,00008869	0,00003551	42	0,00090620	0,00032848
19	0,00010204	0,00003958	43	0,00099218	0,00035153
20	0,00011235	0,00004264	44	0,00107946	0,00037902
21	0,00011759	0,00004368	45	0,00116603	0,00040681
22	0,00011978	0,00004166	46	0,00124743	0,00043810
23	0,00012197	0,00004066	47	0,00132705	0,00046979
24	0,00012623	0,00003966	48	0,00140843	0,00050404
25	0,00013461	0,00004171	49	0,00149897	0,00054094
26	0,00014714	0,00004580	50	0,00160296	0,00058057
27	0,00016075	0,00005091	51	0,00172388	0,00062412
28	0,00017855	0,00005807	52	0,00185937	0,00066846
29	0,00020059	0,00006728	53	0,00200056	0,00071804
30	0,00022896	0,00007855	54	0,00214823	0,00077197
31	0,00026479	0,00009290	55	0,00229258	0,00083155
32	0,00030714	0,00010934	56	0,00243085	0,00089367
33	0,00035300	0,00012787	57	0,00256682	0,00095965
34	0,00040350	0,00014749	58	0,00270755	0,00103202
35	0,00045460	0,00016823	59	0,00285950	0,00111345
36	0,00050742	0,00018906	60	0,00303012	0,00120684
37	0,00056207	0,00021104	61	0,00321708	0,00130934
38	0,00061867	0,00023315	62	0,00341451	0,00141564
39	0,00068058	0,00025747	63	0,00362891	0,00153593
40	0,00074911	0,00028095	64	0,00386452	0,00167379
41	0,00082348	0,00030357	65	0,00412641	0,00183700

Budapest, 2010. március 25.



4. SZÁMÚ MELLÉKLET

Hűségkedvezmény és a szerződés legfontosabb paraméterei

1. Ügyfélbónusz

15 díjjal fedezett biztosítási év elteltével, ide nem értve a díjmentesítés és a díjfizetés szüneteltetése időszakát, a Szerződő Ügyfélbónuszra jogosult. Az Ügyfélbónusz mértéke az átlagosan fizetett éves díj 200%-a. Az Ügyfélbónuszt a biztosító a szerződéshez kapcsolódó Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás alszámláin írja jóvá a kiegészítő biztosítás vonatkozásában érvényben lévő díjmegosztási aránynak megfelelően.

2. A főbiztosításra vonatkozó technikai haláleseti biztosítási összeg: 10 000 Ft/40 €

3. Kezdeti költségelvonás nagysága

Módozat	Tartam	Kezdeti költségelvonás
MEB-653/ MEB-753	határozatlan, de minimum 10 év	9%

4. Visszavásárlási százalékok kezdeti befektetési egységekre

	MEB-653/MEB-753
Az 1. biztosítási évben:	5%
A 2. biztosítási évben:	10%
A 3. biztosítási évben:	15%
A 4. biztosítási évben:	30%
Az 5. biztosítási évben:	40%
A 6. biztosítási évben:	50%
A 7. biztosítási évben:	60%
A 8. biztosítási évben:	70%
A 9. biztosítási évben:	80%
A 10. biztosítási évben:	90%
A további években:	100%

5. Visszavásárlási százalék felhalmozási befektetési egységekre mindig 100%.

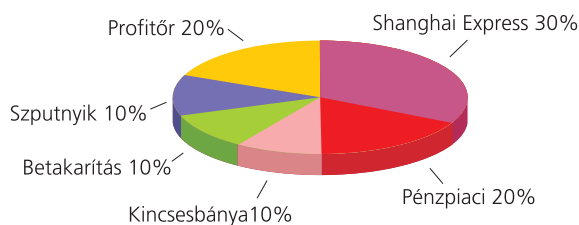
6. Választható portfóliók

Forint alapú portfóliók MEB-653 termékhez

(1) Dinamikus portfólió

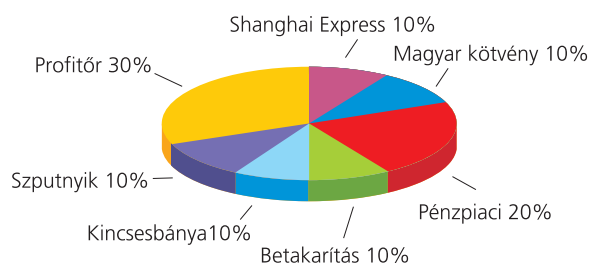
Dinamikus portfólió-összeállításunkat a magas kockázatvállalási hajlandósággal rendelkező Ügyfeleinknek ajánljuk, akik a magas hozam reményében magas befektetési kockázattal számolnak. A Dinamikus portfólió papírjai között egyrészt a

