

ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ

A jelen kiegészítő ügyféltájékoztató a MetLife Biztosító Zrt. Critical Care 1 (MET-801, MET-802, MET-803, MET-804), Critical Care 7 (MET-805, MET-806, MET-807, MET-808) és Critical Care 32 (MET-809, MET-810, MET-811, MET-812) elnevezésű betegségbiztosításainak feltételeinek a 2003. évi LX. törvényben (Bit) meghatározott jellemzőit, a Bit-ben meghatározott adat- és titokvédelmi ill. adatkezelési tájékoztatót, valamint a biztosító főbb adatait tartalmazza. A biztosítási szerződés további jellemzőiről és a biztosítás részletes feltételeiről a biztosítási feltételek nyújtanak tájékoztatást. A kiegészítő tájékoztató és a biztosítási feltételek kizárólag együtt érvényesek és együttes ismeretük minősül ügyféltájékoztatásnak.

	CRITICAL CARE 1 (MET-801, MET-802, MET-803, MET-804), CRITICAL CARE 7 (MET-805, MET-806, MET-807, MET-808), CRITICAL CARE 32 (MET-809, MET-810, MET-811, MET-812)
Biztosított	Az a természetes személy, akinek az életével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejött. A biztosítás 18 és 64 éves kor között lévő személyekre köthető.
Kockázatviselés kezdete	A biztosító kockázatviselése az azt követő nap 0 órájkor kezdődik, amikor a szerződő fél az első díjat a biztosítónak megfizette, feltéve, hogy a biztosítási szerződés már létrejött, vagy utóbb létrejön.
Biztosítási kötvény	A biztosító részére benyújtott ajánlat elfogadása esetén, a biztosító a létrejött biztosítási szerződésről vízjeles biztonsági papírra nyomtatott biztosítási kötvényt állít ki és küld el a szerződő részére.
Várakozási idő	A kockázatviselés kezdetétől számított 3 (három) hónap. A várakozási idő alatt bekövetkező biztosítási esemény esetén a biztosító biztosítási szolgáltatást nem teljesít. Ha a biztosítási esemény a várakozási időn belül következik be, a biztosító a befizetett díjakat visszafizeti.
Biztosítási időszak	A biztosítás egy éves időtartamra szól és minden esetben egy újabb évvel meghosszabbodik, ha azt a biztosítási év eltelte előtt legalább 30 nappal egyik fél sem mondja fel.
Biztosítási esemény	A biztosítottnak a következő betegségek, állapotok vagy műtéti beavatkozások egyikének elszenvedése, feltéve, hogy a pontos diagnózis felállítását vagy a műtéti beavatkozást követően a biztosított legalább 30 napig életben van. • Critical Care 1 (MET-801, MET-802, MET-803, MET-804): a kockázatviselés hatálya alá tartozó betegség: rosszindulatú daganat • Critical Care 7 (MET-805, MET-806, MET-807, MET-808): A kockázatviselés hatálya alá tartozó betegségek, sérülések és műtéti beavatkozások: 1. rosszindulatú daganat, 2. szívizominfarktus, 3. agyi érkatasztrófa, 4. szívkoszorúér műtét, 5. veseelégtelenség, 6. aplasztikus anémia, 7. vakság. • Critical Care 32 (MET-809, MET-810, MET-811, MET-812): A kockázatviselés hatálya alá tartozó betegségek, sérülések és műtéti beavatkozások: 1. rosszindulatú daganat, 2. szívizominfarktus, 3. agyi érkatasztrófa, 4. szívkoszorúér műtét, 5. veseelégtelenség, 6. aplasztikus anémia, 7. vakság, 8. végállapotú tüdőbetegség, 9. végállapotú májbetegség, 10. kóma, 11. sükettség, 12. szívbillentyű műtét, 13. beszédképesség elvesztése, 14. nagyfokú égési sérülés, 15. szervátültetés, 16. szklerózis multiplex, 17. végtagbénulás, 18. Parkinson kór, 19. aorta műtét, 20. Alzheimer kór, 21. heveny májgyulladás, 22. elsődleges kisvérkőri hipertónia, 23. végállapotú betegség, 24. jóindulatú agydaganat, 25. agyvelőgyulladás, 26. poliomyelitis, 27. bakteriális agyhártyagyulladás, 28. súlyos fejsérülés, 29. apalliumos szindróma, 30. egyéb súlyos szív-koszorúér betegség, 31. scleroderma progressiva, 32. szisztémás lupus erythematosus nephritis-szel.
Biztosító szolgáltatása	Ha a biztosított a várakozási időt követően a szerződésben meghatározott betegségek egyikében betegszik meg, vagy a meghatározott műtétek egyikét végzik el rajta, és a pontos diagnózis vagy a műtét időpontját követő legalább 30 napig életben van, a biztosító kifizeti a biztosított részére a szerződésben meghatározott biztosítási összeget.
Díjfizetés gyakorisága	Éves, féléves, negyedéves, havi díjfizetés.
Szerződés megszűnése	A biztosítási szerződés megszűnik a következő esetekben: a) a biztosított halálával; b) a biztosítási összeg kifizetésével; c) a díjfizetés elmaradása miatt a türelmi idő leteltével; d) annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 65. életévét betölti; e) a 3 hónapos várakozási időn belül bekövetkezett biztosítási esemény esetén a díj visszafizetésével; f) a szerződés írásbeli felmondásával.
Szerződés felmondása	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. A biztosító a szerződést írásban 30 napra akkor is felmondhatja, ha a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását közlik vele és a megváltozott kockázatot a továbbiakban nem vállalja.
Türelmi idő	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 tekinti türelmi időnek. Ezen türelmi időn belül a szerződő az elmaradt díj befizetését pótolhatja. Amennyiben az elmaradt díjat a türelmi időn belül nem fizetik meg, a biztosítás a 31. napon megszűnik.
Értékkövetés	A szerződés nem indexálható.
Többlethozam	A biztosítás maradékjoggal és többlethozammal nem rendelkezik.
Biztosító mentesülése, kizárások	A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon megbetegedésekre, illetve műtétekre, amelyek bekövetkezése közvetlenül vagy közvetve okozati összefüggésben van az alábbiakkal: a) a biztosított által szándékosan okozott sérülés vagy megbetegedés (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori tudatállapotára); b) a biztosított gyógyszerekkel vagy tudatmódosító szerekkel történő visszaélése; c) a biztosított mértéktelen alkohol fogyasztása; d) a biztosított bűncselekményben vagy erőszakos cselekedetekben vagy zavargásban történő részvétele; e) a biztosított AIDS betegsége vagy HIV-vírussal való fertőzöttsége; f) maghasadás, illetve radioaktív vagy egyéb ionizáló sugárzás, kivéve, ha az ilyen sugárzást jogszabályban feljogosított egészségügyi intézmény vagy orvos utasítására gyógyászati céllal alkalmazzák; g) mérgező vagy maró anyagok bevétele, illetve gázok, gőzök vagy füst belélegzése, amennyiben a belélegzett anyagok koncentrációja a jogszabályban meghatározott egészségügyi határértéket meghaladja; h) a szerződés hatályba lépése előtt bekövetkezett bármely testi sérülés, betegség vagy egészségi rendellenesség. (Amennyiben a biztosított a szerződéskötés előtt a jelen szerződésben meghatározott betegségek, egészségkárosodások valamelyikében már szenvedett, a biztosító kockázatviselése ezen betegségre, illetve azok kezelésre nem terjed ki.)

