

MetLife[®]



Családom biztonsága (MEB-371, MEB-372)

klasszikus élet-, valamint baleset- és betegségbiztosítás

általános és különös feltételei

Budapest, 2012. szeptember 3.



TARTALOMJEGYZÉK

A MetLife Biztosító Zrt. életbiztosítási szerződéseinek általános feltételei	4
1. számú melléklet: A többlethozam visszatérítés részletes szabályai	18
2. számú melléklet: Egyes, a feltételekben meghatározott változók értékei	19
3. számú melléklet: Kockázati díjak	20
4. számú melléklet: Tájékoztató a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokról.	21
Családom biztonsága fix lejáratú életbiztosítás különös feltételei és függelékei (MEB-371, MEB-372)	22
Gyűjtőszámla életbiztosítást kiegészítő, befektetési egységekhez kötött biztosítás feltételei és mellékletei (MEB-P12, MEB-P13)	25
A MetLife Biztosító Zrt. kiegészítő baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei.	29
Díjmentesítés rokkantság esetén kiegészítő biztosítás különös feltételei (MEB-W01, MEB-W02)	33
Baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás különös feltételei (MEB-H14, MEB-H15)	35
Baleseti eredetű maradandó (31-100%-os mértékű) egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosításának feltételei (MEB-R14, MEB-R15)	36
Baleseti eredetű maradandó (11-100%-os mértékű) egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosításának feltételei (MEB-R53, MEB-R54)	38
Tájékoztató táblázat a maradandó egészségkárosodás értékeléséhez a baleseti eredetű maradandó (11-100%-os és 31-100%-os mértékű) egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítás és a gyermekek baleseteire és súlyos betegségeire szóló kiegészítő biztosítás különös feltételeihez	40
Azonnali baleseti támogatás nyújtására szóló kiegészítő biztosítás feltételei (MEB-A03, MEB-A04)	41
Baleseti eredetű csonttörésre és 10%-ot meg nem haladó, maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítás feltételei (MEB-F03, MEB-F04)	42
Baleseti eredetű kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás feltételei (MEB-N03, MEB-N04)	43
Kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás feltételei (MEB-N53, MEB-N54)	44
Baleseti eredetű műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás feltételei (MEB-S03, MEB-S04)	45
Műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás feltételei (MEB-S53, MEB-S54)	46
Gyermekek baleseteire és súlyos betegségeire szóló kiegészítő biztosítás különös feltételei és mellékletei (MEB-G01, MEB-G02, MEB-G03, MEB-G04)	49
Szerződési feltételek MyMetLife internetes felület használatára	64
Cégismertető.	68

A METLIFE BIZTOSÍTÓ ZRT. ÉLETBIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSEINEK ÁLTALÁNOS FELTÉTELEI

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

1. § Fogalmak

- (1) **Szerződő:** az a személy, aki a szerződés megkötésére ajánlatot tesz, annak elfogadása esetén a biztosítási szerződést megkötö, és a biztosítási díjak fizetésére kötelezettséget vállal.
- (2) **Biztosított:** az a személy, akinek az életére, vagy az életével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön.
- (3) **A biztosított belépési korát** a biztosító úgy állapítja meg, hogy a szerződés megkötésének évéből levonja a biztosított születésének évét.
- (4) **A biztosított aktuális korát** a biztosító úgy állapítja meg, hogy az aktuális évből levonja a biztosított születésének évét.
- (5) **Kedvezményezett:** az a személy, aki a biztosító szolgáltatására jogosultságot nyer. Kedvezményezett lehet a szerződésben megnevezett személy vagy a biztosított örököse akkor, ha a szerződő által írásban tett, a biztosítóhoz eljuttatott nyilatkozaton más kedvezményezettet nem neveztek meg.
- (6) **Biztosítási ajánlat:** a szerződőnek a biztosítási szerződés megkötésére irányuló írásbeli nyilatkozata, amely tartalmazza a biztosítás elvállalásához vagy elutasításához szükséges összes adatot és körülményt. A biztosító írásban kérheti iratok és információk pótlólagos benyújtását, illetőleg a nyilatkozatban közöltek, valamint az ahhoz csatolt iratok kiegészítését.
- (7) **Kötvény:** a biztosító által kibocsátott, a biztosítási szerződés létrejöttét igazoló okirat.
- (8) **Főbiztosítás:** a biztosító termékkínálatából a szerződő által választható azon biztosítási termék, amelyre önmagában, annak különös feltételeire is tekintettel szerződés köthető.
- (9) **Kiegészítő biztosítás:** a szerződő által a biztosító termékkínálatából választható azon biztosítási termék, amelyre annak különös feltételeire is tekintettel, kizárólag a főbiztosításra szóló szerződés megléte esetén köthető szerződés.

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

- a) A biztosítási időszak hossza két esedékes díjfizetés közti időtartam. Az utolsó biztosítási időszak az utolsó díjfizetés esedékességétől a tartam végéig tart.
- b) A biztosítási időszak kezdete (fordulónap) mindig a tárgyhónapnak a biztosítás hatálybalépésének napjával megegyező napja.
- c) Amennyiben a biztosítási időszak fordulónapja munkaszüneti napra esik, akkor a fordulónap az ezt követő első munkanap.

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

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

a) Amennyiben a (10), (11) és (12) bekezdések szerint adott naptári hónapban nem létezik olyan nap, amely a biztosítás 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 évet kell érteni.

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

(14) **Díjfizetési tartam:** a rendszeres díjas biztosítások esetében a tartamnak az a része, amikor díjfizetés esedékes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(26) **Különleges adat:**

a) a faji eredetre, a nemzetiséghez tartozásra, a politikai véleményre vagy pártállásra, a vallásos vagy más világnézeti meggyőződésre, az érdek-képviseleti szervezeti tagságra, a szexuális életre vonatkozó személyes adat,

b) az egészségi állapotra, a kóros szenvedélyre vonatkozó személyes adat, valamint a bűnügyi személyes adat.

(27) **Biztosításközvetítő:** biztosítási ügynök (üzletkötő), aki, illetve amely a biztosítóval kötött megbízási szerződés, illetve együttműködési megállapodás alapján végzi a biztosításközvetítői tevékenységet.

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

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

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

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

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

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

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

a) **Orvosi vizsgálatok költsége**

Az orvosi vizsgálatok költségét a szerződés létrejötte esetén a biztosító viseli, amennyiben a szerződő nem mondja fel a szerződést a 2. § (18) bekezdése alapján. A biztosító az orvosi vizsgálat költségeit a 2. § (18) bekezdése 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 kockázatelbírálási és kötvényesítési költségeit átalányjelleggel foglalja magában. A költségátalányt a biztosító a 2. § (18) bekezdése alapján történő elszámolás esetén a szerződőre hárítja, aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

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

a) visszavásárlás (14. §),

b) díjmentes leszállítás (15. §).

2. § A biztosítási szerződés létrejötte és módosítása

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

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

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

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

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

(6) A biztosítási szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatra tizenöt napon belül nem nyilat-

kozik. Ilyen esetben a szerződés az ajánlatnak a biztosító vagy képviselője részére történt átadása időpontjára visszaható hatállyal jön létre.

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

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

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

(10) Az írásbeli megállapodást, illetőleg a biztosító elfogadó nyilatkozatát a biztosítási kötvény 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 bizto-

sítóval közölt nyilatkozatával a szerződő fél helyébe léphet. Ilyen esetekben a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a biztosított a szerződő féllel egyetemlegesen felelős.

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

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

(18) Az életbiztosítási szerződést – hitelfedezeti vagy hat hónapnál rövidebb tartamú életbiztosítás kivételével – önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személy szerződő a szerződés létrejöttéről szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül írásbeli nyilatkozattal indoklás nélkül felmondhatja. A szerződő érvényesen nem mondhat le az őt megillető felmondási jogról. A biztosító kockázatviselése a felmondó nyilatkozat kézhezvételét követő napon megszűnik. A szerződő ezen rendelkezés szerinti felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően a biztosító 15 napon belül elszámol a szerződő által a biztosítási szerződéssel kapcsolatban bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel.

a) Az elszámolás során a biztosító a befizetett összeget csökkenti

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

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

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

b) Az a) pontban felsorolt csökkentő tényezők együttes összege nem haladhatja meg a szerződésnek a díjnagyság szerinti kedvezmény és a gyakorisági pótlék figyelembevételével megállapított kezdeti éves díj egytizenketted részét.

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

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

e) A baleseti és betegségi kiegészítő biztosításoknak a kockázatviselés kezdetétől a megszűnésig eltelt

időszakra időarányosan számított díja a kiegészítő biztosítások kedvezményektől és pótlékoktól mentes éves díja 365-öd részének és a kockázatviselés napjai számának szorzata (kiegészítő biztosítások éves díja × kockázatban eltöltött napok száma/365).

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

3. § A biztosítási szerződés hatálybalépése, kockázatviselés kezdete

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

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

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

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

4. § Várakozási idő

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

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

5. § A biztosítási esemény

(1) Életbiztosítási esemény lehet különösen a biztosított halála, illetőleg a biztosítottnak a szerződésben előre meghatározott időpontban való életben léte, vagy az az esemény, amelyet a kiegészítő biztosítások különös feltételei annak minősítenek.

(2) A kiegészítő biztosításoknál, azok különös feltételeinek eltérő rendelkezése hiányában, a biztosítási

esemény meghatározása szempontjából balesetnek minősül a biztosított akaratától független, hirtelen fellépő külső behatás, amelynek következtében az emberi szervezet anatómiai szerkezetében változás következik be, és az így létrejött elváltozás szakorvosilag igazolt módon sérüléssel jár.

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

6. § Közlési kötelezettség

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

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

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

b) a szükségesnél magasabb összegben állapította meg, a biztosító a díjkülönbözetet visszatéríti.

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

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

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

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

(4) A közlési kötelezettség megsértése miatt a biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól és a visszavásárlási összeg kifizetésére köteles.

(5) A biztosított orvosi vizsgálatának elvégzése a közlési kötelezettség alól a szerződőt és a biztosítottat nem mentesíti.

7. § Bejelentési kötelezettség

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

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

(3) Kockázatnövekedés esetén a biztosító díjemeletést alkalmazhat a megnövekedett kockázat fennállásának időtartamára. Kockázatcsökkenés esetén a biztosító a csökkent kockázat fennállásának időtartamára a korábban alkalmazott díjnövelést megszüntetheti.

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

8. § A biztosítási díj

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

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

(3) Rendszeres díjfizetés esetén:

a) a díjfizetés tartama megegyezik a biztosítás tartamával;

b) a díj előre fizetendő éves díj;

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

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

(4) A biztosító megállapíthatja a fizetendő biztosítási díj minimális értékét, valamint jogában áll e minimális értéket naptári évente egyszer módosítani. A változásról a biztosító a szerződőt a változások hatálybalépése előtt legalább 30 nappal értesíti. A minimális díjak aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza. A minimális díj értéke a kiegészítő biztosítások díjaival együtt értendő.

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

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

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

(8) Amennyiben a biztosító a kockázatelbírálás során az ajánlatot érintő lényeges körülmény miatt díjemeletést vagy kizárást alkalmaz, az ajánlat kézhezvételét követő 15 napon belül a szerződőnek írásban javaslatot tehet a módosításra. Ebben az esetben a szerződés visszamenőleges hatállyal csak abban az esetben jön létre, ha a biztosító által ajánlott módosítást a szerződő a kézhezvételt követően 15 napon belül írásban elfogadja. Erre a következményre a szerződőt a módosító javaslat megtételekor a biztosító figyelmezteti.

(9) A díjelőleget a biztosító az ajánlat 2. § (4) bekezdése alapján történő elutasítása vagy halasztása esetén, azzal egy időben visszajuttatja a szerződőnek. Az ajánlat megtételétől a visszautalásig ezt az összeget a biztosító kamatmentes letétként kezeli.

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

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

9. § Késedelmes díjfizetés

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

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

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

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

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

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

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

10. § A szerződés ismételt hatálybaléptetése (reaktiválás)

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

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

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

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

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

11. § Hitelfedezet

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

(2) A biztosítási szerződés hitelfedezetként szolgálhat:

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

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

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

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

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

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

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

(8) Az ügyfelet a 2003. évi LX. törvény 96. § (2) bekezdésben meghatározott, szerződés létrejöttétől számított 30 napos felmondási jog nem illeti meg hitelfedezeti életbiztosítás esetén.

12. § Többlethozam visszatérítés

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

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

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

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

13. § Értékkövetés, indexálás

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

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

(3) A szerződő az indexálásról szóló értesítés kézhezvételétől számított 30 napon belül írásban értesítheti a biztosítót, hogy az indexálást elutasítja. Elutasítás esetén a biztosítás – eltekintve a pótdíjtól (8. § (3) bekezdés) – változatlan biztosítási díjjal hatályban marad mindaddig, amíg a biztosítási összeg és díj egyidejű emelése legközelebb ismét lehetővé nem válik. A biztosítási összeg ebben az esetben az 1. számú melléklet (7) bekezdésében leírt módon – egyénileg kiszámított mértékben – emelkedik a díj emelkedése nélkül.

(4) Amennyiben a szerződő a tartam alatt egymás után három felajánlott indexálást visszautasít, a továbbiakban nincs lehetősége újabb indexálásra.

14. § Visszavásárlás

(1) **A visszavásárlási értékkel rendelkező biztosítási szerződések írásban történő felmondása esetén rendszeres díjas biztosítások esetén, ha a biztosításból már legalább 2 év díjjal fedezett tartam eltelt, a biztosító a visszavásárlási összeget fizeti ki a szerződőnek.**

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

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

(4) **A visszavásárlási érték alapja**

a) **az aktuális díjtartalék, amelyet a biztosító megnövel a tört évre járó, még fel nem osztott és a szerződő számára jóvá nem írt, 1. számú melléklet szerint számított alapbónusz arányos, becsült értékével.**

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

(5) A visszavásárlási érték alapja az aktuális díjtartalék, amelyet a biztosító megnövel a tört évre járó, még fel nem osztott és a szerződő számára jóvá nem írt, 1. számú melléklet szerint számított alapbónusz arányos, becsült értékével, továbbá a szerződés meg nem szolgált díjak tartalékának a visszavásárláskori értékével.

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

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

(8) Az egyes termékmódzatokra vonatkozó visszavásárlási kulcsokat a különös feltételek tartalmazzák.

15. § Díjmentes leszállítás

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

a) **legalább 2 év díjjal fedezett tartam eltelte,**

b) **és az, hogy a díjmentes leszállítás alapja haladja meg a biztosító által évente a 2. számú mellékletben meghatározásra kerülő díjmentes leszállítás alapjául szolgáló minimális értéket.**

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

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

(4) A díjmentesen leszállított biztosítások indexálása a továbbiakban minden biztosítási évfordulón az alapindexszel történik. Ez alól kivétel a díjmentes

leszállítás utáni első évforduló, ahol az éves alapindexnek a díjmentesítés óta eltelt töredék évvel arányos részével indexál a biztosító.

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

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

(7) Amennyiben a biztosítás rendelkezik visszavásárlási értékkel, a biztosítás a díjmentes leszállítás után is visszavásárolható a díjmentesen leszállított biztosításokra vonatkozó visszavásárlási szabályok alkalmazásával.

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 az előírt kötelezettségeket nem teljesíti, és emiatt lényeges körülmények kideríthetlenné válnak.**

(2) **A kedvezményezett kötelezettsége, hogy a pénzmossás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. 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 4. 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) Amennyiben a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás kedvezményezettje kiskorú, a kifizetéssel járó szolgáltatás kizárólag gyámhatósági számlára történő utalással teljesíthető.

(7) A biztosítás díjmentes leszállításához, illetőleg a visszavásárlási összeg kifizetéséhez a következő iratokat kell a biztosító részére bemutatni, illetőleg átadni:

a) a biztosítási kötvényt,

b) a szerződő nyilatkozatát a visszavásárlás vagy a díjmentes leszállítás szándékáról.

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

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

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

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

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

(13) A független igazságügyi orvosszakértő eljárásával kapcsolatos költségeket a megrendelő fél viseli.

Amennyiben az igényt érvényesíteni kívánó személy kezdeményezte az eljárást, és az orvosszakértő a javára foglalt állást, a költségeket a biztosító fizeti.

