

MetLife®



A **szuperhősöknek** is
szükségük van egy erős
védelmezőre



Junior Care

egyéni baleset- és betegségbiztosítás
Budapest, 2014. január 15.

TARTALOMJEGYZÉK

Tájékoztató a Junior Care biztosítási termékről	6
A MetLife Biztosító Zrt. Junior Care egyéni baleset- és betegségbiztosításának általános feltételei.	13
1. § A biztosítás tárgya, területi és időbeli hatálya	13
2. § A biztosítási szerződés alanyai	13
3. § A biztosítással kapcsolatos fogalmak.	13
4. § A biztosítási szerződés létrejötte és módosítása	15
5. § A biztosítási szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete	15
6. § Várakozási idő	15
7. § A biztosítás tartama	16
8. § A biztosítás megszűnésének esetei.	16
9. § Díjfizetés, fizetési késedelem, türelmi idő	16
10. § A biztosítás újra hatályba léptetése	17
11. § Indexálási opció	17
12. §. Kizárt kockázatok	18
13. § A biztosítási esemény bejelentése és bizonyítása	18
14. § Közlési kötelezettség és megsértésének következményei	19
15. § Bejelentési kötelezettség	19
16. § A biztosítási és az üzleti titok	19
17. § A személyes adatok kezelése	22
18. § Jognyilatkozatok	22
19. § Tájékozódás és tájékoztatás.	22
20. § Panasztételi lehetőség	23
21. § Illetékes bíróság	23
22. § Elévülés.	23
1. számú melléklet: Választható biztosítási csomagok és díjak	24
2. számú melléklet: Tájékoztató a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokról	26
3. számú melléklet: Egyes, a feltételekben meghatározott változók értékei	28
4. számú melléklet: Az asszisztencia szolgáltatások különös feltételei.	29
A gyermek biztosított balesetből származó csonttörésére és égési sérülés esetére szóló biztosítás (MET-F10, MET-F11, MET-F12, MET-F13) különös feltételei	34
A gyermek biztosított balesetből vagy betegségből származó kórházi ellátása esetén, napi térítésre (MET-NA3, MET-NA4, MET-NA5, MET-NA6) és műtéti térítésre szóló biztosítások (MET-SA3, MET-SA4, MET-SA5, MET-SA6) feltételei	36
A gyermek biztosított baleseti eredetű teljes vagy részleges rokkantsága esetére szóló biztosítás (MET-R58, MET-R59, MET-R60, MET-R61) különös feltételei.	39
A gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítások (MET-C22, MET-C23, MET-C24, MET-C25) feltételei.	41
A szülő biztosított baleseti halála esetére szóló járadék szolgáltatás kiegészítő biztosítás (MET-H83, MET-H84, MET-H85, MET-H86) különös feltételei	47

A szülő biztosított baleseti súlyos maradandó rokkantsága esetére szóló járadék szolgáltatás kiegészítő biztosítás (MET-J17, MET-J18, MET-J19, MET-J20) különös feltételei	48
A gyűjtőszámla befektetési egységekhez kötött kiegészítő biztosítás (MEB-P24) feltételei és mellékletei	49
1. számú melléklet: Gyűjtőszámla kiegészítő biztosítás költségeinek hatályos értékei	52
2. számú melléklet: Díjkezelési tájékoztató	53
Szerződési feltételek MyMetlife internetes felület használatára	54
Cégismertető.	58

Az életben a legfontosabb dolog a gyermek



A gyermekek anyagi és lelki védelme nem egy termék, hanem egy filozófiai megközelítés – felelősségteljes gondolkodás.

Felkészült arra, hogy milyen anyagi és emocionális problémákkal kell megküzdenie, ha gyermekét baleset éri vagy megbetegszik? Tudja Ön, hogy mennyi pénzre és türelemre lesz szüksége egy baleset vagy betegség esetén? Felelős szülőként előre gondoskodhat gyermekéről.

A mindennapi kockázatok pénzbe kerülnek



Milyen anyagi vonzatai vannak a szülőre nézve, ha a gyermeke megbetegszik?

- Kórházi tartózkodás és műtét esetén: megbízható orvos, jobb ellátás, külön szoba, apró ajándék a gyermeknek, stb. (kb. 100 000 forint)
- Rehabilitációs költségek: gyógyszerek, gyógytorna, könnyített gipsz, magántanár (kb. 100 000 – 200 000 forint)
- Keresetkiesés: a szülőnek otthon kell lennie a gyermekkel (a mindenkorai TB törvények szerint)



Milyen lehetőségei vannak egy szülőnek?

A gyermekek mindennap rengeteg veszélynek vannak kitéve, ami-re nem igazán lehet felkészülni. Egy kéz vagy lábtörés gyerekkorban gyakori. A különböző fertőző betegségek - főleg kisebb korban - akár hetekre is kivehetik a szülőket a munkából. Már rövidebb kórházi tartózkodás is sok extra kiadással jár és a rehabilitáció is rengeteg időt és energiát emészt fel. Ilyen és ehhez hasonló helyzetekre nagyon nehéz felkészülni és a legtöbb ember számára a lehetőségek is limitáltak. Mi-hez és kihez tudunk fordulni hasonló helyzetekben:

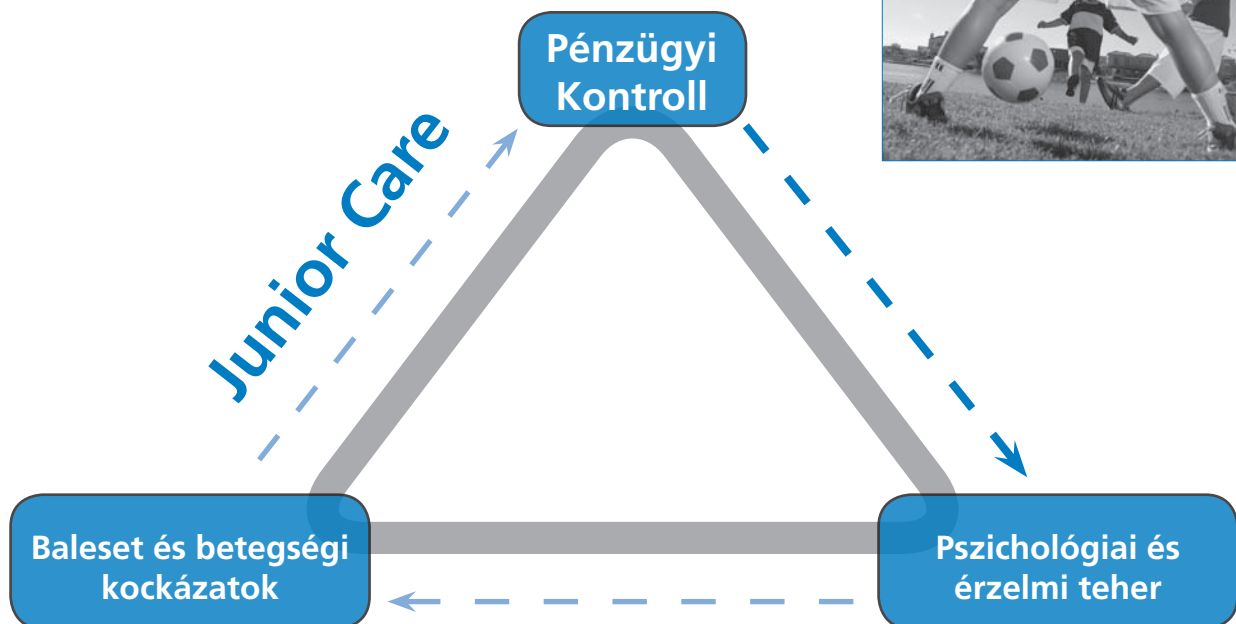
- ? Hozzányúlunk tartalékainkhoz, amit eredetileg más célra tettünk félre
- ? Ha nincsenek tartalékaink, drága gyorsított veszünk fel, hogy fedezze az extra kiadásokat
- ? Több munkát vállalunk, hogy többet takarékoskodhassunk
- ? Kölcsön kérünk a családban

vagy

Időben gondoskodunk gyermekünk megfelelő anyagi és érzelmi biztonságáról és felkészülünk a mindennapi veszélyekre.

A baleset vagy betegség váratlan, nem tervezhető esemény. Kivédeni nem lehet, de anyagilag felkészülni rá igen. A Junior Care egy átfogó szolgáltatás, ami a gyermekekre leselkedő kockázatokra nyújt egy komplex, koncepcionális megoldást.

A Junior Care lényege, hogy irányításunk alatt tartjuk pénzügyeinket és csökkentjük az érzelmi terhet:



TÁJÉKOZTATÓ A JUNIOR CARE BIZTOSÍTÁSI TERMÉKRŐL



Kérdés

Kinek szól az ajánlatunk?

Válasz

A biztosítást azon ügyfeleknek ajánljuk, akik egy szerződésen belül szeretnék védelmet biztosítani a gyermekeket vagy szülőket érő, váratlan balesetek és betegségek esetén felmerülő anyagi terhek fedezetére. Az anyagiakon kívül a nehéz helyzetekben igénylik azt a szakmai háttér segítséget, ami biztonságot nyújthat az egészségügyi rendszeren belüli eligazodásban, gyors hozzáférést biztosít diagnosztikai eszközökhöz, adhat egy második orvosi véleményt vagy nehéz élethelyzetben a pszichés terhek feldolgozásában is segítséget nyújt gyermekük számára. A biztosítás gyermek biztosítottá köthető akár a születést követő első naptól. A baleseti és betegségi kockázatok fedezete mellett a szerződés lehetőséget biztosít akár kis összegek alkalmoszerű, megtakarítási céllal történő elhelyezésére is.



Példa

Egy szerződésben a családon belül több gyermek is biztosítható, valamint a gyermek biztosítottak mellett lehetőség van egy vagy két szülő biztosítási védelméről is gondoskodni.

Figyelem: gyermek biztosítottakra a biztosítást 15 éves korig lehet megkötni és a biztosítás a 21 éves kor betöltését követően lejár.

Fontos!

Családi biztosítás esetén minden további gyermek, illetve a második szülő biztosított részére az elsőként biztosított gyermek vagy felnőtt biztosított díjtételéhez képest 10% kedvezményt ad a biztosító.



Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosítás?

A szerződő által az ajánlati nyomtatványon minden biztosítottra négy, eltérő szolgáltatási összegeket tartalmazó biztosítási csomag közül tud választani. A biztosító a választott csomag szerinti szolgáltatásokat nyújtja, amelyek az alábbi váratlan események esetére szolgáltathatnak anyagi térítést.

Gyermek biztosítottra vonatkozó szolgáltatások:

- Csonttörés esetén a csonttörés fajtájától függ a szolgáltatás mértéke.



Magyarázat

Ha a gyermek biztosított például korcsolyázás közben eltöri a kezét, mivel egyszerű zárt törés esetén a biztosító a térítési táblázat alapján a biztosítási összeg 15%-át fizeti ki, a 2-es csomag választása esetén a biztosító 30 000 Ft-ot szolgáltat. Ha a korcsolyázásra a téli szünetben került sor, akkor dupla szolgáltatást, azaz 60 000 Ft-ot fizet a biztosító.

(Részletek a 34. oldalon.)

- Égési sérülés esetén az égési sérülés mélységétől és az égéssel érintett bőrfelület nagyságától függ a szolgáltatás mértéke.



Magyarázat

Ha például a kisgyermek a konyhában segít édesanyjának és közben megégeti a kezét, amennyiben a megégett terület a bőrfelület 4,5%-át teszi ki és másodfokú az égési sérülés, a biztosító a biztosítási összeg 16%-át, azaz 3-as csomag választása esetén pl. 48 000 Ft-ot fizet ki.

(Részletek a 34. oldalon.)

- Baleseti és betegségi kórházi napi térítés szolgáltatás esetén akkor térít a biztosító, ha a gyermek biztosított legalább 3 napot kórházban töltött. Ilyen esetben a kórházban töltött napok számát a biztosítási összeggel szorozva alakul ki a szolgáltatási összeg.

Kérdés

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosítás?

Válasz

- *Baleseti és betegségi műtéti térítés* esetén akkor nyújt szolgáltatást a biztosító, ha a beteg, vagy balesetet szenvedett gyermeket kórházba utalják és orvos által előírt – a biztosító műtéti listájában szereplő – műtétet végeznek el rajta.

**Magyarázat**

Ha a gyermek biztosított egy hetet kórházban tölt, mialatt mandulaműtétet végeznek, akkor kórházi napi térítésre 7*10 000 Ft-ot, azaz 70 000 Ft-ot, műtéti térítésre további 300 000 Ft-ot szolgáltat a biztosító 4-es csomag választása esetén.

(Részletek a 36. oldalon.)

- *Baleseti rokkantság* bekövetkezése esetén a biztosítási összegnek a rokkantság mértékével azonos százaléka kerül kifizetésre.

**Magyarázat**

A jobb alkar radiális idegének teljes bénulását eredményező baleset esetén például 20%-os térítés jár, ha jobbkezes a balesetet szenvedett gyermek, azaz ha a szülő 4-es csomagot választotta, 900 000 Ft-ot fizet a biztosító ilyen súlyos következménnyel járó baleset esetén.

(Részletek a 39. oldalon.)

- A biztosítási csomag anyagi védelmet nyújt *20 féle kritikus betegség*, illetve azokkal összefüggő műtét esetére is.

**Magyarázat**

Ha a gyermek biztosítottnál valamilyen kritikus betegséget, például agyhártyagyulladást diagnosztizálnak, a biztosító kifizeti a teljes biztosítási összeget, amely az 1-es csomag esetében 1 500 000 Ft, de ha a szülő a 4-es csomagot választotta, akkor 4 500 000 Ft-ot fizet ki a biztosító súlyos betegség esetén.

(Részletek a 41. oldalon.)

Fontos!

Ha a csonttörést, az égési sérülést, vagy a maradandó károsodást okozó baleset a hivatalos tanítási szünet időszakában következett be, a szolgáltatási összeg kétszeresen, tehát 100%-kal növelten kerül kifizetésre.

**Szülő biztosítottra vonatkozó szolgáltatások:**

- A szülő biztosított *baleseti halála* esetén a választott csomagnak megfelelő havi járadékösszeget fizeti a biztosító 10 éven keresztül.

**Magyarázat**

Ha a szülő biztosított baleset következtében életét veszíti, 3-as csomag esetén a biztosító 10 éven keresztül minden hónapban 125 000 Ft-ot fizet ki a haláleseti kedvezményezettnek.

(Részletek a 47. oldalon.)

- A szülő biztosított *baleseti rokkantsága* esetén a választott csomagnak megfelelő havi járadékösszeg rokkantsággal arányos mértékét fizeti a biztosító 10 éven keresztül.

**Magyarázat**

Ha a szülő baleset következtében olyan egészségkárosodást szenved, amely a rokkantsági táblázat alapján legalább 50%-os rokkantságnak minősül, akkor a biztosító 10 éven keresztül minden hónapban 150 000 Ft-nak a rokkantság fokával megegyező mértékű részét fizeti ki a balesetet szenvedett szülőnek, ha ajánlattételkor a 4-es csomagot választották.

(Részletek a 48. oldalon.)

Kérdés

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosítás?

Válasz

- A Gyűjtőszámlán eseti megtakarításokat helyezhet el a szülő.

**Magyarázat**

Az összegyűjtött, minimális összeghatár nélkül, bármikor befizethető megtakarításokat befektetési egységekben tartja nyilván a biztosító. A szülő választhatja ki a számára legmegfelelőbb befektetési eszközalapot, illetve eszközalapokat a saját kockázattűrő képességének és a megtakarítás időtávjának figyelembevételével.

(Részletek a 49. oldalon.)

Fontos!

A biztosító 3 évente kármentességi bónuszt ír jóvá a szerződésen, amennyiben a szerződés kezdetétől a bónuszjogosultság időpontjáig nem volt kárkifizetés. A bónuszjövőírás 3 évente 2 havi rendszeres díjnak megfelelő összeg. A kármentességi bónusz összegét a biztosító a Gyűjtőszámlán írja jóvá, és minimális költség mellett akár azonnal hozzáférhető, de a Gyűjtőszámlán hagyható akár hosszú távra is. A bónusz összeg éppúgy, mint az eseti megtakarítások, a befektetési eszközalapokban elérhető hozamlehetőséggel kecsegtetnek.



Mit nyújtanak az asszisztencia szolgáltatások?

- 7/24 orvosi call center szolgáltatás

Példa

Ha például hétvégén fáj a gyermek füle és orvoshoz szeretné vinni a szülő, de nem tudja, melyik ügyeletes kórházba induljon, csak fel kell hívni az asszisztencia szolgáltatót éjjel-nappal hívható call centerét és azonnal útbaigazítással szolgálnak. Vagy pl. ha a szülő nem biztos benne, hogy a felírt gyógyszert beadhatja-e a gyermekének, csak fel kell hívni az asszisztencia szolgáltató call centerét és a telefon másik oldalán lévő orvossal megoszthatja az aggályait és megnyugtató választ kaphat.



(Részletek a 29. oldalon.)

- Szakorvosi vizit megszervezése

Példa

Ha gyermeke balesete vagy betegsége kapcsán szakorvossal szeretne konzultálni, erre a biztosítási csomag keretein belül is lehetősége van. Ezen szolgáltatás igénybevételéhez csak fel kell hívni az asszisztencia szolgáltató call centerét, ahol megszervezik a szakorvosi vizit időpontját, így egyeztetett időpontra várják ügyfelünket és megfelelő figyelmet fordítanak a gyermekére.



(Részletek a 29. oldalon.)

- Nemzetközi második orvosi vélemény

Példa

Ha gyermek biztosítottjánál súlyos betegséget diagnosztizálnak, de a szülő csak akkor nyugodt, ha egy másik szakorvos is véleményezi a leleteket, a biztosítás ilyen esetben is segítséget nyújt. Indokolt esetben – baleset vagy súlyos betegség esetén – az ügyfél kérheti egy második orvos szakvéleményét is. Ezen szolgáltatás esetében az ügyfél által benyújtott leletek alapján, egy második, általában külföldi szakorvos véleményezi a gyermek betegségét és nyújt gyógykezelési tervet. A szakvélemény célja, hogy a szülő számára rendelkezésre álljon egy olyan háttér, amivel gyermekének egészségét, betegségének gyógyítását maximálisan támogathatja.



(Részletek a 29. oldalon.)

- Konzultáció pszichológussal baleset vagy súlyos betegség esetén

Példa

Súlyos baleset, betegség vagy egy nehéz élethelyzet – pl. közeli hozzátartozó halála – nem csak fizikailag, de lelkileg is megviselheti a gyermeket. Az ilyen események lelki feldolgozásának folyamatát segíti elő a pszichológussal történő konzultáció lehetősége, amelyet a biztosítási termék keretein belül az asszisztencia szolgáltató szervez meg. A személyes, vagy telefonon történő pszichológusi konzultáció (telefonos konzultáció öt alkalom, személyes konzultáció két alkalom) díjmentes az ügyfél részére.



(Részletek a 29. oldalon.)

Kérdés

Mit nyújtanak az asszisztencia szolgáltatások?

Válasz

- *Magántanár huzamosabb kórházi vagy otthoni ápolás esetére*

Példa

Huzamosabb kórházi tartózkodás, vagy baleset, betegség következtében szükségessé váló huzamosabb otthoni ápolás esetén problémát okozhat, hogy a gyermek elmarad iskolai tanulmányaiban. Ha a gyermek biztosított baleset vagy betegség következtében legalább két hétig kimaradni kényeszerül az iskolából, megbízott szolgáltatónk szervezésében magántanárt biztosítunk, hogy a gyermek könnyebben tudja behozni lemaradását.



(Részletek a 29. oldalon.)