	CRITICAL CARE 32
A biztosító főbb adatai	MetLife Biztosító Zrt., székhely: 1138 Budapest, Népfürdő u. 22., honlap: www.metlifehungary.hu, elektronikus üzenet: info@metlife.hu, cégjegyzékszám: 01-10-043183
Panaszügyi szervezetek	A biztosító magatartására, tevékenységére, szolgáltatására vagy mulasztására vonatkozó panaszát szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen, postai levél útján, telefaxon vagy elektronikus levélben) az alábbi elérhetőségek egyikén jelenti be társaságunk ügyfélszolgálati osztályán. Levélben a MetLife Biztosító Zrt. ügyfélszolgálatára címen (H-1138 Budapest, Népfürdő u. 22.), elektronikus üzenet útján: info@metlife.hu e-mail címen folyamatosan, telefonon hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, más munkanapokon 8 és 17 óra között a 06-40-444-445 telefonszámon, telefaxon: a 06-1-391-1660 számon, személyesen a MetLife Biztosító ügyfélszolgálatán (1138 Budapest, Népfürdő u. 22.) nyitvatartási időben (hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, más munkanapokon 8 és 17 óra között), szolgáltatásainkról honlapunkon is tájékozódhat: a www.metlifehungary.hu címen. Amennyiben bejelentésének ügyfélszolgálatunk által történő kezelésével vagy annak eredményével nem elégedett, panasa jellegétől függően a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéhez (1013 Budapest, Krisztina krt. 39. címen), a Pénzügyi Békéltető Testülethez (H-1525 Budapest, BKKP Postafiók: 172.) vagy bírósághoz fordulhat.
Alkalmazandó jogszabályok	A szerződésre, illetve az abból származó jogviták elbírálására a mindenkor hatályos magyar jogszabályok az irányadóak, különös tekintettel az 1959. évi IV. törvény (Polgári Törvénykönyv), a 2003. évi LX. törvény (biztosítótársaságokról és a biztosítási tevékenységről szóló törvény), a 2011. évi CXII. törvény (az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról) és az 1995. évi CXVII. törvény (a személyi jövedelemadóról) rendelkeznek.

A biztosítási és az üzleti titok

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

(2) Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

a) a biztosító, biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó ügyfele, vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titok körét 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 153–155. §-ában meghatározott esetekben a titoktartási kötelezettség nem áll fenn:

a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,

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

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

d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel,

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

f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,

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

h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,

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

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

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

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

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

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 adataira és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval szemben, ha az a)-j), n), és s) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az Ügyfél nevét, vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a k), l),

m), p), q) és r) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

(4) A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a (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 Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerint

a) kábítószerrel visszaéléssel,

b) terrorcselekménnyel,

c) robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel,

d) lőfegyverrel vagy lőszernel visszaéléssel,

e) pénzmosással,

f) bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

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

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

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

(9) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét

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

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

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

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

(10) A biztosító az esetleges kiszervezett tevékenységet végző személyek, valamint az orvosszakértői véleményt készítő szakorvosok számára az ügyfelek személyes és különleges adatait továbbíthatja abból a kizárólagos célból, hogy azok szolgáltatásaikat a szerződő számára közvetlenül ajánlhassák fel, illetőleg a kiszervezett tevékenységet maradéktalanul elláthassák. A biztosító az ügyfelek személyes adatait, valamint a biztosítási szerződés pénzügyi és aktuáriusi adatait pedig a szerződés fenntartása és kezelése, illetve a szerződésben foglaltak teljesítése céljából és érdekében a biztosító magyarországi tulajdonosa, az AHICO Biztosító Zrt részére, valamint - a külföldre történő adattovábbítás szabályainak figyelembe vételével - adatfeldolgozási céllal a külföldi székhelyű anyavállalata (American Life Insurance Company, U.S.A., MetLife Inc. U.S.A.), az anyavállalat regionális központjai (Alico Services Central Europe, s.r.o. - Szlovákia, Amplico Services Sp. z.o.o. - Lengyelország), az anyavállalat adatfeldolgozója (Verizon UK Limited, Nagy-Britannia) illetve viszontbiztosítója részére, az anyavállalat és a regionális központok és a viszontbiztosító székhelye szerinti országokba továbbítja. Azon személyek nevét, akik részére az ügyfelek személyes és különleges adatai adatfeldolgozás céljából átadásra kerülnek, beleértve a kiszervezett tevékenységet végzők, viszontbiztosítók, valamint az orvosszakértői véleményt készítő szakorvosok személyét, a biztosító hirdetményben teszi közzé.

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

(12) A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó Ügyfeleinek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet. Ezen céltól eltérő célból végzett adatkezelést a biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó csak az Ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az

Ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

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

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

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

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

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

A személyes adatok kezelése

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

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

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

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

BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK

**A MetLife Biztosító Zrt.
Critical Care 1 (MET-801, MET-802, MET-803,
MET-804), Critical Care 7 (MET-805, MET-806,
MET-807, MET-808) és Critical Care 32 (MET-
809, MET-810, MET-811, MET-812) elnevezésű
betegségbiztosításának feltételei**

A Critical Care 1 (MET-801, MET-802, MET-803, MET-804), Critical Care 7 (MET-805, MET-806, MET-807, MET-808) és Critical Care 32 (MET-809, MET-810, MET-811, MET-812) elnevezésű, betegségbiztosítási szerződés a MetLife Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A szerződő díjfizetése ellenében a biztosító vállalja, hogy a szerződésben leírt biztosítási események bekövetkeztekor biztosítási szolgáltatást teljesít a szerződésben megfogalmazottak szerint, a szerződés érvényességi ideje alatt. A feltételekben és a szerződésben nem rendezett kérdésekben a hatályos jogszabályok rendelkezései az irányadók.