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

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

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

17. § A biztosító mentesülése

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

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

(3) **A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, és a biztosító nem a visszavásárlási összeget, hanem a halál időpontjában aktuális díj-**

tartalékot fizeti ki a kedvezményezettnek, amennyiben bizonyítja, hogy a biztosítási esemény

- a) a biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartásának következménye,
- b) a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekményével okozati összefüggésben következett be,
- c) a biztosított súlyosan ittas állapotával okozati összefüggésben következett be,
- d) bekövetkeztek a biztosított vezetői engedély vagy érvényes forgalmi engedély nélkül vezetett gépjárművet és egyúttal egyéb közlekedésrendészeti szabályt is megszegett és a biztosítási esemény ezzel okozati összefüggésben következett be,
- e) bekövetkeztek a biztosított ittas állapotban (legalább 0,8‰ véralkoholszint) 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 súlyosan gondatlan vagy szándékos megsértése miatt következett be, továbbá,
- h) ha a baleset bekövetkezését követően a biztosított nem vett igénybe haladéktalanul orvosi segítséget vagy az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig nem folytatta és az elhalálozás vagy a maradandó egészségkárosodás ezzel okozati összefüggésben következett be,
- i) a szerződéskötéstől számított két éven belül elkövetett öngyilkosság következménye, tekintet nélkül a biztosított tudatállapotára.

(4) Amennyiben a biztosított a szerződéskötéstől számított két éven túl elkövetett öngyilkosság következtében hal meg, a biztosító a szerződésben meghatározott haláleseti biztosítási összeget fizeti ki, kivéve, ha az öngyilkosságot megelőző két éven belül a szerződő ajánlata alapján a haláleseti biztosítási összeg emelésére került sor. Ebben az esetben a biztosító kifizeti az emelés előtti biztosítási összeget és visszatéríti azt a díjtartalékot, amelyek a megemelt és a régi biztosítási összeg közötti különbözetre képzett. E kizárás nem vonatkozik a rendszeres éves indexálás keretében megemelt biztosítási összegre.

(5) A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítésétől, és a kiegészítő biztosítások minden további felétel nélkül megszűnnek, ha a biztosítási eseményt olyan esemény idézte elő, amely 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 gleccsermátszással, illetőleg a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. 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) robbanószerekkel, robbanó szerkezetekkel való foglalkozás következménye,
 - h) a biztosított fegyverviselésével okozati összefüggésben következett be,
 - i) az atommag szerkezetének módosulása, radioaktív sugárzás, vagy egyéb ionizáló sugárforrás miatt következett be,
 - j) közvetve vagy közvetlenül összefüggésben áll harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel, lázadással, zavargással vagy terrorcselekménnyel, hadüzenettel vagy anélkül vívott harccal, határvillongással, felkeléssel, forradalommal, zendüléssel, a törvényes kormány elleni puccsal vagy puccskísérlettel, népi megmozdulással, nem engedélyezett tüntetéssel vagy be nem jelentett sztrájkkal, idegen ország korlátozott célú hadcselekményeivel, kommandó támadással.
- (2) Az (1) bekezdésben meghatározott esetek miatt bekövetkező biztosítási esemény esetén a visszavásárlási értékkel nem rendelkező biztosítás kifizetés nélkül, a visszavásárlási értékkel rendelkező biztosítás pedig az esetleges tartozások levonását követően, a visszavásárlási érték kifizetésével megszűnik.

19. § A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése

(1) A kötvény elvesztése vagy megsemmisülése esetén a biztosító az eredetivel egyező kötvénymásolatot állít ki, amennyiben ezt az ügyfél kéri, és teljes bizonyító erejű magánokiratban nyilatkozik az eredeti kötvény hiányáról.

(2) A másolat kibocsátásával az eredeti kötvény érvénytelenné válik, amely tény a másolaton a biztosító feltünteti.

20. § Felmondás

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

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

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

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

21. § Elévülés

A biztosításból származó igények az esedékességtől számított 5 év elteltével elévülnek. A fel nem vett szolgáltatás összegét a biztosító az esedékességtől a felvételig kamatmentes letétként kezeli.

22. § A biztosítási és az üzleti titok

(1) A biztosító köteles a biztosítókról és biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvényben (a továbbiakban: Bit) meghatározott biztosítási titokra vonatkozó szabályokat maradéktalanul betartani. Biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, 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) Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

a) a biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó ügyfele, vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásbeli felmentést ad,

b) a 2003. évi LX. törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

(3) A Bit 153–155. §-aiban meghatározott esetekben a titoktartási kötelezettség nem áll fenn:

a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,

b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel,

c) a büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,

d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel,

e) az adóhatósággal (a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosító törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli),

f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,

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

h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,

i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal,

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

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

l) a Bit-ben 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, illetve a Kártalanítási Alapot 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 jegyzőkönyvből 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 alapvető jogok biztosával szemben,

r) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal szemben,

s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresek igazolásának részletes szabályairól szóló rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval szemben,

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

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

(5) 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 Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerint

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

(6) A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóságot a „halaszthatatlan intézkedés” jelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyési jóváhagyást nélkülöző megkeresésére is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott üggyel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról.

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

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

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

(10) A biztosító az esetleges kiszervezett tevékenységet végző személyek, valamint az orvosszakértői véleményt készítő szakorvosok számára az ügyfelek személyes és különleges adatait továbbíthatja abból a kizárólagos célból, hogy azok szolgáltatásaikat a szerződő számára közvetlenül ajánlhassák fel, illetőleg a kiszervezett tevékenységet maradéktalanul elláthassák. A biztosító az ügyfelek személyes adatait, valamint a biztosítási szerződés pénzügyi és aktuáriusi adatait pedig a szerződés fenntartása és kezelése, illetve a szerződésben foglaltak teljesítése céljából és érdekében a biztosító magyarországi tulajdonosa, az AHICO Biztosító Zrt. részére, valamint - a külföldre történő adattovábbítás szabályainak figyelembevételével - adatfeldolgozási céllal a külföldi székhelyű anyavállalata (American Life Insurance Company, USA, MetLife Inc. USA), az anyavállalat regionális központjai (Alico Services Central Europe, s.r.o. – Szlovákia, Amplico Services Sp. z.o.o. – Lengyelország), az anyavállalat adatfeldolgozója (Verizon UK Limited, Nagy-Britannia), illetve viszontbiztosítója részére, az

anyavállalat és a regionális központok és a viszontbiztosító székhelye szerinti országokba továbbítja. Azon személyek nevét, akik részére az ügyfelek személyes és különleges adatai adatfeldolgozás céljából átadásra kerülnek, beleértve a kiszervezett tevékenységet végzők, viszontbiztosítók, valamint az orvosszakértői véleményt készítő szakorvosok személyét, a biztosító hirdetményben teszi közzé.

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

(12) A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó ügyfeleinek azon biztosítási 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.

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

(14) Az ügyfél egészségügyi állapotával összefüggő adatokat a biztosító a (12) bekezdésben meghatározott célokból az 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

(15) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a magyar bűnüldöző szerv, az Országos Rendőr-főkapitányság, illetőleg a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján belföldi vagy külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresése teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól, amennyiben a megkeresés tartalmazza az adatkérő által aláírt titoktartási záradékot.

(16) Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, a (14) bekezdésben szereplő adatok vagy az adatvédelmi törvény szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén 20 év elteltével törölni kell.

(17) A biztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a (3) bekezdés b), f) és j) pontjai, illetve az (5) bekezdés alapján végzett adattovábbításokról.

23. § A személyes adatok kezelése

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

(2) A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a személyes adatokat a biztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

(3) A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelheti, ameddig a szerződés létrejöttének meghíúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

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

(5) A biztosító által kezelhető adatok köre:

- a) biztosított (szerződő, kedvezményezett és károsult) személyes adatai, a biztosított különleges adatai,
- b) biztosítási összeg,
- c) a kifizetett biztosítási összeg mértéke és a kifizetés ideje,
- d) a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggő összes lényeges tény, körülmény.

(6) Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

(7) Az adatkezelés célja kizárólag a biztosítási szerződés megkötése, módosítása, állományban tartása és a követelések megítéléséhez szükséges adatok nyilvántartása, illetőleg törvényi kötelezettségek teljesítése lehet.

(8) A biztosítási ajánlat aláírásával a szerződő és a biztosított megadja a személyes és különleges adatai kezelésére vonatkozó írásbeli hozzájárulást az ajánlati

nyilatkozattal és a biztosítási feltételekkel összhangban történő kezeléséhez.

(9) A szerződő és a biztosított a személyes és különleges adatairól jogosult tájékoztatást kapni, amennyiben azt írásban kéri a MetLife Biztosító Zrt. ügyfélszolgálatánál (1138 Budapest, Népfürdő u. 22.) és személyazonosságát megfelelő dokumentumokkal igazolta. A szerződő és a biztosított a biztosító ügyfélszolgálatánál kérheti adatainak a biztosító nyilvántartásában való módosítását, amennyiben az adatok nem felelnek meg a valóságnak, kérheti továbbá adatai vonatkozásában az adatkezelés és adatfeldolgozás megszüntetését.

(10) 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 az irányadó jogszabályok által támasztott követelményei valamennyi adatra nézve teljesülnek.

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

24. § A biztosítás megszűnésének esetei

(1) A biztosítás megszűnik:

- a) ha az 5. § (1) bekezdésében meghatározott biztosítási esemény bekövetkezését követően a biztosító teljesít,
- b) ha a szerződést önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személy szerződő a biztosítást a 2. § (18) bekezdése alapján a szerződés létrejöttéről szóló jognyilatkozat kézhezvételétől számított 30 napon belül felmondja,
- c) ha a szerződő a biztosítást a 20. § alapján felmondja,
- d) ha a szerződő a biztosítást a 14. § szerint visszavásárolja,
- e) a késedelmes díjfizetéssel összefüggésben a 9. § (2) és (3) bekezdésében meghatározott esetekben.

(2) A szerződés megszűnésekor a felek kölcsönösen lemondanak a díjtűrészhatár mértékét meg nem haladó követelésükről.

25. § Adózással kapcsolatos jogszabályok

Az életbiztosítások adózására a következő jogszabályok vonatkoznak:

– 1995. évi CXVII. törvény a személyi jövedelemadóról

– 1997. évi LXXX. törvény a társadalombiztosítás el-látásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről, egységes szerkezetben a végrehajtásáról szóló 195/1997. (XI. 5.) kormányrendelettel

– 1991. évi IV. törvény a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról

– 1996. évi LXXXI. törvény a társasági adóról és az osztalékadóról

26. § Tájékozódás és tájékoztatás

A szerződő fél saját szerződéseivel felől az alábbi módokon tájékozódhat:

(1) A szerződő fél a biztosító személyes ügyfélszolgálatán (1138 Budapest, Népfürdő u. 22. fsz.) hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, keddtől péntekig tartó munkanapokon 9 és 17 óra között; kék telefonszámán (06 40 444 445) hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, keddtől péntekig tartó munkanapokon 8 és 17 óra között tájékozódhat szerződéseivel egyes főbb adatainak változásáról.

(2) Amennyiben a szerződő rendelkezik MyMetLife hozzáféréssel, amelynek feltétele a MyMetLife szerződés megkötése, akkor a szerződő a MyMetLife internetes ügyfélporthalon is tájékozódhat saját szerződése aktuális visszavásárlási értékéről.

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

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

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

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

27. § Illetékes bíróság, illetékes panaszforum

(1) Jelen biztosítási feltételekre és a biztosítási szerződésre vonatkozóan a magyar jogszabályok irányadók.

(2) A biztosítási szerződésből eredő igények érvényesítésére indított valamennyi perre kizárólagosan a

Budapesti II. és III. Kerületi Bíróság, illetőleg hatáskörtől függően az alperes székhelye szerinti törvényszék, ítéletábra illetékes. Az illetékes felügyeleti szerv: Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (1013 Budapest, Krisztina körút 39.).

(3) További illetékes panaszforum a biztosító vezérigazgatósága (1138 Budapest, Népfürdő u. 22.). Az ügyfélszolgálat elérhetőségei az alábbiak:

Cím: H-1138 Budapest, Népfürdő u. 22.

E-mail: info@metlife.hu

Fax: 06 1 391 1660

Telefon: 06 40 444 445

(4) A panaszt az ügyfélszolgálat részére szóban (telefonon vagy személyesen), illetve írásban lehet megtenni.

(5) Személyesen panasz tehető a MetLife Biztosító Zrt. személyes ügyfélszolgálatán (1138 Budapest, Népfürdő u. 22. fsz.) hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, más munkanapokon 9 és 17 óra között.

(6) Szóbeli panasz tehető a biztosító kék telefonszámán (06 40 444 445) hétfői munkanapon 8 és 20 óra

között, más munkanapokon 8 és 17 óra között. A fenti telefonszámon bejelentett panaszokat a biztosító rögzíti.

(7) Írásbeli panasz tehető az alábbi módokon:

a) postai úton a MetLife Biztosító Zrt. részére, a 1138 Budapest, Népfürdő u. 22. címen,

b) e-mailben a (3) bekezdésben foglalt címre küldve, vagy

c) faxon a (3) bekezdésben foglalt faxszámon.

(8) A biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indoklással ellátott álláspontját a panasz közlését követő harminc napon belül megküldi az ügyfélnek.

(9) Amennyiben a biztosító a panaszkérelmet elutasítja, a panaszos jogosult hivatalos panaszt tenni a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeleténél, vagy a Pénzügyi Békéltető Testületnél, amelynek levelezési címe: H-1525 Budapest, BKKP Postafiók: 172., illetve keresetet indítani az illetékes bíróságon.

Budapest, 2012. szeptember 3.

1. SZÁMÚ MELLÉKLET

A többlethozam visszatérítés részletes szabályai

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

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

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

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

a) Ha a szerződő elfogadja a díj biztosító által felajánlott indexálását, akkor a biztosítási díj és a biztosítási összeg is a kedvezményes indexszel növekszik. A kedvezményes index: $(1 + \text{kedvezményes bónusz} + \text{technikai kamatláb}) / (1 + \text{technikai kamatláb})$.

b) Ha a szerződő visszautasítja a biztosító által felajánlott indexálást, akkor a biztosítási díj változatlan marad, a biztosítási összeg pedig az alapbónusz alapján, a (6) bekezdés szerint növekszik.

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

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

(5) Az index a többlethozam szerződő részére visszajuttatott részének százalékos mértékéből képzett arányszám, amellyel a biztosító a biztosítási évfordulón emeli a biztosítási összeget, illetőleg – rendszeres díjas biztosítások esetében a díjfizetési tartamon belül a szerződő ellenkező nyilatkozatának hiányában – emeli a biztosítási díjat (indexálás).

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

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

a) Ebben az esetben a biztosító a (6) bekezdés szerint jár el, azzal az eltéréssel, hogy a kedvezményes bónuszt alkalmazza.

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

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

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

a) Amennyiben a biztosítási esemény nem biztosítási évfordulóra esik, a biztosító a biztosítási eseménykor érvényes index arányos részével növeli az aktuális díjtartalékot, és ezt a (6) bekezdésben leírt egyéni módon átszámítja biztosítási összeggé, és ezzel emeli az előző évfordulás biztosítási összeget.

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

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

Budapest, 2012. szeptember 3.

2. SZÁMÚ MELLÉKLET

Egyes, a feltételekben meghatározott változók értékei

A MEB-371 és MEB-372 módozatra vonatkozó értékek	
Minimális éves díj	120 000 Ft
A díjmentes leszállítás alapjául szolgáló minimális érték	250 000 Ft
Díjtűrészhatár	300 Ft
A szerződés létrehozása érdekében felmerült költségek	
II. típusú orvosi vizsgálat díja	17 500 Ft + ÁFA
III. típusú orvosi vizsgálat díja	35 400 Ft + ÁFA
Költségátalány	2 000 Ft

A díj lehívásának időpontja a folyószámláról:

A folyószámla terhelésének lehetséges kezdődátumai a biztosító által bankoknak átadott állomány alapján a következők:	2012.09.12. 2012.10.10. 2012.11.13. 2012.12.12. 2013.01.13. 2013.02.12. 2013.03.12. 2013.04.11. 2013.05.13.
A biztosító kizárja a felelősséget a saját tevékenységi körén kívül bekövetkező esetleges eltérésekért.	

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

Budapest, 2012. szeptember 3.

3. SZÁMÚ MELLÉKLET

Kockázati díjak

1 Ft biztosítási összeg éves nettó kockázati díja normál kockázatok esetén

Életkor	Ft
18	0,000429
19	0,000480
20	0,000531
21	0,000547
22	0,000557
23	0,000563
24	0,000583
25	0,000594
26	0,000625
27	0,000651
28	0,000692
29	0,000738
30	0,000805
31	0,000882
32	0,000955
33	0,001063
34	0,001187
35	0,001348
36	0,001535
37	0,001743
38	0,001978
39	0,002282
40	0,002630
41	0,003069
42	0,003554
43	0,004098
44	0,004697
45	0,005311
46	0,005994
47	0,006734
48	0,007508
49	0,008273
50	0,009028
51	0,009740
52	0,010424
53	0,011104
54	0,011827
55	0,012611
56	0,013438
57	0,014300
58	0,015205
59	0,016178

Életkor	Ft
60	0,017246
61	0,018364
62	0,019539
63	0,020796
64	0,022181
65	0,023748
66	0,025455
67	0,027245
68	0,029212
69	0,031414
70	0,033929
71	0,036631
72	0,039452
73	0,042608
74	0,046275
75	0,050685
76	0,058119
77	0,062446
78	0,067524
79	0,073416
80	0,080309
81	0,088356
82	0,097673
83	0,108537
84	0,121065
85	0,135629
86	0,152389
87	0,171647
88	0,193722
89	0,218927
90	0,247549
91	0,279789
92	0,315827
93	0,356114
94	0,400166
95	0,448258
96	0,499868
97	0,555400
98	0,607871
99	0,671429
100	1,000000

Budapest, 2012. szeptember 3.