- *Betegszállítás baleset vagy betegség esetén*

Példa

Ha a gyermeket betegsége vagy balesete miatt kórházba, szakorvoshoz, vagy kórházból, szakorvostól haza kell szállítani, de speciális szállítást igényel, mert állapota miatt kísérettel sem szállítható saját járművel vagy tömegközlekedési eszközzel, jelen biztosítási termék szolgáltatásaként megbízott szolgáltatónk szervezésében a szállítást megszervezzük és annak költségeit 100 000 Ft-ig vállaljuk. Erre a szolgáltatásra a 2-es, 3-as vagy 4-es csomag választása esetén van lehetőség.



(Részletek a 29. oldalon.)

- *Képalkotó diagnosztika*

Példa

Ha a gyermek biztosított baleset vagy betegség miatt CT, MR vagy ultrahang vizsgálata válik szükségessé, jelen biztosítási termék szolgáltatásaként megbízott szolgáltatónk segítségével megszervezzük a vizsgálat időpontját, és 100 000 Ft-ig vállaljuk is a vizsgálat költségét. Erre a szolgáltatásra a 3-as vagy 4-es csomag választása esetén van lehetőség.



(Részletek a 29. oldalon.)

Példa

A Pinberlip család Junior Care szerződést köt úgy, hogy egy szerződés keretében biztosítják 3 gyermeküket és járadékbiztosítást választanak Anyára és Apára is. Mindegyik gyermekre egyaránt 2-es szolgáltatási csomagot választanak. Móni, a legidősebb gyermekük már 14 éves, így rá csak 7 évig vállalja a biztosító a kockázatot. Zoli 12 éves, Zsuzska pedig nem rég ünnepelte 10. születésnapját. Zoli biztosítása 9 évig fog tartani. A szerződés a legkisebb gyermek 21. születésnapját követő biztosítási évfordulón, azaz 11 év múlva szűnik meg. Mivel Apa a nagyobb keresetű, ezért rá a 125 000 Ft-os járadékbiztosítást, Anyára 2-es csomagot, 100 000 Ft-os járadék-szolgáltatást választanak. Így összesen 21 294 Ft-ot fizetnek havonta úgy, hogy összesen évi 10 175 Ft díjkezdvezményben részesültek Zoli és Zsuzska biztosítási díjaiból és további 5 324 Ft díjkezdvezményben az Anyára kötött kiegészítő biztosítás esetében. Ha nem történik egyikükkel sem baleset, és nem betegszenek meg a gyerekek az első 3 biztosítási évben, a 3. biztosítási évfordulón a biztosító 44 753 Ft-ot ír jóvá a Gyűjtőszámlán (ha a szülők elfogadják évfordulón az éves értékkövetést). A jóváírt kármentességi bónusz szolgáltatás összege a jóváírás napján hozzáférhető, de a Gyűjtőszámlán gyarapítva pl. a gyerekek egyetemi tanulmányainak finanszírozására is felhasználható.



Milyen mértékű biztosítási térítést lehet választani?

Az egyedi igényeknek megfelelően a szerződő négy, eltérő szolgáltatási összegeket tartalmazó csomag közül választhat mind a gyermek, mind a szülő biztosítottak tekintetében egyenként. A választható csomagok tartalma és a szolgáltatási összegek a szerződési feltételek 1. számú mellékletében találhatók.

(Részletek a 24. oldalon.)

Korlátozott-e a biztosítás területi időbeli hatálya?

Nincs korlátozás. A biztosítás egyaránt kiterjed a belföldön és külföldön, a nap bármely időszakában bekövetkező biztosítási eseményekre. Az asszisztencia szolgáltatások területi hatálya Magyarországra terjed ki.

(Részletek a 13. oldalon.)

Kérdés

Kik a biztosításban érintett személyek?

Válasz

A *biztosított* személy az, akinek az életével, testi épségével, illetve egészségével kapcsolatos biztosítási eseményre a szerződés létrejön.
 A *szerződő* személy az, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz és annak elfogadása esetén a díjfizetést teljesíti. (A szerződő és a szülő biztosított lehet ugyanaz a személy is.)
 A *kedvezményezett* személy az, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási szerződésben megjelölt szolgáltatás igénybevételére jogosult.
 (Részletek a 13. oldalon.)

**Magyarázat**

A gyermeket ért baleset vagy betegség esetén – ha más kedvezményezettet nem neveztek meg – az ajánlaton megjelölt törvényes képviselőnek fizeti ki a biztosító a szolgáltatást. A szülő balesete esetén, ha a szülő életben van, neki magának utalja a biztosító a járadékszolgáltatást; ha baleseti halál esetére szolgáltat a biztosító, akkor a halál eseti kedvezményezett jogosult a járadékszolgáltatásra. Amennyiben történt eseti díj fizetés, vagy az ügyfél kármentességi bónusz szolgáltatásra jogosult és a bónusz szolgáltatás összegét a biztosító már jóváírta, így a Gyűjtőszámlának van aktuális értéke, és a szerződőként megnevezett személyt éri tragédia, akkor a haláleseti kedvezményezett részére teljesít szolgáltatást a biztosító.

Hogyan jön létre a biztosítás?

A biztosítás a szerződő ajánlatának biztosító általi elfogadása által jön létre.
 (Részletek a 15. oldalon.)

Mikortól érvényes a biztosítás?

A biztosítási védelem a szerződés minden biztosítottjára vonatkozóan az első díj megfizetését követő nap 0. órájától kezdődik. Betegség által előidézett biztosítási eseményekre vonatkozóan a biztosító 90 napos várakozási időt ír elő.
 (Részletek a 15. oldalon.)

Példa

Ha az ajánlat aláírását követően a szerződő által megfizetett díj adott év július 25-én megérkezik a biztosítóhoz és a szerződő biztosított gyermeke például a hintáról leesve ugyanazon év augusztus 25-én eltöri a kezét, a biztosító kifizeti a baleseti sérülésre vonatkozó szolgáltatási összeget. Viszont, ha ugyanez a gyermek augusztus 25-én mandula műtét miatt kórházba kerülne, akkor a biztosító nem fizetné ki a szolgáltatási összeget, mert a mandula műtét, mint biztosítási esemény a 90 napos várakozási idő alatt történt.

**Milyen hosszú a biztosítás tartama?**

A biztosítás 1 éves időtartamra szól, ami minden esetben meghosszabbodik az esedékes díj megfizetésével.
 (Részletek a 16. oldalon.)

Mikor szűnik meg a biztosítás?

A biztosítás a következő esetekben szűnik meg:

- ha a szerződő a biztosítást évfordulóra felmondja,
- ha a szerződő a biztosítás díját az esedékességtől számított 30 napon belül nem fizeti meg,
- abban az esetben, ha a biztosító kockázatviselése minden gyermek biztosított vonatkozásában megszűnik, azaz a legkisebb gyermek 21. születésnapja utáni biztosítási évfordulón.

(Részletek a 16. oldalon.)

Fontos!

A díjfizetés elmulasztása miatt megszünt szerződés a szerződő írásbeli kérelme alapján az utolsó elmaradt díj esedékességétől számított hat hónapon belül újra hatályba léptethető.

**Mikor kell a díjat megfizetni?**

Az első biztosítási díjat a szerződés megkötésével egy időben szükséges megfizetni, minden további díj a díjfizetési gyakoriságtól függő következő biztosítási időszaknak (év, félév, negyedév, hónap) az első napján esedékes. A díj fizethető havi, negyedéves, féléves, éves részletekben (az évestől eltérő díjfizetési gyakoriság esetén a biztosító gyakoriság szerinti pótlékot számol fel). A biztosítási díj fizethető csoportos beszedéssel, csekken, átutalással is.
 (Részletek a 16. oldalon.)

Kérdés

Válasz

Hogyan őrzi meg a biztosítás az értékét

A biztosítás inflációval szembeni értékállóságának megőrzésére – indexálás – évente egy alkalommal van lehetőség, a biztosítási összegek és a vonatkozó díjak növelésével, a termékfeltételekben részletezett módon.
(Részletek a 17. oldalon.)

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?

A biztosítók a veszélyközösség érdekében az átlagostól nagymértékben eltérő kockázatok és a szándékos események elkerülése, csökkentése, valamint a megfelelő díj megállapítása érdekében feltételeket szabnak a szerződések megkötésével kapcsolatban. A feltételek egyik csoportjába tartoznak a kizárt kockázatok, amelyekre a biztosító kockázatviselése nem terjed ki a tartam során. A részletes kizárásokat a termékfeltételek tartalmazzák.
(Részletek a 18. oldalon.)

Fontos!

Kérjük, mindenképpen olvassa el a szerződéses feltételek 12. §-ban felsorolt kockázatviselésből kizárt eseményeket.

**Mit kell tenni, ha káresemény történik?**

A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 15 napon belül kell a biztosító részére bejelenteni. A kárigény elbírálásához szükséges összes irat beérkezését követő 30 napon belül a biztosító teljesíti a szolgáltatást.

A kárigényt a biztosítóval szemben érvényesíteni a kár bekövetkeztétől számítva 5 éven belül lehet, mely időtartam elteltével a kárigény elévül.
(Részletek a 18. oldalon.)

Milyen dokumentumokra van szüksége a biztosítónak a kifizetéshez?

A biztosítónak a biztosítási fedezettől és a káreseménytől függően eltérő adatokra van szüksége az igény elbírálásához. A kárigény intézését elősegítendő, a benyújtandó dokumentumokról részletes lista található a termékfeltételek 2. sz. mellékletében.
(Részletek a 26. oldalon.)

Az ügyfélnek milyen kötelezettségei vannak?

Az ügyfelet közlési kötelezettség terheli a szerződés tartama alatt. Ez a következőket jelenti:

A szerződő és a biztosított, kiskorú biztosított esetén a törvényes képviselő a szerződés megkötésekor kötelesek a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval a valóságnak megfelelően, hiánytalanul, írásban *közölni*, amelyekre vonatkozóan a biztosító kérdést tett fel, és amelyeket ismertek vagy ismerniük kellett.

Üzleti kapcsolat fennállása alatt az ügyfél köteles a tudomásszerzéstől számított 5 munkanapon belül a biztosítót *értesíteni* az ügyfél-átvilágítás során megadott adatokban bekövetkező változásról.
(Részletek a 19. oldalon.)

Mit tesz a biztosító az adataim biztonságá érdekében?

A biztosító a biztosítási titokra és személyes adatokra vonatkozó törvények és előírások alapján jár el, amelyeket a termékfeltételek külön fejezetekben részleteznek.
(Részletek a 19. oldalon.)

Milyen módon lehet tájékozódni a biztosítással kapcsolatban, illetve hova lehet panasszal fordulni?

A biztosítóra vonatkozó panaszt szóban vagy írásban a következő elérhetőségeken bármelyikén elő lehet terjeszteni:

Központi Ügyfélszolgálatunk az alábbi elérhetőségeken áll rendelkezésére:

- MetLife Biztosító Zrt., 1138 Budapest, Népfürdő u. 22.; info@metlife.hu
telefonszám: 06-40-444-445, telefax: 06-1-391-1661
- MNB Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
- Pénzügyi Békéltető Testület: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

(Részletek a 22. oldalon.)

Hogyan juthatok kényelmesen a biztosítással kapcsolatos információkhoz?

A biztosítással kapcsolatos információkhoz legegyszerűbb módon internetes ügyfélportálunkon – MyMetLife – juthat, a weboldalon lehetősége nyílik személyes adatai módosítására is. Az elérés igénylésével kapcsolatban további tájékoztatást talál a termékfeltételekben, illetve tanácsadójához is fordulhat.

Központi Ügyfélszolgálatunk az alábbi elérhetőségeken áll rendelkezésére:

MetLife Biztosító Zrt., 1138 Budapest, Népfürdő u. 22.; info@metlife.hu
telefonszám: 06-40-444-445, telefax: 06-1-391-1661
(Részletek az 54. oldalon.)

Mit érdemes tudni a biztosítóról?

A biztosító a MetLife Biztosító Zrt., az a jogi személy, amellyel a szerződő szerződést köt és amely társaság a biztosítási szerződés létrejötte esetén a biztosítási szolgáltatások teljesítésére kötelezettséget vállal.

A termékfeltételek végén található Cégismertetőből részletesen tájékozódhat az anyavállalatról és a MetLife Biztosító Zrt-ről.

(Részletek az 58. oldalon.)

Budapest, 2014. január 15.

A METLIFE BIZTOSÍTÓ ZRT. JUNIOR CARE EGYÉNI BALESET- ÉS BETEGSÉGBIZTOSÍTÁSÁNAK ÁLTALÁNOS FELTÉTELEI

A jelen feltételekben foglalt rendelkezések a MetLife Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) Junior Care elnevezésű egyéni baleset- és betegségbiztosítási szerződéseire érvényesek feltéve, hogy a szerződést a feltételekre hivatkozással kötötték.

Az általános és különös feltételek rendelkezéseinek ütközése esetén a különös feltételek rendelkezéseit kell érvényesnek tekinteni. A jelen feltételekben és a biztosítási szerződésben nem rendezett kérdésekben a hatályos jogszabályok rendelkezései az irányadók.

Korlátozott-e a biztosítás területi vagy időbeli hatálya?



1. § A biztosítás tárgya, területi és időbeli hatálya

A biztosító a szerződő díjfizetése ellenében biztosítási védelmet nyújt a biztosítási szerződésben (kötvényben) meghatározott eseményekre. A biztosítási események és szolgáltatások az általános feltételekhez csatolt különös feltételekben találhatók.

A biztosítási szerződés hatálya ezzel ellentétes szerződéses kikötés hiányában egyaránt kiterjed a belföldön és külföldön, a nap bármely időszakában bekövetkező biztosítási eseményekre.

Kik a biztosításban érintett személyek?



2. § A biztosítási szerződés alanyai

1. A **szerződő** az a személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz, annak elfogadása esetén a biztosítási szerződést megkötő és a biztosítási díjak fizetésére kötelezettséget vállal.

2. a) A **biztosított** az a személy, akinek az életével, testi épségével, illetve egészségével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön.

b) **Gyermek biztosított:** A biztosítás a biztosított gyermek születését követően megköthető. A szerződés létrejöttékor a gyermek biztosított legfeljebb 15 éves korú lehet. A biztosító kockázatviselése az adott gyermek biztosított esetében megszűnik a gyermek biztosított 21. életévének betöltését követő biztosítási évfordulón.

c) **Szülő biztosított:** a szerződés létrejöttékor 18 és 65 éves kor közötti személy, aki a gyermek biztosítottnak

vele közös háztartásban élő egyeneságbeli rokona, örökbefogadó-, mostoha- vagy nevelőszülője, vagy gyámja. A biztosító kockázatviselése megszűnik a szülő biztosított 70. életévének betöltését követő biztosítási évfordulón.

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

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

f) Egy biztosítási szerződés keretében, külön biztosítási díjak ellenében biztosítás köthető a biztosítási ajánlat szerint elsődlegesen biztosítandó gyermek biztosítottra, az elsődlegesen biztosított gyermek biztosítottal legalább egy közös szülővel rendelkező további gyermek biztosítottakra, valamint egy, vagy két szülő biztosítottra (családi biztosítás).

3. a) A **kedvezményezett** az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási szerződésben megjelölt szolgáltatás igénybevételére jogosult. Kedvezményezett lehet a szerződésben a szerződő által a biztosított hozzájárulásával megnevezett személy vagy

b) a szülő biztosított halála esetén a biztosított örököse akkor, ha a szerződő által írásban tett, a biztosítóhoz eljuttatott nyilatkozaton más kedvezményezettet nem neveztek meg,

c) 18. életét betöltött biztosított életben léte esetén maga a biztosított akkor, ha a szerződő által írásban tett, a biztosítóhoz eljuttatott nyilatkozaton más kedvezményezettet nem neveztek meg,

d) kiskorú biztosított esetén a szolgáltatásra minden esetben a biztosított ajánlaton megnevezett törvényes képviselője, illetve az ajánlaton megjelölt arányban a törvényes képviselői jogosult(ak).

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

3. § A biztosítással kapcsolatos fogalmak

1. A **biztosítási esemény:** az a különös feltételekben részletesen meghatározott esemény, amelynek a biztosítás hatálya alatt történő bekövetkezésekor a biztosító biztosítási szolgáltatást teljesít.

2. **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.

3. **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.

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

a) Amennyiben a 2., 3. és 4. 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.

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

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

7. **Aktuális biztosítási díj:** az az összeg, amelynek fizetésére a szerződő kötelezettséget vállal a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási szolgáltatások ellenében, az aktuális biztosítási összeghez tartozó biztosítási díj.

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

9. **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.

10. **Különleges adat:** a faji eredetre, a nemzeti és etnikai kisebbséghez tartozásra, a politikai véleményre vagy pártállásra, a vallásos vagy más világnézeti meggyőző-

désre, az érdekképviselési szervezeti tagságra, egészségi állapotra, a káros szenvedélyre, a szexuális életre vonatkozó adat, valamint a bűnügyi személyes adat.

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

12. **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.

13. **Orvos:** Az orvos az – a biztosítottól és szerződőtől vagy azok közeli hozzátartozóitól eltérő személy –, aki a jogszabályban meghatározott vizsgákkal és engedéllyel rendelkezik az igény alapjául szolgáló baleseti sérülés vagy betegség gyógyítására.

14. **Baleset:** a biztosított akaratán kívül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében és bármely más októl függetlenül a biztosított a baleset időpontjától számított 180 napon belül a szerződésben meghatározott biztosítási eseményt szenved el.

15. **Betegség:** olyan egészségkárosodást jelent, amelyet a biztosított a kiegészítő biztosítás hatályba lépését követően, első alkalommal szenved el.

16. **Bennfekvő beteg:** A jelen biztosítás szempontjából bennfekvő beteg az a személy, aki bennfekvőként, legalább 24 órán át folyamatosan kórházi ellátásban részesült.

17. **Kórház:** A kórház azt a létesítményt jelenti, amely mindenben megfelel az alábbi követelményeknek:

- kórházi működésre vonatkozó engedéllyel rendelkezik (ha az ilyen engedély hatósági előírás),
- elsősorban a kórházban történő kezeléssel, bennfekvő betegek ellátásával foglalkozik,
- a betegápolást napi 24 órán át, szakképzett személyzettel látja el,
- egy vagy több engedéllyel rendelkező orvost foglalkoztat,
- biztosítja a diagnosztizálás és a magas szintű orvosi beavatkozások szervezett szolgáltatását,
- elsődlegesen nem rendelőintézet, szanatórium, vagy rehabilitációs intézet, vagy hasonló létesítmény, és nem foglalkozik alkohol- vagy kábítószerfüggőségi terápiával,
- nem lakása a biztosítottnak.

18. **Csonttörés:** A jelen szerződéses feltételekben használt csonttörés kifejezés a csont balesetből származó töréses sérülését jelenti függetlenül attól, hogy a törés maradandó rokkantságot eredményez-e vagy sem. A fogak, foggyökerek, fogpótlások törései és sérülései a jelen feltételek szempontjából nem tekinthetők biztosítási eseménynek és a biztosító ezen törések esetében nem teljesít biztosítási szolgáltatást.

19. **Patológiás törés:** a jelen feltételekben használt patológiás törés a csont betegség által gyengített területének törését jelenti. A patológiás törések a jelen feltételek szempontjából nem tekinthetők biztosítási eseménynek és a biztosító ezen törések esetén nem teljesít biztosítási szolgáltatást.

20. **Többszörös törés:** a jelen feltételekben használt többszörös törés egy csontnak több helyen való törését jelenti. A csont darabos törése esetén a csonttörés többszörös törésnek számít, ha több, mint két szilánk van.

21. **Teljes törés (Komplett törés):** a jelen feltételekben használt teljes törés a csont olyan jellegű törése, amikor a csont teljes vastagságában eltört.

22. **Nyílt törés:** a jelen feltételekben használt nyílt törés a csont olyan jellegű törése, amikor a tört csont a bőrre-teget is átszakítja.

23. **Stressz törés (Fáradásos törés):** a jelen feltételekben használt stressz törés a csont olyan jellegű törése, amikor a csont rendszeres túlterhelés miatt sérül.