1. A biztosítási szerződés alanyai és a biztosítási szerződést érintő alapfogalmak

- (1) **A biztosító** – a MetLife Biztosító Zrt. - az a jogi személy, amely a biztosítási szerződés létrejötté esetén a biztosítási szolgáltatások teljesítésére kötelezettséget vállal.
- (2) **A szerződő** – az a természetes- vagy jogi személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz és a díj fizetésére kötelezettséget vállal.
- (3) **A biztosított** – az a természetes személy, akinek az életével, testi épségével, illetve egészségével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön. A biztosítás 18 és 64 éves kor között lévő személyekre köthető.
- (4) **A kedvezményezett** – az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási szerződésben megjelölt szolgáltatásra jogosult. A jelen szerződés szolgáltatásainak kedvezményezettje maga a biztosított, kivéve, ha a szerződésben más névszerinti kedvezményezett került megjelölésre. A biztosított halála esetén a biztosítottat illető valamennyi biztosítási szolgáltatás a haláleseti kedvezményezett részére kerül kifizetésre.
- (5) **A biztosítási szerződés** – részét képezi a jelen biztosítási feltétel, a biztosító hiánytalanul kitöltött ajánlati nyomtatványa, az ajánlathoz csatolt nyilatkozatok, a szerződésről kiállított biztosítási kötvény, valamint a biztosító által a szerződés tartama alatt, a szerződést érintő változásokról kiállított záradékok.
- (6) **A biztosítási összeg** – a kötvényben feltüntetett, az adott biztosítási esemény bekövetkezésekor a szerződés feltételei szerint maximálisan kifizethető összeg.
- (7) **A biztosítás kezdete** – a biztosító kockázatviselése a biztosítás első díjának megfizetését követő nap 0. órájától kezdődik, feltéve, hogy a biztosítási szerződés már létrejött, vagy utóbb létrejön. Ha a szerződő fél a díjat a biztosító üzletkötőjének fizette, a díjat legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon a biztosító számlájára, illetőleg pénztárába beérkezettnek kell tekinteni; a szerződő fél azonban bizonyíthatja, hogy a díj korábban érkezett be.
- (8) **A biztosítási évforduló** – a biztosítás kezdetét követő, a biztosítás kezdetének napjával és hónapjával megegyező évforduló.

- (9) **A biztosítási év** – két egymást követő biztosítási évforduló között eltelt időszak.

- (10) **Biztosítási esemény** – a szerződésben meghatározott esemény, amelynek a biztosítás hatálya alatt történő bekövetkezésekor a biztosító a szerződésben szabályozott módon biztosítási szolgáltatást teljesít.

- (11) **Várakozási idő** – A biztosító a biztosítás kezdetétől számítva 3 hónap várakozási időt köt ki. Amennyiben a biztosítási esemény a várakozási időn belül következik be, a biztosító a befizetett díjakat visszatéríti és ezzel a biztosítás megszűnik.

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

2. A biztosítási szerződés létrejötté

- (1) A biztosítási szerződés a szerződő (biztosított) és a biztosító kölcsönös megállapodása alapján jön létre.
- (2) A biztosítóval szerződő fél 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 biztosítási szerződés a kockázatviselés kezdetének napján lép hatályba, feltéve, hogy a biztosító az ajánlatot nem utasítja vissza és az első esedékes díj befizetésére kerül.
- (5) **Az ajánlat esetleges elutasítását a biztosító nem köteles megindokolni.**

3. A kockázatviselés kezdete – várakozási idő

A biztosító kockázatviselése az azt követő nap 0 órájakor kezdődik, amikor a szerződő fél az első díjat megfizette, feltéve, hogy a biztosítási szerződés már létrejött vagy utóbb létrejön. **A biztosító a biztosítás kezdetétől számítva 3 hónap várakozási időt köt ki. Amennyiben a biztosítási esemény a várakozási időn belül következik be, a biztosító a befizetett díjakat visszatéríti és ezzel a biztosítás megszűnik.**

4. A biztosítás tartama

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

5. Biztosítási esemény és biztosítási szolgáltatás

- (1) A biztosítottnak a biztosítás lejárata előtt, a kockázatviselés kezdetétől számított 3 hónap várakozási idő eltelte után a jelen szerződés 6. pontjában,
 - Critical Care 1 (MET-801, MET-802, MET-803, MET-804) esetén 1),
 - Critical Care 7 (MET-805, MET-806, MET-807, MET-808) esetén 1)-7),
 - Critical Care 32 (MET-809, MET-810, MET-811, MET-812) esetén 1)-32).

sorszám alatt meghatározott és leírt betegségek, állapotok, egyikének első alkalommal történő elszívódása vagy a meghatározott műtét beavatkozások egyikének első alkalommal történő végrehajtása esetén, a biztosító a biztosított részére kifizeti a szerződésben (biztosítási kötvényen) meghatározott biztosítási összeget, **feltéve, hogy a betegség vagy állapot pontos diagnózisának megállapítását, illetve a műtét elvégzését**

követően a biztosított legalább 30 napig életben van.

- (2) A szolgáltatási összegből az esedékes, de meg nem fizetett díjak levonásra kerülnek. A kifizetést követően a szerződés megszűnik. A jelen biztosítási szolgáltatás alapján a biztosítási összeg csak egy ízben és egyszeresen kerülhet kifizetésre. Több betegség egyidejű, vagy egymást követő fellépése esetén a biztosító nem teljesít többszöri kifizetést.
- (3) **A biztosítási események bármelyikének a kockázatviselés kezdetétől számított három (3) hónap várakozási idő eltelte előtt történő bekövetkezése esetén a biztosító a biztosításra befizetett díjakat a szerződőnek visszafizeti és ezzel a biztosítás megszűnik.**
- (4) A biztosított életében esedékes szolgáltatás kedvezményezettje – eltérő szerződéses kikötés hiányában – a biztosított. Amennyiben a biztosított részére kifizetendő szolgáltatás a biztosított halála miatt nem kézbesíthető, a szolgáltatási összeget a biztosító a haláleseti kedvezményezett részére teljesíti.

6. A kockázatviselés hatálya alá tartozó betegségek, egészségi rendellenességek, sérülések és műtėti beavatkozások meghatározása

1) Rosszindulatú daganat

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 biztosítás nem terjed ki az alábbiakban felsoroltakra:

- Helyben ülő (in situ) rosszindulatú elváltozások, a szövettanilag premalignus vagy noninvasív, a környezetét nem elárasztó daganatok, idezámítva az in situ melládaganatokat és a CIN-1, CIN-2, CIN-3 osztályú méhnyaki diszpláziákat;
- Hiperkeratózisek, bazalióma és pikkelyes bőrrákok, áttét nélküli melanómák, ha a tumor vastagsága (Breslow-féle osztályozás szerint) 1,5 mm alatt van, vagy a Clark szerinti osztályozás szerint 3 szint alatti;
- A TNM osztályozás szerint szövettanilag igazolt T1a vagy T1b típusú prosztatarákok vagy más stádium besorolás esetén a TNM-mel azonos vagy alacsonyabb besorolású prosztatarákok, a pajzsmirigy 1 cm-nél kisebb átmérőjű T1N0M0 besorolású papilláris mikrokarcinómája, a hólyag papilláris mikrokarcinómája, RAI 3 stádiumnál alacsonyabb besorolású krónikus limfoid leukémia;
- AIDS megbetegedés illetve HIV fertőzöttség mellett megjelenő bármely rosszindulatú daganat.

2) Szívizominfarktus

A szívizominfarktus a szívizom egy részének az elhalása a szívizomzat elégtelen vérellátása következtében. A diagnózisnak legalább három, egyidejűleg fennálló tényen kell alapulnia az alábbi öt közül:

- típusos klinikai tünetek (mellkasi fájdalom) a kórtörténetben;
- az infarktust igazoló jellegzetes EKG elváltozások;
- a CK-MB szívimozgás koncentrációjának jelentős emelkedése;
- a Troponin T vagy I koncentráció típusos emelkedése;
- az eseményt követő 3 hónap után a bal kamra EF kisebb, mint 50 %.