kiemelkedő növekedési potenciállal rendelkező fejlődő országok és régiók papírjait (Ázsia, Kína, Latin-Amerika), másrészt diverzifikációs céllal árfolyamgarantált és élelmiszerekbe, mezőgazdasági cikkekbe fektető részvényeket találhatunk meg.



(2) Kiegyensúlyozott portfólió

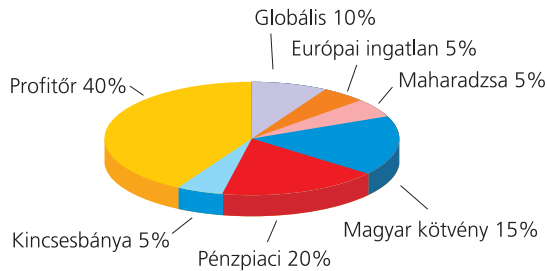
Kiegyensúlyozott portfólió-összeállításunkat a közepes kockázatvállalási hajlandósággal rendelkező Ügyfeleinknek ajánljuk, akik a magasabb hozam reményében magasabb befektetési kockázattal számolnak, viszont érzékenyek a rövid távú árfolyam-ingadozásokra és szeretik befektetéseik egy meghatározott részét kiemelten biztonságosnak ítélt papírokban kamatoztatni. A Kiegyensúlyozott portfólió papírjai közé egyrészt egyes kiemelkedő növekedési lehetőségeket rejtő régiók, országok és iparágak papírjait (Kína, India, Latin-Amerika), másrészt az egyszerű részvény-befektetéseknél kiegyensúlyozottabb megoldást jelentő, akár kifejezetten alacsony kockázatú eszközöket (kötvény és pénzpiaci, valamint árfolyamgarantált befektetések) válogattunk.



(3) Megfontolt portfólió

Megfontolt portfólió-összeállításunkat az alacsony kockázatvállalási hajlandósággal rendelkező Ügyfeleinknek ajánljuk, akik érzékenyek a rövid távú árfolyam-ingadozásokra és megtakarításaikat elsősorban a nagyon biztonságosnak ítélt papírokban szeretnék kamatoztatni. Céljuk tehát a stabil, infláció fölötti növekedés elérése hosszú távon. A Megfontolt portfólió papírjait a kiemelkedően biztonságosnak ítélt befektetési eszközök (kötvény és pénzpiaci, valamint árfolyamgarantált befek-

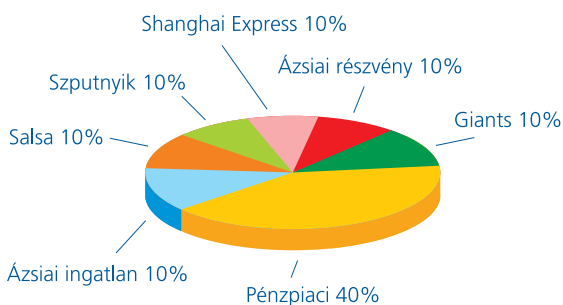
etések) uralják. Kiseb arányban – a várható eredmények maximalizálása érdekében – a portfólió Kína és Magyarország kitűnő potenciállal rendelkező részvényeit is válogatja.