24. **Égési sérülés:** a jelen feltételekben használt égési sérülés a bőrnek hőenergiával, alacsony hőmérséklettel, illetve kémiai anyagokkal való érintkezéséből eredő sérülése, függetlenül attól, hogy a sérülés maradandó-e vagy sem.

25. **Maradékjog:** 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 Gyűjtőszámlát érintő visszavásárlás és a részleges visszavásárlás (Gyűjtőszámla kiegészítő biztosítás feltételei 8. §).

Hogyan jön létre a biztosítás?



4. § A biztosítási szerződés létrejötte és módosítása

1. A biztosítási szerződés a szerződő (biztosított) és a biztosító kölcsönös írásbeli megállapodása alapján jön létre.
2. A biztosítóval szerződő az ajánlatát írásban, a biztosító ajánlati nyomtatványán terjeszti elő.
3. Az ajánlat elfogadása esetén a biztosító a szerződésről kötvényt állít ki. A megállapodás szerinti szolgáltatásokat, biztosítási összegeket és fizetendő díjakat a biztosítási kötvény tartalmazza.
4. A biztosítónak az ajánlat elbírálására az ajánlat beérkezésétől számított 15 nap áll rendelkezésére.
5. A biztosító a szerződés elbírálására rendelkezésre álló 15 napos határidőben nyilatkozik az ajánlat elfogadásáról vagy elutasításáról.

6. Az ajánlat esetleges elutasítását a biztosító nem köteles megindokolni.

7. A biztosítási szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatra tizenöt napon belül nem nyilatkozik. Ilyen esetben a szerződés az ajánlatnak a biztosító vagy képviselője részére történt átadása időpontjára visszaható hatállyal jön létre.

8. Amennyiben a biztosított és a szerződő személye nem egyezik meg, a szerződő köteles a biztosítottat tájékoztatni a biztosítási szerződés feltételeiről és szerződéskötés utáni kötelezettségekről.

9. 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.

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

11. 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.

Mikortól érvényes a biztosítás?



5. § A biztosítási szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete

1. A biztosítási szerződés a kockázatviselés kezdetének napján lép hatályba.
2. A biztosító kockázatviselése az azt követő nap 0 órájakor kezdődik, amikor a szerződő az első díjat a biztosító számlájára vagy pénztárába befizeti feltéve, hogy a baleset- és betegségbiztosítási szerződés már létrejött vagy utóbb létrejön.

6. § Várakozási idő

1. A biztosító a biztosítási eseményre vállalt biztosítási szolgáltatást a kockázatelbírálás időigényességének okából csak várakozási idő után nyújtja.
2. A várakozási idő a kockázatviselés kezdetétől számított 90 nap.

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

Milyen hosszú a biztosítás tartama?



7. § A biztosítás tartama

A biztosítás egy éves időtartamra szól és minden esetben egy újabb évvel meghosszabbodik a biztosítási évfordulón esedékes díj megfizetésével, ha azt a biztosítási év letelte előtt legalább 30 nappal egyik fél sem mondja fel.

Mikor szűnik meg a biztosítás?



8. § A biztosítás megszűnésének esetei

1. A biztosítás megszűnik:
 - a) ha a szerződő a biztosítást a 2. pont alapján felmondja,
 - b) a késedelmes díjfizetéssel összefüggésben a 9. § 7. és 8. bekezdésében meghatározott esetekben,
 - c) abban az esetben, ha a biztosító kockázatviselése minden gyermek biztosított vonatkozásában megszűnik.
2. A szerződést írásban a biztosítási időszak végére lehet felmondani. A felmondási idő 30 nap. A felmondással a biztosító kockázatviselése a biztosítási időszak végén teljesen megszűnik.
3. A szerződés megszűnésekor a felek kölcsönösen lemondanak a díjtűrőhatár mértékét meg nem haladó követelésükről.

Mikor kell a díjat megfizetni?



9. § Díjfizetés, fizetési késedelem, türelmi idő

1. A biztosítási szerződés díjainak és szolgáltatásainak pénzneme forint.
2. A biztosítási díj kiszámítása a biztosító díjszabása alapján a biztosítás biztosítási összegének, valamint a díjfizetés gyakoriságának figyelembevételével történik. A biztosító ezen információkat az ajánlatból és esetlegesen a szerződőtől vagy a biztosítottól bekért egyéb dokumentumokból szerzi meg.

3. A biztosítás első díja a szerződés létrejöttkor, minden későbbi díj pedig annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.

4. A biztosítás éves díjfizetésű, de a biztosító hozzájárulhat az éves díj féléves, negyedéves, illetve havi részletekben történő fizetéséhez. Az évestől eltérő díjfizetési gyakoriság esetén a biztosító pótléket számít fel. A díjfizetés gyakoriságát a szerződő a biztosítási évfordulón megváltoztathatja. Az erre irányuló kérést a biztosítási évforduló előtt 30 nappal kell jelezni. Havi díjfizetés esetén az első három díjfizetési időszakra vonatkozó díj egy összegben fizetendő.

5. A biztosító a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő díj(ak) esedékességéről nem köteles a szerződőt az esedékességet megelőzően értesíteni. Az értesítés elmaradására az ügyfél követelést nem alapíthat.

6. A biztosítás díjait a kötvényen feltüntetett pénznemben kell megfizetni a biztosító által megadott, erre a célra fenntartott bankszámlaszámra. A díjfizetés felmerülő költségei a szerződőt terhelik. A biztosító díjfizetesként a megadott számlaszámra, a megadott pénznemben történő jóváírást fogadja el. A díjfizetés időpontja az esedékes díj megadott számlaszámra történő jóváírásának időpontja. A megadott számlaszámtól eltérő számlaszámra történő utalás nem minősül díjfizetésnek, és az ilyen téves utalásból adódóan a biztosítót a biztosítási szerződésre vonatkozó kötelezettség nem terheli, illetve a téves utaláshoz kapcsolódó esetleges átváltással összefüggésben felmerült árfolyam-különbözet a szerződőt terheli/illeti.

7. Amennyiben a szerződő (biztosított) a díjat az esedékességtől számított 30 napon belül nem egyenlíti ki, a biztosító a kockázatot az elmaradt díj esedékességétől számított 30 napig viseli. A biztosító ezt az időszakot tekintti türelmi időnek. Ezen türelmi időn belül a szerződő az elmaradt díj befizetését pótolhatja.

8. Amennyiben az elmaradt díjat a türelmi időn belül nem fizetik meg, a biztosítás a 31. napon megszűnik. Amennyiben a türelmi időn belül biztosítási esemény következik be, a biztosító a fizetendő szolgáltatási összegből levonja az elmaradt esedékes díjat és csak a különbözetet fizeti ki.

9. A biztosítás díja annak a biztosítási időszaknak a végéig esedékes, amelyben a biztosított halála bekövetkezik.

10. **Díjtűrőhatár:** az az összeg, amelynél kisebb eltérést a befizetett és előírt díjak között a biztosító saját belső számlái közötti átkönyveléssel rendez. A díjtűrőhatár mértékét a 3. számú melléklet tartalmazza.

11. A befizetett és az előírt díjnak a díjtűrőhatárnál kisebb különbözetével a biztosító rendelkezik.

10. § A biztosítás újra hatályba léptetése

1. A díjfizetés elmulasztása miatt megszűnt biztosítás az elmaradt díj esedékességétől számított 6 hónapon belül újra hatályba léptethető, amennyiben a szerződő (biztosított) azt írásban kéri és a türelmi időszak elmaradt díját, valamint a szerződés szerint soron következő esedékes díjat megfizeti. A biztosító kockázatviselése a díj befizetését követő nap 0 órájkor az eredeti tartalommal újra kezdődik. Az újra hatályba léptetési kérelem elutasítása esetén a biztosító a befizetett díjat haladéktalanul visszatéríti a szerződő részére.
2. A biztosítás újra hatályba léptetése esetén a biztosító csak az újra hatályba léptetés időpontja után bekövetkező biztosítási eseményekre viseli a kockázatot.
3. Ha a szerződő az első elmaradt díj esedékességétől számított 6 hónapon túl kéri a biztosítási esemény nélkül megszűnt biztosítás ismételt hatályba léptetését, ezt a kérelmet a biztosító új biztosítás megkötésére tett ajánlatként kezeli.

Hogyan őrzi meg a biztosítás az értékét?



11. § Indexálási opció

Az indexálási opció célja a baleset- és betegségbiztosítási szolgáltatások értékállóságának az inflációval szemben történő megőrzése, jelen fejezetben foglalt feltételek szerint.

Az indexálás évente egy alkalommal, a baleset- és betegségbiztosítási szerződésben szereplő biztosítási összegek és a vonatkozó díjak növelésével valósul meg.

1. Indexálás

A biztosítási összegek és a vonatkozó biztosítási díjak növelésének mértékét (indexráta) a biztosító évente, a KSH által közzétett alábbi mérőszámok figyelembevételével, de nem ezekre korlátozva állapítja meg: fogyasztói árindex (inflációs ráta), a bruttó hazai termék (GDP) növekedési üteme, az alkalmazásban állók átlagkeresetének növekedési üteme. A növelés mértéke minden egyes, az indexráta meghatározását követő naptári év során évfordulós biztosítási szerződésre egyformán vonatkozik.

2. A biztosítási összegek növelése

A szerződés szerinti biztosítási összegek növelésére (indexálására) minden egyes biztosítási évfordulón kerülhet sor. Az első indexálás alkalmával a biztosítások megnövelt összege az indexráta és az induló biztosítási összegek alapján kerülnek kiszámításra. A további biztosítási évfordulókon a biztosítási összegek az aktuális indexráta és az előző

év növelt biztosítási összegei alapján kerülnek kiszámításra. A biztosító a biztosítási összegek növeléséről minden egyes biztosítási évforduló előtt írásban értesíti a szerződőt. A biztosító a megnövelt biztosítási összegeknek megfelelő kockázatot a biztosítási évforduló napjának 0 órájától viseli, amennyiben a növelt összegű díjat megfizették. A türelmi idő alatt bekövetkező biztosítási esemény esetén, amennyiben az esedékes díjat addig az időpontig még nem fizették meg, a biztosító a kötvényévforduló előtt érvényes szolgáltatási összeget teljesíti.

3. A biztosítási díj növelése

A biztosítási díj növelésére (indexálására) minden egyes biztosítási évfordulón kerülhet sor. Az első indexálás alkalmával a növelt biztosítási díj az indexráta és a biztosítási díj figyelembevételével kerül meghatározásra. A további biztosítási évfordulókon a díj az aktuális indexráta és az előző év biztosítási díja alapján kerül kiszámításra.

4. Az indexálás felfüggesztése

A biztosító az indexálási opcióval rendelkező összes szerződés, vagy azok egy meghatározott csoportja tekintetében felfüggesztheti az indexálás alkalmazását, amennyiben az éves infláció mértéke a baleset- és betegségbiztosítási szolgáltatások értékállóságának megőrzése szempontjából az indexálást szükségtelenné teszi.

5. Az indexálás visszautasítása

A szerződőnek jogában áll az indexálást visszautasítani a biztosító részére megküldött írásbeli értesítéssel. Amennyiben a szerződő két egymást követő indexálást utasít vissza, a továbbiakban nincs lehetősége újabb indexálásra, és a biztosítási összegek és a vonatkozó díjak változatlanok maradnak. A biztosító által előírt kockázatvizsgálat függvényében a biztosító a szerződő indexáláshoz való jogát újra érvénybe helyezheti. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontját követően elfogadott indexálás a bekövetkezett biztosítási esemény vonatkozásában érvénytelen és a biztosítót nem kötelezi. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja után befizetett díjnövekményt a szerződő részére visszafizeti.

Amennyiben az évfordulóig díjjal rendezett a szerződés és az indexálást követően befizetésre került díjak azonosítása során megállapítható, hogy az indexálás előtti (korábbi érvényes) díj érkezett be, akkor ezt a biztosító úgy tekinti, hogy a szerződő az indexálást hallgatólagoosan elutasította.

6. Az opció megszűnése

Az opció automatikusan megszűnik a biztosítás bármely okból történő megszűnésekor.

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?



12. § Kizárt kockázatok

1. A biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem fizeti ki a biztosítási összeget, amennyiben a biztosítási esemény a biztosítottnak bűncselekményben, erőszakos cselekményben, vagy jogellenes tevékenységben való részvételével összefüggésben következett be, vagy a biztosított által elkövetett, vagy elkövetni szándékozott bűncselekménye, erőszakos cselekménye, vagy jogellenes magatartásának következménye.
2. A biztosítási feltételek szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a szolgáltatási összeg nem kerül kifizetésre, ha a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosított ittas állapotban (legalább 0,8‰ véralkoholszint) volt, kábító, bódító szerek hatása alatt állott, vagy gyógyszer, gyógykezelés hatása alatti állapotban volt, és a káresemény ezzel okozati összefüggésben következett be, kivéve ha a fenti állapot orvosi utasítás alapján, annak pontos betartása mellett alakult ki.
3. A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosítási esemény öngyilkosságnak, öncsonkításnak, vagy ezek kísérletének, illetve a biztosított által önmagának okozott egyéb testi sérülésnek a következménye, tekintet nélkül a biztosított tudatállapotára, továbbá ha a biztosítási esemény a biztosított beleegyezésével más személy által a biztosítottnak okozott testi sérülés következménye.
4. A biztosítás nem terjed ki azon eseményekre és a biztosítási összeg nem kerül kifizetésre, amelyek oka közvetlenül vagy közvetve, egészében vagy részben:
 - a) a szerződés hatálybalépése előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés vagy betegség;
 - b) veleszületett egészségi rendellenességek és az ebből fakadó következmények;
 - c) bármely idegi vagy elmebeli rendellenesség és gyógykezelése, elnevezéstől vagy osztályozástól függetlenül (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezavar);
 - d) háború (a hadüzenet tényétől függetlenül), zavargás, zendülés, sztrájk, lázadás, polgári felkelés vagy bármely ezzel kapcsolatos esemény, illetve bármely rendőrségi feladat ellátása során, vagy erőszakos cselekmények elkövetése során; vagy a hadsereg, a haditengerészet, a légierő kiegészítő-, illetve a polgári védelem nem harcoló egységeiben történő szolgálat során szerzett vagy elszenvedett

sérülések (függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételről van szó);

e) a biztosított aktív katonai vagy polgári szolgálata bármely nemzet vagy nemzetközi szervezet bármely fegyveres erejénél vagy félkatonai szervezeténél; vagy a biztosított katonaként vagy polgári alkalmazottként történő közvetlen részvétele hadműveletekben, hadgyakorlatokon, hadieszközök tesztelésében vagy hasonló műveletekben, háborúban és békében egyaránt;

f) bármely olimpiai sportágként nem bejegyzett, különösen veszélyes sportcselekménnyel, így különösen a küzdősportok köréből a pankrációval, utcai küzdelmekkel; az egyéb sportok és hobbijellegű tevékenységek köréből a szikla- vagy gleccsormászással, illetőleg a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 18. §-a (6) bekezdésének e) pontjában felsorolt extrém sportokkal összefüggésben következett be;

g) bármely, radioaktív energia vagy maghasadás által működtetett vagy működtetésre alkalmas fegyver vagy eszköz használata, illetve az azokkal összefüggésben bekövetkezett radioaktív szennyeződés, illetve sugárfertőzőség, minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt, kivéve ezek orvosi alkalmazását.

Mit kell tenni, ha káresemény történik?



13. § A biztosítási esemény bejelentése és bizonyítása

1. A balesetet, illetve a biztosítási eseményt annak bekövetkezésétől számított 15 napon belül a biztosítottnak be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését. **A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben ezen kötelezettségeket nem teljesítik és emiatt utóbb lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.**
2. A kedvezményezett kötelezettsége, hogy a pénzmosás 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 biztosított felhatalmazza a biztosítót, hogy baleseti halál esetén a holttestet a biztosító saját költségén orvosokkal megvizsgálta és szükség esetén felboncol-

tassa. A biztosító az igényelbírálás tartama alatt jogosult a saját költségén a biztosítottat az általa megnevezett orvosokkal megvizsgáltatni olyan gyakran, ahogy az orvosilag indokolt.

4. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a 2. számú mellékletben megjelölt iratokat kell a biztosító részére benyújtani.

5. A biztosító szükség esetén maga is beszerezhet adatokat.

6. 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.

7. A szükséges iratok beszerzésével kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényt a biztosítóval szemben érvényesíteni kívánja.

8. A biztosító a szolgáltatási igényeket az igény elbírálásához szükséges összes irat beérkezése után, az utoljára beérkezett irat kézhezvételétől számított 30 napon belül ítéli meg, illetve jogos igény esetén 30 napon belül teljesíti.

9. 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.

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

11. A biztosító a már esedékessé vált, de még meg nem fizetett díjakat bármely szolgáltatás összegéből levonja.

12. A biztosítási szerződésből eredő biztosítási igények a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 5 év elteltével elévülnek.

Az ügyfélnek milyen kötelezettségei vannak?



14. § Közlési kötelezettség és megsértésének következményei

1. A szerződő, a biztosított, illetőleg kiskorú biztosított esetén a biztosított törvényes képviselője a szerződés megkötésekor kötelesek a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval a valóságnak megfelelően, hiánytalanul, írásban közölni, amelyekre vonatkozóan a biztosító kérdést tett fel, és amelyeket ismertek vagy ismerniük kellett. A közlésre, illetőleg a változás bejelentésére irányuló kötele-

zettség egyaránt terheli a szerződőt, a biztosítottat, illetve a kiskorú biztosított törvényes képviselőjét; 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. A közlési kötelezettség megsértése esetén a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy nem a valóságnak megfelelően közölt körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében, illetve a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkezéséig 5 év már eltelt.

3. A közlési kötelezettség megsértése miatt a biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól és a Gyűjtőszámla kiegészítő biztosításra esetlegesen befizetett eseti díj számlán nyilvántartott befizetési egységek visszavásárlási összegének kifizetésére köteles.

15. § Bejelentési kötelezettség

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

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

Mit tesz a biztosító az adataim biztonsága érdekében?



16. § A biztosítási és az üzleti titok

1. A biztosító köteles a 2003. évi LX. törvény 153-55 §-aiban meghatározott biztosítási titokra vonatkozó szabályokat maradéktalanul betartani. Biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a biztosító, a viszontbiztosító, 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 2003. évi LX. törvény 157. §-ában meghatározott esetekben a titoktartási kötelezettség nem áll fenn:

a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,

b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyésséggel, továbbá az általuk kirendelt szakértővel,

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, továbbá az általuk kirendelt szakértővel,

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

f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,

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

h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,

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

j) a külön törvényben meghatározott feltételek megélése esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervezettel,

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

l) a 2003. évi LX. törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető szervezettel,

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 jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adataihoz kíván hozzáférni,

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

p) fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel,

q) feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával szemben, valamint pénzügyi jogok biztosával

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

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

t) 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 3. 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 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti

a) kábítószerrel visszaéléssel,

b) pszichoaktív anyaggal visszaéléssel,

c) terrorcselekménnyel,

d) robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel,

e) lőfegyverrel vagy lőszernel visszaéléssel,

f) pénzmosással,

g) bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

6. A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóságot a „halaszthatatlan intézkedés” jelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt

ügyészi jóváhagyást nélkülöző megkeresésére is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott ügygel 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 külföldre történő adattovábbítás szabályainak figyelembevételével, adatfeldolgozási céllal a külföldi székhelyű anyavállalata (MetLife EU Holding Company Ltd., Írország, 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, Egyesült Királyság), illetve viszontbiztosítója részére, az anyavállalat és a regionális központok, vala-

mint 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 a www.metlife.hu honlapján 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) a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól;
- b) a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.

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.

17. § A személyes adatok kezelése

1. A biztosító, illetőleg az ügyletkötő 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 úrlapon, illetőleg az ajánlat megtétele, vagy a szerződés hatálya, illetőleg a szerződésből eredő igények érvényesítése során egyéb formában a biztosítási szerződés létrehozása érdekében a biztosítóval közölt.
2. A biztosító, 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 megíiusulásával 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 személy-

azonosságát 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.

