

ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ

A jelen kiegészítő ügyféltájékoztató az AHICO Biztosító Zrt. 401-es és EU401-es, 402-es és EU402-es, 422-es és EU422-es, 423-as és EU423-as alap életbiztosításainak és az azokhoz köthető kiegészítő biztosításoknak a 2003. évi LX. törvényben (Bit) meghatározott jellemzőit, a Bit-ben meghatározott adat- és titokvédelmi ill. adatkezelési tájékoztatást, valamint a biztosító főbb adatait tartalmazza. A biztosítási szerződés további jellemzőiről és a biztosítás részletes feltételeiről az életbiztosítási feltételek nyújtanak tájékoztatást. A kiegészítő tájékoztató és az életbiztosítási feltételek kizárólag együtt érvényesek és együttes ismeretük minősül ügyféltájékoztatásnak.

	401 és EU401 alap életbiztosítás, 402 és EU402 alap életbiztosítás, 422 és EU422 alap életbiztosítás, 423 és EU423 alap életbiztosítás.	140-es és EU140-es „Rokkantsági díjmentesítés” kiegészítő biztosítás	160-as és EU160-as jelű baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás	161-es és EU161-es jelű baleseti rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás
Kockázatvise- lés kezdete	A biztosító kockázatviselése az azt követő nap 0 órájkor kezdődik, amikor a szerződő fél az első díjat a biztosító számlájára befizeti, feltéve, hogy az életbiztosítási 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 biztosító 3 hónapos várakozási időt köt ki, mely időszak alatt csak a baleset vagy heveny fertőző betegség miatt bekövetkező haláleset esetében kerül kifizetésre a biztosítási összeg.	Nincs várakozási idő		
Biztosítási tartam	A szerződésben megjelölt tartam végéig, vagy lejárat kor eléréseig tartó időszak.	A kiegészítő biztosítás tartama az alapbiztosítás tartamához igazodik, figyelembe véve az adott kiegészítő biztosításra meghatározott megszűnési eseteket.	A biztosított baleset következtében bekövetkező halála.	A biztosított baleset következtében bekövetkező: a.) marandó teljes rokkantsága, b.) marandó részleges rokkantsága.
Biztosítási esemény	A biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála, vagy a biztosítottnak a biztosítás lejárat időpontjában vagy a részszolgáltatásra való jogosultság megnyíltakor való életbenléte.	A biztosított (szerződő) teljes és tartós rokkantsága (100%-ban elveszíti munkaképességét).		
	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. Euró alapú biztosítási szerződés esetén, a szolgáltatási összeget a biztosító kizárólag banki átutalással, bankszámlaszámra teljesíti.			
Biztosító szolgáltatása	A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a szerződésben meghatározott szolgáltatási összeget fizeti ki. További szolgáltatások: visszavásárlás, díjmentes leszállítás, kötvénykölcson. A biztosítás megszűnésekor esedékessé váló szolgáltatás egyösszegben vagy külön megállapodás alapján a járadék opciók egyike szerint kerül kifizetésre.	Az alapbiztosítás és a hozzá tartozó kiegészítő biztosítások (ha nincs eltérő rendelkezés) a teljes rokkantság bekövetkezése után, a rokkantság tartamára változatlan szolgáltatási feltételek mellett díjmentessé válnak.	A biztosítási esemény bekövetkezése esetén biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.	a.) Balesetből származó marandó teljes (100%) rokkantság esetén a biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki. b.) Balesetből származó marandó részleges rokkantság esetén a biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összegből a rokkantság mértékének megfelelő összeget fizeti ki.

	167-es és EU167-es jelű balesetből eredő kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosítás	169-es és EU169-es jelű balesetből származó csonttörés és égési sérülés esetére szóló kiegészítő biztosítás	177-es és EU177-es Kórházi szolgáltatások esetére szóló kiegészítő biztosítás	190-es és EU190-es Orvosi konzultáció esetére szóló kiegészítő biztosítás	110-es és EU110-es Kritikus betegségekhez szülő "Critical Care" elnevezésű kiegészítő biztosítás
Kockázatviselés kezdete	A biztosító kockázatviselése az azt követő nap 0 órájaktól kezdődik, amikor a szerződő fél az első díjat a biztosító számlájára befizeti, feltéve, hogy az életbiztosítási szerződés már létrejött, vagy utóbb létrejön.				
Biztosítási kötvény	A biztosító részére benyújtott ajánlat elfogadása esetén, a biztosító a létrejött biztosítási szerződésről vízjeles biztossági papírra nyomtatott biztosítási kötvényt állít ki és küld el a szerződő részére.				
Várakozási idő	Nincs várakozási idő	Betegségből eredő kórházi kezelés esetén 60 nap várakozási idő után szolgáltat a biztosító.	Nincs várakozási idő	A biztosítás kezdetétől számított három (3) 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 tartam	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.				
Biztosítási esemény	A biztosított balesetből származó kórházi és/vagy műtéti ellátása.	A biztosított baleset következtében bekövetkező csonttörése, vagy baleset következtében bekövetkező égési sérülése.	Baleset, vagy betegség következtében a biztosított kórházi és/vagy műtéti ellátása, valamint a szerződésben megnevezett olyan súlyos betegsége, melynek kapcsán orvosi konzultáció kérhető.	Orvosi konzultáció a biztosított szerződésben meghatározott betegségek kapcsán.	A biztosítottnak a kockázatviselés hatálya alá tartozó, a biztosítási szerződés 5. pontjában, 1) vagy 1)-7) vagy 1)-32) sorszám alatt meghatározott és leírt betegségek, állapotok, egyikének első alkalommal történő elszívendése, vagy a kockázatviselés hatálya alá tartozó, a biztosítási szerződés 5. pontjában, 1) vagy 1)-7) vagy 1)-32) sorszám alatt meghatározott és leírt műtéti beavatkozások egyikének első alkalommal történő végrehajtása, feltéve, hogy a betegség vagy állapot pontos diagnosztizálásnak megállapítását, illetve a műtét elvégzését követően a biztosított legalább 30 napig életben van.
Biztosító szolgáltatása	A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához, illetve a teljesítéshez szükséges összes irat beérkezése után, az utóljára beérkezett irat kézhezvételétől számított 30 napon belül teljesíti. A szolgáltatási összeg kifizetésével kapcsolatban felmerülő költségek az igényjogosultat terhelik. Euró alapú biztosítási szerződés esetén, a szolgáltatási összeget a biztosító kizárólag banki átutalással, bankszámlaszámra teljesíti.				
	a.) A biztosító a biztosított balesetből eredő kórházi ellátásának 1. napjától az ellátás tartama alatt (max. 90 napig) a szerződésben meghatározott kórházi napi térítési összeget fizeti ki, intenzív ellátás esetén 50 %-al emelt térítést fizet. b.) Ha a biztosított baleseti testi sérülés következtében műtéti eljárás alá utalják, a biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összegből a műtét bonyolultságának megfelelő műtéti térítést fizet.	A biztosított baleseti eredetű csonttörése vagy baleseti eredetű égési sérülése esetén a biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összegből az adott törés, vagy égési sérülés mértékének megfelelő összeget fizeti ki.	a.) A biztosító a kórházi ellátás 1. napjától az ellátás tartama alatt (max. 90 napig) a szerződésben meghatározott kórházi napi térítési összeget fizeti ki, intenzív ellátás esetén 50 %-al emelt térítést fizet, minden napi térítés után 50 % rehabilitációs támogatást fizet. b.) Ha a biztosított műtéti eljárás alá utalják, a biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összegből a műtét bonyolultságának megfelelő műtéti térítést fizet.	A biztosított által kért orvosi konzultáció költségeit a biztosító téríti meg a szolgáltatató részére.	A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.

	401 és EU401 alap életbiztosítás, 402 és EU402 alap életbiztosítás, 422 és EU422 alap életbiztosítás, 423 és EU423 alap életbiztosítás.	140-es és EU140-es „Rokkantsági díjmentesítés” kiegészítő biztosítás	160-as és EU160-as jelű baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás	161-es és EU161-es jelű baleseti marandandó rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás
Díjfizetés	A biztosítás lehet egyszeri vagy rendszeres (éves, féléves, negyedéves) díjfizetésű. A díjfizetés gyakorlását a szerződő a biztosítási évfordulón megváltoztathatja. Az évestől eltérő díjfizetési gyakoriság esetén a biztosító pótlékot számít fel.	A kiegészítő biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő a biztosítás megszűnéséig, vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjesedékesség időpontjáig, ill. rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás esetében a díjmentesség kezdetéig.		
Díjfizetés szabályai	A biztosítás díjait a kötvényen feltüntetett pénznyomtatványon 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 pénznyomtatványon történő jóváírást fogadja el. A díjfizetés időpontja az esedékes díj, megadott számlaszámra történő jóváírásának időpontja. A megadott 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. Euro alapú biztosítási szerződés esetén, ha a biztosítási díj, illetve díjelőleg bármely jogcímen a szerződő részére visszafizetésre kerül, a visszautalandó összeget a biztosító kizárólag banki átutalással, bankszámlaszámra teljesíti.			
Konverziós szabály	Amennyiben a kötvényoldalon meghatározott pénznem a Magyar Köztársaság területén a szerződés hatályba lépését követően nem minősül jogszertű fizetőeszköznek, úgy ebben az esetben a Biztosító – a fenti körülmények mérlegelése és saját döntése alapján – jogosult a szerződésben meghatározott kötelezettség pénznemét a Magyar Köztársaságnak az átváltás időpontjában érvényes törvényes pénznemére átváltani (konvertálni) és a hivatkozott kötelezettségeket az átváltás időpontjától kezdve ebben a pénznemben kifejezni. Az átváltás időpontjától kezdve a Biztosító és a Szerződő a kötelezettségeiket az új pénznemben kötelesek teljesíteni, a szerződés bármely, megelőzően érvényes pénznemre történő hivatkozása érvénytelenül válik. A Biztosító az átváltást egy adott időpontra meghatározottan – és saját döntése alapján – vagy a Magyar Nemzeti Bank vagy egy, a Biztosító által megjelölt kereskedelmi bank által hivatalosan közzétett devizaárfolyam alapján végzi el. Az átváltást követően a Biztosító új kötvényoldalt bocsát ki a biztosítási összeg és a biztosítási díj új pénznemben történő feltüntetésével.			
Szerződés megszűnése	a.) a biztosított halálakor, b.) a biztosítás lejáratakor, c.) a díjfizetés elmaradásakor, amennyiben nincs visszavásárlási érték, d.) a biztosítás visszavásárlásakor.	a.) a biztosítás lejáratakor, (ill. amikor a biztosított a 60. életévét betölti); b.) díjnemfizetés esetén; c.) az alapbiztosítás megszűnésakor; d.) katonai szolgálat, háború idején.	a) A biztosított 65. betöltött életévét követő biztosítási évfordulókör; b) díjnemfizetés esetén; c) alapbiztosítás megszűnésakor; d) amikor a biztosítottat ideg-, illetve elmebetegségére való tekintettel cselekvőképtelennek nyilvánítják; e) katonai szolgálat, háború idején.	
Szerződés felmondása	a.) a biztosító a biztosítási szerződést a Ptk. 537. és 541. §-ában meghatározott esetekben mondhatja fel, b.) a szerződő a biztosítási szerződés kézhezvételét követő 30 napon belül felmondhatja a szerződést.	A kiegészítő biztosítást a szerződő (biztosított) bármely díjesedékesség időpontjára 30 nappal az esedékesség előtt írásban felmondhatja. A felmondó nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt, amelyen a jelen kiegészítő biztosítás megszűnését a biztosító záradékkal feljegyzi.		
A szerződő felmondásakor a biztosító által visszatartott költségek	a.) orvosi vizsgálat költsége (amennyiben a biztosított részt vett a biztosító által előírt orvosi vizsgálaton), b.) kötvényesítés adminisztrációs költsége c.) kockázatviselés költsége A kötvényesítés adminisztrációs költsége és a kockázatviselés költsége jogcímen a biztosító 1 havi díjat, de legfeljebb forint alapú termék esetén 20 000 forintot, euro alapú termék esetén 80 Eurót von le a befizetett díjból, míg az esetlegesen felmerülő orvosi költség teljes összege levonásra kerül. Euró alapú biztosítás esetén a visszafizetendő díjból a biztosító az esetleges orvosi vizsgálatnak a felmondás időpontjában érvényes árfolyam alapján Euró-ban számított költségeit vonja le.			

	167-es és EU167-es jelű balesetből eredő kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosítás	169-es és EU169-es jelű balesetből származó csonttörés és égési sérülés esetére szóló kiegészítő biztosítás	177-es és EU177-es Kórházi szolgáltatások esetére szóló kiegészítő biztosítás	190-es és EU190-es Orvosi konzultáció esetére szóló kiegészítő biztosítás	110-es és EU110-es Kritikus betegségekre szóló "Critical Care" elnevezésű kiegészítő biztosítás
Díjfizetés	A kiegészítő biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő a biztosítás megszűnéséig, vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjesedékeség időpontjáig, ill. rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás esetében a díjmentesség kezdetéig.				
Díjfizetés szabályai	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. Euro alapú biztosítási szerződés esetén, ha a biztosítási díj, illetve díjelőleg bármely jogcímen a szerződő részére visszafizetésre kerül, a visszautalandó összeget a biztosító kizárólag banki átutalással, bankszámlaszámra teljesíti.				
Konverziós szabály	Amennyiben a kötvényoldalon meghatározott pénznem a Magyar Köztársaság területén a szerződés hatályba lépését követően nem minősül jogszerű fizetőeszköznek, úgy ebben az esetben a Biztosító – a fenti körülmények mérlegelése és saját döntése alapján – jogosult a szerződésben meghatározott kötelezettség pénznemét a Magyar Köztársaságnak az átváltás időpontjában érvényes törvényes nemzeti pénznemére átváltani (konvertálni) és a hivatkozott kötelezettségeket az átváltás időpontjától kezdve ebben a pénznemben kifejezni. Az átváltás időpontjától kezdve a Szerződő a kötelezettségeiket az új pénznemben kötelesek teljesíteni, a szerződés bármely, megelőzően érvényes pénznemre történő hivatkozása érvénytelenül válik. A Biztosító az átváltást egy adott időpontra meghatározottan – és saját döntése alapján – vagy a Magyar Nemzeti Bank vagy egy, a Biztosító által megjelölt kereskedelmi bank által hivatalosan közzétett devizaárfolyam alapján végzi el. Az átváltást követően a Biztosító új kötvényoldalt bocsát ki a biztosítási összeg és a biztosítási díj új pénznemben történő feltüntetésével.				
Szerződés megszűnése	a) 169, EU169, 190, EU190 esetében, a biztosított 65. betöltött életévét követő biztosítási évfordulókör, a 167, EU167, 177, EU177 esetében, a biztosított a 60. betöltött életévét követő biztosítási évfordulókör; b) díjmentesítés esetén; c) alapbiztosítás megszűnésekor; d) amikor a biztosítottat ideg-, illetve elmebetegségére való tekintettel cselekvőképtelennek nyilvánítják; e) katonai szolgálat, háború idején. A fentiekben túl az orvosi konzultáció szolgáltatás megszűnik a kiegészítő biztosítás érvényességének érintése nélkül az alábbi esetekben: a) a biztosított által igénybe vett konzultációk száma eléri a hat (6) alkalmat, a 6. konzultációs kérelemnek a szolgáltató részére történő átadásával; b) ha a biztosított megváltoztatja a tartózkodási országát; c) ha a Szolgáltató felfüggeszti, illetve megszünteti tevékenységét.				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) ha a szerződés szerinti alapbiztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díját az esedékességkor, illetve a feltételek szerinti türelmi időn belül nem fizetik meg; e) amikor a szerződés szerinti alapbiztosítást visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy bármely okból megszűnik; f) a rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás szolgáltatásának kezdetekor; g) a három hónapos várakozási időn belül bekövetkezett biztosítási esemény esetén a díj visszafizetésével; h) a szerződő írásbeli felmondásával.
Szerződés felmondása	A kiegészítő biztosítást a szerződő (biztosított) bármely díjesedékeség időpontjára 30 nappal az esedékesség előtt írásban felmondhatja. A felmondó nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt, amelyen a jelen kiegészítő biztosítás megszűnését a biztosító záradékkal feljegyzi.				
A szerződő felmondásakor a biztosító által visszatartott költségek	a.) orvosi vizsgálat költsége (amennyiben a biztosított részt vett a biztosító által előírt orvosi vizsgálaton), b.) kötvényesítés adminisztrációs költsége c.) kockázatviselés költsége A kötvényesítés adminisztrációs költsége és a kockázatviselés költsége jogcímen a biztosító 1 havi díjat, de legfeljebb forint alapú termék esetén 20 000 forintot, euro alapú termék esetén 80 Eurót von le a befizetett díjból, míg az esetlegesen felmerülő orvosi költség teljes összege levonásra kerül. Euró alapú biztosítás esetén a visszafizetendő díjból a biztosító az esetleges orvosi vizsgálatnak a felmondás időpontjában érvényes árfolyam alapján Euró-ban számított költségeit vonja le.				

	401 és EU401 alap életbiztosítás, 402 és EU402 alap életbiztosítás, 422 és EU422 alap életbiztosítás, 423 és EU423 alap életbiztosítás.		140-es és EU140-es „Rokkantsági díjmentesítés” kiegészítő biztosítás	160-as és EU160-as jelű baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás	161-es és EU161-es jelű baleseti maradandó rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás
Kockázatviselés szűnetelése	Amikor a biztosított háború vagy polgárháború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) katonai szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország, nemzetközi szervezet vagy szemben álló fél bármely fegyveres erejénél.				
Értékkövetés	Az indexálás a haláleseti biztosítási összeg és a biztosítási díj növelésével valósul meg. A biztosítási díj növelésének mértékét (indexráta) a KSH által közzétett alábbi mérőszámok figyelembevételével állapítja meg a biztosító: fogyasztói árindex (inflációs ráta), bruttó hazai termék (GDP) növekedésének üteme, az alkalmazásban állók átlagkeresetének növekedési üteme. 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. A 401-es és EU401-es jelű biztosítás esetében nincs lehetőség indexálásra.				
Többlethozam	Az első biztosítási évfordulót követően a szerződő jogosult a 2,9 százalékos technikai kamaton felül elért hozamból, amely részesedés a többlethozam legalább 85 százaléka. A többlethozam a biztosítás megszűnésekor (elérés, halál vagy visszavásárlás esetén) esedékessé váló szolgáltatással együtt kerül kifizetésre. 422-es és EU422-es, valamint a 423-as és EU423-as termék esetén: a biztosító a felhalmozott többlet-hozamot a részszolgáltatás összegével együtt is kifizetheti.		A kiegészítő biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik, de a biztosító a szerződő részesedését a díjmentesség tartama alatt ugyanúgy jóváírja, mintha az esedékes díjakat megfizették volna.		A kiegészítő biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik.
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), az 1992. évi LXIII. törvény (a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról) és az 1995. évi CXVII. törvény (a személyi jövedelem adóról) rendelkezéseire.				
A biztosító főbb adatai	AHICO Első Amerikai – Magyar Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság, székhely: 1083 Budapest, Szigetvári u. 7., Levélcím: Budapest 1440, Pf. 3., Honlap: www.metlife.hu, Elektronikus üzenet: metlife@metlife.hu Tevékenységi eng. száma: 95/1990, Cégjegyzékszám: 01-10-041501				
Hová lehet panasszal fordulni?	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 jelentheti be társaságunk ügyfélszolgálati osztályán. Levélben az AHICO Biztosító Zrt., Ügyfélszolgálati Osztálya címen (H-1440 Budapest, Postafiók 3.), elektronikus üzenet útján: az metlife@metlife.hu e-mail címen folyamatosan, telefonon: hétfőn 8:00 és 20:00 között, keddtől, csütörtökig, 8:00 és 16:30 között, míg pénteken 8:00 és 16:00 között a 06-1-459-7500 telefonszámon, telefaxon: a 06-1-459-7529 számon, személyesen: az AHICO Biztosító Ügyfélszolgálatán (1083 Budapest, Szigetvári utca 7.) nyitvatartási időben (munkanapokon 8 és 16 óra között), szolgáltatásainkról honlapunkon is tájékozódhat: a www.metlife.hu címen. Amennyiben bejelentésének ügyfélszolgálatunk által történő kezelésével vagy annak eredményével nem elégedett, panaszja jellegétől függően a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéhez (1013 Budapest, Krisztina krt. 39. címen), a Pénzügyi Békéltető Testülethez (1013 Budapest, Krisztina krt. 39. címen, elektronikus ügyfélkapun keresztül – www.magyarorszag.hu címen) vagy bírósághoz fordulhat.				

	167-es és EU167-es jelű balesetből eredő kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosítás	169-es és EU169-es jelű balesetből származó csonttörés és égési sérülés esetére szóló kiegészítő biztosítás	177-es és EU177-es Kórházi szolgáltatások esetére szóló kiegészítő biztosítás	190-es és EU190-es Orvosi konzultáció esetére szóló kiegészítő biztosítás	110-es és EU110-es Kritikus betegségekre szóló "Critical Care" elnevezésű kiegészítő biztosítás
Kockázatviselés szünetelése	Amikor a biztosított háború vagy polgárháború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) katonai szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország, nemzetközi szervezet vagy szemben álló fél bármely fegyveres erejénél.				
Értékkövetés	Amennyiben az alapbiztosítás indexálási záradékkal rendelkezik, úgy a jelen kiegészítő biztosítás az alapbiztosítással együtt, de legfeljebb 10 éven keresztül kerül indexálásra.			A kiegészítő biztosítás nem indexálható.	
Többlethozam	A kiegészítő biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik.				
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 (biztosítótételekről és a biztosítási tevékenységről szóló törvény), az 1992. évi LXIII. törvény (a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról) és az 1995. évi CXVII. törvény (a személyi jövedelem adóról) rendelkezéseire.				
A biztosító főbb adatai	AHICO Első Amerikai – Magyar Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság, székhely: 1083 Budapest, Szigetvári u. 7., Levélcím: Budapest 1440, Pf. 3., Honlap: www.metilife.hu, Elektronikus üzenet: metilife@metilife.hu Tevékenységi eng. száma: 95/1990, Cégjegyzékszám: 01-10-041501				
Hová lehet panasszal fordulni?	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 jelentheti be társaságunk ügyfélszolgálati osztályán. Levélben az AHICO Biztosító Zrt., Ügyfélszolgálati Osztálya címen (H-1440 Budapest, Postafiók 3.), elektronikus üzenet útján: az metilife@metilife.hu e-mail címen folyamatosan, telefonon: hétfőn 8:00 és 20:00 között, keddtől, csütörtökig, 8:00 és 16:30 között, míg pénteken 8:00 és 16:00 között a 06-1-459-7500 telefonszámon, telefaxon: a 06-1-459-7529 számon, személyesen: az AHICO Biztosító Ügyfélszolgálatán (1083 Budapest, Szigetvári utca 7.) nyitvatartási időben (munkanapokon 8 és 16 óra között), szolgáltatásainkról honlapunkon is tájékozódhat: a www.metilife.hu címen. Amennyiben bejelentésének ügyfélszolgálatunk által történő kezelésével vagy annak eredményével nem elégedett, panaszja jellegétől függően a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéhez (1013 Budapest, Krisztina krt. 39. címen), a Pénzügyi Békéltető Testülethez (1013 Budapest, Krisztina krt. 39. címen, elektronikus ügyfélkapun keresztül – www.magyarorszag.hu címen) vagy bírósághoz fordulhat.				