3) Agyi érkatasztrófa

Agyi érkatasztrófa olyan, agyi szövetelhalást okozó hirtelen fellépő idegrendszeri esemény, amit agyi értrombózis, illetve embólia vagy-, koponyán belüli vérzés (állományi, illetve pókhálókórtálya alatti) okoz. A diagnózis felállításához MRI (Mágneses rezonancia vizsgálat), CT (Komputertomográfia) vagy más megbízható képalkotó eljárással készült vizsgálati eredmény szükséges, valamint neurológiai szakvélemény, amely az eseményt követő 6 hét után, az eseménnyel okozati összefüggésben álló maradandó, kóros idegrendszeri károsodást állapít meg.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakban felsoroltakra:

- TIA Transiens Ischemic Attack (átmeneti, 24 óránál rövidebb ideig tartó, maradandó tüneteket nem okozó agyi keringési zavarok);
- Baleset sérülés, fertőzés, érgyulladás vagy gyulladásos betegség következtében kialakult agykárosodás;
- A szemet vagy látóideget érintő érbetegség;
- Az egyensúly rendszert érintő iszkémiás eltérések.

4) Szívkoszorúér műtét

Nyitott mellkasban végzett műtét, a szívkoszorúerek szűkületének vagy elzáródásának megoldására, megkerülő (by-pass) ér beültetésével. A diagnózist koszorúérfestéssel előzetesen igazolt szignifikáns koszorúér szűkület alapján kell az illetékes kardiológusnak megállapítania. A biztosítás nem terjed ki a nem nagysebészeti megoldásokra, a koszorúér tágitásra és az összes katéteres kezelési eljárásra, valamint azokra a műtétekre, amelyek szükségességét kardiológus szakvélemény nem támasztotta alá.

5) Veseelégtelenség

A veseelégtelenség mindkét vese működésének tartós, krónikus, visszafordíthatatlanul beszűkült, végállapotot jelző károsodása, amelynek a kezelése rendszeres dialízist vagy veseátültetést igényel. Az állapot bekövetkezésének időpontja a rendszeres dialízis kezelés megkezdésének időpontja vagy a veseátültetés időpontja, attól függően melyik következik be előbb.

6) Aplasztikus Anémia (csontvelő elégtelenség)

Krónikus, tartós csontvelő elégtelenség amely anémiában (vérszegénységben), neutropeniában (csökkent neutrofil fehérvérsejt szám) és thrombocitopeniában (csökkent thrombocitaszám) nyilvánul meg, és kezelése az alábbiak közül legalább egy beavatkozást igényel:

- Véréksztítmény átömlesztése (vérátömlesztés);
- Csontvéló stimuláció;
- Immunszuppresszív (immunrendszert gátló) szerek alkalmazása;
- Csontvéló átültetése.

A diagnózist hematológus által készített szakvéleménnyel kell alátámasztani.

7) Vakság

Mindkét szem látóképességének teljes, végleges és visszafordíthatatlan elvesztése betegség vagy baleset következtében. A súlyos látásgyengülés, csökkent fényérzékelés, látótér csökkenés vagy részleges vakság jelen feltételek szempontjából nem tekinthető biztosítási eseménynek.

Az állapot bekövetkezésének időpontja a teljes vakság diagnosztizálásának időpontja, amelyet szemész szakorvos véleménye igazol.

8) Végállapotú tüdőbetegség

A krónikus légzőszervi elégtelenség következtében kialakuló végállapotú tüdőbetegség. A diagnózist alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges:

- FEV1 teszt eredménye következetesen kevesebb mint 1 liter. A FEV1 az egy mp alatt erőltetett légzéssel kilégzett levegő mennyisége;
 - Állandó oxigénpótló kezelés a hipoxémiára (vér oxigénhiányos állapotára);
 - Artériás vérgáz vizsgálat során az oxigén parciális nyomása 55 Hgmm (higanymilliméter) vagy kevesebb (PaO2 55 Hgmm);
 - Nyugalmi nehézlégzés.
- A diagnózist tüdőgyógyász szakvéleményének kell alátámasztania. Az állapot bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

9) Végállapotú májbetegség

A végállapotú májbetegség diagnózisának alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges:

- Állandó sárgaság;
- Hasvízkór;
- Hepatoencephalopathia. (A májelégtelenség végső stádiumának a szövődménye, amikor a felszaporodott mérgeanyagok következtében az agy és az idegrendszer károsodik. Ennek következményeképpen kóma, vagy más fokú eszmélet változások, viselkedési zavarok és reflex zavarok alakulnak ki).

Az alkohol vagy gyógyszer, illetve kábítószer okozta másodlagos májbetegségekre a biztosítás nem terjed ki. Az állapot bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

10) Kóma (eszméletvesztés)

Kómának minősülő állapot, amikor az eszméletvesztés legalább 96 óráig folyamatosan fenn áll. A diagnózist alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges.

- Legalább 96 óráig nincs válasz a külső ingerekre;
- Az életfontos funkciók műszeres fenntartása szükséges;
- A kóma bekövetkezése után legalább 30 nappal megállapítható maradandó agyi károsodás.

Közvetlenül az alkohol és drogfüggőség következtében kialakult eszméletvesztésre a biztosítás nem terjed ki. Az állapot bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

11) Süketség

Mindkét fül hallóképességének teljes, végleges és visszafordíthatatlan elvesztése betegség vagy baleset következtében. A diagnózist audiometriás és hallás-küszöb vizsgálattal fül-orr-gégész szakorvosnak kell megállapítani.

A teljes hallóképesség elvesztése a hallás minden frekvenciatartományában a legalább 80 decibeles halláscsökkenést jelenti. Az állapot bekövetkezésének időpontja a teljes, végleges és visszafordíthatatlan hallóképesség elvesztés diagnosztizálásának időpontja, amelyet szakorvos véleménye igazol.

12) Szívbillentyű műtét

Nyitott mellkasban végzett műtét, a szívbillentyűk rendellenességének megoldására. A billentyű-elégtelenség diagnózist szívkatóéteres és szívultrahang vizsgálattal kell igazolni, és a műtét szükségességét kardiológus szakvéleményével kell alátámasztani.

13) Beszédképesség elvesztése

A beszédképesség teljes és visszafordíthatatlan elvesztése, a hangszalagok betegség vagy baleset okozta károsodása miatt. A beszédképességnek folyamatosan 12 hónapig fenn kell állnia, és a diagnózist fül-orr-gégész szakorvosnak kell alátámasztania.

A pszichiátriai betegségekkel összefüggésben kialakult beszédképességre a biztosítás nem terjed ki.

14) Nagyfokú égési sérülés

Harmadfokú (teljes bőrvastagságot érintő) égési sérülés, amely a biztosított testfelületének legalább 20%-t érinti. Az állapot bekövetkezésének időpontja a harmadfokú égési sérülés bekövetkezésének időpontja, amelyet szakorvos véleménye igazol.