4. 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
- Háziorvosi betegkarton másolata
- Hatósági eljárás esetén a tényállás megállapítására alkalmas hiteles hatósági okirat, vádindítvány vagy vádirat vagy az eljárást befejező/elutasító határozat, amennyiben ez utóbbi szükséges a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához (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

Baleset esetén:

- Rendőrségi/munkahelyi baleseti jegyzőkönyv és a hivatalos hatósági dokumentáció hiteles másolata (ha készült)
- Véralkohol vizsgálati eredmény (ha készült)
- Toxikus anyagok szedésére vonatkozó vizsgálati eredmény (ha készült)

Csonttörés, csontrepedés esetén:

- Csonttörést, csontrepedést igazoló lelet másolata (szükség esetén a biztosító bekérheti az eredeti röntgenképet is)

Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás és díjmentesítés rokkantság esetén:

- Munkaképesség-csökkenés megállapítására jogosult szerv, illetve az egészségi állapot mértékét meghatározó rehabilitációs hatóság által kiadott és a hozzá benyújtott orvosi dokumentumok, határozatok, minősítések másolata (Rokkantsági határozat feltétlenül szükséges)
- Állapotrosszabbodás esetén: a szolgáltatás megállapítása óta történt orvosi vizsgálatok, kezelések dokumentumainak a másolata

- Az egészségkárosodás véglegesítésekor készült kezelőorvosi állapotleírás
- Rokkantság utáni orvosi jelentés formanyomtatvány

Baleseti eredetű kórházi napi térítés, kórházi napi térítés esetén:

- Kórházi zárójelentés (nem kórházi igazolás!), külföldi kórházi zárójelentés esetén magyar nyelvű hiteles fordítással
- Ambuláns lap, orvosi dokumentumok másolata, hiteles magyar nyelvű fordítással
- Orvosi nyilatkozat*

Baleseti eredetű műtéti térítés, műtéti térítés esetén:

- Kórházi zárójelentés (nem kórházi igazolás!), külföldi kórházi zárójelentés esetén magyar nyelvű hiteles fordítással
- Műtéti leírás másolata, a műtét WHO-kódjának megjelölésével, szövettani eredmények, hiteles magyar nyelvű fordítással (a szolgáltatási igény elbírálása csak a WHO-kód alapján lehetséges)
- Orvosi nyilatkozat*

Halál, baleseti halál esetén:

- Halotti anyakönyvi kivonat eredeti példánya vagy hitelesített 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 kedvezményezettet név szerint nem nevezték meg, vagy a kedvezményezettként jelölt halála esetén)
- Gyámhatósági határozat (kiskorú kedvezményezett esetén)
- Eredeti, érvényben lévő biztosítási kötvény vagy a kötvény elvesztésére vonatkozó nyilatkozat két tanú aláírásával
- Orvosi nyilatkozat*
- Haláleset utáni orvosi jelentés formanyomtatvány

*A kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata a káresemény háttérében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismézésének pontos időpontjával.

A gyermekek balesetei és súlyos betegségei esetén a kiegészítő biztosítás különös feltételeiben meghatározott dokumentumok benyújtása szükséges.

Budapest, 2012. szeptember 3.

CSALÁDOM BIZTONSÁGA FIX LEJÁRATTAL RENDELKEZŐ ÉLETBIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI ÉS FÜGGELÉKEI (MEB-371, MEB-372)

A Családom biztonsága fix lejáratú életbiztosítási szerződés (a továbbiakban: biztosítás) a jelen különös feltételek, valamint a MetLife Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) életbiztosítási szerződéseinek általános feltételei (a továbbiakban: általános feltételek) alapján jön létre a biztosító, valamint a szerződő között. Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér az általános feltételekben foglaltaktól, a különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

1. § Biztosított

- (1) Biztosított az lehet, aki a biztosítási szerződés létrejöttkor a 18. életévénél idősebb, de a 70. életévét még nem töltötte be.
- (2) A biztosított életkora a biztosítás tartamának lejártakor nem haladhatja meg a 75 évet.

2. § A biztosítás tartama

- (1) A biztosítási szerződés a szerződő ajánlatának a biztosító által történő elfogadásával a szerződő által választott határozott tartamra jön létre.
- (2) A biztosítás tartama 5 és 30 év között bármely egész év lehet, figyelemmel az 1. § (2) bekezdésében foglaltakra.
- (3) A lejárat napja a biztosítási tartam utolsó évének biztosítási évfordulója.

3. § A biztosítási díj

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

4. § Technikai kamatláb

A technikai kamatláb mértéke 2,9%.

5. § Biztosítási esemény

Biztosítási esemény:

- a szerződés tartamának lejáratára,
- a biztosítottnak a tartamon belül bekövetkező halála.

6. § Lejáratú szolgáltatás

- (1) A biztosító a lejárat napját követően a lejáratú kedvezményezett(ek) részére a kedvezményezett(ek) választásától függően a lejáratú biztosítási összeget
 - egy összegben kifizeti vagy,
 - egy részéből vagy egészéből járadékszolgáltatást indít, a fennmaradó összeget egy összegben kifizeti.
- (2) Az aktuális biztosítási összeg tartalmazza a tartam lejáratakor esedékes utolsó indexálás eredményét.
- (3) A lejáratú kedvezményezett(ek) lekésőbb a biztosítás tartamának lejáratát megelőző 5. napig írásban nyilatkozhat arról, hogy a lejáratú szolgáltatást milyen formában kívánja felvenni. Amennyiben a kedvezményezetti nyilatkozat nem érkezik meg a biztosítóhoz a lejárat napját megelőző 5. napig, akkor a biztosító a lejáratú biztosítási összeget egy összegben kifizeti a lejáratú kedvezményezett(ek) részére.

7. § Haláleseti szolgáltatás

- (1) A biztosított tartam alatt bekövetkező halála esetén a biztosító a tartozásokkal csökkentett aktuális haláleseti biztosítási összeget fizeti ki a haláleseti kedvezményezett(ek) részére. Az aktuális haláleseti biztosítási összeget a biztosító ekkor nem emeli meg az általános feltételek szerinti utolsó töredék bónusszal.
- (2) Az aktuális haláleseti biztosítási összeg az aktuális lejáratú biztosítási összeg 20%-a.
- (3) A haláleseti biztosítási összeg kifizetésével a biztosítás díjfizetés nélkül változatlan lejáratú biztosítási összeggel hatályban marad.
- (4) A biztosítást a biztosító a biztosítási évfordulón tovább indexálja a kedvezményes index vagy az alapindex szerint. Az alkalmazott index attól függ, hogy a haláleseti szolgáltatás kifizetésekor a szerződő rendelkezett-e az indexálás jogával.
- (5) Halál esetén a biztosító változatlan lejáratú biztosítási összeg mellett díjmentes biztosítássá alakítja át a biztosítást és ennek megfelelően feltölti annak tartalmát.
- (6) A biztosítási esemény időpontját követő biztosítási évfordulótól a szerződéshez tartozó összes kiegészítő biztosítás megszűnik.
- (7) Amennyiben a szerződő azonos a biztosítottal, akkor a biztosított halála után a szerződéssel kapcsolatos rendelkezési jogok a haláleseti kedvezményezett(ek)re. A haláleseti kedvezményezettek együttesen élhetnek a rendelkezési joggal.

8. § Maradékjogok

- (1) A biztosítás az általános feltételekben meghatározott módon az alábbi maradékjoggal rendelkezik:

- a) visszavásárlás,
 - b) díjmentes leszállítás,
 - c) felmondás.
- (2) Az általános feltételekben meghatározott szabályok a következő eltéréssel érvényesek:
a biztosított halála után a főbiztosítás nem vásárolható vissza.

9. § Visszavásárlási érték

- (1) A tartam utolsó évében a visszavásárlási érték megegyezik a visszavásárlási érték alapjával, amelyet az általános feltételek 14. § (4) bekezdése határoz meg.
- (2) A visszavásárlási érték a visszavásárlási érték alapjának és a visszavásárlási szorzónak a szorzata. A visszavásárlási szorzó a visszavásárlási időpontig eltelt egész biztosítási évek számától és a biztosítás tartamától függ.
- (3) **A visszavásárlási szorzókat az 1. számú függelék tartalmazza.**
- (4) **A díjmentesen leszállított szerződések esetén alkalmazandó visszavásárlási szorzókat a 2. számú függelék tartalmazza.**

10. § Egyéb rendelkezések

A biztosítási szerződés megszűnik:

- a) a szerződés tartamának lejáratakor, a 6. § (1) bekezdésben foglalt szolgáltatások esetén az aktuális biztosítási összeg kifizetésével,
- b) ha a szerződést önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személy szerződő a biztosítást az általános feltételek 2. § (18) bekezdése alapján a szerződés létrejöttéről szóló jognyilatkozat kézhezvételétől számított 30 napon belül felmondja,
- c) a díjjal fedezett biztosítási időszak végén, ha a szerződő a biztosítást az általános feltételek 20. § alapján írásban felmondja,
- d) a késedelmes díjfizetéssel összefüggésben az általános feltételek 9. § (2) és (3) bekezdésében meghatározott esetekben,
- e) ha a szerződő a biztosítást az általános feltételek 14. § szerint visszavásárolja.

Budapest, 2012. szeptember 3.

1. SZÁMÚ FÜGGELÉK

A Családom biztonsága fix lejáráttal rendelkező életbiztosítási szerződés visszavásárlási szorzói

Szerződés tartama	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
Eltelt tartam																											
1	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
2	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
3	95%	92%	92%	92%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
4	96%	94%	94%	94%	92%	92%	92%	92%	92%	92%	92%	92%	92%	92%	92%	92%	91%	91%	91%	91%	91%	91%	91%	91%	91%	91%	91%
5	98%	96%	96%	95%	94%	94%	94%	93%	93%	93%	93%	93%	92%	92%	92%	92%	92%	92%	92%	92%	92%	92%	92%	92%	92%	92%	92%
6	-	98%	97%	96%	96%	95%	95%	94%	94%	94%	94%	93%	93%	93%	93%	93%	92%	92%	92%	92%	92%	92%	92%	92%	92%	92%	92%
7	-	-	99%	98%	97%	96%	95%	95%	95%	94%	94%	94%	94%	93%	93%	93%	93%	93%	93%	93%	93%	92%	92%	92%	92%	92%	92%
8	-	-	-	99%	98%	97%	96%	96%	95%	95%	95%	94%	94%	94%	94%	94%	93%	93%	93%	93%	93%	93%	93%	93%	93%	93%	93%
9	-	-	-	-	99%	98%	97%	96%	96%	96%	95%	95%	95%	94%	94%	94%	94%	94%	93%	93%	93%	93%	93%	93%	93%	93%	93%
10	-	-	-	-	-	99%	98%	97%	96%	96%	96%	96%	95%	95%	95%	95%	94%	94%	94%	94%	94%	94%	94%	94%	94%	94%	94%
11	-	-	-	-	-	-	99%	98%	97%	96%	97%	96%	96%	96%	95%	95%	95%	95%	94%	94%	94%	94%	94%	94%	94%	94%	94%
12	-	-	-	-	-	-	-	99%	98%	97%	96%	97%	96%	96%	96%	96%	95%	95%	95%	95%	94%	94%	94%	94%	94%	94%	94%
13	-	-	-	-	-	-	-	-	99%	98%	97%	96%	97%	97%	96%	96%	96%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%
14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99%	98%	97%	96%	97%	97%	97%	96%	96%	96%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%
15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99%	98%	97%	96%	97%	97%	97%	96%	96%	96%	96%	96%	96%	96%	96%	96%	96%
16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99%	98%	97%	96%	98%	98%	97%	97%	97%	96%	96%	96%	96%	96%	96%	96%
17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99%	98%	97%	96%	98%	97%	97%	97%	97%	96%	96%	96%	96%	96%	96%
18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99%	98%	97%	96%	98%	97%	97%	97%	97%	96%	96%	96%	96%	96%
19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99%	98%	97%	96%	98%	98%	98%	97%	97%	97%	97%	97%	97%
20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100%	98%	97%	96%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%
21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%
27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%	100%
28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%
29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100%	100%	100%
30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100%

2. SZÁMÚ FÜGGELÉK

A Családom biztonsága fix lejáráttal rendelkező életbiztosítási szerződés visszavásárlási szorzója díjmentesen leszállított szerződések esetén: 99%

Budapest, 2012. szeptember 3.

GYŰJTŐSZÁMLA ÉLETBIZTOSÍTÁST KIEGÉSZÍTŐ, BEFEKTETÉSI EGYSÉGEKHEZ KÖTÖTT BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI ÉS MELLÉKLETEI (MEB-P12, MEB-P13)

A Gyűjtőszámla életbiztosítást kiegészítő, befektetési egységekhez kötött biztosítási szerződés (a továbbiakban: kiegészítő biztosítás) a jelen feltételek, valamint a MetLife Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) életbiztosítási szerződéseinek általános feltételei alapján jön létre a biztosító, valamint a szerződő között. Amennyiben e kiegészítő biztosítási feltételek bármely rendelkezése eltér az általános feltételekben foglaltaktól, a kiegészítő biztosítás feltételei az irányadóak.

1. § A befektetési egységálapokkal kapcsolatos fogalmak és eljárások

- (1) **Befektetési egységálap (eszközálap):** a befektetési egységekhez kötött életbiztosítások – a biztosítási szerződésben meghatározott levonásokkal csökkentett – díjából tőkebefektetés céljából létrehozott eszközállomány. Az eszközálap(ok) befektetési politikáját a Gyűjtőszámla kiegészítő biztosítás 3. számú melléklete tartalmazza.
- (2) **Bruttó eszközérték:** a befektetési egységálap eszközeinek piaci értéke.
- (3) **Befektetési egységálapot terhelő közvetlen költség:** a befektetési egységálap befektetett eszközeinek vétele, eladása, kezelése és értékelése során felmerülő költség.
- (4) **Letétkezelési díj:** az eszközálapok letétkezelését végző intézménynek az eszközálapban lévő eszközök letéti őrzéséért és egyéb kapcsolódó szolgáltatásaiért fizetett díj. Ezt a díjat a biztosító a nettó eszközértéken keresztül naponta időarányosan érvényesíti. Mértékét a 2. számú melléklet tartalmazza, változásáról a biztosító hirdetmény útján nyújt tájékoztatást.
- (5) **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 egységálap értékének legfeljebb évi kettő százaléka. Aktuális értékét az 1. számú melléklet tartalmazza.
- (6) **Nettó eszközérték:** a befektetési egységálap bruttó eszközértékének a befektetési egységálapot terhelő közvetlen költségekkel, így különösen a letétkezelési díjjal és az alapkezelési díjjal csökkentett értéke.
- (7) **Befektetési egység:** a befektetési egységálapban azonos értékű részesedést megtestesítő elszámolási egység.
- (8) **Szerződő számlája:** a biztosító az általa felkínált befektetési egységálaphoz egy számlát hoz létre, ame-

lyen a befektetési egységálaphoz tartozó befektetési egységek számát tartja nyilván öt tizedesjegy pontossággal.

(9) **Az értékelési nap** az a nap, amelyen a biztosító a befektetési egységálap 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 szolgáltatásá váló átszámítására és a szerződő számláját terhelő költségek elszámolása során, a befektetési egységálapokból levonandó egységek számának meghatározására alkalmaz. A biztosító a befektetési egységálapok 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) **A biztosító fenntartja a jogot arra, hogy amennyiben az eszközálapok értékelése, illetve befektetési egységek árfolyamának meghatározása a mögöttes eszközálapok forgalmazásának felfüggesztése miatt, vagy más, előre nem látható, a biztosító érdekkörén kívül álló elháríthatatlan okból (így különösen hatósági intézkedés vagy a kibocsátó, alapkezelő döntése, helyzete miatt) valós értéken nem lehetséges, akkor az érintett eszközök értékelését, és az érintett eszközálapokra vonatkozó visszavásárlási, részleges visszavásárlási, egységáthelyezési és biztosítási szolgáltatásra vonatkozó ügyféligenyek teljesítését elhalassza a felfüggesztésre okot adó körülmény megszűnéséig.**

(12) **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.

(13) **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 az 1. számú melléklet tartalmazza.