Biztosító mentesülése, kizárások	
A 401 és EU401, 402 és EU402, 422 és EU422, 423 és EU423 alap életbiztosítások esetében:	A biztosító mentesül a szolgáltatási összeg kifizetése alól: a.) ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét, b.) ha a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, vagy azzal összefüggésben halt meg, c.) ha a biztosított a szerződéstől számított 2 éven belül elkövetett öngyilkosságot következében halt meg d.) ha a biztosított halálát opportunista fertőzés vagy rosszindulatú daganatképződés okozta, feltéve, hogy a halál bekövetkezésekor a biztosított kimutathatóan fertőzött volt a human immunhiányt okozó vírussal (HIV) és/vagy szervezetében kialakult a szerzett immunhiány szindróma (AIDS)
A 140-es és EU140-es „Rokkantsági díjmentesítés” kiegészítő biztosítás esetében:	A biztosító mentesül a díjmentesítési szolgáltatás teljesítése alól, ha a rokkantság közvetve vagy közvetlenül: a.) szándékosan elkövetett öncsonkítás vagy saját kezű testi sértés következménye (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori tudatállapotára); b.) bármely légi járművel való utazás, illetve repülés következménye, kivéve a légiforgalomban engedélyezett menetrend szerint közlekedő légi járat utasaként történő repülést; c.) opportunista betegség következménye, feltéve, hogy a rokkantság bekövetkezésekor a biztosított kimutathatóan fertőzött volt a human immunhiányt okozó vírussal (HIV) és/vagy szervezetében kialakult a szerzett immunhiány szindróma (AIDS).
A 160-as, EU160-as, 161-es és EU161-es jelű baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás esetében:	Ezen kiegészítő biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a baleseti halálra és a maradandó rokkantságra szóló biztosítási összeg nem kerül kifizetésre, ha a biztosított halálát okozó testi sérülés közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével: a) a szerződés hatályba lépése előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés, b) bármilyen betegség vagy bakteriális fertőzés (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzések kivételével), gyógyászati vagy sebészeti gyógykezelések, c) a biztosítottnak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota, kivéve, ha ezeket egészségügyi intézmény vagy személy előírására alkalmazzák, d) a biztosított alkoholos befolyásoltságú állapota, amennyiben véralkoholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedérendszeti szabályokban megengedett határértéknél, e) a biztosított öngyilkossága, illetve ennek kísérlete (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori elme- és tudatállapotára), f) bármely idegi vagy elmebeli rendellenesség, elnevezésüktől vagy osztályozásuktól függetlenül (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezatart), g) bármely, sérvet, lumbagot vagy sciaticát (az ülő-ideg zsába egyedi formáját) okozó sérülés, h) bármely olyan káresemény, amelynek oka közvetve vagy közvetlenül a HIV (Emberi immunhiányt okozó Vírus) és / vagy bármely HIV-val kapcsolatos betegség beleértve az AIDS-t (Szerzett Immunhiányos Szindróma), és / vagy annak bármilyen mutáns származékát vagy változatát. Továbbá nem terjed ki a kiegészítő biztosítás azon balesetből adódó sérülésekre, amelyek az alábbi körülmények között következtek be: i) a biztosított hivatásos sportolói minőségben végzett sporttevékenysége, j) a biztosított részvétele bármely olyan versenyben vagy versenyre való felkészülésben, amely motoros meghajtású szárazföldi-, vízi- vagy légi jármű használatával jár, k) a biztosított részvétele lovassport tevékenységben, illetve bármely vízi jármű használatával járó versenyben vagy versenyre való felkészülésben, l) amennyiben a biztosított 125 cm ³ -nél nagyobb hengerűrtartalmú motorokékpárt vagy motorosonakat vezet, vagy azon utazik, m) amennyiben a biztosított fizető utasként gyakorlásra vagy egyéb célból sárkányrepülő, vitorlázó- vagy egyéb könnyűszerkezetű repülőgépet, ill. ejtőernyőt használ, n) a biztosított aktív szolgálata bármely nemzet vagy nemzetközi szervezet légítársaságához sem és nincs megfelelő bejegyzése ill. engedélye fizető utasok szállítására rendszeres és közített menetrend szerinti útvonalon, o) a biztosított által foglalkoztatott, vitorlázó- vagy egyéb célból sárkányrepülő, vitorlázó- vagy egyéb könnyűszerkezetű repülőgépet ill. ejtőernyőt használ, p) bármely, radioaktív energia vagy maghasadás által működtetett vagy működtetésre alkalmas fegyver vagy eszköz használata, minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt, r) polgárháború vagy országok közötti háború (a hadüzenet tényétől függetlenül), háborús állapotok, harci cselekményekben, felkelésben, zendülésben való részvétel (függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételtől van szó).
A 167-es és EU167-es jelű balesetből eredő kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosítás esetében:	A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon baleseti testi sérülésből származó kórházi ellátásra és műtéti térítésre, amely oka részben vagy egészében: a) a szerződés hatályba lépése előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés, b) bármilyen betegség, bakteriális fertőzések (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzések kivételével), c) a biztosított öngyilkossága, öncsonkítása, valamint ezek kísérlete, illetve a biztosított által önmagának okozott egyéb testi sérülés (az elmeállapota való tekintet nélkül), d) bármely idegi vagy elmebeli rendellenesség, elnevezésüktől vagy osztályozásuktól függetlenül (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezatart), e) bármely, sérvet, lumbagot vagy sciaticát (az ülő-ideg zsába egyedi formáját) okozó sérülés, f) kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást, g) a kórházi ellátás tartama alatt elszenvedett bármilyen fertőzés, h) a biztosított által jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidéztett esemény, i) bármely olyan kezelés vagy gyógymód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben, rehabilitációs vagy utókezelő központban végeznek. j) a biztosítottnak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota kivéve, ha ezeket egészségügyi hatóság előírására alkalmazzák, k) a biztosított alkoholos befolyásoltságú állapota, amennyiben véralkoholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedérendszeti szabályokban megengedett határértéknél, l) bármely olyan betegség, halál, egészségkárosodás vagy költség, amelynek oka közvetve vagy közvetlenül a HIV (Emberi immunhiányt okozó Vírus) és / vagy bármely HIV-val kapcsolatos betegség beleértve az AIDS-t (Szerzett Immunhiányos Szindróma), és / vagy annak bármilyen mutáns származékát vagy változatát; m) a biztosított hivatásos sportolói minőségben végzett sporttevékenysége, n) a biztosított részvétele bármely olyan versenyben vagy versenyre való felkészülésben, amely motoros meghajtású szárazföldi-, vízi- vagy légi jármű használatával jár, o) a biztosított részvétele lovassport tevékenységben, illetve bármely vízi jármű használatával járó versenyben vagy versenyre való felkészülésben, p) amennyiben a biztosított 125 cm ³ -nél nagyobb hengerűrtartalmú motorokékpárt vagy motorosonakat vezet, vagy azon utazik, q) amennyiben a biztosított fizető utasként utazik olyan légi járműben, amely nem tartozik egyetlen légítársasághoz sem és nincs megfelelő bejegyzése ill. engedélye fizető utasok szállítására rendszeres és közített menetrend szerinti útvonalon, r) a biztosított aktív szolgálata bármely nemzet vagy nemzetközi szervezet bármely fegyveres erejénél, illetve aktív rendőri szolgálat teljesítése, s) miatti a biztosított pilótaként vagy utasként gyakorlásra vagy egyéb célból sárkányrepülő, vitorlázó- vagy egyéb könnyűszerkezetű repülőgépet ill. ejtőernyőt használ vagy nem utas minőségben bármilyen légi járművel utazik, t) bármely, radioaktív energia vagy maghasadás által működtetett vagy működtetésre alkalmas fegyver vagy eszköz használata, minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt, u) polgárháború vagy országok közötti háború (a hadüzenet tényétől függetlenül), háborús állapotok, harci cselekményekben, felkelésben, zendülésben, zavargásban, zendülésben való részvétel (függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételtől van szó).

Biztosító mentesülése, kizárások	
A 169-es és EU169-es jelű balesetből származó csonttörés és égési sérülés esetére szóló kiegészítő biztosítás esetében: A biztosítás nem terjed ki azon törésekre és égési sérülésekre, amelyek oka közvetlenül vagy közvetve, egészében vagy részben: a) a szerződés hatálya lépése előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés, b) veleszületett rendellenességek és az ebből fakadó következmények, c) bármilyen betegség, egészségi rendellenesség, előrehaladott kórfolyamat vagy bakteriális fertőzés (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzések kivételével), gyógyászati vagy sebészeti gyógykezelések, d) bármely betegségre visszavezethető csontgyengülés, patológiás csonttörések, e) a rendszeres túlterhelés eredményeként fellépő törések (stressz törések), f) a biztosítottnak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota, kivéve, ha ezeket egészségügyi intézmény vagy személy előírására alkalmazzák, g) a biztosított alkoholos befolyásoltságú állapota, amennyiben véralkoholszintje megexceedi vagy magasabb a közlekedérendészeti szabályokban megengedett határértéknél, h) a biztosított önszankción, illetve ennek kísérlete (tekintet nélkül a biztosított elkövetéséről elme- és tudatállapotról), i) bármely idegi vagy elmebeli rendellenesség, elmebetegségtől vagy pszichológiai állapottól, depresszió vagy elmebeteg, j) HIV (Emberi Immunhiányt Okozó Vírus) és / vagy bármely HIV-el kapcsolatos betegség beleértve az AIDS-t (Szerzett Immunhiányos Szindróma), és / vagy annak bármilyen mutáns származékát vagy változatát, Továbbá nem terjed ki a kiegészítő biztosítás azon balesetből adódó sérülésekre, amelyek az alábbi körülmények között következtek be: k) a biztosított hivatásos sportolói minőségben végzett sporttevékenysége, l) a biztosított részvétele bármely olyan versenyben vagy versenyre való felkészülésben, amely motoros meghajtású szárazföldi-, vízi- vagy légi jármű használatával jár, m) amennyiben a biztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkefépárt vagy motorcsónakot vezet, vagy azon utazik, n) amennyiben a biztosított fizető utasként utazik olyan légi járműben, amely nem tartozik egyetlen légitársasághoz sem és nincs megfelelő bejegyzése, ill. engedélye fizető utasok szállítására rendszeres és közzétett menetrend szerinti útvonalon, o) a biztosított aktív szolgálata bármely nemzeti vagy nemzetközi szervezet bármely fegyveres erejénél, p) a biztosított által jogellenesen, szándékosan, vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidéztetett esemény, q) miáltal a biztosított pilótaként vagy utasként gyakorolásra vagy egyéb célból sárkányrepülő, vitorlázó- vagy egyéb könnyűszerkezetű repülőgépet, ill. ejtőernyőt használ vagy nem utas minőségben bármilyen légi járművel utazik, r) bármely, radioaktív energia vagy maghasadás által működtetett vagy működtetésre alkalmas fegyver vagy eszköz használata, minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt, s) polgárháború vagy országok közötti háború (a hadüzenet tényétől függetlenül), háborús állapotok, harci cselekményekben, felkelésben, lázadásban, zavargásban, zendülésben való részvétel (függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételtől van szó).	
A 177-es és EU177-es kórházi szolgáltatások esetére szóló kiegészítő biztosítás esetében: A. A kórházi ellátásra és/vagy műtéti térítésre való jogosultság a szolgáltatások szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a szolgáltatási összeg nem kerül kifizetésre, ha a biztosított kórházi és/vagy műtéti ellátását okozó baleset vagy betegség közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével: a) születési rendellenességek és az ebből fakadó következmények, b) terhesség, szülés, elvetélés, koraszülés, vagy abortusz, c) a szerződés hatálya lépése előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés vagy betegség, d) a szerződés hatálya lépését követő első hatvan (60) napon belül bekövetkezett bármilyen betegség miatt szükségessé vált kórházi ellátás és műtéti beavatkozás, e) a szerződés hatálya lépését követő első száznyolcvan (180) nap alatt végrehajtott, a mandula, ill. orrpoly eltávolítását célzó műtét, ill. kórházi gyógykezelése, f) a biztosított öngyilkossága vagy öngyilkossági kísérlete, az elmeállapota való tekintet nélkül, g) kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást, h) orvosi rutin vizsgálat vagy egyéb vizsgálat, ha nincs egészségromlásra utaló tényleges tüneti jel, továbbá laboratóriumi diagnózis és röntgen vizsgálat, kivéve a megelőző orvosi vizsgálat során megállapított, egészségkárosodás következtében alkalmazott ilyen jellegű vizsgálatot, i) elmebeli és idegi rendellenességek és gyógykezelésük, valamint alkohollal és hallucinogén anyaggal függőségi elvonókúra és gyógykezelésük, j) a kórházi ellátás tartama alatt elszünetelt bármilyen fertőzés, k) bármely veszélyes, amelynek oka a biztosított által megkísérelt, vagy elkövetett jogellenes cselekedet, ill. abban való szándékos részeség, vagy olyan cselekmény, amely a biztosított őrizetbe vételéhez vezet, ill. a letartóztatással való aktív vagy passzív szembesztetés, l) bármely olyan kezelés vagy gyógymód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben, rehabilitációs vagy utkezelő központban végeznek, m) a biztosított által jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidéztetett esemény, n) a biztosítottnak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota kivéve, ha ezeket egészségügyi hatóság előírására alkalmazzák, o) a biztosított alkoholos befolyásoltságú állapota, amennyiben véralkoholszintje megexceedi vagy magasabb a közlekedérendészeti szabályokban megengedett határértéknél, p) bármely olyan betegség, halál, egészségkárosodás vagy kóltseg, amelynek oka közvetve vagy közvetlenül a HIV (Emberi Immunhiányt Okozó Vírus) és / vagy bármely HIV-val kapcsolatos betegség beleértve az AIDS-t (Szerzett Immunhiányos Szindróma), és / vagy annak bármilyen mutáns származékát vagy változatát, q) a biztosított hivatásos sportolói minőségben végzett sporttevékenysége, r) a biztosított részvétele bármely olyan versenyben vagy versenyre való felkészülésben, amely motoros meghajtású szárazföldi-, vízi- vagy légi jármű használatával jár, s) a biztosított részvétele lovassport tevékenységben, illetve bármely vízi jármű használatával járó versenyben vagy versenyre való felkészülésben, t) amennyiben a biztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkefépárt vagy motorcsónakot vezet, vagy azon utazik, u) amennyiben a biztosított fizető utasként utazik olyan légi járműben, amely nem tartozik egyetlen légitársasághoz sem és nincs megfelelő bejegyzése, ill. engedélye fizető utasok szállítására rendszeres és közzétett menetrend szerinti útvonalon, v) a biztosított aktív szolgálata bármely nemzeti vagy fegyveres erejénél, illetve aktív rendőri szolgálat teljesítése, w) miáltal a biztosított pilótaként vagy utasként gyakorolásra vagy egyéb célból sárkányrepülő, vitorlázó- vagy egyéb könnyűszerkezetű repülőgépet, ill. ejtőernyőt használ vagy nem utas minőségben bármilyen légi járművel utazik, x) háború, invázió, idegen erő beavatkozása, polgárháború, forradalom, lázadás, engedetlenség, egyéb háborús cselekmények, katonai vagy bitorolt hatalom, vagy bármely esemény, vagy ok, amely statárium vagy ostromállapot kihirdetésének eredménye, letartóztatás, bármely helyi, vagy közhatalóság rendelkezésétől származó veszteség, vagy vámszabályozás. B. Az orvosi konzultációs szolgáltatás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosított nem jogosult orvosi konzultáció igénybe vételére, amennyiben a jelen kiegészítő biztosításban meghatározott heveny, szövődményes és súlyos egészségi rendellenesség vagy betegség közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével: a) a biztosított öngyilkossága, önszankción, valamint ezek kísérlete, illetve a biztosított által önmagának okozott egyéb testi sérülés (az elmeállapota való tekintet nélkül), valamint a biztosított kérésére vagy beleegyezésével, más személy által okozott testi sérülés, b) a biztosított által jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidéztetett esemény, c) a biztosítottnak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota kivéve, ha ezeket egészségügyi hatóság előírására alkalmazzák, d) a biztosított alkoholos befolyásoltságú állapota, amennyiben véralkoholszintje megexceedi vagy magasabb a közlekedérendészeti szabályokban megengedett határértéknél, e) a szexuális úton terjedő betegségek, f) bármely, radioaktív energia vagy maghasadás által működtetett vagy működtetésre alkalmas fegyver vagy eszköz használata, azokkal összefüggésben bekövetkezett radioaktív szennyeződés minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt, g) a biztosított mérgezése vagy mérgező gáz belegezése, h) a biztosított vele született rendellenessége vagy születési fogyatékaossága, amely a születés pillanatában azonnal nyilvánvalóvá vált és fennállt, vagy egy későbbi fejlődési szakaszban nagy valószínűséggel jelentkezhet, i) polgárháború vagy országok közötti háború (a hadüzenet tényétől függetlenül), háborús állapotok, harci cselekményekben, felkelésben, lázadásban, zavargásban, zendülésben való részvétel (függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételtől van szó).	

Biztosító mentesülése, kizárások	
A 190-es és EU190-es Orvosi konzultáció esetére szóló kiegészítő biztosítás esetében: Ezen kiegészítő biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosított nem jogosult az orvosi konzultáció igénybevételére, amennyiben a jelen kiegészítő biztosításban meghatározott heveny, szövődményes és súlyos egészségi rendellenesség vagy betegség közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével: a) a biztosított öngyilkossága, öncsonkítása, valamint ezek kísérlete, illetve a biztosított által önmagának okozott egyéb testi sérülés (az elmeállapotról való tekintet nélkül), valamint a biztosított kérésére vagy beleegyezésével, más személy által okozott testi sérülés, b) a biztosított által jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidézett esemény, c) a biztosítottnak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapot kivéve, ha ezeket egészségügyi hatóság előírására alkalmazzák, d) a biztosított alkoholos befolyásoltságú állapota, amennyiben véralkohol-szintje megegyezik vagy magasabb a közlekedésrendészeti szabályokban megengedett határértéknél, e) a szexuális úton terjedő betegségek, f) bármely, radioaktív energia vagy maghasadás által működtetett vagy működtetésre alkalmas fegyver vagy eszköz használat, azokkal összefüggésben bekövetkezett radioaktív szennyeződés minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt, g) a biztosított mérgezése vagy mérgező gáz belelegzése, h) a biztosított vele született rendellenessége vagy születési fogyatékossága, amely a születés pillanatában azonnal nyilvánvalóvá vált és fennállt, vagy egy későbbi fejlődési szakaszban nagy valószínűséggel jelentkezhet. i) háború, invázió, idegen erő beavatkozása, polgárháború, forradalom, felkelés, lázadás, engedetlenség, egyéb háborús cselekmények, katonai vagy bitorolt hatalom, vagy bármely esemény, vagy ok, amely státárium vagy ostromállapot kihirdetésének eredménye, letartóztatás, bármely helyi, vagy közhatóság rendelkezésétől származó vesztegről, vagy vámszabályozás.	
A 110-es és EU110-es Kritikus betegségekre szóló "Critical Care" elnevezésű kiegészítő biztosítás esetében: a) a biztosított által szándékosan okozott sérülés vagy megbetegedés (tekintet nélkül a biztosított elkövetés-kori tudatállapotról); b) a biztosított gyógyszerrel vagy tudatmódosító szerekkel történő visszaélése; c) a biztosított mértéktelen alkohol fogyasztása, illetve alkoholtól való függőség; d) a biztosított bűncselekményben vagy erőszakos cselekedetekben vagy zavargásban történő jogellenes 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 célból 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 szerződés-kötés előtt a jelen szerződésben meghatározott betegségek, egészségkárosodások valamelyikében már szenvedett, a biztosító kockázatviselése ezen betegségre, illetve azok kezelésére nem terjed ki.)	

Adatkezelés, adattovábbítás, titokvédelem

A biztositási titok minden olyan - államtitoknak nem minősülő -, a biztositó rendelkezésére álló adat, amely a biztositó egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztositóval kötött szerződéseire vonatkozik. Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a biztositó a 2003. évi LX. Törvényben (Bit.) meghatározott célokból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti. A biztositó ügyfeleinek azon üzleti titkait jogosult kezelni, amelyek a biztositási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztositási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztositási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet, az eltérő célból végzett adatkezelést a biztositó csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny. A biztositási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül - ha törvény másként nem rendelkezik - titoktartási kötelezettség terheli a biztositó tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztositóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

Biztositási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha a) a biztositó ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztositási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad, b) a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

A biztositási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel, b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel, c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, d) a hatágyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, e) az adóhatósággal, f) a hatágyaték ügyben, az adóhatóság felhívására a biztositót törvényben meghatározott körben nyilatkoztattatni kötelezettség, illetve, ha biztositási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli, f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal, g) a biztositóval, a biztositásközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztositó, független biztositásközvetítő vagy szaktanács-

adó magyarországi képviselőjével, ezek érdek-képviselői szervezeteivel, illetve a biztositási, biztositásközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivattal, 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 információ gyűjtésre felhatalmazott szervvel, k) a viszontbiztositóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztositás) esetén a kockázatvállaló biztositókkal, l) a Bit-ben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető Hivatallal, m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztositási szerződési állomány tekintetében az átvéendő biztositóval, n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében a Kártalanítási Számlát kezelő szervezettel, az Információs Központtal, a szervezett 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 biztositó székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal - a harmadik országbeli biztositóval, biztositásközvetítővel, szaktanácsadóval szemben, ha az a)-p) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztositási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

A biztositó a nyomozó hatóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztositási ügylet a) kábító-szer-kereskedelemmel, b) terrorizmussal, c) illegális fegyverkereskedelemmel, vagy d) a pénzmosás bűncselekményével van összefüggésben. A biztositó 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, biztositási titoknak minősülő adatokról.