15) Szervátültetés

A szervátültetés olyan műtéti beavatkozást jelent, amelynek során a biztosított, mint szervet kapó (recipiens) testébe az adott szerv végállapotú károsodása miatt, más személy (donor) szervezeteiből 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.

16) Szklerózis multiplex

A szklerózis multiplex vitathatatlan diagnózist az alábbi körülmények és feltételek mindegyikének teljesülése, illetve fennállása támasztja alá:

- Összetett neurológiai károsodások, amelyek legalább folyamatosan 6 hónapja fenn állnak;
- Jól dokumentált kórtörténet a tünetek és az idegrendszeri károsodások leírásával, a javulások és a visszaesések stádiumaival;
- A szakorvos által felállított diagnózis, amelyet az elemzett és értékelt vizsgálati eredmények egyértelműen alátámasztanak.

Idegrendszeri károsodásokat okozó egyéb betegségekre (mint SLE, HIV) a biztosítás nem terjed ki.

17) Végtagbénulás

Legalább két (2), teljes végtag, teljes (100 %) és visszafordíthatatlan bénulása betegség vagy baleset következtében.

A két teljes végtag, teljes és visszafordíthatatlan bénulását neurológus szakorvos állapítja meg. Az állapot bekövetkezésének időpontja a neurológus által felállított diagnózis időpontja.

A biztosított által szándékosan vagy súlyosan gondatlanul, önmagán okozott vagy előidézett sérülés következtében fellépő bénulás nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosítás az ilyen eseményekre nem terjed ki.

18) Parkinson kór

Az idiopathiás Parkinson betegség vitathatatlan fennállását neurológus szakorvos állapítja meg. A diagnózist alátámasztásához az alábbi körülmények és feltételek mindegyikének a teljesülése, illetve fennállása szükséges:

- A betegség kialakulását gyógyszeres kezeléssel nem lehet visszafordítani;
- A betegség súlyosbodó károsodások jeleit mutatja;
- Legalább három (3), a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenység elvégzésének képtelensége az alább felsorolt tevékenységek közül és ezen tevékenységek elvégzésének képtelensége legalább 6 hónapja folyamatosan fenn áll.

A jelen feltételek szempontjából a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek az alábbiak:

- I. Tisztálkodás képessége: a tisztálkodás képessége kádban vagy zuhanyzóban (beleértve a kádba és a zuhanyzóba való be és kiszállás képességét) vagy más eszközzel történő megfelelő tisztálkodás;
- II. Öltözködés képessége: valamennyi ruházat le- és felvételének, biztonságos ki- és begombolásának kivitelezése, nadrágtartó, művégtagok vagy más gyógyászati segédeszközök le és felvételének képessége;
- III. Helyváltoztatás: az ágyból, karosszékből, tolésszékből történő felállás és leülés képessége,

- IV. Mozgásképeség: beltéri mozgás képessége ugyanazon a lakószinten, egyik helyiségből a másikba történő eljutás képessége;
- V. Mosdó használata: széklet vagy vizelet ürítése mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használata a személyes higiénié céljából;
- VI. Táplálkozás: az elkészített vagy készen kapható étel önálló elfogyasztásának képessége.

A kábítószeres vagy egyéb mérgezés okozta Parkinsonizmus (Parkinson szindróma) nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosítás az ilyen eseményekre nem terjed ki.

19) Aorta műtét

Nyitott mellkasban vagy hasban végzett nagyműtét, az aorta szűkületének, elzáródásának, az aorta aneurizma (verőértágulat) vagy az aorta dissectio (az aortafal belső rétegének berepedése, ami az aorta egész hosszában végigszaladhat) megszüntetése céljából. A jelen definíció szempontjából az aorta megfogalmazás a mellkasi és hasi aortát jelenti, az oldalágak nélkül.

A biztosítás nem terjed ki a nem nagysebészeti megoldásokra, az endoszkópos vagy katéteres eljárásokra.

20) Alzheimer kór/Súlyos szellemi leépülés (60 éves kor előtt)

Alzheimer kór vagy visszafordíthatatlan szervi rendellenesség következtében kialakult értelmi képesség hanyatlás, ami olyan magatartás-változással jár, hogy a biztonságos mindennapi életvitel folyamatos külső felügyeletet igényel. A funkciók beszűkülését klinikai értékelés és képalkotó eljárások is bizonyítják. A diagnózist a benyújtott orvosi dokumentumok és szakorvosi vélemények alapján a biztosító orvos szakértője állapítja meg.

A nem szervi eredetű megbetegedések, neurózisok, pszichiátriai betegségek, és az alkohol-függőség okozta agyi károsodások nem minősülnek biztosítási eseménynek és a biztosítás az ilyen eseményekre nem terjed ki.

21) Heveny májgyulladás

Hepatitis vírus okozta, közepsúlyostól a súlyosig terjedő jelentős májállomány elhalás, amely rohamosan vezet a máj működésének elégtelenségéhez. A szakorvos által felállított diagnózis alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges.

- A máj méretének gyors csökkenése;
- Az állományelhalás/szövetelhalás a teljes májlebensyrt elpusztítja, csak az összeesett kötőszöveti szerkezetet megtartva a szerkezet-károsodott vázon;
- A májfunkciós tesztek gyors romlása;
- Mélyülő sárgaság;
- Hepato-encephalopathia. (A májelégtelenség végső stádiumának a szövődménye, amikor a felszaporodott mérgeanyagok következtében az agy és az idegrendszer károsodik. Ennek következményeképpen kóma, vagy más fokú eszmélet változások, viselkedési zavarok és reflex zavarok alakulhatnak ki).

22) Elsődleges kisvérkőri hipertónia

Az elsődleges pulmonális hipertónia diagnózisának legalább három, egyidejűleg fennálló tényen kell alapulnia az alábbi négy közül. A szakorvos által felállított diagnózist vizsgálati eredményekkel kell alátámasztani, beleértve a szívkatéteres vizsgálatot is.

- Az artéria pulmonális nyomása legalább 30 Hgmm vagy annál nagyobb;
- Az EKG jobb kamra hipertrófiát mutat (RV1 + SV5 > 1.05mV);
- Nyugalmi állapotban csökkent a vér oxigén koncentrációja;

- Szívultrahang jobb kamra tágulatot mutat (>30mm).

23) Végállapotú betegség

Olyan betegség diagnózisának egyértelmű megállapítása, melynek következtében a biztosított halála 12 hónapon belül várhatóan bekövetkezik. A diagnózist szakorvos véleménye alapján a biztosító orvos szakértője állapítja meg.

Az AIDS megbetegedés, illetve HIV fertőzöttség mellett felállított végállapotú betegség diagnózisa nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosítás az ilyen eseményekre nem terjed ki.