Euró alapú portfóliók MEB-753 termékhez

(1) Dinamikus portfólió

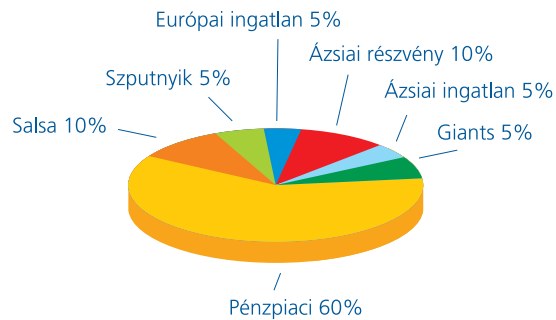
Dinamikus befektetési összeállításunk hosszú távon magas hozamot nyújthat Ügyfeleinknek. Mivel az összeállítás gerincét kiemelkedő hozamlehetőségeket nyújtó, magas kockázatot képviselő eszközalapok adják, ezért azoknak az Ügyfeleinknek ajánljuk, akik tisztában vannak azzal, hogy a magasabb hozam reményében magasabb befektetési kockázattal kell számolniuk. Az összeállításban szereplő eszközalapok a kiemelkedő növekedési potenciállal rendelkező feltörekvő régiókra fókuszálnak. Az összeállításban az ázsiai, kelet-európai és latin-amerikai régió egyaránt megtalálható. Az összeállítást a hosszú befektetési időhorizontban gondolkodó Ügyfeleinknek ajánljuk.



(2) Kiegyensúlyozott portfólió

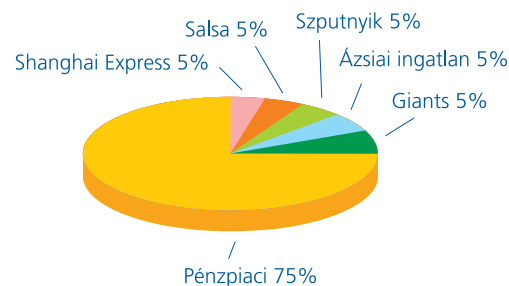
Kiegyensúlyozott befektetési összeállításunkat a közepes kockázattal rendelkező Ügyfeleinknek ajánljuk. Az összeállítás 60 százalékát pénzpiaci befektetés alkotja, így az összeállítást választó Ügyfeleink befektetések nagyobb részét kiemelten biztonságosnak ítélt

papírokban tudhatja. Az összeállítás 40 százalékban magas kockázatú eszközalapokat tartalmaz, amelyek esetén rövid távú árfolyam-ingadozás előfordulhat, azonban hosszú távon magas hozamot biztosíthat. Az átlagos kockázatú befektetési összeállítás tehát a biztonságot ötvözi a magasabb hozam lehetőségével. Az összeállítást a közép és hosszú befektetési időhorizontban gondolkodó ügyfeleinknek ajánljuk.



(3) Megfontolt portfólió

Megfontolt befektetési összeállításunkat alacsonyabb kockázattal hajlandósággal rendelkező Ügyfeleinknek ajánljuk, akik érzékenyek a rövid távú árfolyam-ingadozásokra és megtakarításaikat elsősorban nagyon biztonságosnak ítélt papírokban szeretnék kamatoztatni. Céljuk tehát a stabil, infláció fölötti növekedés elérése hosszú távon. Az óvatos összeállítás döntő részét a kiemelkedően biztonságos pénzpiaci eszközalap alkotja. Kiseb arányban (25 százalék) – a várható eredmények maximalizálása érdekében – az összeállítás a kitűnő lehetőségeket rejtő feltörekvő részvénypiacokra, az ázsiai ingatlanszektorra fókuszál. Az óvatos befektetési összeállítást már rövid befektetési időhorizontban gondolkodó ügyfeleinknek is ajánljuk.



Budapest, 2010. március 25.



5. SZÁMÚ MELLÉKLET Díjkezelési tájékoztató

1. Elszámolások és fizetési kötelezettségek pénzneme

Jelen szerződésben a felek megállapodnak abban, hogy a

- MEB-653 módozat és kiegészítő biztosításai esetében forint
- MEB-753 módozat és kiegészítő biztosításai esetében euró

a fizetési kötelezettségeik teljesítésének, valamint a szerződéshez kapcsolódó díjak biztosító általi nyilvántartásának pénzneme.

Az euró alapú módozatok esetén

- a Szerződő a díjat forintban is megfizetheti, ebben az esetben az esedékes díjnál 10%-kal több díj befizetése ajánlott az átváltásból fakadó költségek és az árfolyamváltozás fedezésére.
- a biztosító bármilyen jellegű kifizetést átutalással és euróban teljesít.

2. Átváltási költség

Az euró alapú módozatok esetén minden forintban történő kifizetés esetén az euróról forintra való átváltásból fakadó költség, amely nem lehet több, mint az átváltandó összeg 5 százaléka, és amelynek aktuális mértékét a 2. számú melléklet tartalmazza. Az átváltási költséget a biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – módosíthatja.