Nem jelenti a biztositási 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 (firodája) 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 megvalósítása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a Pénzügyminisztérium részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása.

A biztositó a személyes adatokat a biztositási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztositási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztositó a létre nem jött biztositási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének megíiusulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztositó 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. A biztositó és az ügyfél viszonyában a Magyar Posta, a Drescher Magyarország Kft. (1097 Budapest, Gyáli út 31.) és az Alico Services Central Europe, s.r.o. (Hviezdoslavovo nám 20, 811 02 Bratislava, Szlovákia), Amplico Services Sp. z o.o. (Warsaw, Poland) adatfeldolgozóknak minősül.

A szolgáltató WorldCare magyarországi képviselője a Kerkovits Kardiológia Bt.

Rendelő: Budapest, Városmajor utca 23. H-1122

Telefon: +36 20 9419572

Fax: +36 23 310893

E-mail: kerkovits@mail.datanet.hu

Konzultáció: dr. Kerkovits Gábor MSc.

BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK

A 401-es jelű és EU401-es jelű egész életre szóló alap életbiztosítás feltételei

Az egész életre szóló alap életbiztosítási szerződés az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A feltételekben és a szerződésben nem rendezett kérdésekben a hatályos jogszabályok rendelkezései az irányadók.

I. Fejezet

Általános rendelkezések

1. A biztosítási szerződés létrejötte

- (1) A biztosítási szerződés a szerződő és a biztosító kölcsönös megállapodása alapján jön létre.
- (2) A biztosítóval szerződő fél az ajánlatát írásban, a biztosító ajánlati nyomtatványán terjeszti elő. A szerződés létrejötte esetén az ajánlat a szerződés részét képezi.
- (3) A szerződés létrejötte esetén a biztosítás a biztosított 100 éves koráig szól. A biztosítás tartama a biztosított belépési korának függvénye.
- (4) A szerződés létrejöttéhez a biztosított és/vagy a szerződő egészségi nyilatkozata, illetve a biztosító előírásától vagy igényétől függően orvosi vizsgálata, valamint a biztosítási szükségletet alátámasztó nyilatkozata is szükséges lehet.
- (5) Az ajánlat elfogadása esetén a biztosító a szerződésről kötvényt állít ki. Az ajánlat esetleges elutasítását a biztosító nem köteles megindokolni. Az eredeti biztosítási ajánlat és a vele kapcsolatos valamennyi irat a biztosító tulajdonában marad.
- (6) A biztosító ajánlati nyomtatványa, az ajánlathoz csatolt nyilatkozatok, a biztosítási szerződés létrejöttének céljából végzett orvosi vizsgálatok eredményei, a szerződésről kiállított biztosítási kötvény, a jelen alap biztosítás szerződéses feltételei, az alapbiztosításhoz kapcsolódó kiegészítő biztosítás(ok) és azok szerződéses feltételei, valamint a biztosító által a szerződés tartama alatt, a szerződést érintő változásokról kiállított záradékok a biztosítási szerződés részét képezik.
- (7) A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és biztosítási titokként kezelni.

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

- (1) A biztosító az a jogi személy, amely a biztosítási szerződés létrejötte esetén a biztosítási szolgáltatások teljesítésére kötelezettséget vállal.
- (2) A szerződő az a személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz és a díj fizetésére kötelezettséget vállal.

- (3) A biztosított az a természetes személy, akinek az életével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön.

- (4) A biztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához - ha a szerződést nem ő köti meg - a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Ha a biztosított kiskorú, és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló személy köti meg, a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges.

- (5) A kedvezményezett az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási szerződésben megjelölt szolgáltatásra jogosult.

- (6) A biztosítás kezdete a szerződés létrejöttének időpontja.

- (7) A biztosítási évforduló a biztosítás kezdetét követő, a biztosítás kezdetének napjával és hónapjával megegyező évforduló.

- (8) A biztosítás lejáratát a kötvényben a biztosítás lejáratként megjelölt időpont.

3. A kedvezményezett jelölése és megváltoztatása

- (1) A kedvezményezett a szerződésben megjelölt személy. Kedvezményezett állítás hiányában a haláleseti kedvezményezett a biztosított törvényes örököse, az elérési (lejáratkori) kedvezményezett a biztosított.
- (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 biztosítottához intézett írásbeli nyilatkozatával bármikor más kedvezményezettet nevezhet meg. Ha nem a biztosított a szerződő fél, ehhez a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Az új kedvezményezett állítás, a kérelemnek a biztosító kötvénykiállításra jogosult szervezeti egységéhez történő beérkezésének időpontjától hatályos.
- (4) A kedvezményezett jelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal.

II. Fejezet

A biztosítási esemény és szolgáltatás

4. A biztosítási esemény

A jelen feltételek szempontjából biztosítási esemény:

- a) a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála, vagy
- b) a biztosítottnak a biztosítás lejárat időpontjában való életben léte.

A biztosítás lejáratának időpontja annak a biztosítási évnek a vége, amelyben a biztosított a 100. életévét betölti.

5. A biztosítási szolgáltatás

A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződésben meghatározott biztosítási összeget egyösszegben kifizeti, vagy a jelen feltételek 17. pontja szerinti opciók egyike szerint teljesíti.

III. Fejezet

A biztosító kockázatviselése

6. A kockázatviselés kezdete

- (1) A biztosító kockázatviselése az azt követő nap 0 órájakor kezdődik, amikor a szerződő fél az első díjat a biztosító számlájára vagy pénztárába befizeti, feltéve, hogy az életbiztosítási szerződés már létrejött, vagy utóbb létrejön.
- (2) A biztosítás létrejötte előtt befizetett biztosítási díjat a biztosító kamatmentes előlegként kezeli.

7. Várakozási idő

Amennyiben a biztosítás orvosi vizsgálat nélkül jön létre, a biztosító a biztosítás kezdetétől számítva 3 hónap várakozási időt köt ki. Amennyiben a biztosított a várakozási időn belül meghal, a biztosító a befizetett díjakat visszatéríti és ezzel a biztosítás megszűnik, kivéve, ha a biztosított halála a várakozási időn belül bekövetkezett baleset vagy a várakozási időn belül szerzett heveny fertőző betegség következménye, amely esetben a biztosító a szerződésben meghatározott haláleseti összeget fizeti ki.

8. Háborús kockázat

- (1) A biztosító a háború fogalmát – jelen rendelkezés (2) bekezdésében leírt definíció szerint alkalmazza:
- (2) A háború szervezett fegyveres vagy más fegyverként ható eszközzel vívott kisebb-nagyobb küzdelem népcsoportok, népek, nemzetek, államok és szövetségi rendszerek, alkalmi csoportosulások között, legitim vagy illegitim jelleggel csoport-, nemzeti vagy közös érdekeik, politikai, gazdasági céljaik, területi igényeik érvényesítéséért. Háborúnak minősül különösen, de nem kizárólag minden háború vagy polgárháború, függetlenül a hadüzenet tényétől, forradalom, lázadás, zendülés, összeesküvés, polgári felkelés, idegen erő beavatkozása, invázió, statárium, ostromállapot, katonai vagy bitorolt hatalom gyakorlása, egyéb háborús cselekmények vagy bármely esemény vagy ok, amely statárium vagy ostromállapot kihirdetésének az eredménye.
- (3) A biztosító - a jelen rendelkezés (4) bekezdésében foglalt kivételtől eltekintve - viseli a biztosított háború idején felmerülő kockázatait.
- (4) Amikor a biztosított háború idején szolgálatot teljesít bármely szemben álló fél bármely fegyveres erejénél, a szerződés szerinti alapbiztosítás és a hozzá tartozó összes kiegészítő biztosítás hatálya felfüggesztésre kerül, és a biztosító kockázatviselése szünetel.
- (5) Amennyiben a biztosított a kockázatviselés szünetelése alatt meghal, a biztosítási összeg helyett az aktuális díjtartalék és a biztosításra befizetett díjak összege közül a nagyobb kerül kifizetésre.
- (6) A biztosítás a felfüggesztési időszak végén újra érvénybehelyezhető vagy - ha a feltételek lehetővé teszik - visszavásárolható. Az újra érvénybehelyezés-kor a jelen feltételek 12. pontját kell alkalmazni, de a felfüggesztési időszak első hat hónapjára a biztosító nem számít fel kamatot az elmaradt díjak után.

IV. Fejezet A biztosítási díj, díjfizetés

9. A biztosítási díj

A biztosítási díj kiszámítása a biztosított életkorának, nemének, egészségi állapotának, tevékenységének (foglalkozás, szabadidős tevékenység stb.), valamint a biztosítás tartamának, a biztosítási összeg nagyságának és a díjfizetés gyakoriságának a figyelembevételével történik. A biztosító jogosult a biztosítási szerződés adminisztrációjával kapcsolatos rendszeres kötvényköltség felszámítására, mely a mindenkor esedékes biztosítási díjjal együtt kerül megfizetésre. A biztosítás díját és a kötvényköltség összegét a kötvény, illetve a kötvényhez csatolt záradék tartalmazza.

A biztosított belépési kora a biztosítás kezdetekor betöltött életkor alapján kerül megállapításra.

10. A díjfizetés esedékessége, fizetési késelem

(1) A biztosítás lehet egyszeri vagy rendszeres díjfizetésű. Az egyszeri díjat a szerződés megkötésekor egy összegben, az egész futamidőre vonatkozóan kell megfizetni. Rendszeres díjfizetés esetén a biztosítás első díja a szerződés létrejöttékor, minden későbbi díj pedig annak a biztosítási időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik. Az évestől eltérő díjfizetési gyakoriság esetén a biztosító pótlékot számít fel. A díjfizetés gyakoriságát a szerződő a biztosítási évfordulón megváltoztathatja. Az erre irányuló kérést a biztosítási évforduló előtt 60 nappal írásban kell jelezni. 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.

(2) A biztosítás díjait a kötvényen feltüntetett pénzben 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 pénzben 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.

(3) Euró alapú biztosítási szerződés esetén, ha a biztosítási díj, illetve díjelőleg bármely jogcímen a szerződő részére visszafizetésre kerül, a visszautalandó összeget a biztosító kizárólag banki átutalással, bankszámlaszámra teljesíti.

(4) Amennyiben a szerződő a díjat az esedékességkor nem egyenlíti ki, a biztosító a kockázatot az elmaradt díj esedékességétől számított 30 napig viseli (tűrelmi idő). Ezen tűrelmi időn belül a szerződő az elmaradt díj befizetését pótolhatja.

(5) Ha a szerződő az elmaradt díjat a tűrelmi időn belül nem fizeti meg és a biztosítás még nem rendelkezik maradékjoggal, a biztosítás a 30 napos határidő elteltével, a 31. napon kifizetés nélkül megszűnik.

(6) Amennyiben a szerződő a tűrelmi időn belül az elmaradt díjat nem fizeti meg, és a biztosítás visszavásárlása vagy díjmentes leszállítása iránti igényét sem jelzi írásban, valamint a biztosítás

rendelkezik maradékjoggal, a biztosító automatikusan díjkölcstől léptet életbe. Ebben az esetben a biztosítás változatlan biztosítási összeggel fennmarad addig az időpontig, amíg a biztosítás visszavásárlási összege meghaladja az elmaradt díjak, az utánuk felszámított késedelmi kamatok és az esetleges egyéb tartozások összegét. Amikor a visszavásárlási összeg már nem nyújt fedezetet a hátralékos díjakra és az egyéb fennálló tartozásokra, a biztosítás minden további maradékjog nélkül megszűnik. Ha az automatikus díjkölcstől időszaka alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, a biztosító a biztosítási szolgáltatásból levonja az addig elmaradt díjak és a fennálló egyéb tartozások összegét. A szerződő a szerződés megszűnése előtt bármely időpontban a teljes díjhátralék kamatokkal növelt összegért befizetheti, amelynek következtében a biztosítás az eredeti tartalommal folytatódik.

(7) A rendszeres díjfizetésű biztosítás díja a választott fizetési tartam végéig vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjesedékesség időpontjáig fizetendő. Tartamon túli díjfizetéssel nem keletkezik jogosultság biztosítási szolgáltatásra. A tartozatlanul fizetett díjakat a biztosító kamatok nélkül fizeti vissza.

11. Konverziós szabályok

Euró alapú biztosítási szerződés esetén a szerződő és a biztosító megállapodnak abban, hogy a szerződésben vállalt kötelezettségeiket a biztosítási szerződés kötvényoldalán meghatározott **Euró pénzben** teljesítik. Megállapodnak továbbá abban, hogy amennyiben a kötvényoldalon meghatározott pénznem Magyar Köztársaság területén a szerződés hatálya lépést követően nem minősül jogszerű fizetőeszköznek, vagy ha:

- (i) A Magyar Nemzeti Bank és/vagy a Magyar Köztársaság kormányának árfolyam-politikája, monetáris politikája vagy egyéb gazdaságpolitikai döntése, vagy
- (ii) bármilyen jogszabályi rendelkezés, korlátozás ill. tilalom, vagy
- (iii) a Biztosító befolyásán kívül eső bármely egyéb körülmény

- következében:
- a. *A Biztosítónak vagy a Szerződőnek nincs jogszerű lehetősége az Euró pénznem a Magyar Köztársaság területén történő beszerzésére, vagy*
 - b. *A Biztosítónak nincs jogszerű lehetősége a tartalékoknak vagy a befektetéseknek Európában, a Magyar Köztársaság területén történő fenntartására, vagy*
 - c. *A Biztosítónak nincs jogszerű lehetősége a Magyar Köztársaság területén létrejött Euró alapú szerződéseinek tartalékait a Magyar Köztársaság területén kívül Euró eszközökbe fektetni és / vagy ezen befektetéseket fenntartani*

úgy ebben az esetben a Biztosító – a fenti körülmények mérlegelése és saját döntése alapján – jogosult a szerződésben meghatározott kötelezettség (biztosítási összeg, szolgáltatási összeg, visszavásárlási összeg, biztosítási díj stb.) pénznemét a Magyar Köztársaságnak az átváltás időpontjában érvényes törvényes nemzeti pénznemre átváltani (konvertálni) és a hivatkozott kötelezettségeket az átváltás időpontjától kezdve ebben a pénzben kifejezni.

Az átváltás időpontjától kezdve a Biztosító és a Szerződő a kötelezettségeiket az új pénzben kötelesek teljesíteni, a szerződés bármely, Euró pénznemre történő hivatkozása érvénytelenné válik. A Biztosító az átváltást egy adott időpontra meghatározottan – és saját döntése alapján – vagy a Magyar Nemzeti Bank vagy egy, a Biztosító által megjelölt kereskedelmi bank által hivatalosan közzétett devizaárfolyam alapján végzi el.

Az átváltást követően a Biztosító új kötvényoldalt bocsát ki a biztosítási összeg és a biztosítási díj új pénzben történő feltüntetésével.

12. A biztosítás újra érvénybehelyezése

(1) A biztosítási esemény nélkül megszűnt biztosítás újra érvénybe helyezhető, ha azt a szerződő a biztosító által rendelkezésre bocsátott formanyomtatvány és egészségi nyilatkozat hiánytalan kitöltésével írásban kéri és az összes elmaradt díjat az időarányos késedelmi kamattal együtt befizeti. Újra érvénybehelyezés esetén a késedelmi kamat a meg nem fizetett díj esedékességének napjától számítódik. Az újra érvénybehelyezésre vonatkozó kérelem legfeljebb a biztosítás megszűnésének időpontjától számított 3 éven belül terjeszthető elő. Újra érvénybehelyezés esetén a biztosító kockázatviselése az elmaradt díjak és a késedelmi kamat befizetését követő nap 0 órájától folytatódik, feltéve, hogy a biztosító a szerződő kérelmét annak a biztosító kockázat elbírálására jogosult egységéhez történő beérkezését követő 15 napon belül nem utasítja vissza. Az újra érvénybehelyezési kérelem vonatkozásában a biztosító jogosult kockázat elbírálásra, egészségi nyilatkozatot kérhet, szükség szerint a biztosított orvosi vizsgálatát is előírhatja.

(2) A már visszavásárolt biztosítás nem helyezhető újra érvénybe. Amennyiben a szerződőnek a biztosítás megszűnésekor kölcsöntartozása volt, a szerződés újra érvénybehelyezéséhez szükséges a biztosítás megszűnésekor fennállott kölcsön visszafizetése vagy újra érvénybehelyezése is a biztosító által meghatározott kamatokkal együtt.

V. Fejezet Maradékjogok

13. Maradékjogok fogalma

A jelen biztosítási feltételek szerinti maradékjogok a visszavásárlás és a díjmentes leszállítás. A maradékjogok gyakorlására legkorábban a feltételekben meghatározott, díjjal fedezett tartam eltelte után kerülhet sor. A maradékjogok megnyílását követően a biztosítás díjtaralékának terhére kötvénykölcsön igényelhető.

14. Visszavásárlás

(1) Amennyiben a rendszeres díjfizetésű biztosítási szerződés 3 év eltelte után érvényben van, a szerződés írásban történő felmondása esetén a biztosító visszavásárlási összeget fizet. Az egyszeri díjas biztosítás már az első biztosítási évben visszavásárolható. A garantált visszavásárlási értékeket a biztosítási kötvény melléklete tartalmazza.

(2) A visszavásárlási igény bejelentését követően, a biztosító által rendelkezésre bocsátott és hiánytalanul kitöltött formanyomtatványnak (visszavásárlási kérelem) a biztosító részére történő beérkezésével a biztosítási szerződés és a biztosító kockázatviselése megszűnik.

(3) A visszavásárlási összegből a biztosító levonja az elmaradt esedékes díjak, valamint a fennálló egyéb tartozások összegét.

15. Díjmentes leszállítás

(1) Amennyiben a rendszeres díjfizetésű biztosítási szerződés 3 év eltelte után érvényben van, a szerződő kérheti, hogy a biztosító a biztosítást leszállított szolgáltatási összegű díjmentes biztosítássá alakítsa át.

- (2) A biztosítás leszállított szolgáltatási összege megfelel a díjmentesítés időpontjában rendelkezésre álló visszavásárlási összeg, mint egyszeri nettó díj alapulvételével nyújtható biztosítási összegnek, figyelembe véve a biztosítás hátralévő tartamát és a biztosított díjmentesítéskori életkorát.
- (3) Amennyiben a szerződés szerinti alapbiztosítás díjmentessé válik, a hozzá tartozó kiegészítő biztosítások a díjmentesség kezdetekor megszűnnek.
- (4) A díjmentességet a biztosító a bemutatott kötvényen záradékkal feljegyzi. A leszállított szolgáltatási összegű díjmentes biztosítást az eredeti tartalommal és összeggel visszaállítani nem lehet.
- (5) A biztosító jogosult meghatározni a díjmentes leszállítás esetén számított minimális biztosítási összeget, amely összeg alatt a díjmentes leszállításra nincs lehetőség.

16. Kötvénykölcsön

- (1) A visszavásárlási értékkel rendelkező biztosítási szerződések esetében a biztosító az életbiztosítási díjtartalék terhére kölcsönt folyósíthat a szerződő félnek, vagy beleegyezésével a biztosítottnak, feltéve, hogy a szerződőnek nincs díjhátraléka, illetve kölcsön- vagy kamattartozása. A biztosító a kölcsön folyósítását a bemutatott kötvényen záradékkal feljegyzi.
- (2) A folyósítható kölcsön összege nem haladhatja meg az elmúlt biztosítási évfordulón rendelkezésre álló visszavásárlási összeget, levonva abból a következő biztosítási évfordulóiig esedékes díjak és kölcsönkamatok összegét.
- (3) A felvett kölcsön után fizetendő kamat mértékét a biztosító határozza meg. A biztosítási évfordulón az addig meg nem fizetett kamatok a kölcsöntartozás összegét növelik.
- (4) Amennyiben a fennálló kölcsöntartozás és az esedékes kamatok együttesen meghaladják az aktuális visszavásárlási összeget, a biztosítás megszűnik.
- (5) Bármely fennálló, illetve esedékes tartozás egészben vagy meghatározott részletekben visszafizethető, illetve megfizethető bármely időpontban a biztosítás érvényessége alatt.

VI. Fejezet Többlethozam

- (1) Az első biztosítási évfordulót követő naptári év kezdetétől a szerződő a biztosítás érvényességének időtartama alatt részesedésre jogosult biztosítása matematikai tartalékának befektetésén elért hozamából. A részesedés alapja a biztosító által elért hozamnak a díjkalkulációban alkalmazott technikai kamatot meghaladó része. A részesedés mértéke az így meghatározott hozam legalább 85 százaléka. Az elérhető hozam tényleges értéke nem határozható meg előre. A technikai kamat a biztosítási kötvényen kerül feltüntetésre.
- (2) A szerződő részesedését a biztosító évente, a megelőző évre vonatkozóan utólag számítja ki és írja jóvá, feltéve, hogy a biztosítás egész évben érvényben volt. A számítás alapja az adott évet megelőző év

végén rendelkezésre álló matematikai tartaléknak bármely igénybevett kölcsönrel csökkentett összege.

- (3) A szerződőnek a hozamrészesedésre való jogosultsága a harmadik biztosítási évfordulót követően nyílik meg, de a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a részesedés a kedvezményezett részére ezen időpont előtt is kifizetésre kerülhet. A szerződő részére már jóváírt hozam szintén befektetésre kerül és a befektetésen elért hozam a fent leírtak szerint, de a technikai kamattal növelve kerül kiszámításra. Amennyiben a matematikai tartalékok befektetésén elért hozam kisebb a technikai kamattal, a matematikai tartalékokra vonatkozóan nem kerül sor többlethozam jóváírására. A korábban jóváírt részesedések befektetésén elért hozam legalább 85 százaléka viszont ekkor is jóváírásra kerül.
- (4) A felhalmozott többlethozam a biztosítás visszavásárlásakor vagy a biztosítási esemény bekövetkeztekor (elérés vagy halál) esedékessé váló szolgáltatással együtt kerül kifizetésre. A biztosítási esemény bekövetkeztekor (halál vagy eléérés) a biztosító a töredékévre még el nem számolt többlethozamból való részesedést is kifizeti.

VII. Fejezet Választható járadék opciók

17. Választható járadék opciók

A biztosító a biztosítás megszűnésekor esedékessé váló bármely szolgáltatás egyösszegben történő kifizetése helyett, a szolgáltatásra jogosult(ak) választásától függően, a biztosító és a kedvezményezett között létrejövő külön megállapodás alapján a következő járadék opciók egyike szerint is teljesíthet:

- élethossziglan tartó havi járadékot fizet,
- élethossziglan tartó, de egy meghatározott ideig (legfeljebb 15 évig) garantált havi járadékot fizet,
- élethossziglan tartó havi járadékot fizet, amelynek összege 60%-ban átruházható a járadékos halála esetén az őt túlélő házastárs javára.