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

(15) **Díj megosztása:** az eseti díjat a biztosító a szerződő által választott aránynak megfelelően osztja meg a választható befektetési egységálapok között.

(16) **Díj jóváírása és átváltása:**

a) A biztosító a számlájára azonosítható módon beérkezett eseti díjak jóváírására a beérkezést követő első munkanapon kerül sor.

b) A biztosító számlájára azonosítható módon beérkezett eseti díjak tekintetében a beérkezés napja a következő munkanap.

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

d) A jóváírt díjak befektetési egységekké való átváltása a befektetési egységalap 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.

e) A díj kezelésére vonatkozó részletes tájékoztatást a 2. számú melléklet tartalmazza.

(17) Tranzakciós költség: a szerződő kérésére végrehajtott részleges visszavásárlás (7. §) során érvényesített költség, amelyet a tranzakcióban érintett befektetési egységek értékéből von le a biztosító. A tranzakciós költség mértéke az 1. számú mellékletben meghatározott költség tranzakciónként. A biztosító évente egyszer, minden év május elsejével indexálhatja a tranzakciós költséget. A biztosító az index mértékét úgy határozza meg, hogy az index a minden év február 1-jén érvényes, a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett, az előző naptári évre vonatkozó, decembertől decemberig számított fogyasztói árindextől legfeljebb 5 százalékponttal térjen el. A biztosító az indexet azon szerződések tekintetében alkalmazza, amelyek évfordulója a május 1-jét követő időpontra esik.

(18) Befektetési egységalapok és egységek módosítása

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

b) A biztosító a befektetési egységalap tervezett megszüntetése előtt legalább 30 nappal írásban értesíti a szerződőt, egyúttal elküldi az aktuálisan választható befektetési egységalapok befektetési politikáját, tervezett létrehozása előtt hirdetmény útján tájékoztatja a szerződőt.

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

d) Amennyiben a szerződő az értesítés kézhezvételétől számított 30 napon belül nem rendelkezik a megszűnő befektetési egységalap befektetési egységeinek áthelyezéséről, azokat a biztosító az általa meghatározott befektetési egységalapba helyezi.

e) 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.

f) Amennyiben a befektetési egységalapot érintő változás kizárólag az egységalap elnevezésére, alapkezelőjére és befektetési politikájára vonatkozik, de nem érinti annak kockázati besorolását és alapvető célját, akkor a biztosító a szerződőt az egységalap megváltozott befektetési politikájáról annak hatálybalépése előtt a www.metlifehungary.hu internetes oldalon közzétett hírlevél útján tájékoztatja.

g) Amennyiben a befektetési egységalapot 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 egységalap befektetési egységeinek bármely más működő befektetési egységalap befektetési egységeire való költségmentes áthelyezését.

2. § A kiegészítő biztosítás létrejötte és tartama

E kiegészítő biztosítás a főbiztosításra tett ajánlat megtételével egyidejűleg az ajánlatnak a biztosító által történő elfogadásával a főbiztosítás tartamának lejáratáig szóló tartammal jön létre.

3. § Biztosítási esemény

A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási eseménynek minősül:

- a szerződés tartamának lejárat,
- a lejárat időpontját megelőző 4. biztosítási évforduló.

4. § Biztosítási szolgáltatások

(1) Előrehozott szolgáltatás

A lejárat időpontját megelőző 4. biztosítási évfordulón a szerződő előrehozott szolgáltatásra jogosult. Az előrehozott szolgáltatás mértéke a főbiztosítás aktuális lejáratú biztosítási összegének

5-6 éves tartamú biztosítás esetén	0%-a
7-10 éves tartamú biztosítás esetén	10%-a
11-15 éves tartamú biztosítás esetén	20%-a
legalább 16 éves tartamú biztosítás esetén	30%-a.

Az előrehozott szolgáltatás összege a Gyűjtőszámlára vonatkozó rendelkezési szabályok alapján hozzáférhető.

(2) Lejáratú szolgáltatás

A biztosító a lejárat napját követően a lejáratú kedvezményezett(ek) részére a Gyűjtőszámla befektetési egységeinek aktuális értékét egy összegben kifizeti.

5. § A kiegészítő biztosítás díja

(1) **E kiegészítő biztosításra kizárólag eseti díj fizethető.**

(2) A kiegészítő biztosításra eseti díj a szerződés hatálybalépését követő naptól fizethető.

(3) Az eseti díj minimális összegét az 1. számú melléklet határozza meg.

(4) A biztosító minden egyes általa felkínált befektetési egységálapoz egy alszámlát hoz létre a szerződő kiegészítő biztosításhoz tartozó alszámláján, amelyen a biztosító a kiegészítő biztosítás adott befektetési egységálapozhoz tartozó befektetési egységek számát tartja nyilván öt tizedesjegy pontossággal.

6. § Díjmentes leszállítás

A főbiztosítás díjmentes leszállításakor a Gyűjtőszámlán nyilvántartott befektetési egységek száma változatlan marad. E kiegészítő biztosításra eseti díjfizetés a főbiztosítás díjmentes leszállítása után is teljesíthető.

7. § Visszavásárlás, részleges visszavásárlás

(1) Visszavásárlásnak minősül a kiegészítő biztosításra befizetett díjakból és az előrehozott szolgáltatási összegből vásárolt befektetési egységeknek a teljes visszavásárlása.

(2) A kiegészítő biztosítás visszavásárlási összege a szerződő kiegészítő biztosításhoz tartozó számláján nyilvántartott befektetési egységek, az igény bejelentését követő első értékelési napon – tekintettel az 1. § (11) bekezdésében foglalt esetre – megállapított, vételi áron számított összértéke.

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

szerződő azonos volt a biztosítottal, akkor a biztosított halála után a szerződéssel kapcsolatos rendelkezési jogok a haláleseti kedvezményezett(ek)re szállnak, akik együttesen élhetnek a rendelkezési joggal.

(4) A kért részleges visszavásárlás értéke nem haladhatja meg az eseti díj számlán nyilvántartott befektetési egységek aktuális értékét.

(5) **A kiegészítő biztosítás terhére igényelt részleges visszavásárlás minimális összege:**

– a szerződő részleges visszavásárlási kérelmének a biztosítóhoz való beérkezése napján hatályos 1. számú mellékletben meghatározott minimális eseti díj és

– a kiegészítő biztosítás számláján a szerződő részleges visszavásárlási kérelmének a biztosítóhoz való beérkezése napját követő értékelési napon nyilvántartott befektetési egységek aktuális értéke közül a kisebb.

(6) A részleges visszavásárlás további feltétele, hogy a tranzakció után a kiegészítő biztosítás számláján nyilvántartott befektetési egységek értéke elérje a szerződő részleges visszavásárlási kérelmének a biztosítóhoz való beérkezése napján hatályos 1. számú mellékletben meghatározott minimális eseti díjat, vagy ezek értéke nulla legyen.

(7) A részleges visszavásárlás esetén érvényesítendő tranzakciós költség mértékét az 1. számú melléklet tartalmazza.

8. § Egyéb rendelkezések

A kiegészítő biztosítás megszűnik:

- a főbiztosítás visszavásárlása esetén,
- a tartam lejáratakor kifizetéssel.

Budapest, 2012. szeptember 3.

1. SZÁMÚ MELLÉKLET

A Gyűjtőszámla kiegészítő biztosítás költségeinek hatályos értékei

Termékmódozat	MEB-P12/ MEB-P13
Az eseti díj minimális összege	10 000 Ft
Vételi és eladási ár közötti különbség	1,0%
Éves alapkezelési díj	1,0%
A letétkezelési díj mértéke éves szinten	a nettó eszközérték maximum 0,07%-a
Tranzakciós költség	500 Ft

Budapest, 2012. szeptember 3.

2. SZÁMÚ MELLÉKLET

Díjkezelési tájékoztató

A szerződő a Gyűjtőszámlára eseti díjat fizethet be. Az **eseti díjak** tetszőleges időpontban és gyakorisággal fizethetők be.

A beérkezett díjak kezelésének általános sémája a következő:

- 1) A befizetés azonosítása
- 2) A befizetés módja
- 3) A díj jóváírása
- 4) A jóváírt díjak befektetése

ad 1) A befizetés azonosítása

A befizetett összeg és a biztosítási szerződés egymáshoz rendelése (a befizető és az érintett szerződés azonosítása) a befizetés beérkezésének napján

történik meg. Kérjük, a kötvényszámot, vagy a szerződő nevét és címét a „közlemények” rovatban megadni, enélkül a befizetés nem azonosítható.

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

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 módja

A szerződő által kezdeményezett banki átutalás esetén az UniCredit Banknál vezetett 10918001-00000005-07640028 számú, „eseti díj” megjelölésű bankszámlára kell utalni.

ad 3) A díj jóváírása

Az eseti díjakat a beérkezést követő munkanapon írjuk jóvá.

ad 4) A jóváírt díjak befektetése

A jóváírt díjak befektetési egységekké való átváltása 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.

Budapest, 2012. szeptember 3.

A METLIFE BIZTOSÍTÓ ZRT. KIEGÉSZÍTŐ BALESET- ÉS BETEGSÉGBIZTOSÍTÁSAI- NAK ÁLTALÁNOS FELTÉTELEI

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

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

1. § Fogalmak

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

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

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

(3) **Betegség:** e feltételek szempontjából a biztosított egészségi állapotában bekövetkező olyan mulékony vagy maradandó egészségkárosodás, amelyet a biztosított önhibáján, vagy akaratán kívül, a kockázatviselés kezdetét követően, első alkalommal szenved el.

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

a) **Nem lehet biztosított a munkaképesség-csökkenés megállapításra jogosult szerv által kiadott határozat szerint rokkantsági vagy rehabilitációs ellátásra jogosultnak nyilvánított személy.**

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

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

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

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

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

– nem baleseti halál esetére szóló szolgáltatások esetén a biztosított;

– a baleseti halál esetére szóló szolgáltatás esetén a biztosított törvényes örököse vagy törvényes örökösei.

(6) **Kórház:**

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

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

– a szanatóriumok, a tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetek;

– rehabilitációs intézetek (kivéve ez alól és kórházi kezelés körén belülinek tekintjük mindazon baleseti, belgyógyászati akut kórképeket, melyeknél az elváltozások súlyosságából levezethetően a rehabilitációs kezelés orvos szakmai indoka megalapozott és az iratokkal alátámasztott);

– az idült, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei;

– gyógyüdülő és utógondozó szanatóriumok;

– az idősek szociális otthonai és azok betegosztályai;

– a fürdő- és egyéb gyógyintézetek;

– az ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei;

– illetve kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai.

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

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

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

(10) Amennyiben a rendszeres díjfizetésű szerződés rendelkezik az indexálás jogával, a biztosító minden biztosítási évfordulón felajánlja a szerződőnek, hogy a kiegészítő biztosítások biztosítási összegeit külön kockázatbírálás nélkül, és az egyes kiegészítő biztosításokhoz tartozó rendszeres díjat, a főbiztosítás általános feltételeinek 13. § (1) bekezdésben meghatározott mértékben, a főbiztosítás díjával együtt, azonos arányban – a kórházi napi térítésre és a műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítások esetén az 1. § (9) bekezdést is figyelembe véve – növelje.

2. § A kiegészítő biztosítás tartama, a kockázatviselés kezdete

(1) A kiegészítő biztosítás köthető:

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

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

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

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

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

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

(5) A kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete:

- a) amennyiben a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatot a főbiztosítással együtt nyújtották be, akkor a kockázatviselés kezdete megegyezik a főbiztosítás kockázatviselésének kezdetével;
- b) amennyiben a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatot már a főbiztosítás hatálybalépését követően nyújtották be, akkor a kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete az azt követő biztosítási évforduló, amikor a biztosító kockázatbírálásra jogosult szerve a benyújtott kiegészítő ajánlatot elfogadta.

3. § A biztosítási védelem terjedelme

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

- a) a balesetek következményeire nyújtott szolgáltatás esetében a kiváltó eseményekre és a betegségek miatti kórházi ápolásokra vonatkozóan a biztosítás tartamán belül bárhol, bármikor bekövetkező biztosítási eseményekre,
- b) a betegségek miatti műtéti beavatkozásokra vonatkozóan a Magyarország területén bekövetkező biztosítási eseményekre,
- c) **a műtéti térítést nyújtó kiegészítő biztosításokban arra a műtetre, amely a mindenkori hatályos jogszabályok alapján a közfinanszírozó által finanszírozott ellátások körébe tartozik.**

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

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

4. § Várakozási idő

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

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

5. § A biztosító teljesítése

(1) **A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a biztosítási eseményt a szolgáltatás igénylőjének be**

kell jelentenie a biztosító részére. A bejelentést a biztosító kárbejelentő nyomtatványán, írásban kell megtenni.

(2) A biztosítási szerződésben vállalt kötelezettség teljesítésének alapvető előfeltétele, hogy a bejelentett káreseménnyel kapcsolatban készült szakorvosi dokumentáció az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben előírt formai és tartalmi követelményeknek megfeleljen.

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

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

6. § A biztosító mentesülése

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

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

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

- a) a biztosított, illetőleg a kedvezményezett a biztosítási szolgáltatást kiváltó eseményt követően az elvárható mértékű és minőségű kárenyhítési kötelezettségeiknek nem tesznek eleget;
- b) a biztosított az orvosi utasításokat (gyógyszereszedés, kezelések, stb.) nem tartja be és ennek következményeként olyan szövődmény alakul ki, vagy állapotromlás következik be, amely a szakorvosi utasítások betartásával megelőzhető lett volna.

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

- a) ha igazolható, hogy a műtét olyan esemény következményeként vált szükségessé, amely alkoholizmus vagy alkoholos befolyásoltság következtében, kábítószer vagy egyéb vegyi anyag kábító vagy bódító szerként való alkalmazása következtében, illetve HIV fertőzéssel kapcsolatban alakult ki;
- b) ha a műtét a biztosított jogellenes magatartása, illetve a biztosított által szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidézett esemény következményeként vált szükségessé;
- c) ha a biztosított a betegség diagnosztizálása esetén az orvos által javasolt műtétet elutasítja, az dokumentálva van és ennek következtében a ké-

sőbbiekben egy, az eredetileg javasoltnál magasabb térítési kategóriába sorolt beavatkozást kell végrehajtani a biztosított gyógyulása érdekében.

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

7. § Kizárt kockázatok

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

- a) a művi megtermékenyítéssel és fogamzásgátlással összefüggésben felmerülő, valamint a művi terhesség megszakításával kapcsolatos eseményeket;
- b) a terhességgel, szüléssel összefüggő eseményeket (ideértve a következmény jellegű, maradandó egészségkárosodásokat is), kivéve azokat a beavatkozásokat, amelyekre az anya vagy az újszülött egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében volt feltétlen szükség;
- c) bármely diagnosztikus célú beavatkozást, ideértve az emiatti kórházi fekvőbeteg ellátási eseményeket is;
- d) az egy napos sebészet körében végzett műtéteket és ellátásokat, ideértve az emiatti kórházi fekvőbeteg ellátási eseményeket is;
- e) az egészségügyi ellátás, illetve az orvosi beavatkozás következtében, annak következményeként elszennvedett ártalommal összefüggő eseményeket;
- f) a geriátriai, a fizio- és fizioterápiás, a rehabilitációs, az utógondozási, a gyógyterápiás és a logopédiai szakellátásokat, a gyógytornát és masszázst, valamint a balneoterápiát;
- g) a nem, illetve nemi jelleg megváltoztatását célzó beavatkozásokat;
- h) az esztétikai, kozmetikai célú ellátásokat, valamint a plasztikai sebészeti műtéteket (kivéve a baleset, vagy a jelen feltételeknek megfelelő betegség következtében szükségessé vált, és a társadalombiztosítás által finanszírozott kozmetikai és plasztikai beavatkozásokat);
- i) a HIV fertőzés és következményei miatti ápolásokat és beavatkozásokat;
- j) az epilepszia és következményei miatti ápolásokat és beavatkozásokat;
- k) az alkohol, illetve a drogfüggőség miatti egészségkárosodással összefüggő, illetve a függőség megszüntetésével kapcsolatos ellátásokat.

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

- a) ha császármetszésre a kockázatviselés kezdetétől számított 360 napon belül került sor, kivéve

azokat a beavatkozásokat, amelyekre az anya vagy az újszülött egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében volt feltétlen szükség;

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

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

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

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

8. § Az adatok kezelése

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

9. § A biztosítás megszűnésének esetei

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

a) a főbiztosítás megszűnésekor,

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

c) a kiegészítő biztosítási szerződés felmondása esetén,

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

10. § Maradékjogok, többlethozam

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

Budapest, 2012. szeptember 3.