18. § Jognyilatkozatok

1. A biztosító nyilatkozatait írásban juttatja el a biztosítási szerződésben érdekelt személyeknek, az általuk megadott és a biztosító által ismert utolsó értesítési címre.
2. Amennyiben a szerződő egy hónapnál hosszabb időre külföldre utazik, a biztosító számára magyarországi kézbesítési meghatalmazottat nevezhet meg. Ennek hiányában a biztosító az általa ismert utolsó címre joghatályosan küldhet nyilatkozatot.
3. A biztosító a szerződéskötéskor vagy azt követően hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. A nyilatkozat akkor hatályos, ha az a biztosító központjába bizonyítható módon megérkezett.
4. A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és biztosítási titokként kezelni.

Milyen módon lehet tájékozódni a biztosítással kapcsolatban, illetve hova lehet panasszal fordulni?



19. § 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.) vagy a 06-40-444-445 kék telefonszámon hétfőn 8 és 20 óra között, keddtől péntekig 9 és 17 óra között tájékozódhat szerződési egyes főbb adatainak változásáról.
2. Amennyiben a szerződő rendelkezik MyMetLife hozzáféréssel, amelynek feltétele a MyMetLife szerződés megkötése, akkor a szerződő a MyMetLife internetes ügyfélporthálón is tájékozódhat a saját szerződése aktuális visszavásárlási értékéről.
3. A biztosító a 3. 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 biztosítási szerződése szolgáltatási értékéről, aktuális visszavásárlási értékéről.
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.

20. § Panasztételi lehetőség

A biztosító magatartására, tevékenységére, szolgáltatására vagy mulasztására vonatkozó panaszt a szerződő szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen, postai levél útján, telefaxon, vagy elektronikus levélben), a jelen pontban megjelölt elérhetőségek bármelyikén előterjeszheti a biztosító ügyfélszolgálati osztálya részére levélben a MetLife Biztosító Zrt. (H-1138 Budapest, Népfürdő u. 22.), elektronikus üzenet útján: az info@metlife.hu e-mail címen folyamatosan, telefonon: hétfőn 8 és 20 óra között, keddtől péntekig 9 és 17 óra között a 06-40-444-445 telefonszámon, telefaxon: a 06-1-391-1661 számon, személyesen: a MetLife Biztosító ügyfélszolgálatán (1138 Budapest, Népfürdő utca 22.) nyitvatartási időben (hétfőn 8 és 20 óra között, más munkanapokon 9 és 17 óra között). A szerződő továbbá folyamatosan tájékozódhat a biztosító szolgáltatásairól a www.metlife.hu címen.

Amennyiben a szerződő az általa tett bejelentésnek a biztosító által történő kezelésével vagy annak eredményével elégedetlen, úgy panasza jellegétől függően a Magyar Nemzeti Bankhoz

(1013 Budapest, Krisztina krt. 39.) vagy a Pénzügyi Békéltető Testülethez (1013 Budapest, Krisztina krt. 39. címen, elektronikus ügyfélkapun keresztül – www.magyarorszag.hu címen) vagy bírósághoz fordulhat.

21. § Illetékes bíróság

A biztosítási szerződésből eredő igények érvényesítésére indított valamennyi perre a II. és III. Kerületi Bíróság a kizárólagosan illetékes bíróság.

22. § Elévülés

A biztosítási szerződésből eredő biztosítási igények a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 5 év elteltével elévülnek.

Budapest, 2014. január 15.

1. SZÁMÚ MELLÉKLET

Milyen mértékű biztosítási térítést lehet választani?



Választható biztosítási csomagok és díjak

A szerződő által az ajánlati nyomtatványon választott, alábbi táblázatban bemutatott csomag szerinti szolgáltatást nyújtja a biztosító.

Biztosított	Fedezet	Csomag 1	Csomag 2	Csomag 3	Csomag 4
Gyermek	Csonttörés és égési sérülések*	100 000 Ft	200 000 Ft	300 000 Ft	400 000 Ft
	Baleseti és betegségi kórházi napi térítés	3 000 Ft	5 000 Ft	7 000 Ft	10 000 Ft
	Baleseti és betegségi műtéti térítés	80 000 Ft	150 000 Ft	200 000 Ft	300 000 Ft
	Baleseti rokkantság*	1 500 000 Ft	2 000 000 Ft	3 000 000 Ft	4 500 000 Ft
	Kritikus betegség	1 500 000 Ft	2 000 000 Ft	3 000 000 Ft	4 500 000 Ft
	Asszisztencia általános szolgáltatások	- 7/24 orvosi call center szolgáltatás - szakorvosi vizit megszervezése - nemzetközi második orvosi vélemény - konzultáció pszichológussal baleset vagy súlyos betegség esetén - magántanár huzamosabb kórházi ápolás esetére - magántanár huzamosabb otthoni ápolás esetére			
	Asszisztencia többlet szolgáltatások	-	- betegszállítás baleset vagy betegség esetén (évi 100 000 Ft limitösszeggel)	- betegszállítás baleset vagy betegség esetén (évi 100 000 Ft limitösszeggel) - képalkotó diagnosztika (CT, MRI, UH, évi 100 000 Ft limitösszegig)	- betegszállítás baleset vagy betegség esetén (évi 100 000 Ft limitösszeggel) - képalkotó diagnosztika (CT, MRI, UH, évi 100 000 Ft limitösszegig)
Éves díj az első gyermek biztosított esetén		32 000 Ft	51 000 Ft	72 000 Ft	101 000 Ft
Éves díj a további gyermek biztosított(ak) esetén		28 800 Ft	45 900 Ft	64 800 Ft	90 900 Ft

* Ha a csonttörés, az égési sérülés, vagy a maradandó károsodást okozó baleset a hivatalos tanítási szünet időszakában következett be, a szolgáltatási összeg kétszeresen kerül kifizetésre.

A gyermek részére választott csomag típusától függetlenül választható kiegészítő biztosítási csomag a szülő biztosítottak részére:

Biztosított	Fedezet	Csomag 1	Csomag 2	Csomag 3	Csomag 4
Szülő	Havi járadék 10 éven keresztül a szülő baleseti halála esetére	75 000 Ft/hó	100 000 Ft/hó	125 000 Ft/hó	150 000 Ft/hó
	Havi járadék 10 éven keresztül a szülő baleseti rokkantsága (>50%) esetén	75 000 Ft/hó	100 000 Ft/hó	125 000 Ft/hó	150 000 Ft/hó
Éves díj az első szülő biztosított esetén		40 500 Ft	54 000 Ft	67 500 Ft	81 000 Ft
Éves díj a második szülő biztosított esetén		36 450 Ft	48 600 Ft	60 750 Ft	79 900 Ft

Biztosított	Fedezet	Szolgáltatás
A szerződés természetes személy szerződője	Gyűjtőszámla	- befektetési egységek aktuális értéke - kármentességi bónusz szolgáltatás

Budapest, 2014. január 15.

2. SZÁMÚ MELLÉKLET

Milyen dokumentumokra van szüksége a biztosítónak a kifizetéshez?



Tájékoztató a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokról

A szolgáltatási igény elbírálásához a következő iratokat szükséges benyújtani:

Valamennyi szolgáltatási igény esetén:

- a biztosító erre a célra szolgáló kitöltött és aláírt kárbejelentő nyomtatványát,
- a biztosítási eseményt okozó eseményre vonatkozó (annak bekövetkezésében szerepet játszó baleset, betegség), illetve az azt követő valamennyi ellátás orvosi dokumentációja, kezelések, vizsgálatok iratai, kórházi zárójelentések, szövettani eredmények, műtéti leírások, szakorvosi iratok másolatait,
- hatósági eljárás esetén a tényállás megállapítására alkalmas hiteles hatósági okiratot, vádindítványt vagy vádiratot, bírósági ítéletet vagy az eljárást befejező/elutasító határozatot, amennyiben ilyen készült és az okirat szükséges a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához,
- külföldön bekövetkezett biztosítási esemény esetén a biztosítási esemény körülményeiről a külföldi állami, vagy önkormányzati hatóság és egészségügyi intézmények által kiállított okiratok hiteles magyar fordítását,
- a baleset tényét és körülményeit igazoló rendőrhatalósági jegyzőkönyv vagy más hatósági jelentés másolatát (amennyiben ilyen készült),
- továbbá mindazon okiratokat, amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek.

Baleseti szolgáltatás igénybevételéhez :

- 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),
- ha a baleset hivatalos tanítási szünet időszakában következett be, az oktatási intézmény igazolását arról, hogy a biztosítási esemény napja tanítási szünet időszaka esett.

A baleseti halál esetére szóló biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez :

- a hitelesített halotti anyakönyvi kivonatot,
- a halottvizsgálati bizonyítvány másolatát,
- boncjegyzőkönyv másolatát, amennyiben boncolás történt,
- halotti epikrízist tartalmazó kórházi zárójelentést,
- az eredeti érvényben lévő biztosítási kötvényt vagy a kötvény elvesztésére vonatkozó nyilatkozat két tanú aláírásával,
- azon okiratokat, amelyek a kedvezményezett jogosságát (személyazonosítás, illetve kedvezményezett vagy örökös státusz) igazolásához szükséges
- jogerős öröklési bizonyítvány vagy jogerős hagyatékátadó végzés másolatát (abban az esetben kell csatolni, ha korábban a kedvezményezettet név szerint nem nevezték meg),
- gyámhatósági határozatot (kiskorú kedvezményezett esetén),
- orvosi nyilatkozatot*,
- haláleset utáni orvosi jelentés formanyomtatványt.

Baleseti maradandó teljes vagy részleges rokkantság biztosítási eseményre járó szolgáltatás igénybevételéhez:

- az orvosi jelentést valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával, illetőleg az egészségkárosodás mértékének igazolásával,
- a sérült testrésszel kapcsolatban, a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően felállított orvosi diagnózisok, vizsgálatok, gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentációk másolatait (ha létezik ilyen).

Kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére járó szolgáltatás igénybevételéhez:

- a kórházi tartózkodásról és ellátásról szóló magyar nyelvű orvosi dokumentáció (zárójelentés) másolatát, amely tartalmazza a kórházi tartózkodás időtartamát, a kórtörténeti adatokat, a felállított diagnózisokat, az alkalmazott kezeléseket, illetve műtét esetén a műtéti beavatkozás pontos leírását, valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával,
- a sérült testrésszel kapcsolatban, a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően felállított orvosi diagnózisok, vizsgálatok, gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentációk másolatait (ha létezik ilyen),
- kórházi zárójelentést (nem kórházi igazolás!), külföldi kórházi zárójelentés esetén magyar nyelvű hiteles fordítással,
- ambuláns lapot, orvosi dokumentumok másolatát, hiteles magyar nyelvű fordítással,

e) orvosi nyilatkozatot*.

Balesetből származó csonttörés és égési sérülés esetére járó szolgáltatás igénybevételéhez:

- a) a csonttörést, csontrepedést vagy égési sérülést igazoló lelet másolata (szükség esetén a biztosító bekérheti az eredeti röntgenképet is),
- b) a sérült testrésszel kapcsolatban, a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően felállított orvosi diagnózisok, vizsgálatok, gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentációk másolatait (ha létezik ilyen),
- c) a kórházi tartózkodásról és ellátásról szóló dokumentáció (zárójelentés) másolatát, amely tartalmazza a kórházi tartózkodás időtartamát, a kórtörténeti adatokat, a felállított diagnózisokat, az alkalmazott kezeléseket, valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával.

Kritikus betegségek esetére járó szolgáltatás igénybevételéhez:

- a) a kórházi tartózkodásról és ellátásról szóló magyar nyelvű orvosi dokumentáció (zárójelentés) másolatát, amely tartalmazza a kórházi tartózkodás időtartamát, a kórtörténeti adatokat, a felállított diagnózisokat, az alkalmazott kezeléseket, illetve műtét esetén a műtéti beavatkozás pontos leírását, valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával,
- b) az önellátó képesség súlyos zavarait igazoló ideggyógyász szakvélemény,
- c) csontvelő-elégtelenség (Aplasticus anaemia) esetén a kárigény elbírálásához a biztosító által előírt, a szakorvosi véleményben írásban rögzítendő diagnosztikus kritérium: csontvelőpunkciós vagy biopsziás lelet, a serumban: WBC < 500/μl; PLT < 20 000/μl vonatkozott reticulocytaszám kisebb, mint 1%,
- d) epilepszia esetén 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. Az elbíráláshoz neurológus szakvélemény is benyújtandó,
- e) krónikus, szerzett szívbetegségek esetén a kárigény elbírálásához a biztosító által előírt, a szakorvosi véleményben írásban rögzítendő diagnosztikus kritérium: kardiológus szakorvos által felállított, echocardiographiás vizsgálattal megerősített diagnózis,
- f) bénulások esetén a kárigény elbírálásához a biztosító által előírt, neurológus szakorvosi véleményben írásban rögzítendő kritérium: a kórállapot állandó és tartós voltának megállapítása,
- g) vakság esetén a kárigény elbírálásához a biztosító által előírt, szemész szakorvosi véleményben írásban rögzítendő kritérium: a vakság maradandó voltának megállapítása,

h) siketség esetén a kárigény elbírálásához a biztosító által előírt fül-, orr- és gégeszakorvosi véleményben írásban rögzítendő kritérium: a siketség maradandó voltának megállapítása,

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

j) inzulin dependens diabetes mellitus esetén a kárigény elbírálásához a biztosító által előírt szakorvosi véleményben írásban rögzítendő kritérium: a kórállapot krónikus voltának megállapítása és a diagnosztizálás óta eltelt 3 hónapos tartam és a folyamatos inzulin-kezelés igazolása.

Az asszisztencia szolgáltatások igénybevételéhez

szükséges benyújtandó dokumentumok az asszisztencia szolgáltatások különös feltételeiben (4. számú melléklet) találhatók.

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

Budapest, 2014. január 15.

3. SZÁMÚ MELLÉKLET

Egyes, a feltételekben meghatározott változók értékei

Díjtűrőhatár	300 Ft
A díj lehívásának időpontja a folyószámláról	A folyószámla terhelésének lehetséges kezdődátumai a biztosító által bankoknak átadott állomány alapján a következők: 2014.02.12. 2014.03.12. 2014.04.10. 2014.05.14. 2014.06.12. 2014.07.11. 2014.08.13. 2014.09.11. 2014.10.13. 2014.11.13. 2014.12.11. 2015.01.14. 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, 2014. január 15.

4. SZÁMÚ MELLÉKLET

Az asszisztencia szolgáltatások különös feltételei

Mit nyújtanak az asszisztencia szolgáltatások?



Az asszisztencia szolgáltatásokat az Advance Medical Hungary Kft. nyújtja.

1. § 7/24 orvosi call center szolgáltatás

1. Orvosi call center szolgáltatás alatt telefonon történő orvosi tanácsadást, illetve az egyéb szolgáltatási igény fogadására kijelölt kapcsolattartó központ működtetését értjük, melyet a gyermek biztosított, vagy vele egy háztartásban élő hozzátartozója a biztosító által rendelkezésre bocsátott telefonszám felhívásával érhet el. Az asszisztencia szolgáltató az alábbi telefonszámon fogadja a gyermek biztosítottak, vagy vele egy háztartásban élő hozzátartozóinak a hívását: **+36-1-461-1507**.

Az orvosi call center az év minden napján, napi 24 órában fogadja a hívásokat, melyek rögzítésre kerülnek.

2. A call center tanácsadás keretében a következőkről ad tájékoztatást:

- a) betegséggel, gyógykezeléssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdésekről,
- b) gyógyszerek összetételéről, alkalmazhatóságáról, mellékhatásáról, helyettesíthetőségéről, áráról,
- c) orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletről,
- d) ügyeleti gyógyszerteráziáról,
- e) egészségügyi intézmények elérhetőségéről.

3. A szolgáltatás során az asszisztencia szolgáltató call center által nyújtott információk kizárólag tájékoztató jellegűek. Az asszisztencia szolgáltató erre a tényre a gyermek biztosított, vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója figyelmét a telefonbeszélgetés előtt is szóban felhívja.

4. A call center kapcsolattartó funkciója az alábbi szolgáltatások alapjául szolgál.

Asszisztencia általános szolgáltatások gyermek biztosítottra vonatkozó 1-es csomag választása esetén:

- a) második orvosi vélemény szolgáltatás,
- b) szakorvosi vizit megszervezése korlátlan számban,
- c) nemzetközi második orvosi vélemény,
- d) konzultáció pszichológussal baleset vagy súlyos betegség esetén,
- e) magántanár huzamosabb kórházi ápolás esetére,
- f) magántanár huzamosabb otthoni ápolás esetére.

Asszisztencia többlet szolgáltatások gyermek biztosítottra vonatkozó 2-es csomag választása esetén:

- a) betegszállítás baleset vagy betegség esetén (évi 100 000 Ft limitösszeggel).

Asszisztencia többlet szolgáltatások gyermek biztosítottra vonatkozó 3-as vagy 4-es csomag választása esetén:

- a) betegszállítás baleset vagy betegség esetén (évi 100 000 Ft limitösszeggel),
- b) képalkotó diagnosztika (CT, MRI, UH, évi 100 000 Ft limitösszegig).

5. A szolgáltatás igénybevételének feltételei

a) A gyermek biztosított, vagy vele egy háztartásban élő hozzátartozója felhívja az asszisztencia szolgáltató call centerét, ahol egy operátor vagy azonnal orvos válaszolja meg a hívást.

b) Megtörténik a telefonáló azonosítása, és a jogosultság ellenőrzése a biztosító által az asszisztencia szolgáltató rendelkezésre bocsátott adatok alapján:

- név ellenőrzése
- kötvényszám
- születési dátum ellenőrzése.

c) Orvosi kérdés kapcsán az operátor orvos munkatársnak továbbítja a hívást, aki megválaszolja a telefonáló kérdéseit.

d) Egyéb esetben az operátor rögzíti az ügyfél igényét, és az igényelt szolgáltatások feltételeinek megfelelően elkezd a szolgáltatások megszervezését és tájékoztatja a gyermek biztosítottat, vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozóját a folyamatról.

6. A szolgáltatással kapcsolatban nincsen várakozási idő, az a kockázatviselés első napjától igénybe vehető.

2. § Szakorvosi vizsgálat megszervezése

1. Ha a gyermek biztosított a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult betegsége miatt szakorvosi vizsgálatra vagy konzultációra szorul, az asszisztencia szolgáltató vállalja, hogy a gyermek biztosítottnak, vagy vele egy háztartásban élő hozzátartozójának segítséget nyújt abban, hogy megtalálja a gyermek biztosított szükségleteinek megfelelő egészségügyi szolgáltatót, ahol az igényelt szakorvosi ellátás térítéses betegként elérhető. Az asszisztencia szolgáltató az egészségügyi szolgáltató ajánlason túl, kérésre az igényelt szakellátás megszervezését is vállalja. **Az asszisztencia szolgáltatás az információ szolgáltatásra és az ellátás megszervezésére nyújt fedezetet.** Az asszisztencia szolgáltató által megszervezett egészségügyi szolgáltatások díját a gyermek biztosított, vagy vele egy háztartásban élő hozzátartozója fizeti.

2. A szolgáltatás igénybevételének feltételei

A gyermek biztosított, vagy vele egy háztartásban élő hozzátartozója az 1. § szerint felhívja az asszisztencia szolgáltató call centerét, és bejelenti a szolgálatára vonatkozó igényét. Az eljárás az ott leírtak szerint zajlik.

3. A szakorvosi vizsgálat megszervezésének határideje 10 munkanap.

4. A szolgáltatással kapcsolatban nincs várakozási idő, az a kockázatviselés első napjától igénybe vehető.

5. Amennyiben a gyermek biztosított a számára megrendelt szolgáltatást a megbeszélt időpontban nem kívánja igénybe venni, és erről a gyermek biztosított, vagy vele egy háztartásban élő hozzátartozója legalább egy munkanappal korábban nem értesíti az asszisztencia szolgáltatót, úgy a gyermek biztosított a megszervezett szolgáltatás ismételt megszervezésre az adott biztosítási éven belül a továbbiakban nem jogosult.