A szolgáltatási összeg életjáradékra váltása esetén a biztosító a havi járadék összegét az átváltáskor érvényben lévő járadéktáblázat szerint számítja ki. A biztosító jogosult meghatározni a fenti opciók alapján teljesített kifizetések minimális összegét, amely összeg alatt a szolgáltatás igénybevételére nincs lehetőség. A jogosult által választott szolgáltatás alapján teljesített első kifizetést követően a szolgáltatás típusának megváltoztatására nincs lehetőség.

VIII. Fejezet A biztosító teljesítése

18. A biztosító teljesítése

- (1) A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 8 napon belül a biztosítónak be kell jelenteni és a szükséges felvilágosításokat meg kell adni. Ennek elmulasztása esetén a biztosító annyiban megtagadhatja a szolgáltatás teljesítését, amennyiben emiatt lényeges körülmények utóbb kideríthetetlenekké válnak.
- (2) A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a következő iratokat kell a biztosító részére bemutatni, illetve átadni:

- a biztosítási kötvényt és az utolsó díjfizetést igazoló nyugtát,
- a biztosított születési idejét hitelt érdemlően igazoló okiratot,
- a biztosított halála esetén a hitelesített halotti anyakönyvi kivonatot és a halál okát, valamint a halált okozó betegség kezdetének időpontját és lefolyását igazoló részletes orvosi bizonyítványt,
- továbbá mindazon okiratokat, amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek.

- (3) A biztosító szükség esetén egyéb okiratokat vagy igazolásokat is bekérhet, illetve bizonyos kérdések tisztázására maga is beszerezhet adatokat.
- (4) A szükséges iratok beszerzésével kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényt a biztosítóval szemben érvényesíteni kívánja.
- (5) A biztosítás díjmentes leszállításához, a visszavásárlási összeg kifizetéséhez, illetve kölcsön igényléséhez a következő iratokat kell a biztosító részére bemutatni, illetve átadni:
- a biztosítási kötvényt és az utolsó díjfizetést igazoló nyugtát,
 - a biztosított születési idejét hitelt érdemlően igazoló okiratot,
 - a biztosító erre a célra kiadott és megfelelően kitöltött igénybejelentő lapját.

- (6) A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához, illetve a teljesítéshez szükséges összes irat beérkezése után, az utólag beérkezett irat kézhezvételétől számított 30 napon belül teljesíti. A szolgáltatási összeg kifizetésével kapcsolatban felmerülő költségek az igényjogosultat terhelik. Euró alapú biztosítási szerződés esetén, a szolgáltatási összeget a biztosító kizárólag banki átutalással, bankszámlaszámra teljesíti.
- (7) A biztosító a már esedékessé vált, de még meg nem fizetett díjakat, valamint a fennálló kölcsöntartozás és az esedékes kamatok összegét bármely szolgáltatás összegéből levonja, illetve díjmentes leszállítás esetén figyelembe veszi.
- (8) Az életkor helytelen bevallása esetén a biztosító az esedékes szolgáltatás összegét megfelelően módosítja a díjtáblázat alapján, a befizetett díjak és a biztosított valóságos belépési kora szerint, feltéve, hogy a biztosítás a valóságos belépési életkorral létrejöhett. Amennyiben a tényleges belépési kor szerint a biztosítás nem jöhett volna létre, a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályokat kell alkalmazni.

19. Hitelfedezet

- (1) A biztosító a szerződésben meghatározott haláleseti összeg erejéig hitelfedezeti kezességet nyújthat a biztosított elhalálása esetére.
- (2) Amennyiben az életbiztosítás haláleseti összege valamely hitelfolyósító intézménynél hitelfedezetül szolgál, akkor a szerződést hitelfedezeti záradékkal látja el a biztosító. Ebben az esetben a haláleseti biztosítási összeget a biztosító kizárólag az aktuális hiteltartozás összegének a kedvezményezett pénzüntézet által történő igazolását követően teljesíti.
- (3) A hitelfedezeti kezesség tartama alatt a pénzüntézet kedvezményezettkénti jelölése csak a pénzüntézet hozzájárulásával változtatható meg.

(4) A biztosítási szerződésből származó, a szerződőt illető és terhelő jogok, valamint kötelezettségek a biztosító által e tárgyban történő záradék kibocsátásával ruházhatóak át. A biztosító a záradékot a hozzá benyújtott dokumentumok alapján állítja ki. A benyújtott dokumentumok érvényességéért a biztosító nem vállal felelősséget.

IX. Fejezet

Közlési kötelezettség, mentesülés

20. 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 valóságnak megfelelően és hiánytalanul közölni, amelyekre a biztosító írásban kérdést tett fel, és amelyeket ismertek vagy ismerniük kellett.
- (2) A közlési kötelezettség megsértése esetén a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve ha:
- a bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy nem a valóságnak megfelelően közölt körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, illetve az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében,
 - a biztosítás már legalább 2 éve megszűnt, azaz a biztosító a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.
- (3) Amennyiben a biztosító a közlési kötelezettség megsértése miatt mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, a visszavásárlási összeget fizeti ki.
- (4) A közlési kötelezettségre vonatkozó szabályok érvényesek abban az esetben is, ha a biztosítás tartama alatt - a szerződő ajánlata 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.

21. A biztosító mentesülése

- (1) A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét. A visszavásárlási összeg ebben az esetben az örökösöket illeti meg, és a kedvezményezett abból nem részesülhet.
- (2) A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg és a biztosító nem a visszavásárlási összeget, hanem a haláleset időpontjában meglévő díjtartalékot köteles visszatéríteni, ha a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, vagy azzal összefüggésben halt meg a biztosított.

22. Öngyilkosság

- (1) A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg és a biztosító a haláleset időpontjában meglévő díjtartalékot téríti vissza, ha a biztosított a szerződéskötéstől számított 2 éven belül elkövetett öngyilkosság következtében halt meg (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori tudatállapotára).

- (2) Amennyiben a biztosított a szerződéskötéstől számított 2 éven túl elkövetett öngyilkosság következtében halt meg, a biztosító a szerződésben meghatározott haláleseti biztosítási összeget fizeti ki, kivéve, ha az öngyilkosságot megelőző 2 éven belül - a szerződő ajánlata alapján - a biztosítási összeg emelésére került sor. Ebben az esetben a biztosító kifizeti az emelés előtti biztosítási összeget és visszatéríti azokat a díjakat, amelyeket a megemelt és a régi biztosítási összeg közötti különbözetre befizettek.

23. AIDS kizárás

- (1) A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított halálát a jelen paragrafus (2) bekezdése szerinti opportunista fertőzés vagy rosszindulatú daganatképződés okozta, feltéve, hogy a halál bekövetkezésekor a biztosított kimutathatóan fertőzött volt a humán immunhiányt okozó vírussal (HIV) és/vagy szervezetében kialakult a szerzett immunhiány szindróma (AIDS).
- (2) A biztosító a jelen feltételek szempontjából az AIDS meghatározására a WHO (World Health Organization) definícióját alkalmazza. A teljes definíció másolata a biztosító központjában hozzáférhető. Az opportunista fertőzések körébe tartoznak, de azt nem merítik ki a Pneumocystis carinii okozta pneumónia (PCP), a mikro-organizmusok okozta krónikus gyomor- és bélgyulladás, a vírusos és/vagy szétterjedt gombás fertőzések. A rosszindulatú daganatok körébe tartoznak, de azt nem merítik ki a Kaposi-szarkóma, a központi idegrendszeri (agyi) limfóma és/vagy az olyan rosszindulatú daganatok, amelyek a szerzett immunhiány megléte esetén a halál közvetlen okaként ismertek vagy válnak ismertté. A szerzett immunhiány szindróma körébe tartozik a HIV által okozott agykárosodás és a HIV által okozott Wasting-szindróma.
- (3) Amennyiben a biztosító ezen kizárás szerint mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, a biztosításra ténylegesen befizetett összes díjat kifizeti a kedvezményezett részére.

X. Fejezet

A biztosítási szerződés megszűnése

24. A biztosítási szerződés megszűnése

- (1) A biztosítási szerződés automatikusan megszűnik a következő esetekben:
- a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála időpontjában,
 - a biztosítási szerződésben meghatározott lejáratú időpontban,
 - a díjfizetés elmaradása miatt, a türelmi idő végével,
 - ha a biztosítást visszavásárolják.
- (2) Megszűnik továbbá a szerződés a szerződő felmondása esetén. A szerződő a felmondási jogát legfeljebb a kötvénykibocsátásról szóló értesítés kézhezvételét követő 30 napon belül gyakorolhatja a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal, indokolási kötelezettség nélkül. A felmondó nyilatkozattal egyidejűleg a szerződő köteles az eredeti biztosítási kötvényt a Biztosító részére visszaküldeni. A felmondó nyilatkozat és az eredeti biztosítási kötvény kézhezvételét követő 15 napon belül a biztosító a biztosítási szerződést a felmondó nyilatkozat kézhezvételének időpontjával megszünteti és a befizetett díjnak a szerződés megkötésével és megszüntetésével összefüggésben felmerült költségekkel csökkentett összegét egy összegben visszafizeti a szerződő részére.

XI. Fejezet

Egyéb rendelkezések

25. Bejelentési kötelezettség

- (1) A szerződő köteles lakcímének (értesítési címének) a megváltozása esetén az új címet a biztosítónak 15 napon belül írásban bejelenteni.
- (2) Amennyiben a biztosított tényleges foglalkozása, munkaköre, rendszeres szabadidős tevékenysége (sport, hobbi, stb.) a szerződés tartama alatt a balesetveszély szempontjából jelentősen megváltozik, a biztosított (szerződő) köteles a változást a biztosítónak haladéktalanul, de legkésőbb 15 napon belül írásban bejelenteni. Kockázatnövekedés esetén a biztosító díjemelést alkalmazhat a megnövekedett kockázat fennállásának időszakára. Amennyiben a biztosított (szerződő) a bejelentési kötelezettségének nem tesz eleget, a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályokat kell alkalmazni.

- (3) Amennyiben a szerződő a mindenkor hatályos pénzmoss elleni jogszabályok értelmében azonosítási kötelezettség alá tartozik, és az azonosítási kötelezettség körébe tartozó adataiban változás következik be, úgy a szerződő köteles a változást a biztosítónak haladéktalanul, de legkésőbb 15 napon belül írásban bejelenteni.

26. A biztosítási szerződés módosítása

A biztosítási szerződés a szerződő és a biztosított írásbeli kérelme alapján a biztosítási évforduló időpontjában módosítható a hatályos jogszabályok és a biztosító mindenkor érvényes szabályai szerint, feltéve, hogy a módosításra vonatkozó kérelem, valamint a biztosító által előírt, a módosításhoz szükséges dokumentumok és befizetések az évfordulót megelőző 60 napon belül a biztosítóhoz érkeznek.

27. 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.

28. A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése

A kötvény elvesztése vagy megsemmisülése esetén a biztosító a szerződő kérésére az eredetivel egyező kötvény-másodlatot állít ki, miután az eredeti okiratot közjegyzői úton érvénytelenné nyilvánították, illetve az elvesztés vagy megsemmisülés tényét hitelt érdemlően bizonyították. A költségek a kérelmezőt terhelik. A másodlat kibocsátásával az eredeti kötvény érvénytelenné válik, amely tény a másodlaton feltüntetésre kerül.

29. Elévülés

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

30. Illetékes bíróság

A biztosítási szerződésből eredő igények érvényesítésére indított perre – hatáskör függvényében – a Budaörsi Városi Bíróság vagy a Pest Megyei Bíróság a kizárólagosan illetékes bíróság.

A 402-es jelű és EU402-es jelű halálesetre vagy elérésre szóló (vegyes) alap életbiztosítás feltételei

A halálesetre vagy elérésre szóló (vegyes) alap életbiztosítási szerződés az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A feltételekben és a szerződésben nem rendezett kérdésekben a hatályos jogszabályok rendelkezései az irányadók.

I. Fejezet Általános rendelkezések

1. A biztosítási szerződés létrejötte

- (1) A biztosítási szerződés a szerződő és a biztosító kölcsönös megállapodása alapján jön létre.
- (2) A biztosítóval szerződő fél az ajánlatát írásban, a biztosító ajánlati nyomtatványán terjeszti elő. A szerződés létrejötte esetén az ajánlat a szerződés részét képezi.
- (3) A biztosítás meghatározott tartamra vagy a biztosított meghatározott életkoráig, mint lejáratú korig köthető.
- (4) A szerződés létrejöttéhez a biztosított és/vagy szerződő egészségi nyilatkozata, illetve a biztosító előírásától vagy igényétől függően orvosi vizsgálata, valamint a biztosítási szükségletet alátámasztó nyilatkozata is szükséges lehet.
- (5) Az ajánlat elfogadása esetén a biztosító a szerződésről kötvényt állít ki. Az ajánlat esetleges elutasítását a biztosító nem köteles megindokolni. Az eredeti biztosítási ajánlat és a vele kapcsolatos valamennyi irat a biztosító tulajdonában marad.
- (6) A biztosító ajánlati nyomtatványa, az ajánlathoz csatolt nyilatkozatok, a biztosítási szerződés létrejöttének céljából végzett orvosi vizsgálatok eredményei, a szerződésről kiállított biztosítási kötvény, a jelen alap biztosítás szerződéses feltételei, az alaptartalomhoz kapcsolódó kiegészítő biztosítás(ok) és azok szerződéses feltételei, valamint a biztosító által a szerződés tartama alatt, a szerződést érintő változásokról kiállított záradékok a biztosítási szerződés részét képezik.
- (7) A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és biztosítási titokként kezelni.

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

- (1) A biztosító az a jogi személy, amely a biztosítási szerződés létrejötte esetén a biztosítási szolgáltatások teljesítésére kötelezettséget vállal.

- (2) A szerződő az a személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz és a díj fizetésére kötelezettséget vállal.

- (3) A biztosított az a természetes személy, akinek az életével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön.

- (4) A biztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához - ha a szerződést nem ő köti meg - a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Ha a biztosított kiskorú, és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló személy köti meg, a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges.

- (5) A kedvezményezett az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási szerződésben megjelölt szolgáltatásra jogosult.

- (6) A biztosítás kezdete a szerződés létrejöttének időpontja.

- (7) A biztosítási évforduló a biztosítás kezdetét követő, a biztosítás kezdetének napjával és hónapjával megegyező évforduló.

- (8) A biztosítás lejárat a kötvényben a biztosítás lejáratként megjelölt időpont.

3. A kedvezményezett jelölése és megváltoztatása

- (1) A kedvezményezett a szerződésben megjelölt személy. Kedvezményezett állítás hiányában a haláleseti kedvezményezett a biztosított törvényes örököse, az elérési (lejáratkori) kedvezményezett a biztosított.
- (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. Ha nem a biztosított a szerződő fél, ehhez a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Az új kedvezményezett állítás, a kérelemnek a biztosító kötvénykiállításra jogosult szervezeti egységéhez történő beérkezésének időpontjától hatályos.
- (4) A kedvezményezett jelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal.

II. Fejezet A biztosítási esemény és szolgáltatás

4. A biztosítási esemény

A jelen feltételek szempontjából biztosítási esemény:

- a) a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála, vagy
- b) a biztosítottnak a biztosítás lejáratú időpontjában való életben léte.

5. A biztosítási szolgáltatás

A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződésben meghatározott biztosítási összeget egy összegben kifizeti, vagy a jelen feltételek 17. pontja szerinti opciók egyike szerint teljesíti.

III. Fejezet A biztosító kockázatviselése

6. A kockázatviselés kezdete

- (1) A biztosító kockázatviselése az azt követő nap 0 órájaktól kezdődik, amikor a szerződő fél az első díjat a biztosító számlájára vagy pénztárába befizeti, feltéve, hogy az életbiztosítási szerződés már létrejött, vagy utóbb létrejön.
- (2) A biztosítás létrejötte előtt befizetett biztosítási díjat a biztosító kamatmentes előlegként kezeli.

7. Várakozási idő

Amennyiben a biztosítás orvosi vizsgálat nélkül jön létre, a biztosító a biztosítás kezdetétől számítva 3 hónap várakozási időt köt ki. Amennyiben a biztosított a várakozási időn belül meghal, a biztosító a befizetett díjakat visszatéríti és ezzel a biztosítás megszűnik, kivéve, ha a biztosított halála a várakozási időn belül bekövetkezett baleset vagy a várakozási időn belül szerzett heveny fertőző betegség következménye, amely esetben a biztosító a szerződésben meghatározott haláleseti összeget fizeti ki.

8. Háborús kockázat

- (1) A biztosító a háború fogalmát – jelen rendelkezés (2) bekezdésében leírt definíció szerint alkalmazza:
- (2) A háború szervezett fegyveres vagy más fegyverként ható eszközökkel vívott kisebb-nagyobb küzdelem népcsoportok, népek, nemzetek, államok és szövetségi rendszerek, alkalmi csoportosulások között, legitim vagy illegitim jelleggel csoport-, nemzeti vagy közös érdekeik, politikai, gazdasági céljaik, területi igényeik érvényesítéséért. Háborúnak minősül különösen, de nem kizárólag minden háború vagy polgárháború, függetlenül a hadüzenet tényétől, forradalom, lázadás, zendülés, összeesküvés, polgári felkelés, idegen erő beavatkozása, invázió, statárium, ostromállapot, katonai vagy bitorolt hatalom gyakorlása, egyéb háborús cselekmények vagy bármely esemény vagy ok, amely statárium vagy ostromállapot kihirdetésének az eredménye.
- (3) A biztosító - a jelen rendelkezés (4) bekezdésében foglalt kivételtől eltekintve - viseli a biztosított háború idején felmerülő kockázatait.
- (4) Amikor a biztosított háború idején szolgálatot teljesít bármely szemben álló fél bármely fegyveres erejénél, a szerződés szerinti alapbiztosítás és a hozzá tartozó összes kiegészítő biztosítás hatálya felfüggesztésre kerül, és a biztosító kockázatviselése szünetel.
- (5) Amennyiben a biztosított a kockázatviselés szünetelése alatt meghal, a biztosítási összeg helyett az aktuális díjtartalék és a biztosításra befizetett díjak összege közül a nagyobb kerül kifizetésre.
- (6) A biztosítás a felfüggesztési időszak végén újra érvénybehelyezhető vagy - ha a feltételek lehetővé teszik - visszavásárolható. Az újra érvénybehelyezéskor a jelen feltételek 12. pontját kell alkalmazni, de a felfüggesztési időszak első hat hónapjára a biztosító nem számít fel kamatot az elmaradt díjak után.

IV. Fejezet A biztosítási díj, díjfizetés, költségek

9. A biztosítási díj

A biztosítási díj kiszámítása a biztosított életkorának, nemének, egészségi állapotának, tevékenységének (foglalkozás, szabadidős tevékenység stb.), valamint a biztosítás tartamának, a biztosítási összeg nagyságának és a díjfizetés gyakoriságának a figyelembevételével történik. A biztosító jogosult a biztosítási szerződés

adminisztrációjával kapcsolatos rendszeres kötvényköltség felszámítására, mely a mindenkor esedékes biztosítási díjjal együtt kerül megfizetésre. A biztosítás díját és a kötvényköltség összegét a kötvény, illetve a kötvényhez csatolt záradék tartalmazza. A biztosított belépési kora a biztosítás kezdetekor betöltött életkor alapján kerül megállapításra.

10. A díjfizetés esedékessége, fizetési késedelem

(1) A biztosítás lehet egyszeri vagy rendszeres díjfizetésű. Az egyszeri díjat a szerződés megkötésekor egy összegben, az egész futamidőre vonatkozóan kell megfizetni. Rendszeres díjfizetés esetén a biztosítás első díja a szerződés létrejöttékor, minden későbbi díj pedig annak a biztosítási időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik. Az évestől eltérő díjfizetési gyakoriság esetén a biztosító pótlékot számít fel. A díjfizetés gyakoriságát a szerződő a biztosítási évfordulón megváltoztathatja. Az erre irányuló kérést a biztosítási évforduló előtt 60 nappal írásban kell jelezni. 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 a kötvényen feltüntetett pénzben 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 pénzben 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 árfolyamkülönbözet a szerződőt terheli/illeti.

(3) Euró alapú biztosítási szerződés esetén, ha a biztosítási díj, illetve díjelőleg bármely jogcímen a szerződő részére visszafizetésre kerül, a vissza-utalandó összeget a biztosító kizárólag banki átutalással, bankszámlaszámra teljesíti.

(4) Amennyiben a szerződő a díjat az esedékességkor nem egyenlíti ki, a biztosító a kockázatot az elmaradt díj esedékességétől számított 30 napig viseli (türelmi idő). Ezen türelmi időn belül a szerződő az elmaradt díj befizetését pótolhatja.

(5) Ha a szerződő az elmaradt díjat a türelmi időn belül nem fizeti meg és a biztosítás még nem rendelkezik maradékjoggal, a biztosítás a 30 napos határidő elteltével, a 31. napon kifizetés nélkül megszűnik.

(6) Amennyiben a szerződő a türelmi időn belül az elmaradt díjat nem fizeti meg, és a biztosítás visszavásárlása vagy díjmentes leszállítása iránti igényét sem jelzi írásban, valamint a biztosítás rendelkezik maradékjoggal, a biztosító automatikus díjkölcsönt léptet életbe. Ebben az esetben a biztosítás változatlan biztosítási összeggel fennmarad addig az időpontig, amíg a biztosítás visszavásárlási összege meghaladja az elmaradt díjak, az utánuk felszámított késedelmi kamatok és az esetleges egyéb tartozások összegét. Amikor a visszavásárlási összeg már nem nyújt fedezetet a hátralékos díjakra és az egyéb fennálló tartozásokra, a biztosítás minden további maradékjog nélkül megszűnik. Ha az automatikus díjkölcsön időszaka

alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, a biztosító a biztosítási szolgáltatásból levonja az addig elmaradt díjak és a fennálló egyéb tartozások összegét. A szerződő a szerződés megszűnése előtt bármely időpontban a teljes díjhátralék kamatokkal növelt összegét befizetheti, amelynek következtében a biztosítás az eredeti tartalommal folytatódik.

(7) A rendszeres díjfizetésű biztosítás díja a biztosítás lejáratáig vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjesedékesség időpontjáig fizetendő. Tartamon túli díjfizetéssel nem keletkezik jogosultság biztosítási szolgáltatásra. A tartozatlanul fizetett díjakat a biztosító kamatok nélkül fizeti vissza.

11. Konverziós szabályok

Euró alapú biztosítási szerződés esetén a szerződő és a biztosító megállapodnak abban, hogy a szerződésben vállalt kötelezettségeiket a biztosítási szerződés kötvényoldalán meghatározott **Euró pénzben** teljesítik.