24) Jóindulatú agydaganat

A diagnózist neurológus vagy idegsebész szakorvos állítja fel, mágneses rezonanciás (MRI), komputertomográfias (CT) vagy más megbízható képalkotó eljárással készült vizsgálati eredmény alapján. A diagnózis alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges:

- Az életfontos funkciókat veszélyezteti;
 - Agykárosodást okoz;
 - Túlnőtt a műteti eltávolíthatóság határain (inoperabilis);
 - Maradandó neurológiai károsodást okoz;
- A biztosítás nem terjed ki az alábbiakban felsoroltakra:
- Ciszták;
 - Granulomák;
 - Értelenség;
 - Vérömleny;
 - Agyalapi mirigy és gerincvelő daganatai.

25) Agyvelőgyulladás

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.

26) A gerincvelő szürkeállományának gyulladása (Poliomyelitis-Gyermekbénulás)

A Poliomyelitis diagnózist az alábbi két feltétel együttes jelenléte támasztja alá.

- Azonosított Poliovírus a megbetegedés okozója,
- A végtagok vagy a légzőszervek izmainak legalább három hónapja folyamatosan fennálló bénulása.

27) Bakteriális agyhártyagyulladás

Bakteriális fertőzés, ami az agyhártyák és a gerincvelő gyulladással folyamatainak keresztül súlyos és visszafordíthatatlan neurológiai károsodást okoz, és a károsodás már legalább hat hete folyamatosan fennáll. A diagnózist gerinccsapolással nyert gerincvelő folyadékban azonosított bakteriális fertőzéssel és neurológus szakorvos véleményével kell alátámasztani.

A HIV fertőzött állapotban diagnosztizált bakteriális agyhártyagyulladás nem tekinthető biztosítási eseménynek.

28) Súlyos fejsérülés

Baleset eredményeként bekövetkező fejsérülés, ami olyan tartós neurológiai károsodást okoz, amely a balesetet követő 6. hét után is egyértelműen megítélhető. A diagnózist neurológus szakorvos állapítja meg (MRI (Mágneses rezonancia), CT (Komputertomográfia) vagy más megbízható képalkotó eljárással végzett vizsgálat egyértelmű eredménye alapján).

A baleset a jelen feltételek szempontjából kizárólag a biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő külső, erőszakos behatás, amely független minden más tényezőtől. A gerincvelő sérülései és a fej bármilyen más okból bekövetkező sérülései nem tekinthetők biztosítási eseménynek.

29) Vigil kóma (Apalliumos szindróma)

Az agykéreg általános elhalása, az agytörzs érintettségével. Az egyértelmű diagnózist egy erre a célra akkreditált kórház neurológusának és pszichiáter orvos szakértőjének együttes, egybehangzó szakvéleményével kell alátámasztani, az állapot legalább egy hónapja történő fennállását bizonyító orvosi dokumentumok benyújtásával egyidejűleg.

30) Egyéb súlyos szív-koszorúér betegség

A szív-koszorúér átmérőjének, koszorúér-festéssel igazolt, legalább 75 %-os beszűkülése, vagy másik két artéria 60 %-os lumen csökkenése, függetlenül attól, hogy műteti beavatkozás történt-e. A jelen definíció szempontjából a szív koszorú-érrendszer részei a következők: bal főtörzs, bal elülső leszálló ág (LAD, RDA), a körbefutó ág (RCX) és a jobb koszorúér (RCA, ACD).

A diagnózis alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges:

- Csökkent fizikai aktivitás;
- Terheléses EKG ST depresszióval (minimum 2 mm 2 elvezetésben);
- Terheléses szívultrahang vizsgálattal alátámasztott, legalább két szívizom szegmensre kiterjedő mozgászavar.

31) Előrehaladott bőrkérgesedés (Scleroderma progressiva)

A szisztémás kollagén-érrendszer megbetegedése, amely továbbterjedő kötőszövetes átalakulást okoz a bőrben, az erekben és a belső szervekben. A diagnózist biopsziás, és szerológiai vizsgálat egyértelmű eredményével kell alátámasztani és bizonyítani kell a szív, a tüdő vagy a vese érintettségét.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:

- Helyi bőrkérgesedés (scleroderma linearis, morphoea);
- Fascitis eosinophylica;
- CREST szindróma.

32) Szisztémás lupus erythematosus nephritis-szel (SLE)

Több szervet érintő autoimmun megbetegedés, amit a saját veseoszövet elleni auto-antitestek termelése jellemez. A jelen feltételek értelmében az SLE diagnózist azokra az esetekre tartjuk fenn, amikor az SLE a vesét érinti (vese biopsziával igazolt Class III – Class V lupus nephritis, a WHO osztályozás szerint.).

A diagnózist tényét reumatológus, immunológus vagy nefrológus szakvéleményével kell alátámasztani.

A lupus nephritis WHO szerinti klasszifikációja:

Class I: lupus glomerulonephritis minimális elváltozással

Class II: mezangiális lupus glomerulonephritis

Class III: fokális szegmenseket érintő proliferatív lupus glomerulonephritis

Class IV: diffúz proliferatív lupus glomerulonephritis

Class V: membránózus lupus glomerulonephritis

Class VI: Előrehaladott szklerotikus glomerulonephritis.

7. A biztosító teljesítése

(1) A biztosítási eseményt, annak bekövetkeztétől számított 10 napon belül a biztosítónak írásban be kell jelenteni.

(2) A szolgáltatás igénybevételéhez a következő iratokat kell a biztosító részére bemutatni, illetve átadni:

- a. a biztosító erre a célra szolgáló kitöltött és aláírt kárbejelentő nyomtatványát,
- b. eredeti, érvényben lévő biztosítási kötvényt vagy a kötvény elvesztésére vonatkozó nyilatkozatot két tanú aláírásával,
- c. a biztosítási esemény leíró és alátámasztó, szakorvos- vagy intézmény által igazolt orvosi dokumentációt (zárójelentések, vizsgálati- és szövettani eredmények),
- d. szükség esetén a biztosítási eseményt alátámasztó, aktuálisan elvégzett szakorvosi vizsgálati eredményt.

(3) A biztosító által meghatározott, a szolgáltatás igénybevételének elbírálásához szükséges iratokat legkésőbb a diagnózis megállapítását, illetve a kórházból történő elbocsátást követő 30 napon belül be kell nyújtani a biztosító részére. Ennek elmulasztása esetén a biztosító annyiban megtagadhatja a szolgáltatás teljesítését, amennyiben emiatt lényeges körülmények utóbb kideríthetetlenekké válnak.

(4) Az igényelbírálás tartama alatt a biztosító jogosult a saját költségén és az általa megnevezett orvosokkal a biztosítottat megvizsgáltatni. A biztosítási esemény megállapítása érdekében a biztosító szükség esetén bizonyos kérdések tisztázására maga is beszerezhet adatokat. Amennyiben a biztosított megtagadja a szükséges orvosi vizsgálatok elvégzését vagy a benyújtott vizsgálati eredmények elégtelenek a kárigény megítéléséhez a biztosító annyiban megtagadhatja a szolgáltatás teljesítését, amennyiben emiatt lényeges körülmények utóbb kideríthetetlenekké válnak.