3. A beérkezett díjak kezelésének általános sémája

a) A befizetés azonosítása
A beérkezés napján kerül sor a befizetés azonosítására. A beérkezés napjának meghatározásáról a 2. § (15) bekezdése rendelkezik.

b) A befizetés rendeltetésének megállapítása

Az azonosított befizetések tekintetében ugyancsak a beérkezés napján kerül sor a befizetett összeg rendeltetésének vizsgálatára is.

c) A díj jóváírása

Ezt követi a díjnak a – befizetés rendeltetésétől függő – jóváírása.

d) A jóváírt díjak befektetése

A jóváírt díjak befektetésére a jóváírás napját követő értékelési napon érvényes eladási árfolyamon kerül sor.

ad 1) A befizetés azonosítása

A befizetett összeg és a biztosítási szerződés egymáshoz rendelése (a befizető és az érintett szerződés azonosítása) a befizetés beérkezésének napján történik meg. Kérjük a kötvényszámot, vagy az ajánlat sorszámát a „közlemények” rovatban adja meg, ennek hiányában a befizetés nem azonosítható. A kötvényszámon kívül a „közle-

mények” rovatban kérjük tüntesse fel a befizetett összeg rendeltetését és eseti díjfizetés esetében a díjmegosztási arányt. Első díj befizetése esetén a „díjelőleg” megjegyzést is fel kell tüntetni.

A befizetett összeget 30 munkanap után visszautaljuk, ha a befizetés azonosításához szükséges adatok ezen időtartam alatt nem érkeztek meg, vagy azokat nem tudtuk beszerezni, és ezért a befizetés, valamint a szerződés nem rendelhető egymáshoz. A befizetett összeget az azonosításig, illetve a visszautalásig kamatmentes letétként kezeli a biztosító (2.§ (15) e) pontja).

A befizetések azonosításakor a biztosító vizsgálja a díjfizetőnek a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvény szerinti azonosításának megtörténtét. Amennyiben a díjfizető nem azonosított, a befizetést a biztosító az azonosítás megtörténteig kamatmentes letétként kezeli.

ad 2) A befizetés rendeltetésének megállapítása

A Szerződő a befektetési egységhez kötött életbiztosításokra előírt egyszeri vagy rendszeres díjat, valamint eseti díjat fizethet be.

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

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

A befizetett összeg rendeltetéséről a Szerződő írásos nyilatkozatban való rendelkezéssel is dönthet. Az írásos nyilatkozatot legkésőbb az összeg befizetésekor kell a biztosító vezérigazgatójára, a Díjkezelési Csoporthoz eljuttatni (1138 Budapest, Népfürdő u. 22.).

Előrefizetett díjnak tekintjük azt a befizetést, amikor egy vagy több biztosítási időszakra szóló, még nem esedékes, rendszeres díj érkezik be a biztosító rendszeres díj befizetésére szolgáló számlájára.

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

A befizetés rendeltetésének vizsgálata a **díjfizetés módjának függvényében** történik.



Az egyes módozatok tekintetében az alábbi díjfizetési módok választhatók:

Díjfizetési mód	Forint alapú módozatok	Euró alapú módozatok
Folyószámla közvetlen terhelése	✓	✗
Postai csekkes befizetés	✓	✗
Ügyfél által kezdeményezett banki átutalás	✓	✓

a) Folyószámla közvetlen terhelése

A Szerződő folyószámlájának a Szerződő felhatalmazásával történő közvetlen terhelése esetén Társaságunk kizárólag az esedékes rendszeres díj-
jal, és az esetleges, terheléskor már ismert díj-
maradással terheli meg a folyószámlát.

b) Postai csekkes befizetés

Ha a Szerződő előre nyomtatott postai csekken fi-
zeti a díjat, akkor a rendszeres díj befizetésére kiál-
lított, előrenyomtatott összeget tartalmazó csekken
érkezett befizetést rendszeres díjnak, az extra
csekken történő befizetést eseti díjnak tekintjük.

c) Ügyfél által kezdeményezett banki átutalás

A befizetett összeg rendeltetéséről a biztosító
annak alapján dönt, hogy a Szerződő a biztosító-

nak mely bankszámlájára kezdeményezte a befi-
zetést. Ettől a Szerződő írásos nyilatkozatban való
rendelkezéssel eltérhet. Az írásos nyilatkozatot
legkésőbb az összeg befizetésekor kell a biztosító
vezérigazgatóságára, a Díjkönyvelési Csoporthoz
eljuttatni (cím a Cégismertetőben).