Megállapodnak továbbá abban, hogy amennyiben a kötvényoldalán meghatározott pénzben Magyar Köztársaság területén a szerződés hatályba lépést követően nem minősül jogszerű fizetőszköznek, vagy ha:

(i) A Magyar Nemzeti Bank és/vagy a Magyar Köztársaság kormányának árfolyam-politikája, monetáris politikája vagy egyéb gazdaságpolitikai döntése, vagy

(ii) bármilyen jogszabályi rendelkezés, korlátozás ill. tilalom, vagy

(iii) a Biztosító befolyásán kívül eső bármely egyéb körülmény

következtében:

a. *a Biztosítónak vagy a Szerződőnek nincs jogszerű lehetősége az Euró pénzben a Magyar Köztársaság területén történő beszerzésére, vagy*

b. *a Biztosítónak nincs jogszerű lehetősége a tartalékoknak vagy a befektetéseknek Európában, a Magyar Köztársaság területén történő fenntartására, vagy*

c. *A Biztosítónak nincs jogszerű lehetősége a Magyar Köztársaság területén létrejött Euró alapú szerződéseinek tartalékait a Magyar Köztársaság területén kívül Euró eszközökbe fektetni és / vagy ezen befektetéseket fenntartani*

úgy ebben az esetben a Biztosító – a fenti körülmények mérlegelése és saját döntése alapján – jogosult a szerződésben meghatározott kötelezettség (biztosítási összeg, szolgáltatási összeg, visszavásárlási összeg, biztosítási díj stb.) pénzmemét a Magyar Köztársaságnak az átváltás időpontjában érvényes törvényes nemzeti pénzmemére átváltani (konvertálni) és a hivatkozott kötelezettségeket az átváltás időpontjától kezdve ebben a pénzben kifejezni.

Az átváltás időpontjától kezdve a Biztosító és a Szerződő a kötelezettségeiket az új pénzben kötelesek teljesíteni, a szerződés bármely, Euró pénzmemre történő hivatkozása érvénytelenné válik. A Biztosító az átváltást egy adott időpontra meghatározottan – és saját döntése alapján – vagy a Magyar Nemzeti Bank vagy egy, a Biztosító által megjelölt kereskedelmi bank által hivatalosan közzétett devizaárfolyam alapján végzi el. Az átváltást követően a Biztosító új kötvényoldalt bocsát ki a biztosítási összeg és a biztosítási díj új pénzben történő feltüntetésével.

12. A biztosítás újra érvénybehelyezése

(1) A biztosítási esemény nélkül megszűnt biztosítás újra érvénybe helyezhető, ha azt a szerződő a biztosító által rendelkezésre bocsátott formanyomtatvány és egészségi nyilatkozat hiánytalan kitöltésével írásban kéri, valamint az

összes elmaradt díjat az időarányos késedelmi kamattal együtt befizeti. Újra érvénybehelyezés esetén a késedelmi kamat a meg nem fizetett díj esedékességének napjától számítódik. Az újra érvénybehelyezésre vonatkozó kérelem legfeljebb a biztosítás megszűnésének időpontjától számított 3 éven belül terjeszthető elő. Újra érvénybehelyezés esetén a biztosító kockázatviselése az elmaradt díjak és a késedelmi kamat befizetését követő nap 0 órájától folytatódik, feltéve, hogy a biztosító a szerződő kérelmét annak a biztosító kockázat elbírálásra jogosult egységéhez történő beérkezését követő 15 napon belül nem utasítja vissza. Az újra érvénybehelyezési kérelem vonatkozásában a biztosító jogosult kockázat elbírálásra, egészségi nyilatkozatot kérhet, és szükség szerint a biztosított orvosi vizsgálatát is előírhatja.

(2) A már visszavásárolt biztosítás nem helyezhető újra érvénybe. Amennyiben a szerződőnek (biztosítottnak) a biztosítás megszűnésekor kölcsöntartozása volt, a szerződés újra érvénybehelyezéséhez szükséges a biztosítás megszűnésekor fennállott kölcsön visszafizetése vagy újra érvénybehelyezése is a biztosító által meghatározott kamatokkal együtt.

V. Fejezet Maradékjogok

13. Maradékjogok fogalma

A jelen biztosítási feltételek szerinti maradékjogok a visszavásárlás és a díjmentes leszállítás. A maradékjogok gyakorlására legkorábban a feltételekben meghatározott, díjjal fedezett tartam eltelte után kerülhet sor. A maradékjogok megnyílását követően a biztosítás díjtartalékának terhére kötvénykölcsön igényelhető.

14. Visszavásárlás

(1) Amennyiben a rendszeres díjfizetésű biztosítási szerződés 3 év eltelte után érvényben van, a szerződés írásban történő felmondása esetén a biztosító visszavásárlási összeget fizet. Az egyszeri díjas biztosítás már az első biztosítási évben visszavásárolható. A garantált visszavásárlási értékeket a biztosítási kötvény melléklete tartalmazza.

(2) A visszavásárlási igény bejelentését követően, a biztosító által rendelkezésre bocsátott és hiánytalanul kitöltött formanyomtatványnak (visszavásárlási kérelem) a biztosító részére történő beérkezésével a biztosítási szerződés és a biztosító kockázatviselése megszűnik.

(3) A visszavásárlási összegből a biztosító levonja az elmaradt esedékes díjak, valamint a fennálló egyéb tartozások összegét.

15. Díjmentes leszállítás

(1) Amennyiben a rendszeres díjfizetésű biztosítási szerződés 3 év eltelte után érvényben van, a szerződő kérheti, hogy a biztosító a biztosítást leszállított szolgáltatási összegű díjmentes biztosítássá alakítsa át.

(2) A biztosítás leszállított szolgáltatási összege megfelel a díjmentesítés időpontjában rendelkezésre álló visszavásárlási összeg, mint egyszeri nettó díj alapulvételével nyújtható biztosítási összegnek, figyelembe véve a biztosítás hátralévő tartamát és a biztosított díjmentesítéskori életkorát.

- (3) Amennyiben a szerződés szerinti alapbiztosítás díjmentessé válik, a hozzá tartozó kiegészítő biztosítások a díjmentesség kezdetekor megszűnnek.
- (4) A díjmentességet a biztosító a bemutatott kötvényen záradékkal feljegyzi. A leszállított szolgáltatási összegű díjmentes biztosítást az eredeti tartalommal és összeggel visszaállítani nem lehet.
- (5) A biztosító jogosult meghatározni a díjmentes leszállítás esetén számított minimális biztosítási összeget, amely összeg alatt a díjmentes leszállításra nincs lehetőség.

16. Kötvénykölcsön

- (1) A visszavásárlási értékkel rendelkező biztosítási szerződések esetében a biztosító az életbiztosítási díjtartalék terhére kölcsönt folyósíthat a szerződő félnek, vagy beleegyezésével a biztosítottnak, feltéve, hogy a szerződőnek nincs díjhátraléka, illetve kölcsön- vagy kamattartozása. A biztosító a kölcsön folyósítását a bemutatott kötvényen záradékkal feljegyzi.
- (2) A folyósítható kölcsön összege nem haladhatja meg az elmúlt biztosítási évfordulón rendelkezésre álló visszavásárlási összeget, levonva abból a következő biztosítási évfordulóig esedékes díjak és kölcsönkamatok összegét.
- (3) A felvett kölcsön után fizetendő kamat mértékét a biztosító határozza meg. A biztosítási évfordulón az addig meg nem fizetett kamatok a kölcsöntartozás összegét növelik.
- (4) Amennyiben a fennálló kölcsöntartozás és az esedékes kamatok együttesen meghaladják az aktuális visszavásárlási összeget, a biztosítás megszűnik.
- (5) Bármely fennálló, illetve esedékes tartozás egészben vagy meghatározott részletekben visszafizethető, illetve megfizethető bármely időpontban a biztosítás érvényessége alatt.

VI. Fejezet Többlethozam

- (1) Az első biztosítási évfordulót követő naptári év kezdetétől a szerződő a biztosítás érvényességének időtartama alatt részesedésre jogosult biztosítása matematikai tartalékának befektetésén elért hozamból. A részesedés alapja a biztosító által elért hozamnak a díjkalkulációban alkalmazott technikai kamatot meghaladó része. A részesedés mértéke az így meghatározott hozam legalább 85 százaléka. Az elérhető hozam tényleges értéke nem határozható meg előre. A technikai kamat a biztosítási kötvényen kerül feltüntetésre.
- (2) A szerződő részesedését a biztosító évente, a megelőző évről vonatkozóan utólag számítja ki és írja jóvá, feltéve, hogy a biztosítás egész évben érvényben volt. A számítás alapja az adott évet megelőző év végén rendelkezésre álló matematikai tartaléknak bármely igénybevett kölcsönrel csökkentett összege.
- (3) A szerződőnek a hozamrészesedésre való jogosultsága a harmadik biztosítási évfordulót követően nyílik meg, de a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a részesedés a kedvezményezett részére ezen időpont előtt is kifizetésre kerülhet. A

szerződő részére már jóváírt hozam szintén befektetésre kerül és a befektetésen elért hozam a fent leírtak szerint, de a technikai kamattal növelve kerül kiszámításra. Amennyiben a matematikai tartalékok befektetésén elért hozam kisebb a technikai kamattal, a matematikai tartalékra vonatkozóan nem kerül sor többlethozam jóváírásra. A korábban jóváírt részesedések befektetésén elért hozam legalább 85 százaléka viszont ekkor is jóváírásra kerül.

- (4) A felhalmozott többlethozam a biztosítás visszavásárlásakor vagy a biztosítási esemény bekövetkeztekor (elérés vagy halál) esedékessé váló szolgáltatással együtt kerül kifizetésre. A biztosítási esemény bekövetkeztekor (halál vagy eléérés) a biztosító a töredékre még el nem számolt többlethozamból való részesedést is kifizeti.

VII. Fejezet Választható járadék opciók

17. Választható járadék opciók

A biztosító a biztosítás megszűnésekor esedékessé váló bármely szolgáltatás egyösszegben történő kifizetése helyett, a szolgáltatásra jogosult(ak) választásától függően, a biztosító és a kedvezményezett között létrejövő külön megállapodás alapján a következő járadék opciók egyike szerint is teljesíthet:

- élethossziglan tartó havi járadékot fizet,
- élethossziglan tartó, de egy meghatározott ideig (legfeljebb 15 évig) garantált havi járadékot fizet,
- élethossziglan tartó havi járadékot fizet, amelynek összege 60%-ban átruházható a járadékos halála esetén az őt túlélő házastárs javára.

A szolgáltatási összeg életjáradékkra váltása esetén a biztosító a havi járadék összegét az átváltáskor érvényben lévő járadéktáblázat szerint számítja ki. A biztosító jogosult meghatározni a fenti opciók alapján teljesített kifizetések minimális összegét, amely összeg alatt a szolgáltatás igénybevételére nincs lehetőség. A jogosult által választott szolgáltatás alapján teljesített első kifizetést követően a szolgáltatás típusának megváltoztatására nincs lehetőség.

VIII. Fejezet A biztosító teljesítése

18. A biztosító teljesítése

- (1) A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 8 napon belül a biztosítónak be kell jelenteni és a szükséges felvilágosításokat meg kell adni.
- Ennek elmulasztása esetén a biztosító annyiban megtagadhatja a szolgáltatás teljesítését, amennyiben emiatt lényeges körülmények utóbb kideríthetetlenekké válnak.
- (2) A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a következő iratokat kell a biztosító részére bemutatni, illetve átadni:
- a) a biztosítási kötvényt és az utolsó díjfizetést igazoló nyugtát,
 - a) a biztosított születési idejét hitelt érdemlően igazoló okiratot,
 - c) a biztosított halála esetén a hitelesített halotti anyakönyvi kivonatot és a halál okát, valamint a halált okozó betegség kezdetének időpontját és lefolyását igazoló részletes orvosi bizonyítványt,
 - d) továbbá mindazon okiratokat, amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához,

illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek.

- (3) A biztosító szükség esetén egyéb okiratokat vagy igazolásokat is bekérhet, illetve bizonyos kérdések tisztázására maga is beszerezhet adatokat.
- (4) A szükséges iratok beszerzésével kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényt a biztosítóval szemben érvényesíteni kívánja.
- (5) A biztosítás díjmentes leszállításához, a visszavásárlási összeg kifizetéséhez, illetve kölcsön igényléséhez a következő iratokat kell a biztosító részére bemutatni, illetve átadni:
- a) a biztosítási kötvényt és az utolsó díjfizetést igazoló nyugtát,
 - b) a biztosított születési idejét hitelt érdemlően igazoló okiratot,
 - c) a biztosító erre a célra kiadott és megfelelően kitöltött igénybejelentő lapját.

- (6) A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához, illetve a teljesítéshez szükséges összes irat beérkezése után, az utólag beérkezett irat kézhezvételétől számított 30 napon belül teljesíti. A szolgáltatási összeg kifizetésével kapcsolatban felmerülő költségek az igényjogosultat terhelik. Euró alapú biztosítási szerződés esetén, a szolgáltatási összeget a biztosító kizárólag banki átutalással, bankszámlaszámra teljesíti.
- (7) A biztosító a már esedékessé vált, de még meg nem fizetett díjakat, valamint a fennálló kölcsöntartozás és az esedékes kamatok összegét bármely szolgáltatás összegéből levonja, illetve díjmentes leszállítás esetén figyelembe veszi.
- (8) 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.

19. Hitelfedezet – A szerződés átruházása

- (1) A biztosító a szerződésben meghatározott haláleseti összeg erejéig hitelfedezeti kezességet nyújthat a biztosított elhalálása esetére.
- (2) Amennyiben az életbiztosítás haláleseti összege valamely hitelfolyósító intézménynél hitelfedezetül szolgál, akkor a szerződést hitelfedezeti záradékkal látja el a biztosító. Ebben az esetben a haláleseti biztosítási összeg kifizetését a biztosító kizárólag az aktuális hiteltartozás összegének a kedvezményezett pénzügyi intézet által történő igazolását követően teljesíti.
- (3) A hitelfedezeti kezesség tartama alatt a pénzügyi intézet kedvezményezettkénti jelölése csak a pénzügyi intézet hozzájárulásával változtatható meg.
- (4) A biztosítási szerződésből származó, a szerződőt illető és terhelő jogok, valamint kötelezettségek a biztosító által e tárgyban történő záradék kibocsátásával ruházhatóak át. A biztosító a záradékot a hozzá benyújtott dokumentumok alapján állítja ki. A benyújtott dokumentumok érvényességéért a biztosító nem vállal felelősséget.

IX. Fejezet

Közlési kötelezettség, mentesülés

20. 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 valóságnak megfelelően és hiánytalanul közölni, amelyekre a biztosító írásban kérdést tett fel, és amelyeket ismertek vagy ismerniük kellett.
- (2) A közlési kötelezettség megsértése esetén a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve ha:
 - a) bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy nem a valóságnak megfelelően közölt körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, illetve az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében,
 - b) a biztosítás már legalább 2 éve megszűntetés nélkül fennállott, arra 2 évi díj befizetésre került, és bizonyítják, hogy a közlési kötelezettség megsértése nem szándékosan történt,
 - c) a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.
- (3) Amennyiben a biztosító a közlési kötelezettség megsértése miatt mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, a visszavásárlási összeget fizeti ki.
- (4) A közlési kötelezettségre vonatkozó szabályok érvényesek abban az esetben is, ha a biztosítás tartama alatt - a szerződő ajánlata 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.

21. A biztosító mentesülése

- (1) A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét. A visszavásárlási összeg ebben az esetben az örökösöket illeti meg, és a kedvezményezett abból nem részesülhet.
- (2) A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg és a biztosító nem a visszavásárlási összeget, hanem a haláleset időpontjában meglévő díjtartalékot köteles visszatéríteni, ha a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, vagy azzal összefüggésben halt meg a biztosított.

22. Öngyilkosság

- (1) A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg és a biztosító a haláleset időpontjában meglévő díjtartalékot téríti vissza, ha a biztosított a szerződéskötéstől számított 2 éven belül elkövetett öngyilkosság következtében halt meg (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori tudatállapotára).
- (2) Amennyiben a biztosított a szerződéskötéstől számított 2 éven túl elkövetett öngyilkosság következtében halt meg, a biztosító a szerződésben meghatározott haláleseti biztosítási összeget fizeti ki, kivéve, ha az öngyilkosságot megelőző 2 éven belül - a szerződő ajánlata alapján - a biztosítási összeg emelésére került sor. Ebben az esetben a biztosító kifizeti az emelés előtti biztosítási összeget és visszatéríti azokat a díjakat, amelyeket a megemelt és a régi biztosítási összeg közötti különbözetre befizettek.

23. AIDS kizárás

- (1) A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított halálát a jelen paragrafus (2) bekezdése szerinti opportunista fertőzés vagy rosszindulatú daganatképződés okozta, feltéve, hogy a halál bekövetkezésekor a biztosított kimutathatóan fertőzött volt a humán immunhiányt okozó vírussal (HIV) és/vagy szervezetében kialakult a szerzett immunhiány szindróma (AIDS).
- (2) A biztosító a jelen feltételek szempontjából az AIDS meghatározására a WHO (World Health Organization) definícióját alkalmazza. A teljes definíció másolata a biztosító központjában hozzáférhető. Az opportunista fertőzések körébe tartoznak, de azt nem merítik ki a *Pneumocystis carinii* okozta pneumónia (PCP), a mikroorganizmusok okozta krónikus gyomor- és bélgyulladás, a vírusos és/vagy szétterjedt gombás fertőzések. A rosszindulatú daganatok körébe tartoznak, de azt nem merítik ki a Kaposi-szarkóma, a központi idegrendszeri (agyi) limfóma és/vagy az olyan rosszindulatú daganatok, amelyek a szerzett immunhiány megléte esetén a halál közvetlen okaiként ismertek vagy válnak ismertté. A szerzett immunhiány szindróma körébe tartozik a HIV által okozott agykárosodás és a HIV által okozott Wasting-szindróma.
- (3) Amennyiben a biztosító ezen kizárás szerint mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, a biztosításra ténylegesen befizetett összes díjat kifizeti a kedvezményezett részére.

X. Fejezet

A biztosítási szerződés megszűnése

24. A biztosítási szerződés megszűnése

- (1) A biztosítási szerződés automatikusan megszűnik a következő esetekben:
 - a) a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála időpontjában,
 - b) a biztosítási szerződésben meghatározott lejáratú időpontban,
 - c) a díjfizetés elmaradása miatt, a türelmi idő végével,
 - d) ha a biztosítást visszavásárolják.
- (2) Megszűnik továbbá a szerződés a szerződő felmondása esetén. A szerződő a felmondási jogát legfeljebb a kötvénykibocsátásról szóló értesítés kézhezvételét követő 30 napon belül gyakorolhatja a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal, indokolási kötelezettség nélkül. A felmondó nyilatkozattal egyidejűleg a szerződő köteles az eredeti biztosítási kötvényt a biztosító részére visszaküldeni. A felmondó nyilatkozat és az eredeti biztosítási kötvény kézhezvételét követő 15 napon belül a biztosító a biztosítási szerződést a felmondó nyilatkozat kézhezvételének időpontjával megszünteti és a befizetett díjnak a szerződés megkötésével és megszüntetésével összefüggésben felmerült költségekkel csökkentett összegét egy összegben visszafizeti a szerződő részére.

XI. Fejezet

Egyéb rendelkezések

25. Bejelentési kötelezettség

- (1) A szerződő köteles lakcímének (értesítési címének) a megváltozása esetén az új címet a biztosítónak 15 napon belül írásban bejelenteni.

- (2) Amennyiben a biztosított tényleges foglalkozása, munkaköre, rendszeres szabadidős tevékenysége (sport, hobbi, stb.) a szerződés tartama alatt a balesetveszély szempontjából jelentősen megváltozik, a biztosított (szerződő) köteles a változást a biztosítónak haladéktalanul, de legkésőbb 15 napon belül írásban bejelenteni. Kockázatonövekedés esetén a biztosító díjemelést alkalmazhat a megnövekedett kockázat fennállásának időszakára. Amennyiben a biztosított (szerződő) a bejelentési kötelezettségének nem tesz eleget, a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályokat kell alkalmazni.
- (3) Amennyiben a szerződő a mindenkor hatályos pénzmosás elleni jogszabályok értelmében azonosítási kötelezettség alá tartozik, és az azonosítási kötelezettség körébe tartozó adataiban változás következik be, úgy a szerződő köteles a változást a biztosítónak haladéktalanul, de legkésőbb 15 napon belül írásban bejelenteni.

26. A biztosítási szerződés módosítása

A biztosítási szerződés a szerződő és a biztosított írásbeli kérelme alapján a biztosítási évforduló időpontjában módosítható a hatályos jogszabályok és a biztosító mindenkor érvényes szabályai szerint, feltéve, hogy a módosításra vonatkozó kérelem, valamint a biztosító által előírt, a módosításhoz szükséges dokumentumok és befizetések az évfordulót megelőző 60 napon belül a biztosítóhoz érkeznek.

27. 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.

28. A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése

A kötvény elvesztése vagy megsemmisülése esetén a biztosító a szerződő kérésére az eredetivel egyező kötvény-másodlatot állít ki, miután az eredeti okiratot közjegyzői úton érvénytelennek nyilvánították, illetve az elvesztés vagy megsemmisülés tényét hitelt érdemlően bizonyították. A költségek a kérelmezőt terhelik. A másodlat kibocsátásával az eredeti kötvény érvénytelenné válik, amely tény a másodlaton feltüntetésre kerül.

29. Elévülés

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

30. Illetékes bíróság

A biztosítási szerződésből eredő igények érvényesítésére indított perre – hatáskör függvényében – a Budaörsi Városi Bíróság vagy a Pest Megyei Bíróság a kizárólagosan illetékes bíróság.

INDEXÁLÁSI ZÁRADÉK

A jelen indexálási záradék a 402-es jelű és EU402-es jelű halálesetre vagy elérésre szóló (vegyes) alap életbiztosítási feltételek részét képezi.

Az indexálási záradék célja az életbiztosítási szolgáltatások értékállóságának megőrzése az inflációval szemben, valamint a bruttó hazai termék (GDP) és a háztartások jövedelmének növekedésével arányosan, a záradékban foglalt feltételek szerint.

Az indexálás évente egy alkalommal, az alap életbiztosítás haláleseti biztosítási összegének és díjának a növelésével valósul meg.