(5) A szükséges iratok beszerzésével kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényét a biztosítóval szemben érvényesíteni kívánja.

(6) A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához, illetve a teljesítéshez szükséges összes irat beérkezése után, az utoljára beérkezett irat kézhezvételétől számított 30 napon belül teljesíti. A szolgáltatási összeg kifizetésével kapcsolatban felmerülő költségek az igényjogosultat terhelik. A fel nem vett szolgáltatási összeget az elévülési időn belül a biztosító kamatmentes letétként kezeli.

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

8. Kizárások

A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon megbetegedésekre, illetve műtétekre, amelyek bekövetkezése közvetlenül vagy közvetve okozati összefüggésben van az alábbiakkal:

- a) a biztosított által szándékosan okozott sérülés vagy megbetegedés (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori tudatállapatra);
- b) a biztosított gyógyszerekkel vagy tudatmódosító szerekkel történő visszaélése;
- c) a biztosított alkoholizmusa vagy alkoholos befolyásoltsága;
- d) a biztosított bűncselekményben vagy erőszakos cselekedetekben vagy zavargásban történő részvétele;
- e) a biztosított AIDS betegsége vagy HIV-vírussal való fertőzöttsége;
- f) maghasadás, illetve radioaktív vagy egyéb ionizáló sugárzás, kivéve, ha az ilyen sugárzást jogszabályban feljogosított egészségügyi intézmény vagy orvos utasítására gyógyászati céllal alkalmazták;
- g) mérgező vagy maró anyagok bevétele, illetve gázok, gőzök vagy füst belélegzése, amennyiben a belélegzett anyagok koncentrációja a jogszabályban meghatározott egészségügyi határértéket meghaladja;

h) a szerződés hatályba lépése előtt bekövetkezett bármely testi sérülés, betegség vagy egészségi rendellenesség. (Amennyiben a biztosított a szerződéskötés előtt a jelen szerződésben meghatározott betegségek, egészségkárosodások valamelyikében már szenvedett, a biztosító kockázatviselése ezen betegségre, illetve azok kezelésére nem terjed ki.).

9. A biztosítási díj

(1) A biztosítási díj az az összeg, amelynek fizetésére a szerződő kötelezettséget vállal a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási szolgáltatások érdekében. A biztosítási díj kiszámítása a biztosított életkorának, egészségi állapotának, foglalkozásának, a választott díjfizetési tartamnak és a biztosítási összeg nagyságának, továbbá a szerződőtől beérkezett információkból következő egyéb kockázati tényezőknek a figyelembevételével történik. A biztosított belépési kora a biztosítás kezdetekor, illetve a biztosítás megújításakor betöltött életkor alapján kerül megállapításra.

(2) A választható díjfizetési tartamok a következők:

a. Megújítható 1 éves díjfizetési tartam. A megújítható 1 éves tartamú biztosítás esetén a szerződő választásától függően a biztosítás tartama és egyben a díjfizetési tartama minden egyes biztosítási évfordulón egy újabb évvel meghosszabbodik, ha a szerződő a biztosítási évfordulón betöltött életkornak megfelelő biztosítási díjat megfizeti.

b. Megújítható 5 éves díjfizetési tartam. A megújítható 5 éves díjfizetési tartamú biztosítás esetén a szerződő választásától függően a díjfizetési tartam minden ötödik (5.) biztosítási évfordulón újabb öt évvel meghosszabbodik, ha a szerződő az ötödik (5.) biztosítási évfordulón betöltött életkornak megfelelő biztosítási díjat megfizeti és a biztosítási évfordulón betöltött életkora kevesebb, mint 61 év. A biztosítás 5 éves tartama alatt a biztosítás díja a biztosított életkorának változása miatt nem változik.

c. Megújítható 10 éves díjfizetési tartam. A megújítható 10 éves díjfizetési tartamú biztosítás esetén a szerződő választásától függően a díjfizetési tartam minden tizedik (10.) biztosítási évfordulón újabb 10 évvel meghosszabbodik, ha a szerződő a tizedik (10.) biztosítási évfordulón betöltött életkornak megfelelő biztosítási díjat megfizeti és a biztosítási évfordulón betöltött életkora kisebb, mint 56 év. A biztosítás 10 éves tartama alatt a biztosítás díja a biztosított életkorának változása miatt nem változik.

d. 65 éves életkorig szóló díjfizetési tartam. A 65 éves életkorig szóló biztosítás esetén a biztosítás tartama alatt a biztosítás díja a biztosított életkorának változása miatt nem változik.

(3) **A biztosító fenntartja a jogot arra, hogy a biztosítás díját a biztosítási évfordulón felülvizsgálja és az új díjkalkuláció alapján új díjtételeket állapítson meg, amelyek minden hatályban lévő biztosításra egységesen érvényesek.** A díjmódosítás mértékéről a biztosító írásban tájékoztatja a szerződőt oly módon, hogy a szerződő legalább 30 nappal a következő biztosítási évforduló előtt kézhez kapja az értesítést. Amennyiben a szerződő a módosított díjat elutasítja, úgy az erre vonatkozó írásbeli nyilatkozatát a biztosítási évfordulót megelőzően kell eljuttatnia a biztosítóhoz, amelynek következtében a jelen biztosítás az első módosított díj esedékességét megelőző nap 24. órájával megszűnik. Írásbeli nyilatkozat hiányában a jelen biztosítás módosított díja a biztosítási évfordulótól kezdődően automatikusan életbe lép.

10. Díjfizetés esedékessége, fizetési késedelem

(1) A biztosítás rendszeres éves díjfizetésű. A díjfizetés gyakoriságát a szerződő évesről, féléves, negyedéves vagy havi díjfizetésre módosíthatja. Az erre irányuló kérést a biztosítási évforduló előtt 60 nappal írásban kell jelezni. Az első díj a szerződés létrejöttkor, minden későbbi díj pedig annak a biztosítási időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik. A biztosító a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő díj(ak) esedékességéről nem köteles a szerződőt az esedékességet megelőzően értesíteni. Az értesítés elmaradása az ügyfél követelést nem alapíthat.

(2) A biztosítás díjait forintban kell megfizetni a biztosító által megadott, erre a célra fenntartott bankszámlaszámra. A díjfizetés felmerülő költségei a szerződőt terhelik. A biztosító díjfizetesként a megadott számlaszámra, forintban 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 biztosító a biztosítási szerződésre vonatkozó kötelezettség nem terheli, illetve a téves utaláshoz kapcsolódó esetleges átváltással összefüggésben felmerült árfolyam-különbözetet a szerződőt terheli/illeti.