3. § Nemzetközi második orvosi vélemény

1. Második orvosi vélemény szolgáltatás alatt a gyermek biztosított, vagy vele egy háztartásban élő hozzátartozója kérésére, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult, a gyermek biztosított súlyos betegségére vonatkozó, magas szintű szakmai tapasztalattal rendelkező, nemzetközileg elismert, általában külföldi szakorvos által készített orvosi távszakvélemény elkészítését értjük. A szakvélemény célja, hogy a gyermek biztosított betegségének gyógyítását támogassa.

2. A második orvosi vélemény szolgáltatást az asszisztencia szolgáltató az alábbi betegségek esetén biztosítja:

- az életet fenyegető rosszindulatú daganatos megbetegedés,
- szívbetegségek, beleértve a szív- és érsebészeti beavatkozást szükségessé tevő kórképeket,
- szervátültetések,
- neurológiai és idegsebészeti betegségek,
- az idegrendszer degeneratív betegségei,
- a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és állapotok,
- az életet fenyegető egyéb betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás.

A felsoroltakon kívüli betegségek, állapotok esetén az asszisztencia szolgáltató a második orvosi vélemény biztosítása tekintetében mérlegelési jogosultsággal bír. A második orvosi vélemény örökletes vagy vele született betegségek illetve rendellenességek esetén nem vehető igénybe.

3. A szolgáltatás igénybevételének feltételei

a) A gyermek biztosított, vagy vele egy háztartásban élő hozzátartozója az 1. § szerint felhívja az asszisztencia szolgáltató call centerét, és bejelenti a szolgálatára vonatkozó igényét.

b) Az asszisztencia szolgáltató ellenőrzi, hogy a kérelmező a szolgáltatás igénybe vételére jogosult-e.

c) A gyermek biztosított, vagy vele egy háztartásban élő hozzátartozója az 1. számú függelék szerinti megadott kérelem és kérdőív kitöltésével, aláírásával, és mindezeknek az asszisztencia szolgáltató részére történő megküldésével kezdeményezi hivatalosan a szolgáltatás igénybevételét.

d) Az asszisztencia szolgáltató esetfelelős orvost jelöl ki, akinek feladata a következő:

- a gyermek biztosítottól, vagy vele egy háztartásban élő hozzátartozójától a dokumentációk bekérése és ezek összesítése;
- második orvosi vélemény szolgáltatás iránti igény jogosságának orvos-szakmai szempontú mérlegelése;
- második orvosi véleményt adó szakember(ek) kiválasztása, részükre a dokumentáció megküldése, illetve az egész eset kezelése folyamán a kapcsolattartás;
- a második orvosi vélemény végső formájának összeállítása.

e) Az asszisztencia szolgáltató a gyermek biztosítottal, illetve a vele egy háztartásban élő hozzátartozójával egyeztetett formátumban, módon és címen, de mindenképpen írásban (email, telefax, nyomtatott formában futárpostával) megküldi a szakvéleményt.

f) Az asszisztencia szolgáltató ezt követően a második orvosi vélemény átadása után esetlegesen szükségessé váló további konzultációt biztosít a gyermek biztosított, vagy vele egy háztartásban élő hozzátartozója számára.

4. A szolgáltatás feltételei

a) A második orvosi véleményt minden esetben a gyermek biztosított kezelőorvosai által készített leletei és a már felállított diagnózis alapján nyújtják.

b) A gyermek biztosított akkor jogosult a második orvosi vélemény igénybevételére, ha őt előtte a kérelmezett szakvélemény tárgyát képező betegség tekintetében egy Magyarországon orvosi tevékenység végzésére hatósági engedéllyel rendelkező orvos megvizsgálta, és a vizsgálatról leleteket készített, illetve írásos diagnózist állított fel.

c) A második orvosi vélemény igénylésekor a kérelmező a biztosítottnak vagy vele egy háztartásban élő hozzátartozójának csatolnia kell az esetről készült orvosi/kórházi leleteket, laboratóriumi vizsgálati eredményeket, orvosi jelentéseket, szövetmintákat, és minden egyéb vizsgálati eredményt, melyek alátámasztják a kezdeti diagnózist, továbbá csatolnia kell az asszisztencia szolgáltató által kért további jelentéseket és vizsgálati eredményeket. A gyermek biztosított, vagy vele egy háztartásban élő hozzátartozója kérésére és felhatalmazásával az asszisztencia szolgáltató kapcsolatba lép a kezelőorvossal, hogy megbeszélje vele az esetet, és bekérje tőle a megfelelő második orvosi véleményhez szükséges információt.

d) A második orvosi vélemény elkészítésének költségeit - beleértve az esetlegesen szükséges szakfordítás díját és a futárposta költségeit is - az asszisztencia szolgáltatás tartalmazza. Minden egyéb, pótlólagosan felmerülő orvosi vizsgálatokkal és kezelésekkal, orvosi jelentések megírásával, vizsgálatokkal kapcsolatos kiadást, költséget és díjat a biztosított, illetve a vele egy háztartásban élő hozzátartozója viseli.

e) A második orvosi vélemény iránti kérelem – 1. számú függelék – benyújtása magyar nyelven történik. A kérelem megválaszolása magyarul és angolul történik. A magyar és angol szöveg közti eltérés esetén az angol nyelvű szöveg az irányadó.

f) Az asszisztencia szolgáltató által nyújtott második orvosi vélemény a benyújtott adatok megbízhatóságától és pontosságától függ.

g) A második orvosi vélemény nem használható fel a gyermek biztosított kezelőorvosa döntésének helyettesítésére, tekintve, hogy bármely klinikai döntés meghozatalához személyes orvos-beteg találkozás és tényleges orvosi kivizsgálás szükséges.

h) Az asszisztencia szolgáltató nem vállal semmilyen felelősséget a nyújtott információ helytelen értelmezéséért vagy felhasználásáért. Ezen információ nem szolgálhat tudományos vagy jogi bizonyítékként.

5. A második orvosi vélemény elkészítésének határideje 15 munkanap attól az időponttól kezdve, amikor a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges összes dokumentum és lelet az asszisztencia szolgáltató rendelkezésére áll.

6. A szolgáltatással kapcsolatban betegség esetén a várakozási idő 3 hónap. Ha a szolgáltatást baleset miatt veszik igénybe, nincs várakozási idő.

4. § Konzultáció pszichológussal

1. Ha a gyermek biztosított a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult súlyos betegsége vagy baleset következtében 14 napnál hosszabb folyamatos kórházi tartózkodást vagy közvetlen hozzátartozó (szülő, testvér) elvesztését követően pszichológiai kezelésre szorul, az asszisztencia szolgáltató előzetes időpontegyeztetést követően a gyermek biztosított, vagy vele egy háztartásban élő hozzátartozója kérésére pszichológussal történő telefonos vagy személyes konzultációt szervez meg. A telefonos konzultáció biztosítási évenként legfeljebb 5 alkalommal, a személyes konzultáció legfeljebb 2 alkalommal vehető igénybe. A pszichológussal történő konzultáció a gyermek biztosított számára díjmentes. Ugyanazon biztosítási éven belül telefonos és személyes konzultáció nem vehető igénybe.

2. A szolgáltatás igénybevételének feltételei

A gyermek biztosított, vagy vele egy háztartásban élő hozzátartozója az 1. § szerint felhívja az asszisztencia

szolgáltató call centerét, és bejelenti a szolgáltatásra vonatkozó igényét. Az eljárás az ott leírtak szerint zajlik.

3. A szolgáltatás lebonyolítása előtt az asszisztencia szolgáltató az alábbi dokumentumokat kérheti biztosítottól, mellyel biztosított igazolni tudja a szolgáltatás feltételeinek teljesülését:

a) kórházi zárójelentés,

b) kórházi kezelés időtartalmát igazoló igazolás.

4. A telefonos konzultáció megszervezésének határideje 5 munkanap, a személyes konzultáció megszervezésének határideje 15 munkanap.

5. A szolgáltatással kapcsolatban betegség esetén a várakozási idő 3 hónap. Ha a szolgáltatást baleset miatt veszik igénybe, nincs várakozási idő.

6. Amennyiben a gyermek biztosított a számára az asszisztencia szolgáltató által megszervezett szolgáltatást a megbeszélt időpontban nem veszi igénybe, és erről a gyermek biztosított, vagy vele egy háztartásban élő hozzátartozója legalább egy munkanappal korábban nem értesíti az asszisztencia szolgáltatót, az igénybe nem vett szolgáltatás is egyszeri igénybevételnek minősül.

5. § Magántanár huzamosabb kórházi ápolás esetére

1. A tanköteles korú gyermek biztosított a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult súlyos betegsége vagy baleset következtében 14 napnál hosszabb aktív betegellátást nyújtó kórházban történő folyamatos tartózkodást követően biztosítási évenként legfeljebb 50 000 Ft értékben, óránként legfeljebb 5 000 Ft értékben, naptári hetenként legfeljebb 3 alkalommal magántanárt vehet igénybe.

Az asszisztencia szolgáltató a gyermek biztosított, vagy vele egy háztartásban élő hozzátartozója kérésére segítséget nyújt abban, hogy a gyermek biztosított szükségleteinek megfelelő magántanárt megtalálják. Az asszisztencia szolgáltató vállalja, hogy a magántanár díját a meghatározott összeghatár erejéig közvetlenül a magántanárnak fizeti meg. Abban az esetben, ha a gyermek biztosított, vagy vele egy háztartásban élő hozzátartozója által választott magántanárt szeretne igénybe venni, az asszisztencia szolgáltató utólag számla ellenében, banki átutalással megtéríti a gyermek biztosított, vagy vele egy háztartásban élő hozzátartozója költségeit a meghatározott összeghatárig.

2. A szolgáltatás igénybevételének feltételei

A gyermek biztosított, vagy vele egy háztartásban élő hozzátartozója az 1. § szerint felhívja az asszisztencia szolgáltató call centerét, és bejelenti a szolgáltatásra vonatkozó igényét. Az eljárás az ott leírtak szerint zajlik.

3. A szolgáltatás lebonyolítása előtt az asszisztencia szolgáltató az alábbi dokumentumokat kérheti a gyermek biztosítottól, illetve a vele egy háztartásban élő

hozzátartozójától a szolgáltatás feltételeinek teljesülésének igazolására:

- kórházi zárójelentés,
- kórházi kezelés időtartamát igazoló igazolás,
- a gyermek biztosított, vagy vele egy háztartásban élő hozzátartozója részére történő utólagos költségterítés esetén a szolgáltatást nyújtó magántanár eredeti számlája, melyen vevőként az asszisztencia szolgáltató van feltüntetve,
- igazolás, mely igazolja, hogy a számlát kiállító egyéni vállalkozó vagy jogi személy az adott szolgáltatás nyújtásához szükséges szakképesítéssel és hatósági engedéllyel rendelkezik.

4. A szolgáltatás megszervezésének határideje 10 munkanap attól az időponttól kezdve, amikor a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges összes dokumentum az asszisztencia szolgáltató rendelkezésére áll.

5. A szolgáltatással kapcsolatban betegség esetén a várakozási idő 3 hónap. Ha a szolgáltatást baleset miatt veszik igénybe, nincs várakozási idő.

6. Amennyiben a gyermek biztosított a számára az asszisztencia szolgáltató által megszervezett szolgáltatást a megbeszélt időpontban nem veszi igénybe, és erről a gyermek biztosított, vagy vele egy háztartásban élő hozzátartozója legalább egy munkanappal korábban nem értesíti az asszisztencia szolgáltatót, az igénybe nem vett szolgáltatás is egyszeri igénybevételnek minősül.

6. § Magántanár huzamosabb otthoni ápolás esetére

1. Amennyiben a tanköteles korú gyermek biztosított a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult súlyos betegsége vagy baleset következtében 14 napnál hosszabb aktív betegellátást nyújtó kórházban történő folyamatos tartózkodást követően 14 napot meghaladó otthoni ápolásra szorul, biztosítási évenként legfeljebb 50 000 Ft értékben, óránként legfeljebb 5 000 Ft értékben, naptári hetenként legfeljebb 3 alkalommal magántanárt vehet igénybe.

Az asszisztencia szolgáltató a gyermek biztosított, vagy vele egy háztartásban élő hozzátartozója kérésére segítséget nyújt abban, hogy a gyermek biztosított szükségleteinek megfelelő magántanárt megtalálják. Az asszisztencia szolgáltató vállalja, hogy a magántanár díját a meghatározott összeghatár erejéig közvetlenül a magántanárnak fizeti meg. Abban az esetben, ha a gyermek biztosított, vagy vele egy háztartásban élő hozzátartozója által választott magántanárt szeretne igénybe venni, az asszisztencia szolgáltató utólag számla ellenében, banki átutalással megtéríti a gyermek biztosított, vagy vele egy háztartásban élő hozzátartozója költségeit a meghatározott összeghatárig.

2. A szolgáltatás igénybevételének feltételei

A gyermek biztosított, vagy vele egy háztartásban élő hozzátartozója az 1. § szerint felhívja az asszisztencia szolgáltató call centerét, és bejelenti a szolgáltatásra vonatkozó igényét. Az eljárás az ott leírtak szerint zajlik.

3. A szolgáltatás lebonyolítása előtt az asszisztencia szolgáltató az alábbi dokumentumokat kérheti a gyermek biztosítottól, illetve a vele egy háztartásban élő hozzátartozójától a szolgáltatás feltételeinek teljesülésének igazolására:

- kórházi zárójelentés,
- kórházi kezelés időtartamát igazoló igazolás,
- az otthoni ápolás időtartamát igazoló orvosi igazolás,
- a gyermek biztosított, vagy vele egy háztartásban élő hozzátartozója részére történő utólagos költségterítés esetén a szolgáltatást nyújtó magántanár eredeti számlája, melyen vevőként az asszisztencia szolgáltató van feltüntetve,
- igazolás, mely igazolja, hogy a számlát kiállító egyéni vállalkozó vagy jogi személy az adott szolgáltatás nyújtásához szükséges szakképesítéssel és hatósági engedéllyel rendelkezik.

4. A szolgáltatás megszervezésének határideje 10 munkanap attól az időponttól kezdve, amikor a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges összes dokumentum az asszisztencia szolgáltató rendelkezésére áll.

5. A szolgáltatással kapcsolatban betegség esetén a várakozási idő 3 hónap. Ha a szolgáltatást baleset miatt veszik igénybe, nincs várakozási idő.

6. Amennyiben a gyermek biztosított a számára az asszisztencia szolgáltató által megszervezett szolgáltatást a megbeszélt időpontban nem veszi igénybe, és erről a gyermek biztosított, vagy vele egy háztartásban élő hozzátartozója legalább egy munkanappal korábban nem értesíti az asszisztencia szolgáltatót, az igénybe nem vett szolgáltatás is egyszeri igénybevételnek minősül.

7. § Betegszállítás baleset vagy betegség esetén

1. Amennyiben a gyermek biztosított a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult betegsége vagy baleset folytán a lakhelyéről szakorvoshoz vagy kórházba, vagy kórházból vagy szakorvostól a lakhelyére saját járművel vagy tömegközlekedéssel az egészségi állapota miatt kísérettel sem képes eljutni, mentőszállításra jogosult, melyet biztosítási évenként legfeljebb 100 000 Ft értékben vehet igénybe. A mentőszállítást az asszisztencia szolgáltató szervezi meg a gyermek biztosított részére.

2. A szolgáltatás igénybevételének feltételei

A gyermek biztosított, vagy vele egy háztartásban élő hozzátartozója az 1. § szerint felhívja az asszisztencia

szolgáltató call centerét, és bejelenti a szolgáltatásra vonatkozó igényét. Az eljárás az ott leírtak szerint zajlik.

3. A szolgáltatás lebonyolítása előtt az asszisztencia szolgáltató a mentőszállítás szükségességét igazoló orvosi dokumentumok (szakorvosi ellátást igazoló ambuláns lap, kórházi zárójelentés, szakorvosi beutaló) bemutatását kérheti a gyermek biztosítottól, vagy vele egy háztartásban élő hozzátartozójától.

4. A szolgáltatás megszervezésének határideje 3 munkanap attól az időponttól kezdve, amikor a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges összes dokumentum az asszisztencia szolgáltató rendelkezésére áll.

5. A szolgáltatással kapcsolatban betegség esetén a várakozási idő 3 hónap. Ha a szolgáltatást baleset miatt veszik igénybe, nincs várakozási idő.

6. Amennyiben a gyermek biztosított a számára az asszisztencia szolgáltató által megszervezett szolgáltatást a megbeszélt időpontban nem veszi igénybe, és erről a gyermek biztosított, vagy vele egy háztartásban élő hozzátartozója legalább egy munkanappal korábban nem értesíti az asszisztencia szolgáltatót, az igénybe nem vett szolgáltatás is egyszeri igénybevételnek minősül, és a biztosítási év során a betegszállítás szolgáltatás kapcsán összesen rendelkezésre álló költségkeretet 20%-kal csökkenti.

8. § Képződiagnosztika

1. Amennyiben a gyermek biztosítottnak a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult, szakorvos által, vizsgálati leletekkel dokumentáltan megállapított betegsége miatt CT, MR vagy ultrahang vizsgálatra van szüksége, az asszisztencia szolgáltató szervezésében biztosítási évente legfeljebb 100 000 Ft értékhatárig, biztosítási évente legfeljebb egy alkalommal részt vehet ultrahang vizsgálaton, vagy ugyancsak évente egy alkalommal részt vehet egy testtáj CT, vagy szintén egy alkalommal egy testtáj MR vizsgálaton. A szolgáltatás keretében az alábbi vizsgálatok érhetők el:

- a) hasi, nyaki vagy lágyrész ultrahang vizsgálat,
- b) natív és kontrasztanyag CT vizsgálat bármely testtájáról,
- c) natív és kontrasztanyag MR vizsgálat bármely testtájáról.

2. A szolgáltatás igénybevételének feltételei

A gyermek biztosított, vagy vele egy háztartásban élő hozzátartozója az 1. § szerint felhívja az asszisztencia szolgáltató call centerét, és bejelenti a szolgáltatásra vonatkozó igényét. Az eljárás az ott leírtak szerint zajlik.

3. A szolgáltatás lebonyolítása előtt az asszisztencia szolgáltató a képződiagnosztika szükségességét igazoló orvosi dokumentumok (szakorvosi ellátást igazoló ambuláns lap, kórházi zárójelentés, szakorvosi beutaló)

bemutatását kérheti a gyermek biztosítottól, vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozójától.

4. A szolgáltatás megszervezésének határideje 10 munkanap attól az időponttól kezdve, amikor a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges összes dokumentum az asszisztencia szolgáltató rendelkezésére áll.

5. A szolgáltatással kapcsolatban betegség esetén a várakozási idő 3 hónap. Ha a szolgáltatást baleset miatt veszik igénybe, nincs várakozási idő.

6. Amennyiben a gyermek biztosított a számára az asszisztencia szolgáltató által megszervezett szolgáltatást a megbeszélt időpontban nem veszi igénybe, és erről a gyermek biztosított, vagy vele egy háztartásban élő hozzátartozója legalább egy munkanappal korábban nem értesíti az asszisztencia szolgáltatót, az igénybe nem vett szolgáltatás is egyszeri igénybevételnek minősül.

9. § Indexálás

A biztosító évente egyszer, minden év május elsejével indexálhatja az asszisztencia szolgáltatás költségét. A biztosító az index mértékét az általános feltételeinek 11. §-ának 1. pontjában részletezett módon határozza meg. Az indexálással az asszisztencia szolgáltatási limitek nem változnak.

10. § Asszisztencia szolgáltató módosítása

A biztosító fenntartja a jogot az asszisztencia szolgáltató módosítására.