A METLIFE BIZTOSÍTÓ ZRT. DÍJMENTESÍTÉS ROKKANTSÁG ESETÉN KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSÁNAK KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

A díjmentesítés rokkantság esetén kiegészítő biztosítási szerződés (a továbbiakban: kiegészítő biztosítás) e feltételek, a baleset- és betegségbiztosítási általános feltételek, valamint a MetLife Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) életbiztosítási szerződéseinek általános feltételei (a továbbiakban: általános feltételek) alapján jön létre a biztosító, valamint a szerződő között. Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér az általános feltételekben foglaltaktól, e feltételek rendelkezései az irányadóak. A biztosító külön belső utasításban állapítja meg, hogy mely főbiztosításai mellé és milyen feltételekkel köthető a kiegészítő biztosítás.

1. § Biztosított

- (1) Biztosított az lehet, aki a biztosítási szerződés létrejöttkor a 18. életévénél idősebb, de a 60. életévét még nem töltötte be.
- (2) Nem lehet biztosított a kiegészítő biztosítás vonatkozásában az a személy, aki a kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdetekor vagy a kockázatviselés kezdetét megelőzően I., II. vagy III. csoportú rokkantként van, illetve volt nyilvántartva, ilyen minősítést eredményező állapota megelőzte a kockázatviselés kezdetét vagy a kockázatviselés kezdetét megelőzően 3 éven belül ilyen irányú kérelmet nyújtott be.
- (3) Nem lehet biztosított a kiegészítő biztosítás vonatkozásában az a személy, aki a kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdetekor vagy a kockázatviselés kezdetét megelőzően rehabilitációs vagy rokkantsági ellátásra jogosult, illetve a kockázatviselés kezdetét megelőzően 3 éven belül ilyen irányú kérelmet nyújtott be.

2. § A kiegészítő biztosítás tartama

- (1) A kiegészítő biztosítás a biztosító valamely rendszeres díjas főbiztosítása mellé köthető, amennyiben a biztosító a szerződő kiegészítő biztosításra tett ajánlatát elfogadja. A kiegészítő biztosítás önállóan nem köthető, és a főbiztosítás megszűnésével a kiegészítő biztosítás is megszűnik.
- (2) Meglévő főbiztosításhoz a kiegészítő biztosítás a főbiztosítás biztosítási évfordulója előtt legalább 1 hónappal felvett ajánlat révén a biztosítási évfordulóval, mint kezdettel tartam közben is megköthető. Ennek feltétele, hogy a biztosító az ajánlatot elfogadja, a főbiztosítás a biztosítási évforduló után érvényben maradjon, és a díjfizetési tartam folytatódjon.

(3) A kiegészítő biztosítás a főbiztosítás díjfizetési tartamával megegyező díjfizetési tartamra jön létre, kivéve, ha a főbiztosítás díjfizetési tartama a biztosított 65 éves kora után jár le. Ez esetben a kiegészítő biztosítás díjfizetési tartama lejár azon a naptári évre eső biztosítási évfordulón, amely naptári évben a biztosított betölti a 65. életévét.

(4) A díjmentesítés lehetősége csak a kiegészítő biztosítás díjfizetési tartama alatt áll fenn, a díjmentesítés azonban fennmarad a főbiztosítás teljes díjfizetési tartamára.

(5) A kiegészítő biztosítást a főbiztosítástól függetlenül nem lehet felmondani.

3. § Biztosítási esemény

- (1) Biztosítási esemény a biztosítottnak a kiegészítő biztosítás tartama alatt bekövetkező megrokkánása.
- (2) E kiegészítő biztosítás szempontjából rokkantságnak minősül a biztosítottnak a kiegészítő biztosítás tartama alatt bekövetkezett, a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól szóló 2011. évi CXCI. törvény szerinti
 - a) rokkantsági ellátásra jogosult, ha az egészségkárosodás a kockázatviselés kezdetétől számított 6 hónapon túl keletkezett, és az egészségkárosodás nem baleseti eredetű, vagy
 - b) rehabilitációs vagy rokkantsági ellátásra jogosult, ha a baleseti eredetű egészségkárosodás a biztosítási tartam alatt bármikor keletkezett.
- (3) A biztosítási esemény időpontja az egészségkárosodás rehabilitációs hatóság határozatában megjelölt időpont.
- (4) A (2) bekezdésben meghatározott rokkantságot és annak kezdetét a biztosító a vonatkozó jogszabályban megjelölt, a rokkantságot, illetőleg az azt eredményező egészségkárosodás tényét és mértékét minősítő, illetve a rokkantsági illetve rehabilitációs ellátást elrendelő intézmények határozatai alapján állapítja meg.
- (5) A biztosított köteles a határozat kézhezvételétől számított 30 napon belül igényét a biztosítónak bejelenteni.

4. § Szolgáltatás

- (1) A főbiztosítás az eredeti szolgáltatási szint megtartásával díjmentessé válik, a kiegészítő biztosítások megszűnnek:
 - a) a biztosított megrokkánása esetén a főbiztosítás lejáratának időpontjáig abban az esetben, ha a biztosított egészségi állapota a rehabilitációs hatóság komplex minősítése alapján 60%-os vagy kisebb mértékű, és rokkantsági ellátásra jogosult,
 - b) a biztosított megrokkánása esetén arra az időszakra, amíg a biztosított egészségi állapota a rehabilitációs

hatóság komplex minősítése alapján 60%-os vagy kisebb mértékű, és rehabilitációs ellátásra jogosult.

(2) A díjmentesítés kezdete a rokkantsági határozatban megjelölt rokkantsági kezdetet követő első biztosítási hónapforduló.

A szerződő által a rokkantság kezdetét követő egész hónapokra befizetett biztosítási díjat a biztosító a szerződőnek visszatéríti.

(3) A díjmentesítés újbóli elbírálásra kerül, amennyiben a rokkantsági, illetve rehabilitációs ellátás megszüntetésre kerül.

A biztosított köteles a rehabilitációs illetve rokkantsági ellátás megváltozásának tényét a díjfizetés visszaállítására érdekében a biztosítónak a határozat kézhezvételétől számított 30 napon belül bejelenteni.

A rehabilitációs, illetve rokkantsági ellátás új mértékét, vagy a felfüggesztését, illetőleg megszüntetését megállapító határozatban megjelölt kezdetet követő első biztosítási hónapfordulótól a szerződő díjfizetési kötelezettsége visszaáll és a fizetendő díj a főbiztosításra a díjmentesítés utolsó időpontjában érvényes díj.

(4) A szerződő a biztosítás tartama alatt késedelmi kamattal növelve köteles befizetni:

- a) a rokkantsági díjmentesítés kezdeti biztosítási hónapjának fordulójáig esedékes, be nem fizetett díjat;
- b) az arra az időszakra esedékes díjat, amelyre a biztosító a (3) bekezdésben meghatározott esemény bekövetkezéséről szóló értesítés elmaradása következtében díjmentességet adott, azonban a tények ismeretében annak nem lett volna helye.

(5) Amennyiben a szerződő a tartam során nem fizeti be a (4) bekezdésben meghatározott elmaradt díjat és annak késedelmi kamatát, akkor a biztosító levonja azt a biztosítás szolgáltatásából.

5. § A kiegészítő biztosítás díja

(1) A kiegészítő biztosítás díjának alapja a főbiztosítás díja.

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

6. § Értékkövetés, indexálás

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

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

(3) A rokkantsági díjmentesítés tartama alatt a biztosító

- a) a főbiztosítás biztosítási összegét a kedvezményes indexszel indexálja, ha a rokkantság bekövetkezőkor a szerződő rendelkezett az indexálás jogával,
- b) az alaphónusszal emeli a főbiztosítás és az egyéni matematikai tartalékkal rendelkező kiegészítő biztosítások díjtartalmát, illetőleg ennek megfelelően azok biztosítási összegét, ha a rokkantság bekövetkeztéig a szerződő már elvesztette a jogát az indexálásra. A többi kiegészítő biztosítás biztosítási összege ekkor nem változik.

7. § Mentesülés

Az általános feltételekben foglaltakon túlmenően – a díjmentesítés nem történik meg, és a kiegészítő biztosítás minden további feltétel nélkül megszűnik, ha a rokkantságot a szerződő vagy a biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő.

8. § Kizárások

A főbiztosításra vonatkozó kizárásokon túlmenően a biztosítási védelem nem terjed ki a kockázatviselés kezdete előtt már meglévő betegségekkel, egészségkárosodásokkal, illetve fogyatékoságokkal közvetve vagy közvetlenül összefüggő egészségkárosodásokra.

9. § Maradékjogok

A kiegészítő biztosítás nem rendelkezik maradékjogokkal.

10. § Egyéb rendelkezések

- (1) A kiegészítő biztosítás megszűnik
 - a) a főbiztosítás megszűnésekor;
 - b) a főbiztosítás díjfizetési tartamának végén;
 - c) a főbiztosítás díjmentes leszállításával;
 - d) annak az évnek a biztosítási évfordulóján, amelyben a biztosított betölti a 65. életévét;
 - e) a 7. § szerinti mentesülés esetén.

Budapest, 2012. szeptember 3.

A METLIFE BIZTOSÍTÓ ZRT. BALESETI HALÁLRA SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSÁNAK KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

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

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

1. § Biztosítási esemény

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

2. § Szolgáltatás

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

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

(3) **Amennyiben a biztosított a baleset időpontjától számított egy éven belül a baleset következtében meghal, a biztosító maradandó egészségkárosodás jogcímen szolgáltatást nem teljesít.** Amennyiben a biztosított ugyanazon balesetből kifolyólag már részeseült a biztosító baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosításának szolgáltatásában, a baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás alapján kifizetendő biztosítási összegből a biztosító a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítás alapján kifizetett szolgáltatást levonja.

3. § Egyéb rendelkezések

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

Budapest, 2012. szeptember 3.

A METLIFE BIZTOSÍTÓ ZRT. BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ (31-100%-OS MÉRTÉKŰ) EGÉSZSÉ GKÁROSODÁSRA SZÓLÓ BIZTOSÍTÁSÁNAK KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

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

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

1. § Biztosítási esemény

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

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

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

a) Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha az egészségkárosodás 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 (munkaképesség-csökkenés megállapítására jogosult

szerv) szakvéleményében, az egészségi állapot mértékét meghatározó rehabilitációs hatóság komplex minősítésében, 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.

2. § Szolgáltatás

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

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

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

3. § A biztosító teljesítése

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

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

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

(2) Amennyiben a biztosított a baleset időpontjától számított egy éven belül a baleset következtében meghal, a biztosító maradandó egészségkárosodás címén szolgáltatást nem teljesít. Amennyiben a biztosított ugyanazon balesetből kifolyólag már részesült a biztosító maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő

biztosításának szolgáltatásában, a baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás alapján kifizetendő biztosítási összegből a biztosító a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítás alapján kifizetett szolgáltatást levonja.

4. § Egyéb rendelkezések

(1) Jelen kiegészítő biztosítást csak abban az esetben lehet a főbiztosításhoz megkötni, ha ugyanahhoz 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) Jelen kiegészítő biztosítás, valamint a baleseti eredetű maradandó, 11-100%-os mértékű egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítás egyidejűleg nem köthetők, illetve nem lehetnek hatályban.

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

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

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

Budapest, 2012. szeptember 3.

A METLIFE BIZTOSÍTÓ ZRT. BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ (11-100%-OS MÉRTÉKŰ) EGÉSZSÉGGÁROSODÁSRA SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSÁNAK KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

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

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

1. § Biztosítási esemény

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

(2) A biztosítási eseményre hivatkozással két éven túl 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 egészségkárosodás szakorvosilag kialakulnak tekintethető.

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

(munkaképesség-csökkenés megállapítására jogosult szerv) szakvéleményében, az egészségi állapot mértékét meghatározó rehabilitációs hatóság komplex minősítésében, 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.

2. § Szolgáltatás

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

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

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

3. § A biztosító teljesítése

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

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

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

(2) Amennyiben a biztosított a baleset időpontjától számított egy éven belül a baleset következtében meghal, a biztosító maradandó egészségkárosodás címén szolgáltatást nem teljesít. Amennyiben a biztosított ugyanazon balesetből kifolyólag már részesült a bizto-

sító maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosításának szolgáltatásában, a baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás alapján kifizetendő biztosítási összegből a biztosító a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítás alapján kifizetett szolgáltatást levonja.

4. § Egyéb rendelkezések

(1) **Jelen kiegészítő biztosítást csak abban az esetben lehet a főbiztosításhoz megkötni, ha ugyanahhoz 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) Jelen kiegészítő biztosítás, valamint a baleseti eredetű maradandó, 31-100%-os mértékű egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítás egyidejűleg nem köthetők, illetve nem lehetnek hatályban.

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

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

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

Budapest, 2012. szeptember 3.

TÁJÉKOZTATÓ TÁBLÁZAT

a maradandó egészségkárosodás értékeléséhez a baleseti eredetű maradandó (11-100%-os és 31-100%-os mértékű) egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítás és a gyermekek baleseteire és súlyos betegségeire szóló kiegészítő biztosítás különös feltételeihez

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

Megnevezés	Károsodás mértéke
A) A felső végtagot érhető egyes veszteségek, teljes funkcióvesztések:	
Mindkét felkar	100%
Egy felkar	80%
Egy alkar	70%
Egy kéz csuklóízülettől	65%
Hüvelykujj teljes hiánya	30%
II. ujj (mutató) teljes hiánya	20%
III. ujj (középső) teljes hiánya	10%
IV. ujj (gyűrűs) teljes hiánya	10%
V. ujj (kis) teljes hiánya	10%
B) Az alsó végtagot érhető egyes veszteségek, teljes funkcióvesztések:	
Mindkét comb	100%
Egy comb, ellenoldali lábszár	100%
Kétoldali lábszár	80%
Egy comb	80%
Térdízület	80%
Egy lábszár	70%
Láb bokaízülettől	40%
Lábféj	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 beszélnélképesség teljes elvesztése	50%
A szaglólóérék teljes elvesztése	5-10%
Az ízelelnélképesség 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%
Lábszárcsontok komplett törése	20%
Kül- vagy belboka törése	10%
A lábujjak csontjainak törései	5%

Budapest, 2012. szeptember 3.

A METLIFE BIZTOSÍTÓ ZRT. AZONNALI BALESETI TÁMOGATÁS NYÚJTÁSÁRA SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSÁNAK KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

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

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

1. § Biztosítási esemény

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

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

2. § A biztosító szolgáltatása

- (1) A biztosító a biztosított baleset miatt bekövetkező halála, vagy 31%-os mértéket elérő baleseti eredetű maradandó egészségkárosodása esetén a kiegészítő biztosítás aktuális biztosítási összegét fizeti ki a kedvezményezett részére akkor, ha e szolgáltatások bármelyikének jogalapja tisztázott.
- (2) A biztosító a baleseti halál bekövetkezése esetén az azonnali támogatás szolgáltatást akkor is teljesíti, ha a biztosított ugyanazon balesetből kifolyólag már részesült szolgáltatásban 31%-os mértéket elérő baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás címén.
- (3) A biztosító a maradandó egészségkárosodás bekövetkezése esetén az azonnali támogatás szolgáltatást teljesíti akkor is, ha a károsodás mértéke még nem végleges, de a biztosító orvosának előzetes véleménye szerint a 31%-os mértéket bizonyosan eléri, vagy meghaladja.
- (4) A kiegészítő biztosítás kezdeti biztosítási összege 300 000 Ft, melyet a biztosító egy összegben teljesít.

3. § Egyéb rendelkezés

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

Budapest, 2012. szeptember 3.

A METLIFE BIZTOSÍTÓ ZRT. BALESETI EREDETŰ CSONTTÖRÉSRE ÉS 10%-OT MEG NEM HALADÓ MARADANDÓ EGÉSZSÉGHÁROSODÁS ESETEIRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSÁNAK KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

Az életbiztosítást kiegészítő, baleseti eredetű csonttörésre és baleseti okra visszavezethető 10%-ot meg nem haladó maradandó egészségkárosodás eseteire vonatkozó biztosítási szerződés (a továbbiakban: kiegészítő biztosítás) e különös feltételek, a baleset- és betegségbiztosítási általános feltételek, valamint az életbiztosítás (a továbbiakban: főbiztosítás) általános feltételei alapján jön létre a MetLife Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító), valamint a szerződő között. Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás, vagy a baleset- és betegségbiztosítás általános feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

1. § Biztosítási esemény

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

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

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

(3) A maradandó egészségkárosodás e kiegészítő feltételekben:

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

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

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

– Az egészségkárosodásnak a biztosító orvosa által megállapítandó fokánál az orvosszakértői intézet (munkaképesség-csökkenés megállapítására jogosult

szerv) szakvéleményében, az egészségi állapot mértékét meghatározó rehabilitációs hatóság komplex minősítésében, illetve a nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv határozatában megállapított, vagy hivatkozott egészségkárosodás mértéke nem irányadó, továbbá az orvost más orvosszakértői testületek határozata vagy szakértők szakvéleménye sem köti.