A Szerződő által kezdeményezett banki átutalás
esetén:

- az UniCreditBanknál vezetett „rendszeres díj”
megjelölésű bankszámlára beérkezett összeget
rendszeres díjnak tekintjük,
- az UniCredit Banknál vezetett „eseti díj” meg-
jelölésű bankszámlára beérkezett összeget eseti
díjnak tekintjük.
- Az UniCredit Bank nemzetközi bankazonosító
SWIFT kódja BACXHUHB.

A biztosítási díj rendeltetése	Bankszámlaszám	IBAN formátumú bankszámlaszám
Forint devizanemű díjbevétel számla		
Rendszeres díj	10918001-00000005-07640011	HU96 1091 8001 0000 0005 0764 0011
Eseti díj	10918001-00000005-07640028	HU25 1091 8001 0000 0005 0764 0028
Euró devizanemű díjbevétel számla		
Rendszeres díj	10918001-00000005-07640190	HU16 1091 8001 0000 0005 0764 0190
Eseti díj	10918001-00000005-07640217	HU63 1091 8001 0000 0005 0764 0217



A rendszeres díjként befizetett összeg kezelése bármely díjfizetési mód esetén az alábbiak szerint történik:

Ha a befizetett összeg	A befizetett összeg kezelése
kevesebb, mint az előírt díj, akkor	<ul style="list-style-type: none"> • ha a díjtűrészhatárnál kisebb a különbség, akkor a díjat jóváírjuk és befektetjük. • ha a díjtűrészhatárnál nagyobb a különbség, akkor bekérjük a különbözetet. Ha nem érkezik meg 30 munkanapon belül, akkor visszautaljuk/visszaküldjük az összeget arra a számlára/címre, ahonnan érkezett. Az utalásból eredő veszteség az Ügyfelet terheli. <p>Euró alapú módozatok esetében a visszautalás abban a pénznemben történik, amelyben a befizetés érkezett és az átváltásból eredő veszteség az Ügyfelet terheli.</p>
megegyezik az előírt díjjal, akkor	jóváírjuk és befektetjük.
nagyobb, mint az előírt díj, akkor	<ul style="list-style-type: none"> • a díjat vagy annak többszörösét jóváírjuk és befektetjük, a maradék összeget pedig • amennyiben kisebb, mint az előírt díj, de a díjtűrészhatárnál nagyobb az összeghatártól függően, <ul style="list-style-type: none"> – forint alapú módozatok esetében visszautaljuk vagy díjkülönbözetet kérünk be, – euró alapú módozatok esetében eseti díjként jóváírjuk vagy díjkülönbözetet kérünk be. <p>(Az eseti díjként jóváírt különbözetek nem adódhatnak össze egy későbbi díjjá.)</p>

Euró alapú módozatok esetében a befizetett összeg megfelelőségének vizsgálata forintban történő befizetés esetén az euróra történő átváltás után történik (a biztosító deviza eladási árfolyamon váltja át a forintot).

ad 3) A díj jóváírása

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

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

ad 4) A jóváírt díjak befektetése

A jóváírt díjak befektetési egységekké való átváltása – a díj befektetési egységalapok közötti megosztására vonatkozó nyilatkozatnak megfelelően – a befektetési egységalapok megfelelő számú befektetési egységének a Szerződő számára történő eladása révén **a díj jóváírását követő értékelési napon érvényes aktuális eladási áron történik.** A biztosító az eladott befektetési egységek darabszámát írja jóvá a Szerződő számláján.

4. Díjátkönyvelés

a) A Szerződő írásbeli nyilatkozatban kérheti a díjelmaradás, illetve az esedékes díj kiegyenlítését a

Portfólió Plusz befektetési egységekhez kötött életbiztosítást kiegészítő biztosítás alszámláin nyilvántartott befektetési egységek terhére. Erre, ha a Szerződő külön írásban nem rendelkezik az eszközalapokból kivenni kívánt összegekről, a Szerződő alszámláin nyilvántartott felhalmozási befektetési egységek értékével arányosan kerül sor, a nyilatkozat biztosítóhoz történő beérkezését követő 8 napon belül.