Budapest, 2014. január 15.

A GYERMEK BIZTOSÍTOTT BALESETBŐL SZÁRMAZÓ CSONTTÖRÉSÉRE ÉS ÉGÉSI SÉRÜLÉS ESETÉRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS (MET-F10, MET-F11, MET-F12, MET-F13) KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

A gyermek biztosított csonttörésére és égési sérülés esetére szóló biztosítás a MetLife Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a Junior Care baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei az irányadók.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek az irányadók.

1. § A biztosított személye

A jelen biztosítás biztosítottja a gyermek biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító a gyermek balesetből származó csonttörése vagy égési sérülése esetén?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

1. A biztosítási esemény minden más októl függetlenül bekövetkező, baleseti eredetű csonttörés vagy baleseti eredetű égési sérülés.

2. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási szerződésben megjelölt biztosítási összegéből az adott törésre vagy égési sérülésre a térítési táblázatban meghatározott százalékos összeget fizeti ki.

3. Az ugyanazon baleseti eseményből származó több egészségkárosodás (törés, égési sérülés) esetén a különböző százalékok összegzésre kerülnek, de a biztosítási szolgáltatás nem haladhatja meg a biztosítási szerződésben megjelölt biztosítási összeget.

4. A térítési táblázatban nem említett egészségkárosodások (törések, égési sérülések) a táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján, súlyosságukkal arányosan kerülnek elbírálásra. A térítés mértékét a biztosító orvos szakértője állapítja meg. Amennyiben a baleseti eredetű törés vagy égési sérülés mértéke a táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján nem éri el az 1 %-ot a biztosító biztosítási szolgáltatást nem teljesít.

5. A biztosító az igényelbírálás tartama alatt jogosult a saját költségén a biztosítottat az általa megnevezett orvosokkal megvizsgáltatni.

6. A jelen kiegészítő biztosítás feltételei szerint esedékes szolgáltatás a biztosítás egyéb szolgáltatásaitól függetlenül kerül kifizetésre.

7. Abban az esetben, ha a biztosítási esemény a hivatalos tanítási szünet időszakában következett be, a szolgáltatási összeg kétszeresen kerül kifizetésre.

3. § A biztosítás megszűnése

Az általános feltételekben felsoroltakon túl jelen biztosítás megszűnik:

- a gyermek biztosított halálával,
- annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a gyermek biztosított a 21. életévét betölti.

Térítési táblázat

Az egészségkárosodás mértékét a következő térítési táblázat szerint kell megállapítani:

Az egészségkárosodás jellege	A biztosítási összeg %-a
CSONTTÖRÉSEK	
Medence törések (farkcsont törés nélkül):	
- Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	100%
- Minden egyéb nyílt törés	50%
- Többszörös törések (legalább egy teljes törés)	30%
- Egyszerű zárt törések	20%
Combcsont vagy sarokcsont törései:	
- Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	50%
- Minden egyéb nyílt törés	40%
- Többszörös törések (legalább egy teljes törés)	30%
- Egyszerű zárt csonttörések	18%
Koponya alapi törések	100%
A sípcsont, felkarcsont, orsócsont vagy csukló törései:	
- Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	40%
- Minden egyéb nyílt törés	30%
- Többszörös törés (legalább egy teljes törés)	20%
- Egyszerű zárt csonttörések	15%

Felső vagy alsó állkapocs, külső boka, belső boka singcsont törései:	
- Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	30%
- Minden egyéb nyílt törés	20%
- Többszörös törés (legalább egy teljes törés)	16%
- Egyszerű zárt törések	8%
Lapocka, kulcscsont, térdkalács, szegycsont, lábtő-, lábközépcsontok törései:	
- Nyílt törések	20%
- Zárt törések	10%
Gerinc törések (farkcsont törés kivételével):	
- Csigolyatestek kompressziós törése	20%
- Tövisnyúlvány, harántnyúlvány, ízületi nyúlvány törései	20%
- Minden más törés	10 %
Homlok, halánték, falcson vagy nyakszirtecsont törései:	
- csontszilánkok benyomódásával	30%
- csontszilánkok benyomódása nélkül	10%
Borda vagy bordák, arccsont, farkcsont vagy szárcapocscsont (kivéve boka) törései:	
- Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	16%

- Minden egyéb nyílt törés	12%
- Többszörös törés (legalább egy teljes törés)	8%
- Egyszerű zárt csonttörések	4%
Kézujj és lábujj törések:	
- Nyílt törések	5%
- Zárt törések	3%

ÉGÉSI SÉRÜLÉSEK	
A bőr másodfokú és harmadfokú égései, amelyek a testfelület legalább 27 %-át érintik	100%
A bőr másodfokú és harmadfokú égései, amelyek a testfelület 18-26 %-át érintik	60%
A bőr másodfokú és harmadfokú égései, amelyek a testfelület 9-17 %-át érintik	30%
A bőr másodfokú és harmadfokú égései, amelyek a testfelület 4,5-8 %-át érintik	16%

Budapest, 2014. január 15.

A GYERMEK BIZTOSÍTOTT BALESETBŐL VAGY BETEGSÉGBŐL SZÁRMAZÓ KÓRHÁZI ELLÁTÁSA ESETÉN, NAPI TÉRÍTÉSRE (MET-NA3, MET-NA4, MET-NA5, MET-NA6) ÉS MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁSOK (MET-SA3, MET-SA4, MET-SA5, MET-SA6) FELTÉTELEI

A gyermek biztosított balesetből vagy betegségből származó kórházi ellátása esetén, napi térítésre és műtéti térítésre szóló biztosítások a MetLife Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a Junior Care baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei az irányadók.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek az irányadók.

1. § A biztosított személye

A jelen biztosítás biztosítottja a gyermek biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító a gyermek balesetből vagy betegségből származó kórházi ellátása esetén?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

1. Kórházi ellátásra szóló napi térítés

a) Amennyiben a gyermek biztosított a biztosítási szerződés hatályaba lépése után bekövetkezett sérülés vagy első alkalommal bekövetkezett betegség következtében bennfekvőként kórházi ellátásban részesül, a biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott kórházi napi térítési összeget fizeti a biztosítottnak a kórházi ellátás első napjától az ellátás tartama alatt, de legfeljebb a 180. napig akkor, ha az adott kórház ápolási esemény tartama legalább 3 ellátási napot elér.

b) Ha a kórházi felvétel és elbocsátás napja között kevesebb, mint 3 ellátási nap telik el, a biztosító kórházi napi térítés címén nem nyújt szolgáltatást.

2. Műtéti térítés

a) Ha a gyermek biztosított a biztosítási szerződés hatályaba lépése után bekövetkezett sérülés vagy első alkalommal bekövetkezett betegség következtében kórházi ellátásban részesül és orvos által elvégzendő, a műtéti beavatkozások táblájában felsorolt műtéti eljárás alá utalják, a biztosító kifizeti a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összeget.

b) A biztosító biztosítási évente legfeljebb két műtetre nyújt szolgáltatást.

3. § A biztosítás megszűnése

Az általános feltételekben felsoroltakon túl jelen biztosítás megszűnik:

- a gyermek biztosított halálával,
- annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a gyermek biztosított a 21. életévét betölti.

MŰTÉTI BEAVATKOZÁSOK TÁBLÁJA

ÁLTALÁNOS SEBÉSZET

Pajzsmirigy eltávolítása
Egy- vagy kétoldali radikális melleltávolítás
Egy- vagy kétoldali egyszerű melleltávolítás
Mell részleges eltávolítása
Melldaganat vagy ciszta kimetszése

HAS

Has feltárása
Vakbélműtét
Hasi tályog becsővezése
Sérvek műtéti ellátása: bubonokéle, omphalokéle, merokéle, hidrokéle, cirsokéle, heresérv, hasfali sérv, műtét utáni sérv
Teljes vagy részleges gyomoreltávolítás, vagotómia, pylorus plasztika, nyombélfekély
Fekély perforációjának elvarrása
Béleltávolítás
Hasüregi daganat eltávolítása
Végbél eltávolítás hasi behatolással
Végbél előreesés műtéti ellátása hasi behatolással
A végbél záró izomzatának berepedése, tályog vagy ciszta
Aranyérműtét
Májtályog (feltárással)
Echinococcus ciszta a májban
Részleges májeltávolítás
Epehólyag eltávolítása
Hasnyálmirigyműtét
Lép eltávolítása
Polip eltávolítása bélből
Vastagbél-, vékonybél-, hólyag sztóma készítése
Bél anasztomózis
Teljes vastagbél eltávolítás

Zárázómozgást, epevezeték beszűkítése
Azonos hasi metszésből végzett két vagy több sebészeti beavatkozás egyetlen műtétnek számít.
NYIROKCSOMÓK
Nyirokcsomó eltávolítása hónaljából vagy lágyékból
MELLKAS MŰTÉTEK
Mellkas megnyitása, mellkas plasztika
Tüdő vagy tüdőlebeány eltávolítása
Tüdőbeékelődés eltávolítása
Nyelőcsőműtét
Szív- vagy aortaműtét
Becsővezetés mellkas csapoláshoz
Mellkas csapolás
Mediasztinoma daganat eltávolítása a szegycsont felvágásával
Mellhártya összenövésének felszabadítása
Légmellkezelés a mellkas megnyitásával
Diagnosztikus mellkas feltárás
Hörgő- vagy légcső sztent behelyezése
ORTOPÉDIAI MŰTÉTEK
Hosszú csőves csontok korrekciós műtét ellátása
Egyéb csontok korrekciós műtét ellátása
Ízületi metszés, beleértve az ízületi szabadtest eltávolítását
Csontkinövés eltávolítása
Alagút szindróma műtét ellátása
Meniszkusz eltávolítás arthroszkóppal
Ujjamputáció (bármely ujj)
Lábközépcsont, kézközépcsont amputációja
Amputáció a csuklótól vagy a lábtőcsontoktól felfelé
Kalapácsiujj, ujj deformitás, lábközépcsont deformitás korrekciós műtétje
Inak vagy idegek összevarrása
Arthroszkópos térd vagy vállműtét
Achilles-ín szakadása
Közepes ízületek merevítése (pl. boka)
Könyök, térd, váll ízületbehatoló vagy supracondylaris törései
Csípő, térd vagy váll teljes ízületi plasztikája
Gerinctörés sebészeti ellátása vagy elmozdítása
HÚGY- ÉS IVARSZERVEK
Vese eltávolítása
Daganat, kő, húgycső, húgyhólyag eltávolítása:
- sebészeti úton
- endoszkóppal
Prostata eltávolítása
Prostata eltávolítása a húgycsövön keresztül
Here vagy mellékhere eltávolítása
Húgyútműtét
Hólyageltávolítás, szeméremcsont fölötti behatolással
Húgyhólyag teljes eltávolítása
Vese, húgycső, vesemedence plasztika

Vesekő, epekő vagy húgycsőben lévő kő zúzása
Sérvek műtét ellátása: vizesér, heresér
Ondósinór vagy vezeték lekötése
Hólyag diverticulum eltávolítása
Barlangos test plasztika
Részleges húgyvezeték eltávolítás áthidalással
Teljes pénisz eltávolítás a nyirokcsomó eltávolításával
Teljes prosztata eltávolítás medencei nyirokcsomó eltávolítással
FÜL - ORR - GÉGE
Plasztikai beavatkozás az ajkakon
Száj daganatának műtét ellátása
Fülmirigy eltávolítása
Fülmirigy daganat
Hörgő ciszta vagy tályog eltávolítása
Thyreoglossus ciszta vagy tályog kimetszése
Külső- vagy középfül műtét
Mandulaeltávolítás – adenoid vegetáció eltávolítása
Gége kiirtása
Hangszalagműtét
Nyelvcsap eltávolítása
Légcsőmetszés
Külső hallójáratokból csontkinövés vagy csontdaganat eltávolítása
Teljes vagy részleges állkapocs eltávolítás
Gége-, garat-, nyelőcső eltávolítás
Egyensúlyozó ideg kimetszése
Kengyel eltávolítása
Dobhártya plasztika
Labirintus szerv eltávolítása
Éksonton keresztüli rostacsont eltávolítása
Teljes fülmirigy eltávolítás
Koponyalékelés az üreg felől
NŐI NEMI SZERVEK
Teljes méheltávolítás
Részleges méheltávolítás
Petevezeték eltávolítása
Petefészek eltávolítása
Myoma eltávolítása
Bartholin-mirigy ciszta kimetszése vagy kivarrása
Méhnyak csonkolása
Hüvelyplasztika
Vulva teljes kimetszése
Méhkürtplasztika
Petefészek ékrezekciója
Endoszkópia (invazív laparoszkópia)
Endoszkópia (invazív hiszteroszkópia)
IDEGSEBÉSZET
Agy vagy agyhártyák műtét ellátása
Koponyatörés műtét ellátása
Koponyaplasztika
Diagnosztikus vagy tüneti koponyalékelés

Agyi aneurizma eltávolítása
Meningeoma eltávolítása
Koponyalékelés
Rosszindulatú agyi érelváltozás műtéti ellátása
Hallóideg műtét
Hangszalag eltávolítása
Gerincvelő daganatok
Ideggyök kimetszése
Idegvarrat
Neurinóma kimetszése
Szimpatikus ideg átmetszése
SZEMÉSZET
Hátsó üvegtest műtét
Szürkehályog eltávolítása
Zöldhályog műtét
Szem eltávolítása
Szemhéj be- vagy kifordítása műtétileg
Retinaleválás műtéti ellátása
Könnycsatorna kimetszése
Szívárványhártya eltávolítása vagy bemetszése
Szaruhártya bemetszése asztigmia miatt
Kancsalság műtéti ellátása
Könnytömlő kimetszése
Inhártyaplasztika
Szemlencse beültetése vagy eltávolítása
Kötőhártya átültetése
Lencse plasztika (első kamra bemetszése, másodlagos szürkehályogműtét)
PLASZTIKAI SEBÉSZET (HELYREÁLLÍTÓ SEBÉSZET)
Hegkimetszés
Bőrlebens kimetszése átültetésre

Többszörös ín és idegvarrat
Arcideg dekompresziós műtétje
Homlok vagy arccsont csontvése
ÉRRENDSZERI MŰTÉTEK
ARTÉRIÁK
Érplasztika (katéteres tágítás)
Hasi aortatágulat, csípőaorta vagy combaorta műtét
Hasi aortaműtét
Szívkoszorúér festés
Aorto-carotis vagy aorto- arteria subclavia áthidaló műtét
Artériás vérrög eltávolítása
Arteria carotis endarterektómia
VÉNÁK
Varicosus véna eltávolítása (visszér műtét)
– egy lábon
– mindkét lábon
Véna elvarrása sérülés után
Vénás thrombus eltávolítása
DIAGNOSZTIKUS BEAVATKOZÁSOK
Laparoszkópia
KÜLÖNLEGES MŰTÉTEK
Csontvelő átültetés
DAGANATOK
Daganatos megbetegedés sugárkezelése
Ugyanazon daganat többszöri sugárkezelése esetén a biztosító csak egyszer fizeti ki a biztosítási összeget.

Budapest, 2014. január 15.

A GYERMEK BIZTOSÍTOTT BALESETI EREDETŰ TELJES VAGY RÉSZLEGES ROKKANTSÁGA ESETÉRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS (MET-R58, MET-R59, MET-R60, MET-R61) KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

A gyermek biztosított baleseti eredetű teljes vagy részleges rokkantsága esetére szóló biztosítás a MetLife Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a Junior Care baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei az irányadók.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek az irányadók.

1. § A biztosított személye

A jelen biztosítás biztosítottja a gyermek biztosítottként megnevezett természetes személy.

2. § Általános rendelkezések

1. A baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.
2. A biztosító a rokkantság jellegének, maradandóságának és mértékének egyértelmű orvosi megállapítását megelőzően rokkantsági szolgáltatást nem teljesít. A rokkantság mértékét és maradandóságát legkésőbb két (2) évvel a baleset után meg kell állapítani.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító a gyermek baleseti eredetű rokkantsága esetén?



3. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

1. Baleseti maradandó teljes rokkantság

a) Amennyiben a gyermek biztosított a baleseti testi sérülés következményeként, a baleset időpontját követő 180 napon belül olyan maradandó rokkantságot (egészségkárosodást) szenved, amely az utóbbi 12 egymást követő hónapban folyamatosan fennállott és ezen 12 hónapot követően is maradandónak, véglegesnek és visszafordíthatatlannak minősült, a biztosító a kötvényben megjelölt biztosítási összeget fizeti ki.

b) A biztosító maradandó teljes rokkantságnak ismeri el a következő egészségkárosodásokat:

mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	100%
a beszédképesség teljes elvesztése	100%
az alsó állkapocs eltávolítása	100%

mindkét kar vagy mindkét kéz teljes elvesztése 100%
mindkét láb vagy mindkét lábfej teljes elvesztése 100%
egy kar, illetve kéz és egy láb, illetve lábfej teljes elvesztése 100%

c) A biztosító a biztosítási összegből levonja mindazokat az összegeket, amelyeket az ugyanazon balesetből származó ugyanazon egészségkárosodásra maradandó részleges rokkantság címén már kifizetett.

2. Baleseti maradandó részleges rokkantság

a) Amennyiben a gyermek biztosított a baleseti testi sérülés következményeként, a baleset időpontját követő 180 napon belül olyan maradandó részleges rokkantságot (egészségkárosodást) szenved, amely véglegesnek és visszafordíthatatlannak minősül, a biztosító a kötvényben megjelölt biztosítási összegből a maradandó részleges rokkantság mértékének megfelelő összeget fizeti ki.

b) A rokkantság mértékét a térítési táblázat szerint kell megállapítani.

c) A táblázatban nem említett maradandó egészségkárosodások a táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján, súlyosságukkal arányosan kerülnek elbírálásra a biztosított foglalkozásának figyelmen kívül hagyásával. Szükség esetén a maradandó részleges rokkantság mértékét az igényelbírálás tartama alatt a biztosító orvos szakértője állapítja meg, aki e döntését más orvos szakértői testület megállapításától függetlenül hozza meg.

d) Az ugyanazon baleseti eseményből származó több egészségkárosodás esetén a különböző százalékok összegzésre kerülnek, de a biztosítási szolgáltatás nem haladhatja meg a biztosítási kötvényben meghatározott biztosítási összeget.

e) Abban az esetben, ha a biztosítási esemény a hivatalos tanítási szünet időszakában következett be, a szolgáltatási összeg kétszeresen kerül kifizetésre.

4. § A biztosítás megszűnése

Az általános feltételekben felsoroltakon túl jelen biztosítás megszűnik:

- a) a gyermek biztosított halálával,
- b) annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a gyermek biztosított a 21. életévét betölti.