2. § A biztosító szolgáltatása

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

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

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

- a) a biztosított kérheti a baleseti eredetű 11-100%-os, illetve 31-100%-os mértékű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítás szolgáltatását,
- b) abból azonban az 1–10%-os maradandó egészségkárosodás címén már teljesített szolgáltatás levonásra kerül.

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

3. § Egyéb rendelkezés

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

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

Budapest, 2012. szeptember 3.

A METLIFE BIZTOSÍTÓ ZRT. BALESETI EREDETŰ KÓRHÁZI NAPI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSÁNAK KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

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

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

1. § Biztosítási esemény

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

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

a) akit gyógyító egészségügyi ellátások igénybevétele céljából a kórházba úgy vesznek fel, hogy a kórházi felvétel és elbocsátás napja között több mint 72 óra tartam telik el, azaz, ha az adott kórházi ápolási esemény tartama legalább 3 ellátási napot elér,

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

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

(4) A biztosítási esemény időpontja a baleset időpontja.

2. § A biztosító szolgáltatása

(1) A biztosító a baleset napjától számított két éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges kórházi fekvőbeteg-ellátásra, az ellátási napokra nyújt szolgáltatást, visszamenőleg az

első ellátási naptól számítva akkor, ha az adott kórházi ápolási esemény tartama legalább 3 ellátási napot elér.

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

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

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

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

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

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

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

3. § Egyéb rendelkezések

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

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

Budapest, 2012. szeptember 3.

A METLIFE BIZTOSÍTÓ ZRT. KÓRHÁZI NAPI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSÁNAK KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

Az életbiztosítást kiegészítő, kórházi napi térítésre szóló biztosítási szerződés (a továbbiakban: kiegészítő biztosítás) e kiegészítő feltételek, a baleset- és betegségbiztosítási általános feltételek, valamint az életbiztosítás (a továbbiakban: főbiztosítás) általános feltételei alapján jön létre a MetLife Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító), valamint a szerződő között. Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás, vagy a baleset- és betegségbiztosítás általános feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

1. § Biztosítási esemény

(1) Biztosítási esemény a baleset, vagy a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül diagnosztizált, váratlan betegség, melynek következtében a biztosított orvosszakmai szempontból szükséges fekvőbeteg-ellátásban részesül.

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

a) akit gyógyító egészségügyi ellátások igénybevétele céljából a kórházba úgy vesznek fel, hogy a kórházi felvétel és elbocsátás napja között több mint 72 óra tartam telik el, azaz, ha az adott kórházi ápolási esemény tartama legalább 3 ellátási napot elér,

b) és ennek során minden éjszakát a kórházban tölt.

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

(4) A biztosítási esemény időpontja:

a) baleset miatti kórházi ápolás esetén a baleset időpontja;

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

2. § A biztosító szolgáltatása

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

(2) A biztosító a biztosított balesete esetén a baleset napjától számított két éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges kórházi fekvőbeteg-ellátásra, az ellátási napokra nyújt szolgáltatást.

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

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

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

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

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

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

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

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

3. § Egyéb rendelkezések

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

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

Budapest, 2012. szeptember 3.

A METLIFE BIZTOSÍTÓ ZRT. BALESETI EREDETŰ MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSÁNAK KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

Az életbiztosítást kiegészítő, baleseti eredetű műtéti térítésre szóló biztosítási szerződés (a továbbiakban: kiegészítő biztosítás) e kiegészítő feltételek, a baleset- és betegségbiztosítási általános feltételek, valamint az életbiztosítás (a továbbiakban: főbiztosítás) általános feltételei alapján jön létre a MetLife Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító), valamint a szerződő között. Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás, vagy a baleset- és betegségbiztosítás általános feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

1. § Biztosítási esemény

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

(2) A biztosítási esemény időpontja a baleset időpontja.

2. § A biztosító szolgáltatása

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

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

a) A biztosító a feltételek szerint vállalt műtéteket súlyosságuk alapján 4 térítési csoportba sorolja. Műtéti térítésként – a feltételek mellékletét képező térítési csoportok alapján – a biztosítási összeg 25%-a (4. csoport), 50%-a (3. csoport), 100%-a (2. csoport) vagy 200%-a (1. csoport) kerül kifizetésre.

b) A biztosító a mellékletben egy önálló csoportban (5. csoport) határozza meg azokat a műtéteket, amelyekre szolgáltatást nem nyújt.

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

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

e) Adott műtét besorolását, illetve megítélését nem érinti:

– a szövődmények lehetősége vagy esetleges bekövetkezése;

– a műtét következtében esetlegesen létrejövő marandó egészségkárosodás.

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

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

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

(6) A biztosító biztosítási évente maximum 3 műtétet térít.

3. § Egyéb rendelkezések

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

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

Budapest, 2012. szeptember 3.

A METLIFE BIZTOSÍTÓ ZRT. MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSÁNAK KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

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

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

1. § Biztosítási esemény

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

(2) A biztosítási esemény időpontja:

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

2. § A biztosító szolgáltatása

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

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

a) A biztosító a feltételek szerint vállalt műtéteket súlyosságuk alapján 4 térítési csoportba sorolja. Műtéti térítésként – a feltételek mellékletét képező térítési csoportok alapján – a biztosítási összeg 25%-a (4. csoport), 50%-a (3. csoport), 100%-a (2. csoport) vagy 200%-a (1. csoport) kerül kifizetésre.

b) A biztosító a mellékletben egy önálló csoportban (5. csoport) határozza meg azokat a műtéteket, amelyekre szolgáltatást nem nyújt.

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

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

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

– a szövődmények lehetősége vagy esetleges bekövetkezése;

– a műtét következtében esetlegesen létrejövő marandó egészségkárosodás.

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

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

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

(6) A biztosító biztosítási évente maximum 3 műtétet térít.

3. § Egyéb rendelkezések

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

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

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

Budapest, 2012. szeptember 3.

MELLÉKLET

A műtétek csoportosítása (kivonat)

WHO-kód	Műtét megnevezése
1. csoport	Kiemelt műtét (200%-os szolgáltatás)
5014F	Agydaganat eltávolítás
50151	Koponyacsont tumor eltávolítás
50200	Benyomatos koponyatörés ellátása
50303	Gerincvelői dekompresziós műtétek
50311	Ideggyök gerincsatornán belüli műtéte
50337	Gerincvelői daganatok eltávolítása
53240	Tüdőlebeny eltávolítása
53340	Tüdőátültetés
53522	A kéthegyű billentyű pótlása mechanikus műbillentyűvel
53531	Billentyű plasztika a kéthegyű billentyűn
53734	Daganat eltávolítása a szívkamrából
53743	Szívkamrai sérülés ellátása
53750	Szívátültetés
55040	Májátültetés
5814L	Térdprotézis beültetés
58151	Teljes csípőprotézis
2. csoport	Nagy műtét (100%-os szolgáltatás)
54560	Vastagbél teljes eltávolítása
53611	Koszorúér-áthidaló műtétek
53502	Zárt billentyűbemetszés a kéthegyű billentyűn
5382L	Hasi aorta tárgulat eltávolítása
53836	Érpótlás
58188	Teljes vállprotézis
51358	Szívárnyhártya eltávolítás
51570	Üvegtest csere
51630	Szemeltávolítás
52070	Félkörös ívjáratok kimetszése
53030	Teljes gégeeltávolítás
53163	Művi gégeképzés
3. csoport	Közepes műtét (50%-os szolgáltatás)
53777	Pacemaker beültetése
53807	Embólia eltávolítás combverőérből
54130	Lépettávolítás
54361	Gyomor részleges eltávolítása
54430	Féregnyúlvány eltávolítása
55110	Epehólyag eltávolítása
55300	Lágyéksérv műtét
56011	Prostata húgycsővön keresztüli kisebbitése
56520	Féloldali petefészek eltávolítás
56830	Méheltávolítás hasi úton
50630	Pajzsmirigy eltávolítás
51150	Kötőhártyavarrat
57902	Combnyak-szegezés
57922	Húzóhurkos csontrogzítás
57924	Csavarozás

58361	Ínhelyreállítás
50420	Idegvarrat
58480	Combamputáció
58610	Emlőeltávolítás
4. csoport	Kis műtét (25%-os szolgáltatás)
51440	Szemlencse eltávolítás
51470	Szemlencse beültetés
51950	Dobhártyaplasztika
53844	Visszerek eltávolítása
56741	Méhszájplasztika
56518	Laparoszkópos petefészek eltávolítás
57400	Császármetszés
57670	Arctörések nyílt helyreállítása
57829	Bütyökműtét
57900	Csonttörések bőrön keresztül történő dróttűzése
58130	Külboka-szalag varrása
5837H	Achilles-ín szakadás helyreállítása
58400	Kézujj amputáció
58600	Emlőcsomó kimetszése
5. csoport	Beavatkozások és műtétek, amelyekre nem jár szolgáltatás
12794	Nagyvérköri artéria diagnosztikus katéterezése
14410	Kimetszés szövettani vizsgálat számára gyomortükrözés során
14820	Szövettani vizsgálati mintavétel bőrön át emlőből
16200	Hörgőtükrözés
16970	Diagnosztikus ízületi csőtükrözés
33121	Koszorúserek vizsgálata érfestéssel
39430	Ultrahangos vesekőzúzás
52160	Orrtörés helyreállítása
52310	Fog sebészi eltávolítása
52374	Fogászati csontplasztika
52000	Dobhártya „felszúrása”
52100	Orrvérzés ellátása edzőszerrel
52810	Mandula eltávolítása
57100	Gátmetszés
57520	Terhességmegszakítás
57880	Belső fémrögzítés eltávolítása
58750	Emlőplasztika
58900	Bőrvarrat
58840	Bőrfüggelék kimetszése
59801	Nők művi meddővé tétele
81010	Idegentest eltávolítás szaruhártyából
81700	Könnytömlő átmosása
81840	Tetoválás eltávolítása
81900	Sebkötözés, tisztítás
82032	Csuklótörés zárt helyretétele
82090	Ficam zárt helyretétele
84712	Combcsontba fúrt dróttal történő húzítás
85840	Ízületbe adott injekció
88050	Vérátömlesztés
88530	Művese-kezelés

Budapest, 2012. szeptember 3.

A METLIFE BIZTOSÍTÓ ZRT. GYERMEKEK BALESETEIRE ÉS SÚLYOS BETEGSÉGEIRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSÁNAK KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

Az életbiztosítási szerződést kiegészítő, a gyermekek baleseteire és súlyos betegségeire szóló kiegészítő biztosítási szerződés (a továbbiakban: kiegészítő biztosítás), az együttbiztosított gyermek baleseteire, egyes súlyos betegségeire, balesetből eredő súlyos fogyatékoságaira, töréseire, valamint halálára szól, és e feltételek, továbbá a MetLife Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) életbiztosítási szerződéseinek általános feltételei (a továbbiakban: általános feltételek) alapján jön létre a biztosító és a szerződő között.

1. § Meghatározások

- (1) Baleset:
- a) baleset alatt a főbiztosítás 5. § (2) és (3) bekezdésében meghatározottak értendők,
 - b) a balesetek köréből az a súlyos baleset, amely a 4. és az 5. számú mellékletekben meghatározott súlyos fogyatékoságot, súlyos törést, illetőleg halált okoz.
- (2) Súlyos betegség:
- a) súlyos betegség a feltételek 3. 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 higiénijára;
- az ürítést kontrollálni.

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

- mentális okok miatt veszélyeztetni saját, vagy mások testi épségét, vagy
- állandóan ágyban fekszik, segítség nélkül nem tud onnan felkelni,

és ezen okok miatt állandó felügyeletre szorul.

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

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

(6) Kórház: fekvőbeteg-ellátást nyújtó, kórházi ellátásra jogosított, és ekként nyilvántartott egészségügyi szolgáltató (ideértve 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
 - súlyos betegségekre és balesetekre szóló gyermekvédelmi csomag választása esetén a 8. életévét,
 - baleseti gyermekvédelmi csomag választása esetén a 17. életévét;
- b) a már biztosított gyermek azon biztosítási év végéig, amelyben a 18. életévét betölti.

(2) Törvényes képviselő: a gyermek felett felügyeletet gyakorló szülő, gyám vagy eseti gondnok. A törvényes képviselő a kiegészítő biztosítás vonatkozásában felmerülő – a gyermekkel kapcsolatos – jogai gyakorlásán túl, közreműködik a szerződés teljesítésében.

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

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

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

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

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

3. § Kedvezményezett

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

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

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

a) Egy biztosítottra akár mindkét gyermekvédelmi csomag is választható,

b) Egy főbiztosítás mellé egy együttbiztosított gyermekre köthető gyermekvédelmi kiegészítő biztosítás.

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

(3) A törvényes képviselő az ajánlaton nyilatkozik:

a) a gyermek biztosítottként történő megnevezéséről,

b) a szerződés megkötéséhez való hozzájárulásáról,

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

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

(4) A törvényes képviselő az egészségi nyilatkozaton a) tesz eleget a biztosított egészségi állapotával, és az előírt védőoltásokban való részesítésének igazolásával kapcsolatos közlési kötelezettségének;

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

(5) E kiegészítő biztosítás az ajánlatnak a biztosító által történő elfogadásával 1 éves időtartamra jön létre, de legfeljebb a főbiztosítás díjfizetési tartamának végéig.

(6) A biztosító a díjszabást 1 éves tartamokra garantálja.

a) Az 1 év elteltével a biztosító a díjszabását felülvizsgálhatja és a feltételekben meghatározott biztosítási események bekövetkezési valószínűségeinek változása esetén a díjszabását újrakalkulálhatja.

b) Az adott kiegészítő biztosításra vonatkozó új díjszabás az 1. évfordulótól kerül alkalmazásra.

(7) A tartam meghosszabbodik

a) a kiegészítő biztosítás minden biztosítási évfordulóján automatikusan újabb 1 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 1 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 1 évben is változatlan feltételekkel és díjszabással marad érvényben.

(10) A várakozási idő:

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

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

c) baleseti gyermekvédelmi csomag választási esetén nincs várakozási idő.

5. § Szolgáltatás az egyes biztosítási események be- következése esetén

- (1) A szolgáltatás meghatározása
- Baleseti gyermekvédelmi csomag választása esetén, az abban meghatározott biztosítási esemény be-
következtekor a biztosító az 1. számú mellékletben
meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.
 - Súlyos betegségekre és balesetekre szóló gyer-
mekvédelmi csomag választása esetén a biztosító a fel-
tételekben megnevezett súlyos betegségek, balesetből
eredő súlyos fogyatékoságok és súlyos törések, vala-
mint a biztosított halála esetén az adott esetre vonat-
kozó 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 von-
natkozó paragrafusaiiban foglaltakon túl akkor, ha**
- a biztosított megbetegedése, balesete, illető-
leg halála öngyilkossági kísérlettel összefüggés-
ben, alkoholizmus, illetőleg kábítószer-fogyasztás,
vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként való alkalmazása
következtében alakult ki, illetőleg követ-
kezett be;**
 - a törvényes képviselő sértette meg a közlési
kötelezettséget;**
 - a biztosított az életkorának megfelelő kötelező
védőoltásokat nem kapta meg;**
 - 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 súlyos betegséget a biztosító orvosa állapítja
meg a kezelést végző egészségügyi szolgáltató által ki-
állított és a törvényes képviselő által benyújtott doku-
mentumok, valamint a 3. számú melléklet alapján.
 - A biztosító a kárigény elfogadása esetén a súlyos
betegségekre vonatkozó aktuális biztosítási összeg 1.
számú mellékletben meghatározott hányadának meg-
felelő biztosítási szolgáltatást nyújtja.
 - A biztosító akkor teljesít súlyos betegségre –
a 3. számú mellékletben az adott betegség eseteire
meghatározott feltételek fennállása mellett – szol-
galtatást, ha a biztosított a kezdeti diagnózist köve-
tő 28. napon túl életben van.**
- (4) Szolgáltatás balesetből eredő súlyos fogyatékos-
ságok esetére.
- Súlyos fogyatékoság e feltételek vonatkozásában
a 4. számú mellékletben meghatározott testrésznek a
kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesetet
követő két éven belül bekövetkező elvesztése.
 - A fogyatékoságot a biztosító orvosa állapítja
meg a kezelést végző egészségügyi szolgáltató által ki-

állított és a törvényes képviselő által benyújtott doku-
mentumok, valamint a 4. számú mellékletben közölt
táblázat alapján.