1. Indexálás

A haláleseti szolgáltatás és a biztosítási díj növelésének mértékét (indexrátát) 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 haláleseti biztosítási összeg növelése

A haláleseti biztosítási összeg növelésére (indexálására) minden egyes biztosítási évfordulón kerülhet sor annyi éven keresztül, amennyi év az életbiztosítás tartamának felével megegyezik (a töredékét a biztosító nem veszi figyelembe). Az utolsó indexálás időpontját követően a haláleseti biztosítási összeg a továbbiakban változatlan. Az első indexálás alkalmával a haláleseti biztosítási összeg növelése az indexráta és az induló haláleseti biztosítási összeg alapján kerül kiszámításra. A további biztosítási évfordulókon az alap életbiztosítás haláleseti biztosítási összege az aktuális indexráta és az előző év haláleseti biztosítási összege alapján kerül kiszámításra. A biztosító a haláleseti biztosítási összeg növeléséről minden egyes biztosítási évforduló előtt írásban értesíti a szerződőt. A biztosító a megnövelt összegű haláleseti kockázatot a biztosítási évforduló napjának 0 órájától viseli, amennyiben a növelt összegű díjat megfizették. A biztosítottnak a türelmi idő alatt bekövetkező halála 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 a biztosítási évfordulón kerülhet sor. Az első indexálás alkalmával a növelt összegű biztosítási díj az indexráta és az induló biztosítási díj figyelembevételével kerül meghatározásra. A további biztosítási évfordulókon a díj az aktuális indexráta és az előző év biztosítási díja alapján kerül kiszámításra. Minden olyan esetben, amikor az aktuális díjnövelés összege nem elegendő a haláleseti biztosítási összeg megfelelő mértékű növeléséhez, a haláleseti biztosítási összeg a díjnövelés által ténylegesen fedezett mértékig kerül növelésre.

4. Az indexálás felfüggesztése

A biztosító az indexálási záradékkal rendelkező összes szerződés, vagy azok egy meghatározott csoportja tekintetében felfüggesztheti az indexálás alkalmazását, amennyiben a megállapított indexráta mértéke az életbiztosítási 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. A biztosító által előírt kockázatvizsgálat függvényében a biztosító a szerződő indexáláshoz való jogát újra érvénybe helyezheti.

Újra érvénybehelyezés esetén az indexálás visszautasítására vonatkozó két egymást követő alkalom az újra érvénybehelyezés időpontjától számítható.

6. Befektetési Számla

a) A Befektetési Számla létrehozása

Az alapbiztosítás értékállóságának megőrzése - a haláleseti biztosítási összeg növelésén túl – egy Befektetési Számla (a továbbiakban: Számla) létrehozásával történik.

A Számlán az alábbi összegek kerülnek jóváírásra ill. terhelésre:

- (I) az alábbiakban meghatározott befektetési díjrész
- (II) a Számla befektetéseiből képződött hozam,
- (III) a Számla kezelésével kapcsolatban meghatározott költségek.

Befektetési díjrész: A befektetési díjrész a teljes díjnövekménynek és a haláleseti biztosítási összeg növelésére szolgáló díjnövekménynek a különbözete. A Számlán jóváírt összeg az első indexálástól számított 60. hónapig a befektetési díjrész összegének 90%-a, azt követően a befektetési díjrész teljes összege.

Automatikus díjkölcsön és díjmentes leszállítás céljára a Számla egyenlege nem használható fel, a Számla terhére életbiztosítási kötvénykölcsön nem folyósítható.

b) A Számla befektetése és adminisztrációja

A biztosító a számla hó végi egyenlegét a befektetési politikának megfelelően, biztonságos hozamra törekedve befekteti. Az elért hozam legalább 85% a befektetési évet követő évben egy alkalommal, a havi számlaegyenlegek alapján kerül jóváírásra. A biztosító bármely általa megfelelőnek tartott befektetési stratégiát alkalmazhat és ellátja a Számla adminisztrációját. A Számla adminisztrációs költsége forint alapú termékek esetén havi 100 Ft, Euró alapú termékek esetén havi 0,4 Euró, továbbá az indexálás első 10 évében havonta legfeljebb a számlaérték 0,25%-a.

c) A Számla kifizetése

A Számla összege az alapbiztosítás szolgáltatásainak teljesítésére meghatározottakkal megegyező módon kerül kifizetésre. Amennyiben a szerződés díj nemfizetés miatt megszűnik, visszavásárolják vagy az díjmentesen leszállított összegű biztosítással alakul át, a Számla a szerződő részére kerül kifizetésre az alábbi, százalékos értékekkel csökkentett összegben:

Eltelt hónapok száma az első indexálástól számítva	Számlaösszeg %-a
0-24	100
25-36	5
37-48	4
49-60	3
60 fölött	0

7. Eseti befizetések

Az első biztosítási évfordulót követően a szerződőnek jogában áll az általa meghatározott összegben eseti befizetéseket teljesíteni, amely befizetések – legfeljebb 3%-os költség levonása után - a Számlán kerülnek jóváírásra.

8. Az indexálás megszűnése

Az indexálási jog megszűnik és további indexálásra nincs lehetőség, amennyiben:

- a) a szerződő egymást követő két alkalommal visszautasítja az indexálást,
- b) a biztosító díjmentesítési szolgáltatást nyújt az alapbiztosításhoz kapcsolt kiegészítő biztosítás alapján.

Az a) pont alatt meghatározott esetben a haláleseti biztosítási összeg és a biztosítási díj a záradék megszűnésének időpontját közvetlenül megelőzően érvényes összegben változatlan marad.

A b) pont alatt meghatározott esetben a haláleseti biztosítási összeg és a biztosítási díj a díjmentesítési szolgáltatás igénybevételére jogosító biztosítási esemény bekövetkezésének időpontját közvetlenül megelőzően érvényes összegben változatlan marad. A szolgáltatási igény bejelentésével kapcsolatos késedelem ill. a biztosítási esemény bekövetkezése után hatályba lépő növelt összegű biztosítási díj a biztosítót nem kötelezi. Ebben az esetben a szolgáltatás növelésére befizetett díjnövekmény összegét a biztosító a szerződő részére visszafizeti.

9. A záradék megszűnése

A záradék automatikusan megszűnik a következő esetekben:

- a) az alapbiztosítás lejáratakor, a kötvényben meghatározott időpontban,
- b) ha az alapbiztosítás díjfizetés elmaradása miatt, maradékjogok nélkül megszűnik,
- c) ha az alapbiztosítást visszavásárolják,
- d) ha az alapbiztosítást díjmentesen leszállított összegű biztosítással alakítják át, amely esetben a növelt összegű haláleseti szolgáltatás megszűnik
- e) a biztosított halálakor, amely esetben a növelt összegű haláleseti szolgáltatás a Számlával együtt kerül kifizetésre.

A 422-es jelű és EU422-es jelű halálesetre vagy elérésre szóló (vegyes) alap életbiztosítás feltételei többszöri elérics kifizetéssel és állandó haláleseti szolgáltatással

A halálesetre vagy elérésre szóló (vegyes) alap életbiztosítási szerződés többszöri elérics kifizetéssel és állandó haláleseti szolgáltatással az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A feltételekben és a szerződésben nem rendezett kérdésekben a hatályos jogszabályok rendelkezései az irányadók.

I. Fejezet Általános rendelkezések

1. A biztosítási szerződés létrejötte

- (1) A biztosítási szerződés a szerződő és a biztosító kölcsönös megállapodása alapján jön létre.
- (2) A biztosítóval szerződő fél az ajánlatát írásban, a biztosító ajánlati nyomtatványán terjeszti elő. A szerződés létrejötte esetén az ajánlat a szerződés részét képezi.
- (3) A biztosítás 20 éves tartamra köthető.

- (4) A szerződés létrejöttéhez a biztosított és/vagy a szerződő egészségi nyilatkozata, illetve a biztosító előírásától vagy igényétől függően orvosi vizsgálata, valamint a biztosítási szükségletet alátámasztó nyilatkozata is szükséges lehet.

(5) Az ajánlat elfogadása esetén a biztosító a szerződésről kötvényt állít ki. Az ajánlat esetleges elutasítását a biztosító nem köteles megindokolni. Az eredeti biztosítási ajánlat és a vele kapcsolatos valamennyi irat a biztosító tulajdonában marad.

(6) A biztosító ajánlati nyomtatványa, az ajánlathoz csatolt nyilatkozatok, a biztosítási szerződés létrejöttének céljából végzett orvosi vizsgálatok eredményei, a szerződésről kiállított biztosítási kötvény, a jelen alap biztosítás szerződéses feltételei, az alpbiztosításhoz kapcsolódó kiegészítő biztosítás(ok) és azok szerződéses feltételei, valamint a biztosító által a szerződés tartama alatt, a szerződést érintő változásokról kiállított záradékok a biztosítási szerződés részét képezik.

(7) A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és biztosítási titokként kezelni.

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

(1) A biztosító az a jogi személy, amely a biztosítási szerződés létrejötte esetén a biztosítási szolgáltatások teljesítésére kötelezettséget vállal.

(2) A szerződő az a személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz és a díj fizetésére kötelezettséget vállal.

(3) A biztosított az a természetes személy, akinek az életével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön.

(4) A biztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához - ha a szerződést nem ő köti meg - a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Ha a biztosított kiskorú, és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló személy köti meg, a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges.

(5) A kedvezményezett az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási szerződésben megjelölt szolgáltatásra jogosult.

(6) A biztosítás kezdete a szerződés létrejöttének időpontja.

(7) A biztosítási évforduló a biztosítás kezdetét követő, a biztosítás kezdetének napjával és hónapjával megegyező évforduló.

(8) A biztosítás lejárata a kötvényben a biztosítás lejárataként megjelölt időpont.

3. A kedvezményezett jelölése és megváltoztatása

(1) A kedvezményezett a szerződésben megjelölt személy. Kedvezményezett állítás hiányában a haláleseti kedvezményezett a biztosított törvényes örököse, az elérési (lejáratkori) kedvezményezett a biztosított.

(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. Ha

nem a biztosított a szerződő fél, ehhez a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Az új kedvezményezett állítás, a kérelemnek a biztosító kötvénykiállításra jogosult szervezeti egységéhez történő beérkezésének időpontjától hatályos.

(4) A kedvezményezett jelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal.

II. Fejezet

A biztosítási esemény és szolgáltatás

4. A biztosítási esemény

A jelen feltételek szempontjából biztosítási esemény:

- a) a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála, vagy
- b) a biztosítottnak a biztosítás lejárati időpontjában vagy a részzolgáltatásra való jogosultság megnyitakor való életben léte.

5. A biztosítási szolgáltatás

A biztosító a szolgáltatást az alábbiak szerint teljesíti:

- a) a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála esetén a teljes biztosítási összeg kifizetésére kerül,
- b) a biztosítási szerződés 10. évfordulóján a biztosítási összeg 1/3-a kerül kifizetésre, a lejáratkori szolgáltatás összege a fennmaradó időszakra a biztosítási összeg 2/3-ára csökken (a haláleseti szolgáltatás összege változatlan marad),
- c) a biztosítási szerződés 15. évfordulóján a biztosítási összeg újabb 1/3-a kerül kifizetésre, a lejáratkori szolgáltatás összege a fennmaradó időszakra a biztosítási összeg 1/3-ára csökken (a haláleseti szolgáltatás összege változatlan marad),
- d) a biztosítási szerződés lejáratakor a biztosítási összeg fennmaradó 1/3-a kerül kifizetésre, amennyiben a biztosított a lejáratkori életben van.

A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződésben meghatározott biztosítási összeget egyösszegben kifizeti, vagy a jelen feltételek 17. pontja szerinti opciók egyike szerint teljesít.

III. Fejezet

A biztosító kockázatviselése

6. A kockázatviselés kezdete

(1) A biztosító kockázatviselése az azt követő nap 0 órájakor kezdődik, amikor a szerződő fél az első díjat a biztosító számlájára vagy pénztárába befizeti, feltéve, hogy az életbiztosítási szerződés már létrejött, vagy utóbb létrejön. Ha a szerződő fél a díjat a biztosító képviselőjének fizette, a díjat legkésőbb a fizetés napjától számított 4. napon a biztosító számlájára, illetőleg pénztárába beérkezettnek kell tekinteni.

(2) A biztosítás létrejötte előtt befizetett biztosítási díjat a biztosító kamatmentes előlegként kezeli.

7. Várakozási idő

Amennyiben a biztosítás orvosi vizsgálat nélkül jön létre, a biztosító a biztosítás kezdetétől számítva 3 hónap várakozási időt köt ki. Amennyiben a biztosított a várakozási időn belül meghal, a biztosító a befizetett díjakat visszatéríti és ezzel a biztosítás megszűnik, kivéve, ha a biztosított halála a várakozási időn belül bekövetkezett baleset vagy a várakozási időn belül szerzett heveny fertőző betegség következménye, amely esetben a biztosító a szerződésben meghatározott haláleseti összeget fizeti ki.

8. Háborús kockázat

(1) A biztosító a háború fogalmát – jelen rendelkezés

(2) bekezdésében leírt definíció szerint alkalmazza:

(2) A háború szervezett fegyveres vagy más fegyverként ható eszközzel vívott kisebb-nagyobb küzdelem népcsoportok, népek, nemzetek, államok és szövetségi rendszerek, alkalmi csoportosulások között, legitim vagy illegitim jelleggel csoport-, nemzeti vagy közös érdekeik, politikai, gazdasági céljaik, területi igényeik érvényesítéséért. Háborúnak minősül különösen, de nem kizárólag minden háború vagy polgárháború, függetlenül a hadüzenet tényétől, forradalom, lázadás, zendülés, összeesküvés, polgári felkelés, idegen erő beavatkozása, invázió, statárium, ostromállapot, katonai vagy bitorolt hatalom gyakorlása, egyéb háborús cselekmények vagy bármely esemény vagy ok, amely statárium vagy ostromállapot kihirdetésének az eredménye.

(3) A biztosító - a jelen rendelkezés (4) bekezdésében foglalt kivételtől eltekintve- viseli a biztosított háború idején felmerülő kockázatait.

(4) Amikor a biztosított háború idején szolgálatot teljesít bármely szemben álló fél bármely fegyveres erejénél, a szerződés szerinti alpbiztosítás és a hozzá tartozó összes kiegészítő biztosítás hatálya felfüggesztésre kerül, és a biztosító kockázatviselése szünetel.

(5) Amennyiben a biztosított a kockázatviselés szünetelése alatt meghal, a biztosítási összeg helyett az aktuális díjtartalék és a biztosításra befizetett díjak összege közül a nagyobb kerül kifizetésre.

(6) A biztosítás a felfüggesztési időszak végén újra érvénybe helyezhető vagy - ha a feltételek lehetővé teszik - visszavásárolható. Az újra érvénybehelyezéskor a jelen feltételek 12. pontját kell alkalmazni, de a felfüggesztési időszak első hat hónapjára a biztosító nem számít fel kamatot az elmaradt díjak után.

IV. Fejezet

A biztosítási díj, díjfizetés

9. A biztosítási díj

A biztosítási díj kiszámítása a biztosított életkorának, nemének, egészségi állapotának, tevékenységének (foglalkozás, szabadidős tevékenység stb.), valamint a biztosítás tartamának, a biztosítási összeg nagyságának és a díjfizetés gyakoriságának figyelembevételével történik. A biztosító jogosult a biztosítási szerződés adminisztrációjával kapcsolatos rendszeres kötvény-költség felszámítására, mely a mindenkor esedékes biztosítási díjjal együtt kerül megfizetésre. A biztosítás díját és a kötvényköltség összegét a kötvény, illetve a kötvényhez csatolt záradék tartalmazza.

A biztosított belépési kora a biztosítás kezdetekor betöltött életkor alapján kerül megállapításra.

10. A díjfizetés esedékessége, fizetési késedelem

(1) A biztosítás lehet egyszeri vagy rendszeres díjfizetésű. Az egyszeri díjat a szerződés megkötésekor egy összegben, az egész futamidőre vonatkozóan kell megfizetni. Rendszeres díjfizetés esetén a biztosítás első díja a szerződés létrejöttekor, minden későbbi díj pedig annak a biztosítási időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik. Az évestől eltérő díjfizetési gyakoriság esetén a biztosító pótlékot számít fel. A díjfizetés gyakoriságát a szerződő a biztosítási évfordulón megváltoztathatja. Az erre

irányuló kérést a biztosítási évforduló előtt 60 nappal írásban kell jelezni. 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.

(2) A biztosítás díjait a kötvényen feltüntetett pénznyomban 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 pénznyomban 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.

(3) Euró alapú biztosítási szerződés esetén, ha a biztosítási díj, illetve díjelőleg bármely jogcímen a szerződő részére visszafizetésre kerül, a vissza-utalandó összeget a biztosító kizárólag banki átutalással, bankszámlaszámra teljesíti.

(4) Amennyiben a szerződő a díjat az esedékességkor nem egyenlíti ki, a biztosító a kockázatot az elmaradt díj esedékességétől számított 30 napig viseli (tűrelmi idő). Ezen tűrelmi időn belül a szerződő az elmaradt díj befizetését pótolhatja.

(5) Ha a szerződő az elmaradt díjat a tűrelmi időn belül nem fizeti meg és a biztosítás még nem rendelkezik maradványokkal, a biztosítás a 30 napos határidő elteltével, a 31. napon kifizetés nélkül megszűnik.

(6) Amennyiben a szerződő a tűrelmi időn belül az elmaradt díjat nem fizeti meg, és a biztosítás visszavásárlása vagy díjmentes leszállítása iránti igényét sem jelzi írásban, valamint a biztosítás rendelkezik maradványokkal, a biztosító automatikus díjkölcsönt léptet életbe. Ebben az esetben a biztosítás változatlan biztosítási összeggel fennmarad addig az időpontig, amíg a biztosítás visszavásárlási összege meghaladja az elmaradt díjak, az utánuk felszámított késedelmi kamatok és az esetleges egyéb tartozások összegét. Amikor a visszavásárlási összeg már nem nyújt fedezetet a hátralékos díjakra és az egyéb fennálló tartozásokra, a biztosítás minden további maradvány nélkül megszűnik. Ha az automatikus díjkölcsön időszaka alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, a biztosító a biztosítási szolgáltatásból levonja az addig elmaradt díjak és a fennálló egyéb tartozások összegét. A szerződő a szerződés megszűnése előtt bármely időpontban a teljes díjhátralék kamatokkal növelt összegét befizetheti, amelynek következtében a biztosítás az eredeti tartalommal folytatódik.

(7) A rendszeres díjfizetésű biztosítás díja a biztosítás lejáratáig vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjesedékesség időpontjáig fizetendő. Tartamon túli díjfizetéssel nem keletkezik jogosultság biztosítási szolgáltatásra. A tartozatlanul fizetett díjakat a biztosító kamatok nélkül fizeti vissza.

11. Konverziós szabályok

Euró alapú biztosítási szerződés esetén a szerződő és a biztosító megállapodnak abban, hogy a szerződésben vállalt

kötelezettségeiket a biztosítási szerződés kötvényoldalán meghatározott **Euró pénznyomban** teljesítik.

Megállapodnak továbbá abban, hogy amennyiben a kötvényoldalán meghatározott pénznyomban Magyar Köztársaság területén a szerződés hatályba lépést követően nem minősül jogszerű fizetőeszköznek, vagy ha:

(i) A Magyar Nemzeti Bank és/vagy a Magyar Köztársaság kormányának árfolyam-politikája, monetáris politikája vagy egyéb gazdaságpolitikai döntése, vagy

(ii) bármilyen jogszabályi rendelkezés, korlátozás ill. tilalom, vagy

(iii) a Biztosító befolyásán kívül eső bármely egyéb körülmény

következtében:

a. *a Biztosítónak vagy a Szerződőnek nincs jogszerű lehetősége az Euró pénznyomban a Magyar Köztársaság területén történő beszerzésére, vagy*

b. *a Biztosítónak nincs jogszerű lehetősége a tartalékoknak vagy a befektetéseknek Európában, a Magyar Köztársaság területén történő fenntartására, vagy*

c. *a Biztosítónak nincs jogszerű lehetősége a Magyar Köztársaság területén létrejött Euró alapú szerződéseinek tartalékait a Magyar Köztársaság területén kívül Euró eszközökbe fektetni és / vagy ezen befektetéseket fenntartani*

úgy ebben az esetben a Biztosító – a fenti körülmények mérlegelése és saját döntése alapján – jogosult a szerződésben meghatározott kötelezettség (biztosítási összeg, szolgáltatási összeg, visszavásárlási összeg, biztosítási díj stb.) pénznyomban a Magyar Köztársaságnak az átváltás időpontjában érvényes törvényes nemzeti pénznyomra átváltani (konvertálni) és a hivatkozott kötelezettségeket az átváltás időpontjától kezdve ebben a pénznyomban kifejezni.

Az átváltás időpontjától kezdve a Biztosító és a Szerződő a kötelezettségeiket az új pénznyomban kötelesek teljesíteni, a szerződés bármely, Euró pénznyomra történő hivatkozása érvénytelenül válik. A Biztosító az átváltást egy adott időpontra meghatározottan – és saját döntése alapján – vagy a Magyar Nemzeti Bank vagy egy, a Biztosító által megjelölt kereskedelmi bank által hivatalosan közzétett devizaárfolyam alapján végzi el.

Az átváltást követően a Biztosító új kötvényoldalt bocsát ki a biztosítási összeg és a biztosítási díj új pénznyomban történő feltüntetésével.

12. A biztosítás újra érvénybehelyezése

(1) A biztosítási esemény nélkül megszűnt biztosítás újra érvénybe helyezhető, ha azt a szerződő a biztosító által rendelkezésre bocsátott formanyomtatvány és egészségi nyilatkozat hiánytalan kitöltésével írásban kéri és az összes elmaradt díjat az időarányos késedelmi kamattal együtt befizeti. Újra érvénybehelyezés esetén a késedelmi kamat a meg nem fizetett díj esedékességének napjától számítódik. Az újra érvénybehelyezésre vonatkozó kérelem legfeljebb a biztosítás megszűnésének időpontjától számított 3 éven belül terjeszthető elő. Újra érvénybehelyezés esetén a biztosító kockázatviselése az elmaradt díjak és a késedelmi kamat befizetését követő nap 0 órájától folytatódik, feltéve, hogy a biztosító a szerződő kérelmét annak a biztosító kockázat elbírálására jogosult egységéhez történő beérkezését követő 15 napon belül nem utasítja vissza. Az újra érvénybehelyezési kérelem vonatkozásában a biztosító jogosult kockázat elbírálásra, egészségi nyilatkozatot kérhet, szükség szerint a biztosított orvosi vizsgálatát is előírhatja.

(2) A már visszavásárolt biztosítás nem helyezhető újra érvénybe. Amennyiben a szerződőnek (biztosított-

nak) a biztosítás megszűnésekor kölcsöntartozása volt, a szerződés újra érvénybehelyezéséhez szükséges a biztosítás megszűnésekor fennállott kölcsön visszafizetése vagy újra érvénybehelyezése is a biztosító által meghatározott kamatokkal együtt.