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

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

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

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



5. Számlázási rend

Kibocsátott számlán szereplő dátumok/A díj rendeltetése szerint	Teljesítés ideje	Számla kelte	Fizetési határidő
Első rendszeres díj	A kötvényesítés napja		A számla keltét követő 8. nap
További rendszeres díj	A számla kiállításának napja, 20 nappal az aktuális díj esedékessége előtt		Az aktuális díj esedékességének napja
Előrefizetett rendszeres díj	A díj jóváírásának napja		A díjjal kiegyenlített biztosítási időszak kezdő dátuma
Portfólió Plusz alszámlákra fizetett első eseti díj – kötvényesítés előtt	Az eseti díj jóváírásának értéknapja		A számla keltét követő 8. nap
Portfólió Plusz alszámlákra fizetett további eseti díjak – kötvényesítés után			
Főbiztosításra fizetett eseti díj – kötvényesítés előtt			
Főbiztosításra fizetett eseti díj – kötvényesítés után			

Budapest, 2010. március 25.



6. SZÁMÚ MELLÉKLET

Tájékoztató a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokról

A szolgáltatási igény elbírálásához a következő iratokat szükséges benyújtani.

Valamennyi szolgáltatási igény esetén:

- A biztosítási eseményt okozó eseményre vonatkozó (annak bekövetkezésében szerepet játszó betegség, baleset) illetve az azt követő valamennyi ellátás orvosi dokumentációja, kezelések, vizsgálatok iratai, kórházi zárójelentések, szövettani eredmények, műtéti leírások, szakorvosi iratok másolatai
- Házi orvosi betegkarton másolata
- Hatósági eljárás esetén az eljárást befejező vagy elutasító határozat, vádindítvány vagy vádirat vagy a tényállás megállapítására alkalmas egyéb hiteles hatósági okirat (ha készült)
- Külföldön bekövetkezett biztosítási esemény esetén a biztosítási esemény körülményeiről a külföldi állami, vagy önkormányzati hatóság és egészségügyi intézmények által kiállított okiratok hiteles magyar fordítása

Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás esetén:

- Állapotrosszabbodás esetén: a szolgáltatás megállapítása óta történt orvosi vizsgálatok, kezelések dokumentumainak a másolata
- Az egészségkárosodás véglegesítésekor készült kezelőorvosi állapotleírás
- Rokkantság utáni orvosi jelentés formanyomtatvány

Halál, baleseti halál esetén:

- Halotti anyakönyvi kivonat másolata
- Halottvizsgálati bizonyítvány másolata
- Boncjegyzőkönyv másolata (amennyiben készült)
- Halotti epikrízist tartalmazó kórházi zárójelentés
- Jogerős öröklési bizonyítvány vagy jogerős hagyatékátadó végzés másolata (abban az esetben kell csatolni, ha korábban a Kedvezményezett név szerint nem nevezték meg)
- Gyámhatósági határozat (kiskorú Kedvezményezett esetén)
- Eredeti, érvényben lévő biztosítási kötvény vagy a kötvény elvesztésére vonatkozó nyilatkozat két tanú aláírásával
- Orvosi nyilatkozat*
- Halálest utáni orvosi jelentés formanyomtatvány

*A kezelőorvos, házi orvos nyilatkozata a káresemény háttérében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kóris-mézésének pontos időpontjával.

A „**Lóci óriás lesz**” gyermekek egyes súlyos betegségeire és baleseteire szóló kiegészítő biztosítás esetén a kiegészítő biztosítási feltételekben meghatározott dokumentumok benyújtása szükséges.

Budapest, 2010. március 25.



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 54 ezer munkatársával több mint 50 millió Ügyfél bizalmát élvez.

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

Az Aviva Csoport számokban*

Alapítás:	1696
Képviselettel rendelkező országok száma:	28
Világpozíció (díjbevétel alapján):	5. legnagyobb biztosító
Európai pozíció (díjbevétel alapján):	piacvezető
Egyesült Királyság (díjbevétel alapján):	piacvezető
Ügyfelek száma:	50 millió
Kezelt vagyon:	352 milliárd font

*2009. június 30.

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 nyújtsa, 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: 12175339-2-44

Cégjegyzékszám: 01-10-043183

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