- A biztosítási tartam során a balesetből eredő sú-
lyos fogyatékoságra vonatkozó védelem megszűnik
a biztosítási hónapfordulón akkor, ha a súlyos fogyá-
tékoságokra teljesített, az egyes kifizetések számítási
alapjául szolgáló (adott szolgáltatások mértékeinek az
aktuális biztosítási összegekhez viszonyított arányait
meghatározó, a 4. számú mellékletben közölt) arány-
számok összege eléri a 100%-ot.
 - A balesetből eredő súlyos fogyatékoságra nyúj-
tandó szolgáltatás alapja a súlyos betegségre vonat-
kozó aktuális biztosítási összeg 20%-a. A biztosító a
súlyos fogyatékoságra benyújtott kárigény elfogadása
esetén ezen összeg 4. számú mellékletben meghatáro-
zott hányadát fizeti ki.
 - A biztosító e szolgáltatást a várakozási idő alatt is
nyújtja.
- (5) Szolgáltatás balesetből eredő súlyos törések esetére
- Súlyos törés a biztosított balesetéből eredő, az 5.
számú mellékletben meghatározott testrészen, cson-
tonaton a baleset során azonnal elszenvedett törés.
 - Nem terjed ki a súlyos törésre vonatkozó biz-
tosítási védelem arra a biztosított személyre, aki
osteogenesis imperfectában (törékenységet okozó
betegségben) szenved, ha a biztosítási esemény ezzel
összefüggésbe hozható.
 - A súlyos törés bekövetkezését a biztosító orvosa
állapítja meg a kezelést végző egészségügyi szolgáltató
által kiállított és a törvényes képviselő által benyújtott
dokumentumok, valamint az 5. számú mellékletben
közölt meghatározások alapján.
 - Amennyiben a baleset előtt már meglévő beteg-
ségek vagy fogyatékoságok közrehatottak a baleset
következményeiben és a közrehatás legalább 25 szá-
zalékos, a biztosító a fizetendő összeget a közrehatás
mértékével csökkenti. A közrehatást és mértékét a
biztosító orvosa állapítja meg.
 - A biztosítási évben bekövetkező több baleset
esetén is jár szolgáltatás, de a biztosító a biztosítási év
során legfeljebb a súlyos törésekre meghatározott ak-
tuális biztosítási összeget fizeti ki.
 - A balesetből eredő súlyos törésekre nyújtandó
szolgáltatás alapja a súlyos betegségre vonatkozó ak-
tuális biztosítási összeg 5%-a. A biztosító a súlyos tö-
résre benyújtott kárigény elfogadása esetén ezen ösz-
szeg 5. számú mellékletben meghatározott hányadát
fizeti ki.
 - A biztosító e szolgáltatást a várakozási idő alatt is
nyújtja.
- (6) Támogatás halál esetére
- A biztosító a biztosítottnak a várakozási idő után bár-
mely okból bekövetkező, illetőleg a várakozási idő
alatt bekövetkező baleseti halála esetén a súlyos beteg-

ségekre vonatkozó aktuális biztosítási összeg 2%-ának megfelelő támogatást nyújt.

(7) A kiegészítő biztosítás biztosítási összege nem nő az általános feltételek 1. számú mellékletének 10. bekezdése szerint számított töredékbónusz többlet-összegével.

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 kideríthetetlené válnak.**

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

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

b) a törvényes képviselő által benyújtott kárigény;

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

(3) A biztosító az elbíráláshoz szükséges, a megbetegedés vagy sérülés bekövetkeztét, illetőleg egyes esetekben a műtét vagy más beavatkozás, valamint a kezelés elvégzését igazoló és benyújtandó dokumentumokat az ezen esetek meghatározását is tartalmazó 3., 4. és 5. 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 fogyatékoságokkal közvetve vagy közvetlenül összefüggő balesetekre, valamint balesetből eredő egészségkárosodásokra.

10. § Egyéb rendelkezések

(1) A kiegészítő biztosítás megszűnik:

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

b) a biztosított halála esetén;

c) ha a szerződő írásban felmondja a kiegészítő biztosítást;

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

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

f) a főbiztosítás megszűnésekor;

g) a főbiztosítás díjfizetési tartamának a végén;

h) a főbiztosításnak a biztosított halála esetén történt díjmentesítés leszállításával;

i) a főbiztosításnak a díjmentesítés rokkantság esetén kiegészítő biztosítás alapján történő díjmentesítésével;

j) a főbiztosítás díjmentes leszállításával;

k) azon biztosítási év végén, amelyben a kiegészítő biztosítás biztosítottja betölti 18. életévét;

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

m) díjnemfizetés miatt.

Budapest, 2012. szeptember 3.

A gyermekek baleseteire és súlyos betegségeire szóló kiegészítő biztosítás 1. számú melléklete

SZOLGÁLTATÁSOK ÖSSZEFOGLALÓ TÁBLÁZATA

Biztosítási esemény / Biztosítási összeg	Súlyos betegségekre és balesetekre szóló gyermekvédelmi csomag (MEB-G01, MEB-G03)	Baleseti gyermekvédelmi csomag (MEB-G02, MEB-G04)
A) Balesetek		
I. Baleseti halál		500 000 Ft
II. Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás		500 000 Ft
III. Baleseti eredetű csonttörés		50 000 Ft
B) Súlyos betegségek	5 000 000 Ft	
C) Balesetből eredő súlyos fogyatékoságok	1 000 000 Ft	
D) Balesetből eredő súlyos törések	250 000 Ft	
E) Halálozás	100 000 Ft	

A) Baleseti gyermekvédelmi csomag

A biztosítási esemény bekövetkezése, illetőleg a kárigény elfogadása esetén a biztosító az alábbi szolgáltatásokat teljesíti:

Szolgáltatás

I. Baleseti halál

100%

- A biztosító a biztosított baleset miatt bekövetkező halála esetén a kiegészítő biztosítás a biztosítási esemény bekövetkeztekor aktuális, tartozásokkal csökkentett biztosítási összegét fizeti ki a kedvezményezett részére.
- A kiegészítő biztosítás biztosítási összege nem nő az általános feltételek 1. számú mellékletének (10) bekezdése szerint számított utolsó töredék bónusz többletösszegével.
- Amennyiben a biztosított a baleset időpontjától számított egy éven belül a baleset következtében meghal, a biztosító maradandó egészségkárosodás jogcímen szolgáltatást nem teljesít. Amennyiben a biztosított ugyanazon balesetből kifolyólag már részesült a biztosító baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosításának szolgáltatásában, a baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás alapján kifizetendő biztosítási összegből a biztosító a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítás alapján kifizetett szolgáltatást levonja.

II. Baleseti eredetű maradandó (11-100%-os mértékű) egészségkárosodás

100%

- A biztosító a biztosítottnak a kiegészítő biztosítás tartamán belül történt balesete miatt, a baleset időpontjától számított két éven belül bekövetkezett 11%-os vagy annál magasabb mértékű maradandó egészségkárosodása esetén, a kiegészítő biztosítás aktuális, a biztosítási esemény bekövetkeztekor érvényben lévő és a tartozásokkal csökkentett biztosítási összegének az egészségkárosodás fokával megegyező százalékát fizeti ki a kedvezményezett részére.
- A biztosító kifizetése a biztosítási összeg 100 százalékát nem haladhatja meg.
- Az ujjak hiányai nem, valamint törései és repedései sem adódnak össze és több ujj adott biztosítási eseményből eredő elvesztése, valamint maradandó egészségkárosodással járó törése és repedése esetén is csak egyszeri szolgáltatás jár.

III. Baleseti eredetű csonttörés

10%

- A biztosító a biztosított csonttörése esetén a kiegészítő biztosítás aktuális, a biztosítási esemény bekövetkeztekor érvényben lévő és a tartozásokkal csökkentett biztosítási összegét fizeti ki a kedvezményezett részére.
- Ugyanazon balesetből eredő csonttörésre egyszer nyújtható be szolgáltatási igény.

B) Súlyos 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 vérkészítménnyel, min. 2 hónapon keresztül	100%
b) Rendszeres, legalább 1 hónapon keresztül folytatott immunszuppresszív kezelés	50%
c) Csontvelő átültetés	100%
V. Vírus hepatitisek (vírusos májgyulladás: hepatitis B, C, D, E - kivéve Hepatitis A)	
A májenzimek adott életkori normálértékekhez viszonyított min. 4-szeres emelkedése, amelynek a kezelést követően is legalább 6 hónapon keresztül fenn kell állnia	100%
VI. Epilepszia (központi idegrendszer visszatérő görcsös rohamokkal, tudatzavarokkal járó megbetegedése)	
a) Több mint heti egy alkalommal ismétlődő „nagy” roham, amely a megfelelőnek tartott kezelés ellenére több mint 2 éve tart	100%
b) Több mint havi egy, de kevesebb mint heti egy alkalommal ismétlődő „nagy” roham, amely a megfelelőnek tartott kezelés ellenére több mint 2 éve tart	20%
VII. Krónikus, szerzett szívbetegségek	
a) A kiváltó betegség adekvát kezelése ellenére, 6 hónapon túl is megállapítható, NYHA (Amerikai Kardiológus Társaság; New York Heart Association) klasszifikációja szerint	
II. fokozatú vagy súlyosabb	50% (II., III.) és 100% (IV.)
b) Az adott kiváltó betegség gyógyultnak nyilvánítása után legalább 6 hónappal még fennálló, NYHA II. fokozatú vagy ennél súlyosabb kardiológiai szövődmény	50% (II., III.) és 100% (IV.)
VIII. Bénulások	
a) A gerincvelő valamely betegségének következtében kialakult, egy végtag (teljes kar, vagy teljes láb) állandó, tartós bénulása	50%
b) A gerincvelő valamely betegségének következtében kialakult, teljes egyoldali, vagy kétoldali, vagy minden végtagot érintő bénulás	100%
IX. Vakság	
a) Akut betegség következtében kialakult maradandó látáskiesés egy szemén	50%
b) Akut betegség következtében kialakult maradandó látáskiesés két szemén	100%
X. Sükettség	
a) Akut betegség következményeképpen kialakult teljes, végleges halláskiesés minden hangfrekvencia tartományban egy fülben	20%
b) Akut betegség következményeképpen kialakult teljes, végleges halláskiesés minden hangfrekvencia tartományban mindkét fülben	50%

XI. Vérvérkéztítmény következtében kialakult HIV fertőzés

AIDS, illetve HIV fertőzés, amely bizonyíthatóan valamely olyan humán vérvérkéztítmény 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. Inzulin dependens diabetes mellitus (DM-I)

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

C) 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 4. számú melléklet rendelkezései szerint meghatározott hányadát fizeti ki.

D) Balesetből eredő súlyos törések

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

E) Halálozás

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

Budapest, 2012. szeptember 3.

A gyermekek baleseteire és súlyos betegségeire szóló kiegészítő biztosítás 2. számú melléklete

BALESETI GYERMEKVÉDELMI CSOMAG

I. Baleseti halál

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

II. Baleseti eredetű maradandó (11-100%-os mértékű) egészségkárosodás

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

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

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

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

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

– a munkaképesség megváltozása;
– a sport, vagy bármely hobbitevékenység abbahagyásának kényszere;

– a baleset következtében kialakuló hátrányos esztétikai következmények és egyéb hátrányok.

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

– Az egészségkárosodásnak a biztosító orvosa által megállapítandó fokánál a munkaképesség-csökkenés megállapításra jogosult hatóság által kiadott szakvéleményben vagy a rokkantsági, illetve rehabilitációs ellátásra jogosító határozatban megállapított, vagy hivatkozott egészségkárosodás mértéke nem irányadó, továbbá az orvost más orvossalakértői 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.

III. Baleseti eredetű csonttörés

(1) A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítás tartamán belül történt baleset miatt azonnal bekövetkező csonttörései, csontrepedései (kivéve a fog töréseit, repedéseit).

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

Budapest, 2012. szeptember 3.

A gyermekek baleseteire és súlyos betegségeire szóló kiegészítő biztosítás 3. számú melléklete

SÚLYOS BETEGSÉGEK

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

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

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

A kárigény elbírálásához kórházi zárójelentés és az önálló 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 önálló képesség súlyos zavara esetén a szolgáltatás az aktuális biztosítási összeg 100%-a.

(3) A biztosító nem nyújt szolgáltatást az alábbi esetekre:

- Az ún. premalignusnak leírt, de nem egyértelműen a rosszindulatúság tulajdonságait hordozó kórképekre, beleértve az ún. in situ carcinomát is.
- Szövetani 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.
- A bőr basaliomái és a hyperkeratosiok minden formájára (igen lassú növekedés).
- A bőr elszarusodó sejt carcinomájának bármely formájára, amely nem terjed más szövetbe.
- Minden AIDS-szel, illetve HIV-fertőzéssel kapcsolatos daganatra, beleértve a Kaposi sarcomát is.
- 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 elválkozás,

- hólyag papilloma,
 - vastagbél polyposis,
 - Crohn betegség,
 - colitis ulcerosa,
 - haematuria (vérvizelés),
 - véres széklet,
 - vérköpés,
 - nyirokcsomó-megnagyobbodás (lymphadenopathia),
 - lépmegnagyobbodás (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:
- az erre vonatkozó dokumentumok benyújtását és a betegség kezelőorvos általi igazolásának elfogadását követően, függetlenül attól, hogy a biztosító a betegség fennmaradásával összefüggésben a biztosítási szolgáltatást később teljesíti-e, vagy attól eláll;
 - mely támogatást levonja az ugyanezen eseményre esetleg később teljesítésre kerülő biztosítási szolgáltatásból.

II. Agyhártyagyulladás (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 önálló képesség súlyos zavaraihoz vezetett.

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

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

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

(3) A biztosító nem nyújt szolgáltatást a HIV-fertőzés-sel 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 megkülönböztünk 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 zavar esetén a szolgáltatás az aktuális biztosítási összeg 100%-a.

(3) A biztosító nem nyújt szolgáltatást az alábbi esetekre:

- a) akut cerebellaris ataxia,
- b) Guillain-Barré-szindróma,
- c) HIV-fertőzés kapcsán kialakult encephalitis.

IV. Csontvelő-elégtelenség (Aplasticus anaemia)

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

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

A kárigény elbírálásához a biztosító által előírt, a szakorvosi véleményben írásban rögzítendő diagnosztikus kritérium: csontvelőpunciós 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) transfúzió valamely vérszítménnyel, min. 2 hónapon keresztül, ehhez a biztosító az aktuális biztosítási összeg 100%-át nyújtja;
- b) rendszeres, legalább 1 hónapon keresztül folytatott immunosuppressív 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:

- a) iatrogen,
- b) non-steroid gyulladásgátló-,
- c) sugár- vagy
- d) kemoterápia következtében kialakult csontvelő-károsodás,
- e) veleszületett aplasticus anaemia,
- f) krónikus anaemia.

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

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

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

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

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

(2) Kizárandó: Hepatitis A.

VI. Epilepszia

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

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

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

- traumás agysérülések,
- agyműtétek,
- szülés alatti hypoxia,
- encephalitis.

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

- A „nagy roham” több mint heti egy alkalommal ismétlődő roham, a vázizmok összességére kiterjedő tonosus-clonusos görcsrel társuló eszméletvesztéssel.
- A biztosító szolgáltatása az igazolt és megfelelőnek tartott kezelés ellenére több mint 2 éve tartó, egy-nél többszöri heti gyakoriságú „nagy roham” esetén az aktuális biztosítási összeg 100%-a.
- A biztosító szolgáltatása az igazolt és megfelelőnek tartott kezelés ellenére több mint 2 éve tartó, egy-nél többszöri havi, de heti egynél kisebb gyakoriságú „nagy roham” esetén az aktuális biztosítási összeg 20%-a.

VII. Krónikus, szerzett szívbetegségek

A kárigény benyújtása akkor lehetséges, ha:

- igazolható az adott kiváltó betegség gyógyultnak nyilvánítása után legalább 6 hónappal még fennálló, NYHA II. fokozatú vagy ennél súlyosabb kardiológiai szövödmény;
- vagy a kiváltó betegség adekvát kezelése ellenére, 6 hónapon túl is megállapítható olyan kardiológiai utóképp, 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

- ha a panaszok minősítése minimum NYHA II. vagy III., akkor a biztosító szolgáltatása az aktuális biztosítási összeg 50%-a;
- 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 kizárólag alkohol- vagy drogfogyasztás következtében kialakult szívbetegség, egyéb kiváltó ok nélkül;
- a kizárólag veleszületett kamrai vagy pitvari sövényhiba következtében kialakult másodlagos szívbetegség, egyéb kiváltó ok nélkül;
- 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:

- hipertónia (kétes esetben 24 órás méréssel igazolva),
- angina pectoris,
- bizonyítható arteriosclerosis, vagy koszorúér-betegség,
- ritmuszavar,
- detektálható, abnormális EKG eltérés,
- az adott életkorban normálisnak elfogadottnál magasabb szérum 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 kórállapot állandó és tartós voltának megállapítása. A kárigényhez kórházi zárójelentés benyújtása is szükséges!