V. Fejezet Maradványok

13. Maradványok fogalma

A jelen biztosítási feltételek szerinti maradványok a visszavásárlás és a díjmentes leszállítás. A maradványok gyakorlására legkorábban a feltételekben meghatározott, díjjal fedezett tartam eltelté után kerülhet sor. A maradványok megnyílását követően a biztosítás díjtartalékának terhére kötvénykölcsön igényelhető.

14. Visszavásárlás

(1) Amennyiben a rendszeres díjfizetésű biztosítási szerződés 3 év eltelté után érvényben van, a szerződés írásban történő felmondása esetén a biztosító visszavásárlási összeget fizet. Az egyszeri díjas biztosítás már az első biztosítási évben visszavásárolható. A garantált visszavásárlási értékeket a biztosítási kötvény melléklete tartalmazza.

(2) A visszavásárlási igény bejelentését követően, a biztosító által rendelkezésre bocsátott és hiánytalanul kitöltött formanyomtatványnak (visszavásárlási kérelem) a biztosító részére történő beérkezésével a biztosítási szerződés és a biztosító kockázatviselése megszűnik.

(3) A visszavásárlási összegből a biztosító levonja az elmaradt esedékes díjak, valamint a fennálló egyéb tartozások összegét.

15. Díjmentes leszállítás

(1) Amennyiben a rendszeres díjfizetésű biztosítási szerződés 3 év eltelté után érvényben van, a szerződő kérheti, hogy a biztosító a biztosítást leszállított szolgáltatási összegű díjmentes biztosítássá alakítsa át.

(2) A biztosítás leszállított szolgáltatási összege megfelel a díjmentesítés időpontjában rendelkezésre álló visszavásárlási összeg, mint egyszeri nettó díj alapulvételével nyújtható biztosítási összegnek, figyelembe véve a biztosítás hátralévő tartamát és a biztosított díjmentesítéskori életkorát.

(3) Amennyiben a szerződés szerinti alapbiztosítás díjmentessé válik, a hozzá tartozó kiegészítő biztosítások a díjmentesség kezdetekor megszűnnek.

(4) A díjmentességet a biztosító a bemutatott kötvényen záradékkal feljegyzi. A leszállított szolgáltatási összegű díjmentes biztosítást az eredeti tartalommal és összeggel visszaállítani nem lehet.

(5) A biztosító jogosult meghatározni a díjmentes leszállítás esetén számított minimális biztosítási összeget, amely összeg alatt a díjmentes leszállításra nincs lehetőség.

16. Kötvénykölcsön

(1) A visszavásárlási értékkel rendelkező biztosítási szerződések esetében a biztosító az életbiztosítási díjtartalék terhére kölcsönt folyósíthat a szerződő félnek, vagy beleegyezésével a biztosítottnak, feltéve, hogy a szerződőnek nincs díjhátraléka, illetve

kölcsön- vagy kamattartozása. A biztosító a kölcsön folyósítását a bemutatott kötvényen záradékkal feljegyzi.

- (2) A folyósítható kölcsön összege nem haladhatja meg az elmúlt biztosítási évfordulón rendelkezésre álló visszavásárlási összeget, levonva abból a következő biztosítási évfordulói esedékes díjak és kölcsönkamatok összegét.
- (3) A felvett kölcsön után fizetendő kamat mértékét a biztosító határozza meg. A biztosítási évfordulón az addig meg nem fizetett kamatok a kölcsöntartozás összegét növelik.
- (4) Amennyiben a fennálló kölcsöntartozás és az esedékes kamatok együttesen meghaladják az aktuális visszavásárlási összeget, a biztosítás megszűnik.
- (5) Bármely fennálló, illetve esedékes tartozás egészben vagy meghatározott részletekben visszafizethető, illetve megfizethető bármely időpontban a biztosítás érvényessége alatt.

VI. Fejezet Többlethozam

- (1) Az első biztosítási évfordulót követő naptári év kezdetétől a szerződő a biztosítás érvényességének időtartama alatt részesedésre jogosult biztosítása matematikai tartalékának befektetésén elért hozamból. A részesedés alapja a biztosító által elért hozamnak a díjkalkulációban alkalmazott technikai kamatot meghaladó része. A részesedés mértéke az így meghatározott hozam legalább 85 százaléka. Az elérhető hozam tényleges értéke nem határozható meg előre. A technikai kamat a biztosítási kötvényen kerül feltüntetésre.
- (2) A szerződő részesedését a biztosító évente, a megelőző évre vonatkozóan utólag számítja ki és írja jóvá, feltéve, hogy a biztosítás egész évben érvényben volt. A számítás alapja az adott évet megelőző év végén rendelkezésre álló matematikai tartaléknak bármely igénybevett kölcsönrel csökkentett összege.
- (3) A szerződőnek a hozamrészesedésre való jogosultsága a harmadik biztosítási évfordulót követően nyílik meg, de a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a részesedés a kedvezményezett részére ezen időpont előtt is kifizetésre kerülhet. A szerződő részére már jóváírt hozam szintén befektetésre kerül és a befektetésen elért hozam a fent leírtak szerint, de a technikai kamattal növelve kerül kiszámításra. Amennyiben a matematikai tartalékok befektetésén elért hozam kisebb a technikai kamattal, a matematikai tartalékra vonatkozóan nem kerül sor többlethozam jóváírásra. A korábban jóváírt részesedések befektetésén elért hozam legalább 85 százaléka viszont ekkor is jóváírásra kerül.
- (4) A felhalmozott többlethozam a biztosítás visszavásárlásakor vagy a biztosítási esemény bekövetkeztekor (elérés vagy halál) esedékessé váló szolgáltatással együtt kerül kifizetésre, de a biztosító a szerződő kérése a felhalmozott többlethozamot a részszolgáltatás összegével együtt is kifizetheti. A biztosítási esemény bekövetkeztekor (halál vagy elért) a biztosító a töredékére még el

nem számolt többlethozamból való részesedést is kifizeti.

VII. Fejezet Választható járadék opciók

17. Választható járadék opciók

A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésekor esedékessé váló bármely szolgáltatás egyösszegben történő kifizetése helyett, a szolgáltatásra jogosult(ak) választásától függően, a biztosító és a kedvezményezett között létrejövő külön megállapodás alapján a következő járadék opciók egyike szerint is teljesíthet:

- a) élethossziglan tartó havi járadékot fizet,
- b) élethossziglan tartó, de egy meghatározott ideig (legfeljebb 15 évig) garantált havi járadékot fizet,
- c) élethossziglan tartó havi járadékot fizet, amelynek összege 60%-ban átruházható a járadékos halála esetén az öt túlélő házastárs javára.

A szolgáltatási összeg életjáradékra váltása esetén a biztosító a havi járadék összegét az átváltáskor érvényben lévő járadéktáblázat szerint számítja ki. A biztosító jogosult meghatározni a fenti opciók alapján teljesített kifizetések minimális összegét, amely összeg alatt a szolgáltatás igénybevételére nincs lehetőség. A jogosult által választott szolgáltatás alapján teljesített első kifizetést követően a szolgáltatás típusának megváltoztatására nincs lehetőség.

VIII. Fejezet A biztosító teljesítése

18. A biztosító teljesítése

- (1) A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 8 napon belül a biztosítónak be kell jelenteni és a szükséges felvilágosításokat meg kell adni. Ennek elmulasztása esetén a biztosító annyiban megtagadhatja a szolgáltatás teljesítését, amennyiben emiatt lényeges körülmények utóbb kideríthetetlenekké válnak.
- (2) A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a következő iratokat kell a biztosító részére bemutatni, illetve átadni:
 - a) a biztosítási kötvényt és az utolsó díjfizetést igazoló nyugtát,
 - b) a biztosított születési idejét hitelt érdemlően igazoló okiratot,
 - c) a biztosított halála esetén a hitelesített halotti anyakönyvi kivonatot és a halál okát, valamint a halált okozó betegség kezdetének időpontját és lefolyását igazoló részletes orvosi bizonyítványt,
 - d) továbbá mindazon okiratokat, amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek.
- (3) A biztosító szükség esetén egyéb okiratokat vagy igazolásokat is bekérhet, illetve bizonyos kérdések tisztázására maga is beszerezhet adatokat.

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

- (5) A biztosítás díjmentes leszállításához, a visszavásárlási összeg kifizetéséhez, illetve kölcsön igényléséhez a következő iratokat kell a biztosító részére bemutatni, illetve átadni:

- a) a biztosítási kötvényt és az utolsó díjfizetést igazoló nyugtát,
- b) a biztosított születési idejét hitelt érdemlően igazoló okiratot,
- c) a biztosító erre a célra kiadott és megfelelően kitöltött igénybejelentő lapját.

- (6) A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához, illetve a teljesítéshez szükséges összes irat beérkezése után, az utóljára beérkezett irat kézhezvételétől számított 30 napon belül teljesíti. A szolgáltatási összeg kifizetésével kapcsolatban felmerülő költségek az igényjogosultat terhelik. Euró alapú biztosítási szerződés esetén, a szolgáltatási összeget a biztosító kizárólag banki átutalással, bankszámlaszámra teljesíti.

- (7) A biztosító a már esedékessé vált, de még meg nem fizetett díjakat, valamint a fennálló kölcsöntartozás és az esedékes kamatok összegét bármely szolgáltatás összegéből levonja, illetve díjmentes leszállítás esetén figyelembe veszi.

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

19. Hitelfedezet

- (1) A biztosító a szerződésben meghatározott haláleseti összeg erejéig hitelfedezeti kezességet nyújthat a biztosított elhalálása esetére.
- (2) Amennyiben az életbiztosítás haláleseti összege valamely hitelfolyósító intézménynél hitelfedezetül szolgál, akkor a szerződést hitelfedezeti záradékkal látja el a biztosító. Ebben az esetben a haláleseti biztosítási összeg kifizetését a biztosító kizárólag az aktuális hiteltartozás összegének a kedvezményezett pénzüntézet által történő igazolását követően teljesíti.
- (3) A hitelfedezeti kezesség tartama alatt a pénzüntézet kedvezményezettkénti jelölése csak a pénzüntézet hozzájárulásával változtatható meg.
- (4) A biztosítási szerződésből származó, a szerződőt illető és terhelő jogok, valamint kötelezettségek a biztosító által e tárgyban történő záradék kibocsátásával ruházhatóak át. A biztosító a záradékot a hozzá benyújtott dokumentumok alapján állítja ki. A benyújtott dokumentumok érvényességéért a biztosító nem vállal felelősséget.

IX. Fejezet Közlési kötelezettség, mentesülés

20. 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 valóságnak megfelelően és hiánytalanul közölni, amelyekre a biztosító írásban kérdést tett fel, és amelyeket ismertek vagy ismerniük kellett.
- (2) A közlési kötelezettség megsértése esetén a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve ha:
 - a) bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy nem a valóságnak 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, és bizonyítják, hogy a közlési kötelezettség megsértése nem szándékosan történt,
- c) a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.

(3) Amennyiben a biztosító a közlési kötelezettség megsértése miatt mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, a visszavásárlási összeget fizeti ki.

(4) A közlési kötelezettségre vonatkozó szabályok érvényesek abban az esetben is, ha a biztosítás tartama alatt - a szerződő ajánlata 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.

21. A biztosító mentesülése

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

(2) A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg és a biztosító nem a visszavásárlási összeget, hanem a haláleset időpontjában meglévő díjtartalékot köteles visszatéríteni, ha a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, vagy azzal összefüggésben halt meg a biztosított.

22. Öngyilkosság

(1) A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg és a biztosító a haláleset időpontjában meglévő díjtartalékot téríti vissza, ha a biztosított a szerződéskötéstől számított 2 éven belül elkövetett öngyilkosság következtében halt meg (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori tudatállapotára).

(2) Amennyiben a biztosított a szerződéskötéstől számított 2 éven túl elkövetett öngyilkosság következtében halt meg, a biztosító a szerződésben meghatározott haláleseti biztosítási összeget fizeti ki, kivéve, ha az öngyilkosságot megelőző 2 éven belül - a szerződő ajánlata alapján - a biztosítási összeg emelésére került sor. Ebben az esetben a biztosító kifizeti az emelés előtti biztosítási összeget és visszatéríti azokat a díjakat, amelyeket a megemelt és a régi biztosítási összeg közötti különbözetre befizettek.

23. AIDS kizárás

(1) A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított halálát a jelen paragrafus (2) bekezdése szerinti opportunista fertőzés vagy rosszindulatú daganatképződés okozta, feltéve, hogy a halál bekövetkezésekor a biztosított kimutathatóan fertőzött volt a humán immunhiányt okozó vírussal (HIV) és/vagy szervezetében kialakult a szerzett immunhiány szindróma (AIDS).

(2) A biztosító a jelen feltételek szempontjából az AIDS meghatározására a WHO (World Health Organization) definícióját alkalmazza. A teljes definíció másolata

a biztosító központjában hozzáférhető. Az opportunista fertőzések körébe tartoznak, de azt nem merítik ki a Pneumocystis carinii okozta pneumonia, a mikroorganizmusok okozta krónikus gyomor- és bélgyulladás, a vírusos és/vagy szétterjedt gombás fertőzések. A rosszindulatú daganatok körébe tartoznak, de azt nem merítik ki a Kaposi-szarkóma, a központi idegrendszeri (agyi) lymphoma és/vagy az olyan rosszindulatú daganatok, amelyek a szerzett immunhiány megléte esetén a halál közvetlen okaiként ismertek vagy válnak ismertté. A szerzett immunhiány szindróma körébe tartozik a HIV által okozott agykárosodás és a HIV által okozott Wasting-szindróma.

(3) Amennyiben a biztosító ezen kizárás szerint mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, a biztosításra ténylegesen befizetett összes díjat kifizeti a kedvezményezett részére.

X. Fejezet

A biztosítási szerződés megszűnése

24. A biztosítási szerződés megszűnése

(1) A biztosítási szerződés automatikusan megszűnik a következő esetekben:

- a) a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála időpontjában,
- b) a biztosítási szerződésben meghatározott lejáratú időpontban,
- c) a díjfizetés elmaradása miatt, a türelmi idő végével,
- d) ha a biztosítást visszavásárolják.

(2) Megszűnik továbbá a szerződés a szerződő felmondása esetén. A szerződő a felmondási jogát legfeljebb a kötvénykibocsátásról szóló értesítés kézhezvételét követő 30 napon belül gyakorolhatja a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal, indokolási kötelezettség nélkül. A felmondó nyilatkozattal egyidejűleg a szerződő köteles az eredeti biztosítási kötvényt a Biztosító részére visszaküldeni. A felmondó nyilatkozat és az eredeti biztosítási kötvény kézhezvételét követő 15 napon belül a biztosító a biztosítási szerződést a felmondó nyilatkozat kézhezvételének időpontjával megszünteti és a befizetett díjnak a szerződés megkötésével és megszüntetésével összefüggésben felmerült költségekkel csökkentett összegét egy összegben visszafizeti a szerződő részére.

XI. Fejezet

Egyéb rendelkezések

25. Bejelentési kötelezettség

(1) A szerződő köteles lakcímének (értesítési címének) a megváltozása esetén az új címet a biztosítónak 15 napon belül írásban bejelenteni.

(2) Amennyiben a biztosított tényleges foglalkozása, munkaköre, rendszeres szabadidős tevékenysége (sport, hobbi, stb.) a szerződés tartama alatt a balesetveszély szempontjából jelentősen megváltozik, a biztosított (szerződő) köteles a változást a biztosítónak haladéktalanul, de legkésőbb 15 napon belül írásban bejelenteni. Kockázatonövekedés esetén a biztosító díjmelést alkalmazhat a megnövekedett kockázat fennállásának időszakára. Amennyiben a biztosított (szerződő) a bejelentési kötelezettségének nem tesz eleget, a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályokat kell alkalmazni.

(3) Amennyiben a szerződő a mindenkor hatályos pénzmosás elleni jogszabályok értelmében azonosítási kötelezettség alá tartozik, és az azonosítási kötelezettség körébe tartozó adataiban változás következik be, úgy a szerződő köteles a változást a biztosítónak haladéktalanul, de legkésőbb 15 napon belül írásban bejelenteni.

26. A biztosítási szerződés módosítása

A biztosítási szerződés a szerződő és a biztosított írásbeli kérelme alapján a biztosítási évforduló időpontjában módosítható a hatályos jogszabályok és a biztosító mindenkor érvényes szabályai szerint, feltéve, hogy a módosításra vonatkozó kérelem, valamint a biztosító által előírt, a módosításhoz szükséges dokumentumok és befizetések az évfordulót megelőző 60 napon belül a biztosítóhoz érkeznek.

27. 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.

28. A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése

A kötvény elvesztése vagy megsemmisülése esetén a biztosító a szerződő kérésére az eredetivel egyező kötvény-másodlatot állít ki, miután az eredeti okiratot közjegyzői úton érvénytelennek nyilvánították, illetve az elvesztés vagy megsemmisülés tényét hitelt érdemlően bizonyították. A költségek a kérelmezőt terhelik. A másodlat kibocsátásával az eredeti kötvény érvénytelenné válik, amely tény a másodlaton feltüntetésre kerül.

29. Elévülés

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

30. Illetékes bíróság

A biztosítási szerződésből eredő igények érvényesítésére indított perre – hatáskör függvényében – a Budaörsi Városi Bíróság vagy a Pest Megyei Bíróság a kizárólagosan illetékes bíróság.

INDEXÁLÁSI ZÁRADÉK

A jelen indexálási záradék a 422-es jelű és az EU422-es jelű többszöri elérési kifizetést és állandó haláleseti szolgáltatást nyújtó, halálesetre vagy elérésre szóló (vegyes) életbiztosítási feltételek részét képezi.

Az indexálási záradék célja az életbiztosítási szolgáltatások értékállóságának megőrzése az inflációval szemben, valamint a bruttó hazai termék (GDP) és a

háztartások jövedelmének növekedésével arányosan, a záradékban foglalt feltételek szerint.
Az indexálás évente egy alkalommal, az alap életbiztosítás haláleseti biztosítási összegének és díjának a növelésével valósul meg.

1. Indexálás

A haláleseti szolgáltatás és a biztosítási díj 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 haláleseti biztosítási összeg növelése

A haláleseti biztosítási összeg növelésére (indexálására) minden egyes biztosítási évfordulón kerülhet sor annyi éven keresztül, amennyi év az életbiztosítás tartamának felével megegyezik (a töredékét a biztosító nem veszi figyelembe). Az utolsó indexálás időpontját követően a haláleseti biztosítási összeg a továbbiakban változatlan. Az első indexálás alkalmával a haláleseti biztosítási összeg növelése az indexráta és az induló haláleseti biztosítási összeg alapján kerül kiszámításra. A további biztosítási évfordulókon az alap életbiztosítás haláleseti biztosítási összege az aktuális indexráta és az előző év haláleseti biztosítási összege alapján kerül kiszámításra. A biztosító a haláleseti biztosítási összeg növeléséről minden egyes biztosítási évforduló előtt írásban értesíti a szerződőt. A biztosító a megnövelt összegű haláleseti kockázatot a biztosítási évforduló napjának 0 órájától viseli, amennyiben a növelt összegű díjat megfizették. A biztosítottnak a türelmi idő alatt bekövetkező halála 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 a biztosítási évfordulón kerülhet sor.
Az első indexálás alkalmával a növelt összegű biztosítási díj az indexráta és az induló biztosítási díj figyelembevételével kerül meghatározásra. A további biztosítási évfordulókon a díj az aktuális indexráta és az előző év biztosítási díja alapján kerül kiszámításra.
Minden olyan esetben, amikor az aktuális díjnövelés összege nem elegendő a haláleseti biztosítási összeg megfelelő mértékű növeléséhez, a haláleseti biztosítási összeg a díjnövelés által ténylegesen fedezett mértékig kerül növelésre.

4. Az indexálás felfüggesztése

A biztosító az indexálási záradékkal rendelkező összes szerződés, vagy azok egy meghatározott csoportja tekintetében felfüggesztheti az indexálás alkalmazását, amennyiben a megállapított indexráta mértéke az életbiztosítási 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. A biztosító által előírt kockázatvizsgálat függvényében a biztosító a szerződő indexáláshoz való jogát újra érvénybe helyezheti.

Újra érvénybehelyezés esetén az indexálás visszautasítására vonatkozó két egymást követő alkalom az újra érvénybehelyezés időpontjától számítódik.

6. Befektetési Számla

a) A Befektetési Számla létrehozása

Az alapbiztosítás értékállóságának megőrzése - a haláleseti biztosítási összeg növelésén túl - egy Befektetési Számla (a továbbiakban: Számla) létrehozásával történik.

A Számlán az alábbi összegek kerülnek jóváírásra ill. terhelésre:

- (I) az alábbiakban meghatározott befektetési díjrész,
- (II) a Számla befektetéseiből képződött hozam,
- (III) a Számla kezelésével kapcsolatban meghatározott költségek.

Befektetési díjrész

A befektetési díjrész a teljes díjnövekménynek és a haláleseti biztosítási összeg növelésére szolgáló díjnövekménynek a különbözete. A Számlán jóváírt összeg az első indexálástól számított 60. hónapig a befektetési díjrész összegének 90%-a, azt követően a befektetési díjrész teljes összege. Automatikus díjkölcsön és díjmentes leszállítás céljára a Számla egyenlege nem használható fel, a Számla terhére életbiztosítási kötvénykölcsön nem folyósítható.

b) A Számla befektetése és adminisztrációja

A biztosító a számla havi végi egyenlegét a befektetési politikának megfelelően, biztonságos hozamra törekedve befekteti. Az elért hozam legalább 85% a befektetési évet követő évben egy alkalommal, a havi számlaegyenlegek alapján kerül jóváírásra. A biztosító bármely általa megfelelőnek tartott befektetési stratégiát alkalmazhat és ellátja a Számla adminisztrációját. A Számla adminisztrációs költsége forint alapú termékek esetén havi 100 Ft, Euró alapú termékek esetén havi 0,4 Euró, továbbá az indexálás első 10 évében havonta legfeljebb a számlaérték 0,25%-a.

c) A Számla kifizetése

A Számla összege az alapbiztosítás szolgáltatásainak teljesítésére meghatározottakkal megegyező módon kerül kifizetésre. Amennyiben a szerződés díjfizetés elmulasztása miatt megszűnik, visszavásárolják vagy az díjmentesen leszállított összegű biztosítássá alakul át, a Számla a szerződő részére kerül kifizetésre az alábbi, százalékos értékekkel csökkentett összegben:

Eltelt hónapok száma az első indexálástól számítva	Számlaösszeg %-a
0-24	100
25-36	5
37-48	4
49-60	3
60 fölött	0

7. Eseti befizetések

Az első biztosítási évfordulót követően a szerződőnek jogában áll az általa meghatározott összegben eseti befizetéseket teljesíteni, amely befizetések - legfeljebb 3%-os költség levonása után - a Számlán kerülnek jóváírásra.