Térítési táblázat

Testrészek	Térítés: egészségkárosodás a biztosítási összeg %-ában	
	Jobb	Bal
Fej		
Veszteség a koponya csontállományának vastagságában:		
- legalább 6 cm ² felületen	40%	
- 3-6 cm ² felületen	20%	
- kevesebb mint 3 cm ² felületen	10%	
Alsó állkapocs részleges eltávolítása, a felsőállkapocscsont teljes vagy részleges eltávolítása (csonkolása)	40%	
Egy szem látóképességének teljes elvesztése	40%	
Egy fül hallóképességének teljes elvesztése	30%	
Felső végtagok		
Egy kar vagy egy kéz teljes elvesztése	60%	50%
A kar csontállományának lényeges vesztesége (meghatározott és gyógyíthatatlan sérülés)	50%	40%
A felső végtag teljes bénulása (az idegek gyógyíthatatlan sérülése)	65%	55%
A circumflex ideg teljes működésképtelensége	20%	15%
Váll ízületmerevsége (ankylosis)	40%	30%
Könyök ízületmerevsége		
- kedvező állapotú (15 fokos mozgás jobb szögben)	25%	20%
- kedvezőtlen állapotú	40%	35%
A alkarok csontállományának nagyfokú csökkenése (meghatározott és gyógyíthatatlan sérülés)	40%	30%
A medianus ideg teljes működésképtelensége	45%	35%
A radiális ideg teljes működésképtelensége	40%	35%
A alkar radiális idegének teljes bénulása	30%	25%
A kéz radiális idegének teljes bénulása	20%	15%
A cubitális ideg teljes bénulása	30%	25%
Csukló ízületmerevsége (ankylosis) kedvező állapotban (kiegyenesítés, behajlítás)	20%	15%
Csukló ízületmerevsége kedvezőtlen állapotban (hajlított, feszítve kinyújtott vagy ernyedtt állapotban)	30%	25%
Hüvelykujj teljes elvesztése	20%	15%
Hüvelykujj teljes ízületmerevsége (ankylosis)	20%	15%
Mutatóujj teljes amputációja	15%	10%
Hüvelykujj és mutatóujj egyidejű teljes amputációja	35%	25%
Hüvelykujj és egy másik ujj teljes elvesztése (a mutatóujj kivételével)	25%	20%

Két ujj teljes elvesztése (a hüvelykujj és a mutatóujj kivételével)	20%	15%
Négy ujj teljes elvesztése (beleértve a hüvelykujjat)	45%	40%
Négy ujj teljes elvesztése (a hüvelykujj kivételével)	40%	35%
Alsó végtagok		
Comb teljes elvesztése (combtól)	60%	
Comb és láb teljes elvesztése combközéptől	50%	
Lábfaj teljes elvesztése (ízületi csonkolás a sípcsont és lábtőcsontok között)	45%	
Lábfaj részleges elvesztése (ízületi csonkolás a külső bokacsont és a lábtőcsontok között)	40%	
Lábfaj részleges elvesztése (ízületi csonkolás a lábtőcsontok között)	35%	
Lábfaj részleges elvesztése (ízületi csonkolás a lábtőcsontok és a lábközépcsontok között)	30%	
Alsó végtag teljes bénulása (gyógyíthatatlan idegsérülés)	60%	
Külső térdhajlító ülőideg (nervus tibialis) teljes bénulása	30%	
Belső térdhajlító ülőideg (nervus communis) teljes bénulása	20%	
Külső és belső térdhajlító ülőidegek (nervus ischiadicus) teljes bénulása	40%	
Csípő teljes ízületmerevsége	40%	
Térd teljes ízületmerevsége	20%	
Comb csontállományának vagy a láb két csontjának csökkenése (gyógyíthatatlan állapotban)	60%	
Térdkalács csontállományának csökkenése felismerhető szilánkosodással és a láb tényleges megerőltető mozgásával	40%	
Térdkalács csontállományának vesztesége nyugalmi állapotban	20%	
Alsó végtag megrövidülése		
- legalább 5 cm-rel	30%	
- 3-5 cm között	20%	
- 1-3 cm között	10%	
Összes lábujj teljes amputációja	25%	
Négy lábujj teljes amputációja, beleértve a nagylábujjat	20%	
Négy lábujj teljes elvesztése (a nagylábujj kivételével)	10%	
Nagylábujj teljes elvesztése	10%	

Abban az esetben, ha a biztosított balkezes és ezt az ajánlaton külön feltünteteti vagy ez a tény bizonyított, a felső végtagokra meghatározott arányok fordítottját kell alkalmazni.

Budapest, 2014. január 15.

A GYERMEK BIZTOSÍTOTT KRITIKUS BETEGSÉGEIRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁSOK (MET-C22, MET-C23, MET-C24, MET-C25) FELTÉTELEI

A gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítások a MetLife Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a Junior Care baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei az irányadók.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek az irányadók.

1. § A biztosított személye

A jelen biztosítás biztosítottja a gyermek biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító a gyermek kritikus betegsége esetén?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

1. A gyermek biztosítottnak a biztosítás lejáratá előtti, a kockázatviselés kezdetétől számított várakozási idő eltelte után a jelen különös feltételek 2. § (4) pontjában meghatározott és leírt betegségek, állapotok, egyikének első alkalommal történő elszenvedése esetén a biztosító kifizeti a szerződésben (biztosítási kötvényen) meghatározott biztosítási összeget, feltéve, hogy a betegség vagy állapot pontos diagnózisának megállapítását követően a gyermek biztosított legalább 30 napig életben van.

2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának időpontja.

3. A jelen biztosítási szolgáltatás alapján a szolgáltatási összeg csak egy ízben kerülhet kifizetésre. Több betegség egyidejű, vagy egymást követő fellépése esetén a biztosító nem teljesít többszöri kifizetést.

4. A kockázatviselés hatálya alá tartozó betegségek, egészségi rendellenességek a következőkben felsoroltak:

- Rosszindulatú daganatok (rák), leukémiák (fehérvérűség)
- Gyermekbénulás
- Agyhártyagyulladás (meningitis)
- Agyvelőgyulladás (encephalitis)
- Csontvelő-elégtelenség (Aplasticus anaemia)
- Vírushepatitisek (Hepatitis B, C, D, E)
- Epilepszia
- Reumás láz
- Krónikus, szerzett szívbetegségek
- Bénulások
- Vakság

- Siketség
- Vértérszítvány következtében kialakult HIV-fertőzés
- Veseelégtelenség
- Tetanusz
- Insulin dependens diabetes mellitus (inzulinhiány miatti súlyos anyagcserezavar; DM-I)
- Jóindulatú agydaganat
- Szervátültetés
- Szívbillentyű műtét
- Aorta műtét

3. § A biztosítás megszűnése

Az általános feltételekben felsoroltakon túl jelen biztosítás megszűnik:

- a) a gyermek biztosított halálával,
- b) a szolgáltatási összeg kifizetésével,
- c) annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a gyermek biztosított a 21. életévét betölti.

4. § Az egyes biztosítási eseményekre vonatkozó részletes szabályok

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

a) Biztosítási esemény

A rosszindulatú daganat (malignus tumor) a rosszindulatú sejtek korlátlan osztódása és az egészséges szövetek közé terjedése, utóbbiak elpusztításával. A rosszindulatú daganat diagnózisát szövettani vizsgálattal onkológus vagy kórboncnok állítja fel. A kórképek magukban foglalják a Hodgkin-betegséget és az ún. non-Hodgkin lymphomákat is.

b) Szolgáltatás

A szolgáltatás az elfogadott kárigények esetén a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 100%-a.

c) Kizárások

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.
- Szövettani 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.

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

- bármely régebbi daganatos, vagy pre-malignus elváltozás,
- hólyag papilloma,
- vastagbél polyposis,
- Crohn betegség,
- colitis ulcerosa,
- haematuria (vérvizelés),
- véres széklet,
- vérköpés,
- nyirokcsomó-megnagyobbodás (lymphadenopathia),
- lépmegegyobbodás (splenomegalia).

2. Gyermekebénulás

a) Biztosítási esemény

Jelen biztosítási feltételek szempontjából azon diagnosztizált gyermekebénulás esete minősül biztosítási eseménynek, amelyet a poliovírus akut fertőzése okozott. Az orvos által igazolt, maradandó bénuláshoz vezető fertőzés minősül biztosítási eseménynek, amely legalább folyamatos három hónapon keresztül meggyengíti a motoros funkciókat és légzéselégtelenséget okoz. A szérum és a vírus jelenlétének a gerincvelő folyadékban bizonyítottnak kell lennie. Azon gyermekebénulásos esetek kizárásra kerülnek, amelyeknél bizonyítható, hogy a biztosított gyermek nem kapta meg a kötelező oltásokat.

b) Szolgáltatás

A szolgáltatás az elfogadott kárigények esetén a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 100%-a.

3. Agyhártyagyulladás (meningitis)

a) Biztosítási esemény

Baktériumok, vírusok, ritkábban gombák vagy protozoonok által kiváltott gyulladás, ami az agyhártyák és a gerincvelő gyulladásos folyamatain keresztül súlyos és visszafordíthatatlan neurológiai károsodást okoz, és a károsodás már legalább hat hete folyamatosan fennáll. A diagnózist gerincspinalis biopsziával nyert gerincvelő folyadékban azonosított bakteriális fertőzéssel és neurológus szakorvos véleményével kell alátámasztani: A HIV fertőzött állapotban diagnosztizált bakteriális agyhártyagyulladás nem tekinthető biztosítási eseménynek.

b) Szolgáltatás

A szolgáltatás az elfogadott kárigények esetén a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 100%-a.

c) Kizárások

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

4. Agyvelőgyulladás (encephalitis)

a) Biztosítási esemény

Az agy állományának (agyfélteke, agytörzs vagy kisagy) súlyos gyulladását okozó vírusfertőzés, amely tartós neurológiai károsodáshoz vezet. A tartós neurológiai károsodásnak minimum 6 hétig folyamatosan fenn kell állnia, és a diagnózist neurológus szakvéleményével kell alátámasztani. A HIV vírus okozta agyvelőgyulladás a jelen feltételek szempontjából nem tekinthető biztosítási eseménynek.

b) Szolgáltatás

A szolgáltatás az elfogadott kárigények esetén a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 100%-a.

c) Kizárások

A biztosító nem nyújt szolgáltatást az alábbi esetekre:

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

5. Csontvelő-elégtelenség (Aplastic anaemia)

a) Biztosítási esemény

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

A kárigény akkor nyújtható be, ha a diagnosztizálást követően transzfúzióra vagy transzplantációra került sor.

b) Szolgáltatás

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

- többszöri (min. 2x) transzfúzió valamely vérkészítménnyel, min. 2 hónapon keresztül, ehhez a biztosító az aktuális biztosítási összeg 100%-át nyújtja;
- rendszeres, legalább 1 hónapon keresztül folytatott immunsuppressív kezelés, ehhez a biztosító az aktuális biztosítási összeg 50%-át nyújtja;
- csontvelő-transzplantáció, ehhez a biztosító az aktuális biztosítási összeg 100%-át nyújtja.

c) Kizárások

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

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

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.

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

a) Biztosítási esemény

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). A szolgáltatás feltétele, hogy a májenzimek adott életkori normálértékekhez viszonyított minimum négyszeres emelkedésének 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.

b) Szolgáltatás

A szolgáltatás az elfogadott kárigények esetén a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 100%-a.

c) Kizárások

Nem jár a szolgáltatás Hepatitis A esetén.

7. Epilepszia

a) Biztosítási esemény

Az agyműködés átmeneti, rohamokban megnyilvánuló rendellenessége. A kárigény csak az ún. „nagy rohamokra” terjed ki, és akkor nyújtható be, ha a rohamok a megfelelően tartott kezelés ellenére több mint 1 éve tartanak.

b) Szolgáltatás

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 tonusos-clonusos görcsrel társuló eszméletvesztéssel.
- A biztosító szolgáltatása az igazolt és megfelelően tartott kezelés ellenére több, mint 1 éve tartó egynél többszöri heti gyakoriságú „nagy roham” esetén az aktuális biztosítási összeg 100%-a.

- A biztosító szolgáltatása az igazolt és megfelelően tartott kezelés ellenére több, mint 1 éve tartó, egynél többszöri havi, de heti egynél kisebb gyakoriságú „nagy roham” esetén az aktuális biztosítási összeg 25%-a.

c) Kizárások

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.

8. Reumás láz

a) Biztosítási esemény

Biztosítási eseménynek tekintendő azon reumás láz, amelynek maradvány kardiológiai szövödményei az NYHA besorolás szerint legalább II. osztályú vagy rosszabb idült szívelégtelenséghez vezetett, legalább hat hónapon keresztül fennállt és a megfelelő kezelés hatására sem várható a javulás. A biztosítási esemény megállapításához a reumás láz kardiológus által is megerősített diagnózisa szükséges, ami teljesíti a Jones-kritériumok mindegyikét. Jelen biztosítási feltételek szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek azon reumás láz megbetegedésből fakadó igény, amelynek esetében a jelen biztosítási szerződés kezdete előtt már diagnosztizáltak bármilyen olyan betegséget, ami érintette a biztosított gyermek szívbillentyűit.

b) Szolgáltatás

NYHA besorolás IV. stádiuma szerinti megbetegedés esetén a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 100%-a.

NYHA besorolás II. vagy III. stádiuma szerinti megbetegedés esetén a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 50%-a.

9. Krónikus, szerzett szívbetegségek

a) Biztosítási esemény

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.

b) Szolgáltatás

A szolgáltatás mértéke a szívbetegség NYHA által meghatározott súlyossági stádiumai szerint

- ha a panaszok minősítése minimum NYHA II. vagy III., akkor a biztosító szolgáltatása a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 50%-a;
- ha a panaszok minősítése NYHA IV., akkor a biztosító szolgáltatása a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 100%-a.

c) Kizárások

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 diagnosztizálták).

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 szérumszintű koleszterin vagy triglicerid szint.

10. Bénulások**a) Biztosítási esemény**

A végtagnak, vagy végtagoknak a gerincvelő valamely betegsége következtében kialakult állandó, teljes bénulása. A végtag definíció a teljes kart vagy lábat jelenti.

b) Szolgáltatás

Egy teljes kar vagy teljes láb bénulására a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 50%-a.

Teljes egyoldali vagy kétoldali, vagy minden végtagot érintő bénulásra a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 100%-a.

c) Kizárások

Nem jár a szolgáltatás az alábbiak esetén:

- veleszületett bénulás,
- a végtagok részleges bénulása.

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).

11. Vakság**a) Biztosítási esemény**

Akut betegség következtében legalább egy szemén kialakult maradandó és teljes látáskiesés.

b) Szolgáltatás

Ha végleges vakság alakul ki egy szemén, akkor a biztosító szolgáltatása a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 50%-a.

Ha végleges vakság alakul ki mindkét szemén, akkor a biztosító szolgáltatása a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 100%-a.

c) Kizárások

Kizárandó: bármely más mértékű látásromlás.

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).

12. Siketség**a) Biztosítási esemény**

Akut betegség következményeképpen kialakult, kórházak vagy klinikák audiológus szakorvosa által diagnosztizált, objektív audiometriás méréssel megerősített, teljes, végleges halláskiesés minden hangfrekvencia-tartományban, legalább egy fülben.

b) Szolgáltatás

Ha végleges siketség a gyermek 2 éves korát követően alakul ki egy fülben, akkor a biztosító szolgáltatása a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 20%-a.

Ha végleges siketség alakul ki mindkét fülben, akkor a biztosító szolgáltatása a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 50%-a.

c) Kizárások

Kizárandó bármely más mértékű halláscsökkenés.

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.

13. Vérkészítmény következtében kialakult HIV-fertőzés**a) Biztosítási esemény**

Kizárólag az az AIDS, illetve HIV-fertőzés, amely bizonyíthatóan valamely olyan humán vérkészítmény beadása következtében alakult ki, amelyet a biztosított a kockázatviselés kezdetét követően kapott. A kárigény benyújtásához csatolni kell a fertőzött vérkészítményt 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 vérkészítmény beadása az egyéb módon nem kezelhető biztosítottat fenyegető akut életveszély elhárítása céljából történt.

b) Szolgáltatás

A biztosító szolgáltatása elfogadott kárigény esetén a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 100%-a.

14. Veseelégtelenség**a) Biztosítási esemény**

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. Az állapot bekövetkezésének időpontja a rendszeres dialízis kezelés megkezdésének időpontja vagy a veseátültetés időpontja, attól függően melyik következik be előbb.

b) Szolgáltatás

A szolgáltatás az elfogadott kárigény esetén a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 100%-a.

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

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

c) Kizárások

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:

- krónikus glomerulonephritis,
- polycystás vese,
- VUR következtében kialakult nephropathia,
- autoimmun nephropathia,
- húgyúti fejlődési rendellenesség talaján kialakuló krónikus pyelonephritis,
- öröklődő familiaris vesebetegségek,
- vesefejlődési rendellenességek,
- egyéb vesebetegség (Schönlein-Henoch-szindróma),
- hipertónia,
- diabetes mellitus.

15. Tetanusz**a) Biztosítási esemény**

Biztosítási eseménynek tekintendő tetanusz fertőzés, amelyet a Clostridium tetani baktériummal történő fertőzés okoz és legalább 4 héten keresztül fennálló amyotoniához (izomgyengeséghez) és légzési elégtelenséghez vezet. A szolgáltatás feltétele, hogy a diagnózist szakorvos is megerősítse, illetve kórházi kezelés váljon indokolttá.

b) Szolgáltatás

A szolgáltatás az elfogadott kárigény esetén a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 100%-a.

c) Kizárások

Azon tetanuszos esetek kizárásra kerülnek, amelyeknél bizonyítható, hogy a biztosított gyermek nem kapta meg a kötelező oltásokat.

16. Insulin dependens diabetes mellitus (inzulinhiány miatti súlyos anyagcserezavar; DM-I)**a) Biztosítási esemény**

A biztosítási védelem a legalább már 3 hónapja inzulinkezelésben részesülő biztosítottra terjed ki.

b) Szolgáltatás

A szolgáltatás az elfogadott kárigény esetén a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 60%-a.

17. Jóindulatú agydaganat**a) Biztosítási esemény**

A diagnózist neurológus vagy idegsebész szakorvos állítja fel, mágneses rezonanciás (MRI), komputertomografiás (CT) vagy más megbízható képalkotó eljárással készült vizsgálati eredmény alapján. A diagnózis alátámasztá-

sához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges:

- az életfontos funkciókat veszélyezteti;
- agykárosodást okoz;
- túlnőtt a műtéti eltávolíthatóság határain (inoperábilis);
- maradandó neurológiai károsodást okoz;

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakban felsoroltakra:

- ciszták;
- granulomák;
- érrendellenesség;
- vérömleny;
- agyalapi mirigy és gerincvelő daganatai.

b) Szolgáltatás

A szolgáltatás az elfogadott kárigény esetén a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 100%-a.

18. Szervátültetés

a) Biztosítási esemény

A szervátültetés olyan műtéti beavatkozást jelent, amelynek során a biztosított, mint szervet kapó (recipiens) testébe az adott szerv végállapotú károsodása miatt, más személy (donor) szervezetéből szív, tüdő, máj, vese vagy hasnyálmirigy kerül beültetésre. Nem minősül szervátültetésnek az összejt beültetés, kivéve az emberi csontvelő beültetést összejt beültetéssel, teljes csontvelő kiirtás után.

A biztosítási esemény időpontja a műtét időpontja.

b) Szolgáltatás

A szolgáltatás az elfogadott kárigény esetén a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 100%-a.

19. Szívbillentyű műtét

a) Biztosítási esemény

Azon szívbillentyű műtétek minősülnek biztosítási eseménynek, amelyeket mellkasi nyitott szívű műtéttel hajtottak végre. A biztosítási feltételek szempontjából a kizárólag orvosilag indokolt esetben végrehajtott szívbillentyű műtét minősül biztosítási eseménynek, a megfelelő orvosi alátámasztással. A túlzott alkohol, kábító vagy bódító hatású szerek fogyasztása miatt kialakult betegségek, amelyek szívbillentyű műtétéhez vezettek, nem minősülnek biztosítási eseménynek.

A biztosítási esemény időpontja a műtét időpontja.

b) Szolgáltatás

A szolgáltatás az elfogadott kárigény esetén a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 100%-a.

20. Aorta műtét

a) Biztosítási esemény

Azon mellkasi vagy hasi aorta műtétek minősülnek biztosítási eseménynek (aorta ágak kivételével), amelyek

thoracotómiai vagy laparotómiai beavatkozással, aorta aneurizma, aorta elzáródás, aortaszűkület vagy traumatikus aortatörés korrekciója érdekében hajtottak végre. Jelen biztosítási feltételek szempontjából a kizárólag orvosilag indokolt esetben végrehajtott aorta műtét minősül biztosítási eseménynek, a megfelelő orvosi alátámasztással. A túlzott alkohol, kábító vagy bódító hatású szerek fogyasztása miatt kialakult betegségek amelyek aorta műtétéhez vezettek, nem minősülnek biztosítási eseménynek.