(1) A szolgáltatás az elfogadott kárigények esetén:

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

- (2) Kizárandó:
- veleszületett bénulás,
 - a végtagok részleges bénulása.
- (3) Nem jár a szolgáltatás abban az esetben, ha a biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetét követő 2 éven belül jelentkező olyan diagnózisból ered, amely az alább felsorolt kórállapotokkal, illetőleg tünetekkel összefügg, és amelyek a szerződés megkötése előtt már jelentkeztek, és erről a törvényes képviselő bizonyíthatóan tudomással bírt, vagy tudomással kellett volna bírnia:
- sclerosis multiplex,
 - egyéb agyi vagy gerincvelőt érintő megbetegedés,
 - egyéb idegrendszeri betegség,
 - pszichológiai kórállapotok (pseudo-paralysis).

IX. Vakság

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

- (1) Kizárandó: bármely más mértékű látásromlás!
- (2) Nem jár a szolgáltatás abban az esetben, ha a biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetét követő 2 éven belül jelentkező olyan diagnózisból ered, amely az alább felsorolt kórállapotokkal, illetőleg tünetekkel összefügg, és amelyek a szerződés megkötése előtt már jelentkeztek, és erről a törvényes képviselő bizonyíthatóan tudomással bírt, vagy tudomással kellett volna bírnia:
- diabetes mellitus,
 - glaucoma (zöldhályog),
 - trachoma,
 - cataracta (szürkehályog).
- (3) Szolgáltatás:
- Ha végleges vakság alakul ki egy szemem, akkor a biztosító szolgáltatása az aktuális biztosítási összeg 50%-a.
 - Ha végleges vakság alakul ki mindkét szemem, 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 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 közép- vagy belső fül krónikus gyulladása,
 - korábbi halláscsökkenés.
- (3) Szolgáltatás:
- Ha végleges süketség a gyermek 2 éves korát követően alakul ki egy fülben, akkor a biztosító szolgáltatása az aktuális biztosítási összeg 20%-a.
 - Ha végleges süketség alakul ki mindkét fülben, akkor a biztosító szolgáltatása az aktuális biztosítási összeg 50%-a.

XI. Vérkésztípus következtében kialakult HIV-fertőzés

Kizárólag az az AIDS, illetve HIV-fertőzés, amely bizonyíthatóan valamely olyan humán vérkésztípus beadása következtében alakult ki, amelyet a biztosított a kockázatviselés kezdetét követően kapott. A kárigény benyújtásához csatolni kell a fertőzött vérkésztípust 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 vérkésztípus 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 inzulinkezelés igazolása. Ezen túl a kárigényhez a kórházi zárójelentések benyújtása is szükséges!

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

Budapest, 2012. szeptember 3.

A gyermekek baleseteire és súlyos betegségeire szóló kiegészítő biztosítás 4. 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, 2012. szeptember 3.

A gyermekek baleseteire és súlyos betegségeire szóló kiegészítő biztosítás 5. 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 vagy nyílt:	50%
Nyaki vagy ágyéki gerinctörés,	amennyiben legalább egy végtag teljes bénulásához vezet:	100%
Háti (thoracicus) gerinctörés,	amennyiben legalább egy végtag teljes bénulásához vezet:	100%
Medencecsont-törés,	az acetabulum szilánkos törése esetén:	80%
	stabil és instabil törés:	40%
Combnyaktörés, vagy kulcscsonttörés, amely a vállízületet is érinti,	impaktált, nyílt és szilánkos:	80%
	impaktált és szilánkos:	70%
	nyílt és szilánkos:	60%
Femur distalis törései, tibia-fej törések, humerus distalis törései, radius fejes törés,	amennyiben az ízületet is involválja, szilánkos, nyílt és impaktált:	60%
	amennyiben involválja az ízületet, szilánkos és impaktált:	50%
	ízületi érintettséggel, szilánkos vagy impaktált:	40%
Tibia, radius, ulna distalis törései, calcaneus törés,	ízületi érintettséggel, szilánkos, nyílt és impaktált:	50%
	ízületi érintettséggel, szilánkos és impaktált:	40%
Bokatörés, malleolaris fracturák, bokacsont-törés, csuklótörés,	szilánkos, nyílt és impaktált:	50%
	szilánkos és impaktált:	40%
Scapula vagy felkarfej törés,	vállízületi érintettséggel, szilánkos, nyílt és impaktált:	80%
	vállízületi érintettséggel, szilánkos és impaktált:	70%
	vállízületi érintettséggel, nyílt vagy szilánkos:	60%
Könyök (oelcranon) törés,	szilánkos, nyílt és impaktált:	60%
	szilánkos és impaktált:	50%
	nyílt vagy szilánkos:	40%

Budapest, 2012. szeptember 3.

SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK MYMETLIFE INTERNETES FELÜLET HASZNÁLATÁRA

1. § A MyMetLife 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 MyMetLife olyan internetes kezelőfelület, amelynek segítségével a szerződő elektronikusan – ügyfélszolgálat, illetőleg közvetítő (függő és független biztosításközvetítő, alkusz) igénybevétele nélkül – az érvényesen létrejött és hatályban lévő, vagy még reaktíválható 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.metlifelife.hu/mymetlife oldalon. Az első belépéskor az elsődleges elérési kódot a szerződő köteles megváltoztatni, annak hiányában a MyMetLife 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. A biztosító kizárja a felelősséget azokért a károkért, amelyek amiatt következtek be, hogy az elérési kód a szerződőn kívüli más személy tudomására jutott, kivéve, ha erre a biztosító gondatlansága miatt került sor.**

6. § (1) A szerződő a MyMetLife 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 2007. évi CXXXVI. törvényben előírt okmányok bemutatása szükséges.

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

- **Örszem árfolyamfigyelő szolgáltatás beállítása,**
- 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:

- díjfizetés változtatása,
- biztosítási összeg változtatása,
- díjmentes leszállítás,
- részleges visszavásárlás,
- rendszeres díj kiegyenlítése eseti díjas befektetéshez kötött kiegészítő biztosítási számláról,
- kedvezményezett változása,
- személyes adatok módosítása:
 - cím,
 - lakcímkártya adatai,
 - személyi azonosító okmány adatai,
 - adóazonosító jel,
 - e-mail cím,
 - telefonszám.

10. § **Örszem árfolyamfigyelő szolgáltatás beállítása**

(1) Az Örszem árfolyamfigyelő szolgáltatás a MyMetLife ügyfélkapun keresztül állítható be.

(2) Az árfolyamfigyelő szolgáltatást eszközalaponként kell beállítani.

(3) Az Örszem árfolyamfigyelő szolgáltatásnak két funkciója van. Egyrészt értesítést küld vagy automatikusan áthelyezi az adott eszközalapban lévő befektetési egységeket az ügyfél által előre megadott eszközalapba, ha a megfigyelt befektetési egységalap árfolyamának csökkenése elérte vagy meghaladta a szerződő által megadott határértéket; másrészt értesítést küld, vagy automatikusan áthelyezi az adott eszközalapban lévő befektetési egységeket az ügyfél által előre megadott eszközalapba, ha 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-t minden esetben a szerződő által megadott telefonszámra küldi. **A biztosító az SMS 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 eszközalapokhoz 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 következményeire való felelősségét nem érinti.

(6) Az Őrszem automatikus funkciói által kiváltott egységáthelyezések költsége megegyezik a **MyMetLife kezelőfelületen** kezdeményezett egységáthelyezések tranzakciós költségével, melynek aktuális mértékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

(7) Az Őrszem árfolyamfigyelő szolgáltatás funkciói által kiváltott, illetve kezdeményezett egységáthelyezés az általános szerződési feltételekben meghatározott általános egységáthelyezés szabályainak megfelelően történik.

A) Stop loss funkció

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

(2) Az árfolyamfigyelő szolgáltatás stop loss funkciójának 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 árfolyamának csökkenése elérte vagy meghaladta a szerződő által megjelölt határértéket.

b) A **kézi stop loss** figyelmeztetés beállítása esetén a biztosító SMS-t küld a szerződőnek, amennyiben a befektetési egységalap árfolyamának csökkenése elérte vagy meghaladta a szerződő által megjelölt határértéket. Ebben az időpontban automatikus áthelyezés nem történik.

(3) A stop loss funkció az egységáthelyezés, illetve az SMS értesítés küldésének időpontjában elindítja a

stop loss funkcióhoz kapcsolódó start buy funkciót, amely a megfigyelt eszközalap árfolyam-növekedését vizsgálja, amennyiben nincs aktív státuszú start buy funkció beállítva az automatikus stop loss funkció által indított egységáthelyezés időpontjában (B) (3) b), illetve c)).

(4) Az árfolyamesés mértékének beállítása:

a) Adott befektetési egységalapra történő abszolút ár beállítása esetén a stop loss funkció aktiválódik, 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 aktiválódik és a biztosító a (2) bekezdés szerinti szolgáltatást teljesíti, amennyiben az aktuális árfolyam csökkenése eléri, vagy meghaladja a szerződő által beállított értéket.

(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 start buy funkciójának alaptípusai:

a) A **kézi start buy** figyelmeztetés beállítása esetén a biztosító SMS-t küld a szerződőnek, amennyiben a befektetési egységalap árfolyamának emelkedése elérte vagy meghaladta a szerződő által megjelölt határértéket. Ezen opció választása esetén a szerződő az SMS-ben kapott értesítés alapján a **MyMetLife felületen** az egységeit más eszközalapba vagy eszközalapokba **helyezheti át**.

b) Az **automatikus start buy** figyelmeztetés és automatikus egységáthelyezés beállítása esetén a biztosító a szerződő előzetes rendelkezése alapján automatikus egységáthelyezést végez, amennyiben a befektetési egységalap árfolyamának emelkedése elérte vagy meghaladta a szerződő által megjelölt határértéket.

(3) A start buy funkció indításának módjai:

a) A szerződő által a MyMetLife ügyfélporthálón

kezdeményezett start buy funkció beállítása esetén a szerződő bármely eszközalapra (0 Ft, illetve € aktuális értékkel bíró eszközalap(ok)ra is) beállíthatja az Őrszem árfolyamfigyelő szolgáltatás start buy funkcióját.

b) Automatikus stop loss funkcióhoz kapcsolódó start buy funkció: az automatikus stop loss funkció választása esetén, ha az eszközalap árfolyamesése elérte a szerződő által megadott mértéket és az egységáthelyezés megtörtént, az árfolyamfigyelés tovább folytatódik. Ekkor a megfigyelt eszközalap árfolyamnövekedését vizsgálja a rendszer. Amennyiben az árfolyam-növekedés eléri a szerződő által megadott mértéket, a rendszer – a szerződő választásától függően – SMS értesítést küld (kézi start buy) az árfolyam-emelkedésről, vagy a rendszer az SMS értesítésen túl el is végzi az automatikus egységáthelyezést (automatikus start buy).

c) Kézi stop loss funkcióhoz kapcsolódó start buy funkció: a kézi stop loss funkció választása esetén, ha az eszközalap árfolyamesése elérte a szerződő által megadott mértéket és a rendszer elküldte az SMS értesítést a szerződőnek, az árfolyamfigyelés tovább folytatódik. Ekkor a megfigyelt eszközalap árfolyamnövekedését vizsgálja a rendszer. Amennyiben az árfolyam-növekedés eléri a szerződő által megadott mértéket, a rendszer SMS értesítést küld (kézi start buy) az árfolyam-emelkedésről.

(4) Az árfolyam-emelkedés mértékének beállítása:

a) Adott befektetési egységalapra történő abszolút ár beállítása esetén a start buy funkció aktiválódik és a biztosító a (2) bekezdés szerinti szolgáltatást teljesíti, amennyiben a befektetési egységalap aktuális ára eléri a szerződő által beállított abszolút árat (fix érték vagy ár).

b) Relatív százalékos érték beállítása esetén – amelyet a biztosító minden értékelési napon a megbízás megadásának napjától eltelt időszak legalacsonyabb árfolyamértékéhez viszonyít – a start buy funkció aktiválódik 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 napon érvényes árfolyamon (T+2 nap) hajtja végre (amely eljárás egyezik a főbiztosítás és a kiegészítő biztosítás feltételeiben meghatározott rendelkezésekkel), míg a többi tranzakciót és a módosításokat a fő-, illetőleg a kiegészítő biztosítások feltételeiben meghatározott időtartamon belül hajtja végre.

12. § Egyes tranzakciók formanyomtatványon történő kezdeményezése esetén a biztosító ügyfélszolgálat

további adatok megadását, igazolásokat, hozzájárulások beszerzését igényelheti, adategyeztetést végezhet, illetőleg ilyen feladatokra a szerződés közvetítőjét felkérheti. Ilyen esetben a tranzakció végrehajtására, vagy a szerződés adatainak módosítására kizárólag a szükséges intézkedés végrehajtását követően kerülhet sor.

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

14. § **A tranzakciók automatikus végrehajtása miatt a biztosító nem vizsgálja az egyes tranzakciók 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 MyMetLife 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 MyMetLife 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 üzemenzavarára vezethető vissza, ideértve a MyMetLife elleni elektronikus támadásból eredő zavarokat is.

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

21. § Abban az esetben, amennyiben a szerződő a MyMetLife használata mellett a biztosító ügyfélszolgálatán, illetőleg a közvetítőjén keresztül is kezde-



ményez tranzakciót, illetőleg a szerződés adataiban módosítást, a biztosító elsődlegesen a MyMetLife 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 tisztázni. **Amennyiben az ellentmondások tisztázása egy munkanapon belül nem lehetséges, és nem állapítható meg egyértelműen a kérelmek beérkezésének időpontja, a biztosító jogosult a párhuzamos kérelmek bármelyike alapján eljárni és a többi kérelmet figyelmen kívül hagyni. A biztosító kizárja a felelősséget a szerződő egymásnak ellentmondó, párhuzamos kérelmeivel**

kapcsolatos döntéseiből eredő károkért. Amennyiben az egymásnak ellentmondó párhuzamos kérelmek beérkezésének időpontja egyértelműen megállapítható, a biztosító a későbbi időpontban beérkezett kérelem alapján jár el.

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

Budapest, 2012. szeptember 3.

CÉGISMERTETŐ

A MetLife Inc. bemutatkozója

A MetLife Inc. a világ vezető biztosítási és életjáradék programokat, valamint munkáltatói juttatásokat kínáló vállalata, amely több mint 140 éve biztosítja azoknak az embereknek az életét, akiknek sikerült elnyernie a bizalmát. Sikereit a határozott stratégiának és vezetésnek, a társadalmi felelősségvállalásnak, a stabil befektetési politikának, valamint a széleskörű termékpalettának és minőségi szolgáltatásoknak köszönheti.

Világszerte több mint 50 országban 90 millió ügyfél ismeri el tevékenységét és bíz benne. Vállalati ügyfelei között több mint 90 olyan céget tart számon, akik a top 100 Fortune 500-as listán szerepelnek. Leányvállalatain keresztül a MetLife vezető szerepet tölt be az Egyesült Államok, Japán, Latin-Amerika, Ázsia, Európa és a Közel-Kelet piacain.

A MetLife Inc. számokban*

Alapítás:	1868
Képviselettel rendelkező országok száma:	több mint 50
Világpozíció:	Vezető az életbiztosítások, életjáradék programok és munkáltatói juttatások területén
Ügyfelek száma:	90 millió
Éves díjbevétel:	45,7 milliárd amerikai dollár
Kezelt vagyon:	Közel 800 milliárd amerikai dollár
Munkatársak száma:	66 ezer

MetLife Biztosító Zrt.

A MetLife Biztosítónál a magyar életbiztosítási piacon is értékálló hozamokat nyújtó és hosszú távú pénzügyi biztonság megteremtésére alkalmas megoldásokat kínálunk. Számunkra fontos, hogy ügyfeleinknek az elvártnál jobb minőségű szolgáltatást nyújtsunk, amelyre a jól felkészült kollégák jelentik a garanciát.

A MetLife stratégiai fontosságúnak ítéli meg jelenlétét Magyarországon, és folyamatosan keresi az üzleti növekedés lehetőségeit. Társaságunk 2012-ben lépett be a MetLife márkanévvel viselő vállalatok sorába, amikor a korábbi, Aviva Életbiztosító Zrt-ként elért üzleti eredményeinknek és növekedési lehetőségeinknek köszönhetően, a MetLife Inc. megvásárolt bennünket.

Általános információk

Cégnév: MetLife Biztosító Zrt.

Cím: 1138 Budapest, Népfürdő u. 22.

Ügyfélszolgálat: 06 40 444 445

Internet: www.metlifehungary.hu

E-mail: info@metlife.hu

Jegyzett tőke: 2,142 milliárd forint

Tulajdonos: MetLife Inc.

Adószám: 12175239-2-44

Cégjegyzékszám: 01-10-043183

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

*2011

PEANUTS © 2012 Peanuts Worldwide