(3) **Amennyiben a szerződő a díjat az esedékességkor nem egyenlíti ki, a biztosító a kockázatot az elmaradt díj esedékességétől számított 30 napig viseli (tűrelmi idő). Ha a szerződő az elmaradt díjat a tűrelmi időn belül nem fizeti meg a biztosítás a 30 napos határidő elteltével, a 31. napon kifizetés nélkül megszűnik.**

(4) **Amennyiben a tűrelmi időn belül biztosítási esemény következik be, a biztosító a fizetendő szolgáltatási összegből levonja az elmaradt esedékes díjat és csak a különbözetet fizeti ki.**

(5) A biztosítás díja a biztosítás lejáratáig vagy a biztosítási eseményt közvetlenül követő díjesedékesség időpontjáig fizetendő, ha a szerződés másképpen nem rendelkezik. **Tartamon túli díjfizetéssel nem keletkezik jogosultság biztosítási szolgáltatásra.** A tartozatlanul fizetett díjakat a biztosító kamatok nélkül fizeti vissza.

11. A biztosítás újra érvénybehelyezése

A biztosítási esemény nélkül megszűnt biztosítás az elmaradt díj esedékességét követő 75 napon belül újra érvénybe helyezhető, ha a szerződő az összes elmaradt díjat befizeti. Újra érvénybehelyezés esetén a biztosító kockázatviselése az elmaradt díjak befizetését követő nap 0 órájától folytatódik, feltéve, hogy a biztosító a szerződés újra érvénybehelyezését nem utasítja el. Az újra érvénybehelyezés vonatkozásában a biztosító jogosult kockázatelbírálásra, egészségi nyilatkozatot kérhet, szükség szerint a biztosított orvosi vizsgálatát is előírhatja, de az összes előírt dokumentum birtokában sem kötelezett a szerződés újra érvénybehelyezésére.

12. A biztosítás pénzneve

A biztosítási szerződés díjainak és szolgáltatásainak pénzneve forint.

13. A biztosítási szerződés megszűnése

- (1) A biztosítási szerződés automatikusan megszűnik a következő esetekben:
 - a) annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 65. életévét betölti;
 - b) a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halálával;
 - c) a biztosítási összeg kifizetésével;

- d) a díjfizetés elmaradása miatt, a türelmi idő végével;
e) a három hónapos várakozási időn belül bekövetkezett biztosítási esemény esetén a díj visszafizetésével;
f) a szerződő írásbeli felmondásával.

- (2) A szerződést írásban a biztosítási időszak végére lehet felmondani. A biztosítási időszak egy év. A felmondási idő 30 nap. A felmondással a biztosító kockázatviselése a biztosítási időszak végén teljesen megszűnik.
- (3) A biztosítás megszűnése esetén a biztosító a befizetett díj meg nem szolgált részét visszafizeti. A biztosítás megszűnése után tartozatlanul fizetett díjak az ilyen díjak visszafizetésén kívül másra nem kötelezik a biztosítót.

14. A kedvezményezett jelölése és megváltoztatása

- (1) A kedvezményezett a szerződésben megjelölt személy. Kedvezményezett állítás hiányában a kedvezményezett a biztosított örököse.
- (2) Több kedvezményezett jelölése esetén minden egyes kedvezményezett vonatkozásában meg kell jelölni a kedvezményezés mértékét. Ennek hiányában a kedvezményezés arányát egyenlőnek kell tekinteni.
- (3) A szerződő fél az eredetileg jelölt kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával bármikor más kedvezményezettet nevezhet meg. Az új kedvezményezett állítás, a kérelemnek a biztosító kötvénykiállításra jogosult szervezeti egységéhez történő beérkezésének időpontjától hatályos, feltéve, hogy ez az időpont megelőzi a biztosítási esemény bekövetkezésének az időpontját. Ha nem a biztosított a szerződő fél, ehhez a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.
- (4) A kedvezményezett jelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal.

15. Közlési kötelezettség és megsértésének következményei

- (1) A biztosított és a szerződő a szerződéskötéskor kötelesek a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval a valószínűleg megfelelően és hiánytalanul közölni, amelyekre a biztosító írásban kérdést tett fel, és amelyeket ismertek vagy ismerniük kellett. A biztosított orvosi vizsgálatának elvégzése a közlési kötelezettség alól a szerződőt és a biztosítottat nem mentesíti. A közlésre, illetőleg a változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet és a biztosítottat; egyikük sem védekezhet olyan körülmény vagy változás nem tudásával, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni vagy neki bejelenteni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre, illetőleg bejelentésre köteles lett volna.
- (2) **A közlési kötelezettség megsértése esetén a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve ha:**
a) bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy nem a valószínűleg megfelelően közölt körülményt a

biztosító a szerződéskötéskor ismerte, illetve az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében;
b) a biztosítás már legalább 2 éve megszakítás nélkül fennállott, arra 2 évi díj befizetésre került,
c) a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.

- (3) A közlési kötelezettségre vonatkozó szabályok érvényesek abban az esetben is, ha a biztosítás tartama alatt - a szerződő igénye alapján - a biztosítási összeg emelésére kerül sor, de csak a megemelt és a régi biztosítási összeg különbözetére vonatkozóan, és csak azon tények és körülmények tekintetében, amelyekre a biztosító az összegemelés kapcsán írásban kérdéseket tett fel.
- (4) A közlési kötelezettségre vonatkozó szabályok érvényesek abban az esetben is, ha a biztosítás tartama alatt - a szerződő kérése alapján - a biztosítási szerződés újra érvénybehelyezésére kerül sor, de csak azon tények és körülmények tekintetében, amelyekre a biztosító az újra érvénybehelyezés kapcsán írásban kérdéseket tett fel.

16. Az életkor helytelen bevallása

Az életkor helytelen bevallása esetén a biztosító az esedékes szolgáltatás összegét megfelelően módosítja a díjtáblázat alapján, a befizetett díjak és a biztosított valószínű belépési kora szerint, feltéve, hogy a biztosítás a valószínű belépési életkorral létrejöhett. Amennyiben a tényleges belépési kor szerint a biztosítás nem jöhett volna létre, a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályokat kell alkalmazni.

17. 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.

18. Elévülés

A biztosítási szerződésből eredő biztosítási igények a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 2 év elteltével elévülnek.

19. Illetékes bíróság

A biztosítási szerződésből eredő igények érvényesítésére indított valamennyi perre - hatáskör függvényében - a Budaörsi Városi Bíróság vagy a Budapest Környéki Törvényszék a kizárólagosan illetékes bíróság.

MELLÉKLET

Egyes, a feltételekben meghatározott változók értékei

Minimális éves díj	24 000 Ft
Minimális féléves díjrészlet	12 000 Ft
Minimális negyedéves díjrészlet	10 000 Ft
Minimális havi díjrészlet	5 000 Ft
Díjtűrészhatár	300 Ft

A biztosítási összeg minimális értéke 1 000 000 Ft.
A biztosítási összeg maximális értéke 50 000 000 Ft

A díj lehívásának időpontja a folyószámláról:	A folyószámla terhelésének lehetséges kezdődátumai a biztosító által bankoknak átadott állomány alapján a következők: 2012.12.12. 2013.01.13. 2013.02.12. 2013.03.12. 2013.04.11. 2013.05.13. A biztosító kizárja a felelősséget a saját tevékenységi körén kívül bekövetkező esetleges eltérésekért.
---	--

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

Budapest, 2012. december 1.