A biztosítási esemény időpontja a műtét időpontja.

b) Szolgáltatás

A szolgáltatás az elfogadott kárigény esetén a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 100%-a.

Budapest, 2014. január 15.

A SZÜLŐ BIZTOSÍTOTT BALESETI HALÁLA ESETÉRE SZÓLÓ JÁRADÉK SZOLGÁLTATÁS KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-H83, MET-H84, MET-H85, MET-H86) KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

A szülő biztosított baleseti halála esetére szóló járadék szolgáltatás kiegészítő biztosítás a MetLife Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a Junior Care baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei az irányadók.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek az irányadók.

1. § A biztosított személye

A jelen biztosítás biztosítottja a szülő biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító a szülő biztosított baleseti halála esetén?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

1. Amennyiben a szülő biztosított olyan baleseti testi sérülést szenved, amelynek következtében a

baleset időpontját követő 180 napon belül meghal, a biztosító a biztosítási szerződésben a baleseti halál esetére meghatározott havi járadék összeget teljesíti a haláleseti kedvezményezett részére havi rendszerességgel 10 éven keresztül.

2. A járadék első kifizetése az azt követő hónap 10. napján kezdődik, amely hónap 15. napjáig az igényelbíráláshoz szükséges dokumentumok hiánytalanul a biztosítóhoz érkeztek és az igényjogosultságot a biztosító elismerte.

Budapest, 2014. január 15.

A SZÜLŐ BIZTOSÍTOTT BALESETI SÚLYOS MARADANDÓ ROKKANTSÁGA ESETÉRE SZÓLÓ JÁRADÉK SZOLGÁLTATÁS KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-J17, MET-J18, MET-J19, MET-J20) KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

A szülő biztosított baleseti súlyos rokkantsága esetére szóló járadék szolgáltatás kiegészítő biztosítás a MetLife Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a Junior Care baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei az irányadók.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek az irányadók.

1. § A biztosított személye

A jelen biztosítás biztosítottja a szülő biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító a szülő biztosított baleseti súlyos rokkantsága esetén?



arányosan kerülnek elbírálásra a biztosított foglalkozásának figyelmen kívül hagyásával. A rokkantság bekövetkezését, annak maradandó jellegét és a maradandó rokkantság mértékét az igényelbírálás tartama alatt a biztosító orvos szakértője állapítja meg, aki e döntését más orvos szakértői testület megállapításától függetlenül hozza meg.

4. Az ugyanazon baleseti eseményből származó több egészségkárosodás esetén a különböző százalékok összegzésre kerülnek, de a biztosítási szolgáltatás nem haladhatja meg a biztosítási kötvényben a járadékszolgáltatásra meghatározott biztosítási összeget.

5. A baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.

Budapest, 2014. január 15.

2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

1. Amennyiben a szülő biztosított baleseti testi sérülés következményeként a baleset időpontját követő 180 napon belül a gyermek biztosított baleseti eredetű teljes vagy részleges rokkantsága esetére szóló biztosítás különös feltételeiben leírt és az ott szereplő szolgáltatási táblázatban meghatározott 50%-os, vagy annál magasabb fokú maradandó rokkantságot szenved, a biztosító a szerződésben meghatározott havi járadéknak a rokkantság fokával megegyező mértékű részét teljesíti havi rendszerességgel tíz éven keresztül. A havi járadék összege a biztosított életben léte alatt a biztosított részére, a biztosított halála esetén a haláleseti kedvezményezett részére kerül kifizetésre.

2. A járadék első kifizetése az azt követő hónap 10. napján kezdődik, amely hónap 15. napjáig az igényelbíráláshoz szükséges dokumentumok hiánytalanul a biztosítóhoz érkeztek és az igényjogosultságot a biztosító elismerte.

3. A rokkantság mértékét a gyermek biztosított baleseti eredetű teljes vagy részleges rokkantsága esetére szóló biztosítás különös feltételeiben szereplő térítési táblázat szerint kell megállapítani. A táblázatban nem említett maradandó egészségkárosodások a táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján, súlyosságukkal

A GYŰJTŐSZÁMLA BEFEKTETÉSI EGYSÉGEKHEZ KÖTÖTT KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MEB-P24) FELTÉTELEI ÉS MELLÉKLETEI

A Gyűjtőszámla befektetési egységekhez kötött kiegészítő biztosítási szerződés (a továbbiakban: kiegészítő biztosítás) a jelen feltételek, valamint a MetLife Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) Junior Care egyéni baleset- és betegségbiztosítási 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.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító a megtakarítási biztosítás esetén?



1. § A befektetési egységalapokkal kapcsolatos fogalmak és eljárások

1. Befektetési egységalap (eszközalap): a befektetési egységekhez kötött életbiztosítások – a biztosítási szerződésben meghatározott levonásokkal csökkentett – díjából tőkebefektetés céljából létrehozott eszközalloomány. Az eszközalap(ok) befektetési politikáját a Gyűjtőszámla kiegészítő biztosítás eszközalapjainak befektetési politikája elnevezésű melléklet tartalmazza.

2. Bruttó eszközérték: a befektetési eszközalap eszközeinek piaci értéke.

3. Befektetési eszközalapot terhelő közvetlen költség: a befektetési eszközalap befektetett eszközeinek vétele, eladása, kezelése és értékelése során felmerülő költség.

4. Letétkezelési díj: az eszközalapok letétkezelését végző intézménynek az eszközalapban lévő eszközök letéti őrzéséért és egyéb kapcsolódó szolgáltatásaiért fizetett díj. Ezt a díjat a biztosító a nettó eszközértéken keresztül naponta időarányosan érvényesíti. Mértékét az 1. 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 eszközalap értékének legfeljebb évi kettő százaléka. Aktuális értékét az 1. számú melléklet tartalmazza.

6. Nettó eszközérték: a befektetési eszközalap bruttó eszközértékének a befektetési eszközalapot terhelő közvetlen költségekkel, így különösen a letétkezelési díjjal és az alapkezelési díjjal csökkentett értéke.

7. Befektetési egység: a befektetési eszközalapban azonos értékű részesedést megtestesítő elszámolási egység.

8. Szerződő számlája: a biztosító az általa felkínált befektetési eszközalaphoz egy számlát hoz létre, amelyen a befektetési eszközalaphoz tartozó befektetési egységek számát tartja nyilván öt tizedesjegy pontossággal.

9. Az értékelési nap az a nap, amelyen a biztosító a befektetési eszközalap 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 szolgáltatássá való átszámítására és a szerződő számláját terhelő költségek elszámolása során, a befektetési eszközalapokból levonandó egységek számának meghatározására alkalmaz. A biztosító a befektetési eszközalapok 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 eszközalapok értékelése, illetve befektetési egységek árfolyamának meghatározása a mögöttes eszközalapok 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 eszközalapokra vonatkozó visszavásárlási, részleges visszavásárlási, egységáthelyezési és biztosítási szolgáltatásra vonatkozó ügyféligények 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 eszközalapok 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 megtörténtéig a biztosító kamatmentes letétként kezeli.

d) A jóváírt díjak befektetési egységekké való átváltása a befektetési eszközalap 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 (8. §) 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 az általános feltételeinek 11. §-ának 1. pontjában részletezett módon határozza meg.

18. Befektetési eszközalapok és egységek módosítása

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

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

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

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

a megszűnő befektetési eszközalap befektetési egységeinek áthelyezéséről, azokat a biztosító az általa meghatározott befektetési eszközalapba 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 eszközalapot érintő változás kizárólag az eszközalap elnevezésére, alapkezelőjére és befektetési politikájára vonatkozik, de nem érinti annak kockázati besorolását és alapvető célját, akkor a biztosító a szerződőt az eszközalap megváltozott befektetési politikájáról annak hatálybalépése előtt a www.metlife.hu internetes oldalon közzétett hírlevél útján tájékoztatja.

g) Amennyiben a befektetési eszközalapot 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 eszközalap befektetési egységeinek bármely más működő befektetési eszközalap befektetési egységeire való költségmentes áthelyezését.

2. § A biztosított személye

A jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja a szerződőként megnevezett természetes személy. Amennyiben a szerződő nem természetes személy, a biztosításra eseti díj nem teljesíthető.

3. § A kiegészítő biztosítás létrejötte és tartama

1. E kiegészítő biztosítás a főbiztosításra tett ajánlat megtételével egyidejűleg az ajánlatnak a biztosító által történő elfogadásával a főbiztosítás következő biztosítási évfordulójáig szóló tartammal jön létre, és a főbiztosítás minden biztosítási évfordulóján automatikusan újabb egy évvel meghosszabbodik, feltéve, hogy a fellek a főbiztosítás biztosítási évfordulóját egy hónappal megelőzően másképpen nem nyilatkoznak.

2. A főbiztosítás megszűnésével a kiegészítő biztosítás is megszűnik.

4. § Biztosítási esemény

A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási eseménynek minősül:

1. a főbiztosítás bármely okból történő megszűnése;
2. a kiegészítő biztosítás biztosítottjának a kiegészítő biztosítás tartamán belül bekövetkezett halála.

5. § Biztosítási szolgáltatások

1. A főbiztosítás bármely okból történő megszűnése esetén a biztosító e kiegészítő biztosítás biztosítottja részére egy összegben kifizeti a kiegészítő biztosítás alszámláin a főbiztosítás megszűnésének napját követő értékelési napon nyilvántartott egységek aktuális értékét.
2. Ha a jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja a kiegészítő biztosítás tartama alatt elhalálozik, a biztosító a haláleseti kedvezményezett részére egy összegben kifizeti a kiegészítő biztosítás alszámláin az írásbeli haláleseti bejelentésnek a biztosítóhoz való beérkezése napját követő értékelési napon nyilvántartott befektetési egységek aktuális értékét, és a szerződő által igazolhatóan már megfizetett, de még jóvá nem írt biztosítási díjakat.

6. § Kármentességi bónusz szolgáltatás

1. 3, 6, 9, 12, 15, 18 és 21 díjjal fedezett biztosítási év elteltével, amennyiben a szerződés díjfizetés mellett hatályban van, és a szerződés kezdetétől az adott évfordulóig eltelt időszakban a szerződésre nem történt kárkifizetés, a szerződő kármentességi bónusz szolgáltatásra jogosult.
2. Az első kármentességi bónusz szolgáltatás alapja a kockázatviselés kezdetétől a bónusz kifizetés évéig a biztosításra fizetett rendszeres éves díj átlagos nagyságának két tizenketted része. A további kármentességi bónusz szolgáltatások alapja a legutóbbi bónuszjogosultság időpontjától az aktuális bónuszjogosultság időpontjáig fizetett rendszeres éves díj átlagos nagyságának két tizenketted része. A kármentességi bónusz szolgáltatás alapjába a Gyűjtőszámla befektetési egységekhez kötött kiegészítő biztosításra fizetett eseti díj nem számít bele.
3. A szerződés megszűnésének évében is jogosult a szerződő kármentességi bónusz szolgáltatásra. A szerződésben szereplő legfiatalabb gyermek biztosított 21. életévének betöltését követő biztosítási évfordulón a legutóbbi kármentességi bónusz szolgáltatásra való jogosultság időpontjától előírt és befizetett díjaknak a két harminchatod részét írja jóvá a biztosító.
4. A kármentességi bónusz szolgáltatást a biztosító a Gyűjtőszámla befektetési egységekhez kötött kiegészítő biztosításnak a bónuszkifizetés időpontjában aktuális eszközalap-kínálatában szereplő alacsony kockázatú eszközalap alszámláján írja jóvá az eseti díjra vonatkozó vételi és eladási ár közötti különbség érvényesítése mellett és a Gyűjtőszámla kiegészítő biztosítás felhalmozási egységeire vonatkozó rendelkezési szabályok alapján hozzáférhető.

7. § 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. A biztosító minden egyes általa felkínált befektetési eszközalaphoz egy alszámlát hoz létre a szerződő kiegészítő biztosításhoz tartozó alszámláján, amelyen a biztosító a kiegészítő biztosítás adott befektetési eszközalaphoz tartozó befektetési egységek számát tartja nyilván öt tizedesjegy pontossággal.

8. § Visszavásárlás, részleges visszavásárlás

1. Visszavásárlásnak minősül a kiegészítő biztosításra befizetett díjakból és a kármentességi bónusz szolgáltatás összegből vásárolt befektetési egységeknek a teljes visszavásárlása.
2. A kiegészítő biztosítás visszavásárlási összege a szerződő kiegészítő biztosításhoz tartozó számláján nyilvántartott befektetési egységek, 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) 10 000 Ft és

b) 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 esetén érvényesítendő tranzakciós költség mértékét az 1. számú melléklet tartalmazza.

9. § Egyéb rendelkezések

A kiegészítő biztosítás megszűnik:

1. a főbiztosítás bármilyen okból történő megszűnése esetén,
2. a kiegészítő biztosítás biztosítottjának halála esetén.

Budapest, 2014. január 15.

1. SZÁMÚ MELLÉKLET

Gyűjtőszámla kiegészítő biztosítás költségeinek hatályos értékei

Termékmódozat	MEB-P24
Vételi és eladási ár közötti különbség	1,0%
Éves alapkezelési díj	A befektetési eszközalapok mellékelt tájékoztatója szerint.
A letétkezelési díj mértéke éves szinten	a nettó eszközérték maximum 0,07%-a
Tranzakciós költség	500 Ft
Tranzakciós költség a MyMetLife ügyfélportálon kezdeményezett tranzakciók esetén	250 Ft

Budapest, 2014. január 15.

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 rendelhetők 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, 2014. január 15.

Hogyan juthatok kényelmesen a biztosítással kapcsolatos információkhoz?



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 biztosítóközvetítő, alkusz) igénybevétele nélkül – az érvényesen létrejött és hatályban lévő, vagy még reaktiválható szerződésen a biztosítási feltételek szerinti változtatásokat eszközölhet, illetőleg ilyet kezdeményezhet.

3. § Jelen szerződés létrejötté 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, pénzintézet, vagy záradékban megjelölt más személy) hozzájárulása szükséges;
- amelyek rögzítéséhez a pénzmossás 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:

- **Őrszem árfolyamfigyelő szolgáltatás beállítása,**
- telefonszám megadása,
- e-mail cím módosítása,
- egységáthelyezés befektetési egységekhez kötött szerződéseken,
- díjmegosztási arány módosítása a 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 Portfólió Plusz számláról,
- kedvezményezett változása,
- személyes adatok módosítása:
 - cím,
 - lakcímkártya adatai,
 - személyi azonosító okmány adatai,
 - adóazonosító jel,
 - e-mail cím,
 - telefonszám.

10. § **Őrszem árfolyamfigyelő szolgáltatás beállítása**

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

(2) Az árfolyamfigyelő szolgáltatást eszközalaponként kell beállítani.

(3) Az Őrszem 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 százalékos 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 Gyűjtőszámla befektetési egységekhez kötött kiegészítő biztosítás 1. számú melléklete 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 határérté-

ket. Ebben az időpontban automatikus áthelyezés nem történik.

(3) Az automatikus 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 beállítva az automatikus stop loss által indított egységáthelyezés időpontjában (B) (3) b), illetve c)).

(4) A stop loss funkció indításának módjai:

a) A szerződő által a MyMetLife ügyfélportálon kezdeményezett stop loss funkció beállítása esetén a szerződő a 0 Ft, illetve € aktuális értéknél nagyobb értékkel rendelkező kockázatos eszközalapokra állíthatja be az Őrszem árfolyamfigyelő szolgáltatás stop loss funkcióját.

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

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

(5) 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 árfolyam-értékéhez 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.

(6) A szerződő által beállított stop loss funkció az egységek darabszámának (nem stop loss funkció által ki-

váltott tranzakcióval történő) 0-ra csökkenése után is érvényben marad oly módon, hogy amikor ismét egységek kerülnek a megfigyelt eszközalapba (nem start buy funkció által kiváltott tranzakcióval), 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 ügyfélportálon 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 árfolyam-növekedését 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 árfolyam-növekedését 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 árfolyam-értékéhez 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 ügyfélszolgálatától további adatok megadását, igazolásokat, hozzájárulásokat beszerzését igényelheti, adategyeztetést végezhet, illetőleg ilyen feladatokra a szerződés közvetítőjét felkérheti. Ilyen esetben a tranzakció végrehajtására, vagy a szerződés adatainak módosítására kizárólag a szükséges intézkedés végrehajtását követően kerülhet sor.

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

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

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

16. § A biztosító a szerződő által a MyMetLife felületen kezdeményezett egyes tranzakciókra kedvezményes díjakat biztosít, amelyek a Gyűjtőszámla befektetési egy-

ségekhez kötött kiegészítő biztosítás 1. 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 üzemzavarára 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 kezdeményez

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 felmondásként kezel. Az írásbeli törlési kérelmet a biztosító a kérelem beérkezését követő második munkanap teljesíti.

Budapest, 2014. január 15.

Mit érdemes tudni a biztosítóról?



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 47 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*

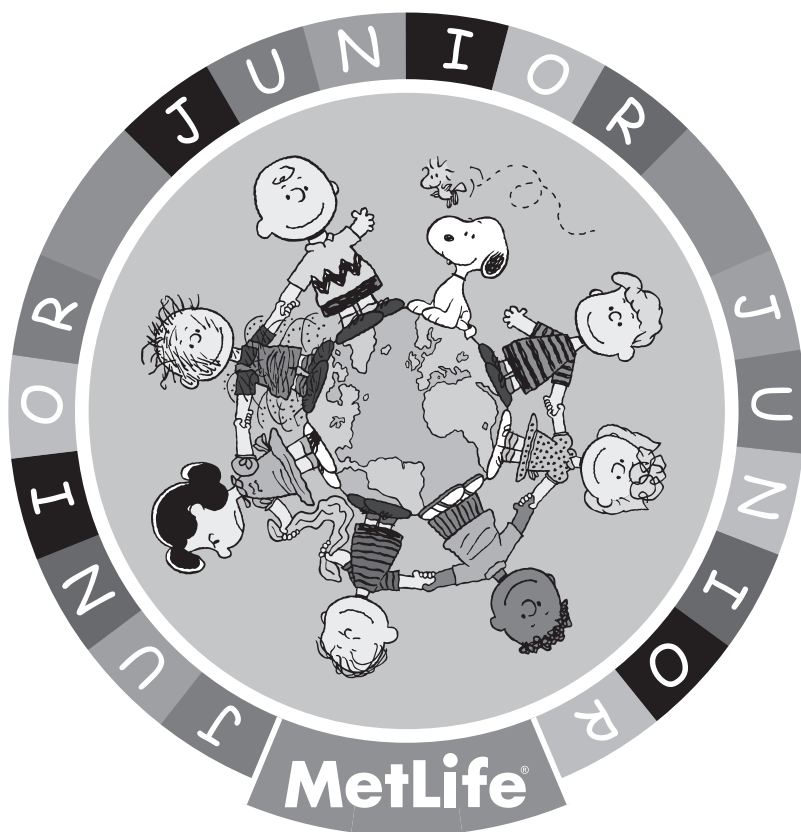
Alapítás:	1868
Képvisellel rendelkező országok száma:	47
Világpozíció:	Vezető az életbiztosítások, életjáradékprogramok és munkáltatói juttatások területén
Ügyfelek száma:	90 millió
Éves díjbevétel:	45,7 milliárd amerikai dollár
Kezelt vagyon:	Közel 800 milliárd amerikai dollár
Munkatársak száma:	66 ezer
*2011	

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.

Általános információk

Cégnév: MetLife Biztosító Zrt.
Cím: 1138 Budapest, Népfürdő u. 22.
Ügyfélszolgálat: 06 40 444 445
Internet: www.metlife.hu
Email: info@metlife.hu
Jegyzett tőke: 2,142 milliárd forint
Tulajdonos: MetLife EU Holding Company Ltd. (MetLife Inc.)
Adószám: 12175239-2-44
Cégjegyzékszám: 01-10-043183
Felügyeleti szerv: Magyar Nemzeti Bank (MNB), 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.



JUNIOR CARE