8. Az indexálás megszűnése

Az indexálási jog megszűnik és további indexálásra nincs lehetőség, amennyiben:

- a) a szerződő egymást követő két alkalommal visszautasítja az indexálást,

- b) a biztosító díjmentesítési szolgáltatást nyújt az alapbiztosításhoz kapcsolt kiegészítő biztosítás alapján.

Az a) pont alatt meghatározott esetben a haláleseti biztosítási összeg és a biztosítási díj a záradék megszűnésének időpontját közvetlenül megelőzően érvényes összegben változatlan marad.

A b) pont alatt meghatározott esetben a haláleseti biztosítási összeg és a biztosítási díj a díjmentesítési szolgáltatás igénybevételére jogosító biztosítási esemény bekövetkezésének időpontját közvetlenül megelőzően érvényes összegben változatlan marad. A szolgáltatási igény bejelentésével kapcsolatos késedelem ill. a biztosítási esemény bekövetkezése után hatályba lépő növelt összegű biztosítási díj a biztosítót nem kötelezi. Ebben az esetben a szolgáltatás növelésére befizetett díjnövekmény összegét a biztosító a szerződő részére visszafizeti.

9. A záradék megszűnése

A záradék automatikusan megszűnik a következő esetekben:

- a) az alapbiztosítás lejáratakor, a kötvényben meghatározott időpontban,
- b) ha az alapbiztosítás díjfizetés elmaradása miatt, maradékjogok nélkül megszűnik,
- c) ha az alapbiztosítást visszavásárolják,
- d) ha az alapbiztosítást díjmentesen leszállított összegű biztosítássá alakítják át, amely esetben a növelt összegű haláleseti szolgáltatás megszűnik,
- e) a biztosított halálakor, amely esetben a növelt összegű haláleseti szolgáltatás a Számlával együtt kerül kifizetésre.

A 423-es jelű és EU423-as jelű halálesetre vagy elérésre szóló (vegyes) alap életbiztosítás feltételei elérési részkifizetéssel és állandó haláleseti szolgáltatással

A halálesetre vagy elérésre szóló (vegyes) alap életbiztosítási szerződés többszöri elérési kifizetéssel és állandó haláleseti szolgáltatással az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A feltételekben és a szerződésben nem rendezett kérdésekben a hatályos jogszabályok rendelkezései az irányadók.

I. Fejezet Általános rendelkezések

1. A biztosítási szerződés létrejötte

- (1) A biztosítási szerződés a szerződő és a biztosító kölcsönös megállapodása alapján jön létre.
- (2) A biztosítóval szerződő fél az ajánlatát írásban, a biztosító ajánlati nyomtatványán terjeszti elő. A szerződés létrejötte esetén az ajánlat a szerződés részét képezi.
- (3) A biztosítás 15 éves tartamra köthető.
- (4) A szerződés létrejöttéhez a biztosított és/vagy a szerződő egészségi nyilatkozata, illetve a biztosító előírásaitól vagy igényétől függően orvosi vizsgálata, valamint a biztosítási szükségletet alátámasztó nyilatkozata is szükséges lehet.
- (5) Az ajánlat elfogadása esetén a biztosító a szerződésről kötvényt állít ki. Az ajánlat esetleges elutasítását

a biztosító nem köteles megindokolni. Az eredeti biztosítási ajánlat és a vele kapcsolat valamennyi irat a biztosító tulajdonában marad.

- (6) A biztosító ajánlati nyomtatványa, az ajánlathoz csatolt nyilatkozatok, a biztosítási szerződés létrejöttének céljából végzett orvosi vizsgálatok eredményei, a szerződésről kiállított biztosítási kötvény, a jelen alap biztosítás szerződéses feltételei, az alapt biztosításhoz kapcsolódó kiegészítő biztosítás(ok) és azok szerződéses feltételei, valamint a biztosító által a szerződés tartama alatt, a szerződést érintő változásokról kiállított záradékok a biztosítási szerződés részét képezik.

- (7) A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és biztosítási titokként kezelni.

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

- (1) A biztosító az a jogi személy, amely a biztosítási szerződés létrejötté esetén a biztosítási szolgáltatások teljesítésére kötelezettséget vállal.
- (2) A szerződő az a személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz és a díj fizetésére kötelezettséget vállal.
- (3) A biztosított az a természetes személy, akinek az életével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön.
- (4) A biztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához - ha a szerződést nem ő köti meg - a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Ha a biztosított kiskorú, és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló személy köti meg, a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges.

- (5) A kedvezményezett az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási szerződésben megjelölt szolgáltatásra jogosult.

- (6) A biztosítás kezdete a szerződés létrejöttének időpontja.
- (7) A biztosítási évforduló a biztosítás kezdetét követő, a biztosítás kezdetének napjával és hónapjával megegyező évforduló.

- (8) A biztosítás lejárata a kötvényben a biztosítás lejárataként megjelölt időpont.

3. A kedvezményezett jelölése és megváltoztatása

- (1) A kedvezményezett a szerződésben megjelölt személy. Kedvezményezett állítás hiányában a haláleseti kedvezményezett a biztosított törvényes örököse, az elért (lejárati) kedvezményezett a biztosított.
- (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. Ha nem a biztosított a szerződő fél, ehhez a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Az új kedvezményezett állítás, a kérelemnek a biztosító kötvény-

kiállításra jogosult szervezeti egységéhez történő beérkezésének időpontjától hatályos.

- (4) A kedvezményezett jelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezte előtt meghal.

II. Fejezet

A biztosítási esemény és szolgáltatás

4. A biztosítási esemény

A jelen feltételek szempontjából biztosítási esemény:

- a) a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála, vagy
- b) a biztosítottnak a biztosítás lejárati időpontjában vagy a részszolgáltatásra való jogosultság megnyitakor való életben léte.

5. A biztosítási szolgáltatás

A biztosító a szolgáltatást az alábbiak szerint teljesíti:

- a) a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála esetén a teljes biztosítási összeg kifizetésre kerül,
- b) a biztosítási szerződés 10. évfordulóján a biztosítási összeg 50 százaléka kerül kifizetésre, a lejárati kor szolgáltatás összege a fennmaradó időszakra a biztosítási összeg 50 százaléka csökken (a haláleseti szolgáltatás összege változatlan marad),
- c) a biztosítási szerződés lejáratakor a biztosítási összeg fennmaradó 50 százaléka kerül kifizetésre, amennyiben a biztosított a lejárati kor életben van.

A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződésben meghatározott biztosítási összeget egyösszegben kifizeti, vagy a jelen feltételek 17. pontja szerinti opciók egyike szerint teljesíti.

III. Fejezet

A biztosító kockázatviselése

6. A kockázatviselés kezdete

- (1) A biztosító kockázatviselése az azt követő nap 0 órájkor kezdődik, amikor a szerződő fél az első díjat a biztosító számlájára vagy pénztárába befizeti, feltéve, hogy az életbiztosítási szerződés már létrejött, vagy utóbb létrejön. Ha a szerződő fél a díjat a biztosító képviselőjének fizette, a díjat legkésőbb a fizetés napjától számított 4. napon a biztosító számlájára, illetőleg pénztárába beérkezettnek kell tekinteni.
- (2) A biztosítás létrejötté előtt befizetett biztosítási díjat a biztosító kamatmentes előlegként kezeli.

7. Várákzási idő

Amennyiben a biztosítás orvosi vizsgálat nélkül jön létre, a biztosító a biztosítás kezdetétől számítva 3 hónap várákzási időt köt ki. Amennyiben a biztosított a várákzási időn belül meghal, a biztosító a befizetett díjakat visszatéríti és ezzel a biztosítás megszűnik, kivéve, ha a biztosított halála a várákzási időn belül bekövetkezett baleset vagy a várákzási időn belül szerzett heveny fertőző betegség következménye, amely esetben a biztosító a szerződésben meghatározott haláleseti összeget fizeti ki.

8. Háborús kockázat

- (1) A biztosító a háború fogalmát – jelen rendelkezés (2) bekezdésében leírt definíció szerint alkalmazza:
- (2) A háború szervezett fegyveres vagy más fegyverként ható eszközzel vívott kisebb-nagyobb küzdelem

nép csoportok, népek, nemzetek, államok és szövetségi rendszerek, alkalmi csoportosulások között, legitim vagy illegitim jelleggel csoport-, nemzeti vagy közös érdekeik, politikai, gazdasági céljaik, területi igényeik érvényesítéséért. Háborúnak minősül különösen, de nem kizárólag minden háború vagy polgárháború, függetlenül a hadüzenet tényétől, forradalom, lázadás, zendülés, összeesküvés, polgári felkelés, idegen erő beavatkozása, invázió, statárium, ostromállapot, katonai vagy bitorolt hatalom gyakorlása, egyéb háborús cselekmények vagy bármely esemény vagy ok, amely statárium vagy ostromállapot kihirdetésének az eredménye.

- (3) A biztosító - a jelen rendelkezés (4) bekezdésében foglalt kivételtől eltekintve - viseli a biztosított háború idején felmerülő kockázatait.

- (4) Amikor a biztosított háború idején szolgálatot teljesít bármely szemben álló fél bármely fegyver erejénél, a szerződés szerinti alapt biztosítás és a hozzá tartozó összes kiegészítő biztosítás hatálya felfüggesztésre kerül, és a biztosító kockázatviselése szünetel.

- (5) Amennyiben a biztosított a kockázatviselés szünetelése alatt meghal, a biztosítási összeg helyett az aktuális díjtartalék és a biztosításra befizetett díjak összege közül a nagyobb kerül kifizetésre.

- (6) A biztosítás a felfüggesztési időszak végén újra érvénybe helyezhető vagy - ha a feltételek lehetővé teszik - visszavásárolható. Az újra érvénybehelyezéskor a jelen feltételek 12. pontját kell alkalmazni, de a felfüggesztési időszak első hat hónapjára a biztosító nem számít fel kamatot az elmaradt díjak után.

IV. Fejezet

A biztosítási díj, díjfizetés

9. A biztosítási díj

A biztosítási díj kiszámítása a biztosított életkorának, nemének, egészségi állapotának, tevékenységének (foglalkozás, szabadidős tevékenység stb.), valamint a biztosítás tartamának, a biztosítási összeg nagyságának és a díjfizetés gyakoriságának a figyelembevételével történik. A biztosító jogosult a biztosítási szerződés adminisztrációjával kapcsolatos rendszeres kötvényköltség felszámítására, mely a mindenkor esedékes biztosítási díjjal együtt kerül megfizetésre. A biztosítás díját és a kötvényköltség összegét a kötvény, illetve a kötvényhez csatolt záradék tartalmazza. A biztosított belépési kora a biztosítás kezdetekor betöltött életkor alapján kerül megállapításra.

10. A díjfizetés esedékessége, fizetési késedelem

- (1) A biztosítás lehet egyszeri vagy rendszeres díjfizetésű. Az egyszeri díjat a szerződés megkötésekor egy összegben, az egész futamidőre vonatkozóan kell megfizetni. Rendszeres díjfizetés esetén a biztosítás első díja a szerződés létrejöttékor, minden későbbi díj pedig annak a biztosítási időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik. Az évestől eltérő díjfizetési gyakoriság esetén a biztosító pótlékot számít fel. A díjfizetés gyakoriságát a szerződő a biztosítási évfordulón megváltoztathatja. Az erre irányuló kérés a biztosítási évforduló előtt 60 nappal írásban kell jelezni. 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.

(2) A biztosítás díjait a kötvényen feltüntetett pénzben kell megfizetni a biztosító által megadott, erre a célra fenntartott bankszámlaszámra. A díjfizetés felmerülő költségei a szerződőt terhelik. A biztosító díjfizetésként a megadott számlaszámra, a megadott pénzben 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/illetli.

(3) Euró alapú biztosítási szerződés esetén, ha a biztosítási díj, illetve díjelőleg bármely jogcímen a szerződő részére visszafizetésre kerül, a visszaautalandó összeget a biztosító kizárólag banki átutalással, bankszámlaszámra teljesíti.

(4) Amennyiben a szerződő a díjat az esedékességkor nem egyenlíti ki, a biztosító a kockázatot az elmaradt díj esedékességétől számított 30 napig viseli (tűrelmi idő). Ezen tűrelmi időn belül a szerződő az elmaradt díj befizetését pótolhatja.

(5) Ha a szerződő az elmaradt díjat a tűrelmi időn belül nem fizeti meg és a biztosítás még nem rendelkezik maradékjoggal, a biztosítás a 30 napos határidő elteltével, a 31. napon kifizetés nélkül megszűnik.

(6) Amennyiben a szerződő a tűrelmi időn belül az elmaradt díjat nem fizeti meg, és a biztosítás visszavásárlása vagy díjmentes leszállítása iránti igényét sem jelzi írásban, valamint a biztosítás rendelkezik maradékjoggal, a biztosító automatikus díjkölcsönt léptet életbe. Ebben az esetben a biztosítás változatlan biztosítási összeggel fennmarad addig az időpontig, amíg a biztosítás visszavásárlási összege meghaladja az elmaradt díjak, az utánuk felszámított késedelmi kamatok és az esetleges egyéb tartozások összegét. Amikor a visszavásárlási összeg már nem nyújt fedezetet a hátralékos díjakra és az egyéb fennálló tartozásokra, a biztosítás minden további maradékjog nélkül megszűnik. Ha az automatikus díjkölcsön időszaka alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, a biztosító a biztosítási szolgáltatásból levonja az addig elmaradt díjak és a fennálló egyéb tartozások összegét. A szerződő a szerződés megszűnése előtt bármely időpontban a teljes díjhátralék kamatokkal növelt összegét befizetheti, amelynek következtében a biztosítás az eredeti tartalommal folytatódik.

(7) A rendszeres díjfizetésű biztosítás díja a biztosítás lejáratáig vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjesedékesség időpontjáig fizetendő. Tartamon túli díjfizetéssel nem keletkezik jogosultság biztosítási szolgáltatásra. A tartozatlanul fizetett díjakat a biztosító kamatok nélkül fizeti vissza.

11. Konverziós szabályok

Euró alapú biztosítási szerződés esetén a szerződő és a biztosító megállapodnak abban, hogy a szerződésben vállalt kötelezettségeiket a biztosítási szerződés kötvényoldalán meghatározott **Euró pénzben** teljesítik.

Megállapodnak továbbá abban, hogy amennyiben a kötvényoldalon meghatározott pénz nem Magyar Köztársaság területén a szerződés hatálya lépést követően nem minősül jogszerű fizetőszámlának, vagy ha:

(i) A Magyar Nemzeti Bank és/vagy a Magyar Köztársaság kormányának árfolyam-politikája, monetáris politikája vagy egyéb gazdaságpolitikai döntése, vagy

(ii) bármilyen jogszabályi rendelkezés, korlátozás ill. tilalom, vagy

(iii) a Biztosító befolyásán kívül eső bármely egyéb körülmény

következtében:

a. a Biztosítónak vagy a Szerződőnek nincs jogszerű lehetősége az Euró pénz nem a Magyar Köztársaság területén történő beszerzésére, vagy

b. a Biztosítónak nincs jogszerű lehetősége a tartalékoknak vagy a befektetéseknek Európában, a Magyar Köztársaság területén történő fenntartására, vagy

c. a Biztosítónak nincs jogszerű lehetősége a Magyar Köztársaság területén létrejött Euró alapú szerződéseinek tartalékait a Magyar Köztársaság területén kívül Euró eszközökbe fektetni és / vagy ezen befektetéseket fenntartani

úgy ebben az esetben a Biztosító – a fenti körülmények mérlegelése és saját döntése alapján – jogosult a szerződésben meghatározott kötelezettség (biztosítási összeg, szolgáltatási összeg, visszavásárlási összeg, biztosítási díj stb.) pénz nemét a Magyar Köztársaságnak az átváltás időpontjában érvényes törvényes nemzeti pénz nemére átváltani (konvertálni) és a hivatkozott kötelezettségeket az átváltás időpontjától kezdve ebben a pénz nemben kifejezni.

Az átváltás időpontjától kezdve a Biztosító és a Szerződő a kötelezettségeiket az új pénz nemben kötelesek teljesíteni, a szerződés bármely, Euró pénz nemre történő hivatkozása érvénytelenné válik. A Biztosító az átváltást egy adott időpontra meghatározottan – és saját döntése alapján – vagy a Magyar Nemzeti Bank vagy egy, a Biztosító által megjelölt kereskedelmi bank által hivatalosan közzétett devizaárfolyam alapján végzi el.

Az átváltást követően a Biztosító új kötvényoldalt bocsát ki a biztosítási összeg és a biztosítási díj új pénz nemben történő feltüntetésével.

12. A biztosítás újra érvénybehelyezése

(1) A biztosítási esemény nélkül megszünt biztosítás újra érvénybe helyezhető, ha azt a szerződő a biztosító által rendelkezésre bocsátott formanyomtatvány és egészségi nyilatkozat hiánytalan kitöltésével írásban kéri és az összes elmaradt díjat az időarányos késedelmi kamattal együtt befizeti. Újra érvénybehelyezés esetén a késedelmi kamat a meg nem fizetett díj esedékességének napjától számítódik. Az újra érvénybehelyezésre vonatkozó kérelem legfeljebb a biztosítás megszűnésének időpontjától számított 3 éven belül terjeszthető elő. Újra érvénybehelyezés esetén a biztosító kockázatviselése az elmaradt díjak és a késedelmi kamat befizetését követő nap 0 órájától folytatódik, feltéve, hogy a biztosító a szerződő kérelmét annak a biztosító kockázat elbírálására jogosult egységéhez történő beérkezését követő 15 napon belül nem utasítja vissza. Az újra érvénybehelyezési kérelem vonatkozásában a biztosító jogosult kockázat elbírálásra, egészségi nyilatkozatot kérhet, szükség szerint a biztosított orvosi vizsgálatát is előírhatja.

(2) A már visszavásárolt biztosítás nem helyezhető újra érvénybe. Amennyiben a szerződőnek (biztosítottnak) a biztosítás megszűnésekor kölcsöntartozása volt, a szerződés újra érvénybehelyezéséhez szükséges a biztosítás megszűnésekor fennállott kölcsön visszafizetése vagy újra érvénybehelyezése is a biztosító által meghatározott kamatokkal együtt.

V. Fejezet Maradékjogok

13. Maradékjogok fogalma

A jelen biztosítási feltételek szerinti maradékjogok a visszavásárlás és a díjmentes leszállítás. A maradékjogok gyakorlására legkorábban a feltételekben meghatározott, díjjal fedezett tartam eltelte után kerülhet sor. A maradékjogok megnyílását követően a biztosítás díjtartalékának terhére kötvénykölcsön igényelhető.

14. Visszavásárlás

(1) Amennyiben a rendszeres díjfizetésű biztosítási szerződés 3 év eltelté után érvényben van, a szerződés írásban történő felmondása esetén a biztosító visszavásárlási összeget fizet. Az egyszeri díjas biztosítás már az első biztosítási évben visszavásárolható. A garantált visszavásárlási értékeket a biztosítási kötvény melléklete tartalmazza.

(2) A visszavásárlási igény bejelentését követően, a biztosító által rendelkezésre bocsátott és hiánytalanul kitöltött formanyomtatványnak (visszavásárlási kérelem) a biztosító részére történő beérkezésével a biztosítási szerződés és a biztosító kockázatviselése megszűnik.

(3) A visszavásárlási összegből a biztosító levonja az elmaradt esedékes díjak, valamint a fennálló egyéb tartozások összegét.

15. Díjmentes leszállítás

(1) Amennyiben a rendszeres díjfizetésű biztosítási szerződés 3 év eltelté után érvényben van, a szerződő kérheti, hogy a biztosító a biztosítást leszállított szolgáltatási összegű díjmentes biztosítássá alakítsa át.

(2) A biztosítás leszállított szolgáltatási összege megfelel a díjmentesítés időpontjában rendelkezésre álló visszavásárlási összeg, mint egyszeri nettó díj alapulvételével nyújtható biztosítási összegnek, figyelembe véve a biztosítás hátralévő tartamát és a biztosított díjmentesítéskori életkorát.

(3) Amennyiben a szerződés szerinti alapbiztosítás díjmentessé válik, a hozzá tartozó kiegészítő biztosítások a díjmentesség kezdetekor megszűnnek.

(4) A díjmentességet a biztosító a bemutatott kötvényen záradékkal feljegyezi. A leszállított szolgáltatási összegű díjmentes biztosítást az eredeti tartalommal és összeggel visszaállítani nem lehet.

(5) A biztosító jogosult meghatározni a díjmentes leszállítás esetén számított minimális biztosítási összeget, amely összeg alatt a díjmentes leszállításra nincs lehetőség.

16. Kötvénykölcsön

(1) A visszavásárlási értékkel rendelkező biztosítási szerződések esetében a biztosító az életbiztosítási díjtartalék terhére kölcsönt folyósíthat a szerződő félnek, vagy beleegyezésével a biztosítottnak, feltéve, hogy a szerződőnek nincs díjhátraléka, illetve kölcsön- vagy kamattartozása. A biztosító a kölcsön folyósítását a bemutatott kötvényen záradékkal feljegyezi.

(2) A folyósítható kölcsön összege nem haladhatja meg az elmúlt biztosítási évfordulón rendelkezésre álló visszavásárlási összeget, levonva abból a következő

biztosítási évfordulókig esedékes díjak és kölcsönkamatok összegét.

- (3) A felvett kölcsön után fizetendő kamat mértékét a biztosító határozza meg. A biztosítási évfordulón az addig meg nem fizetett kamatok a kölcsöntartozás összegét növelik.
- (4) Amennyiben a fennálló kölcsöntartozás és az esedékes kamatok együttesen meghaladják az aktuális visszavásárlási összeget, a biztosítás megszűnik.
- (5) Bármely fennálló, illetve esedékes tartozás egészben vagy meghatározott részletekben visszafizethető, illetve megfizethető bármely időpontban a biztosítás érvényessége alatt.

VI. Fejezet

Többlethozam

- (1) Az első biztosítási évfordulót követő naptári év kezdetétől a szerződő a biztosítás érvényességének időtartama alatt részesedésre jogosult biztosítása matematikai tartalékának befektetésén elért hozamból. A részesedés alapja a biztosító által elért hozamnak a díjkalkulációban alkalmazott technikai kamatot meghaladó része. A részesedés mértéke az így meghatározott hozam legalább 85 százaléka. Az elérhető hozam tényleges értéke nem határozható meg előre. A technikai kamat a biztosítási kötvényen kerül feltüntetésre.
- (2) A szerződő részesedését a biztosító évente, a megelőző évre vonatkozóan utólag számítja ki és írja jóvá, feltéve, hogy a biztosítás egész évben érvényben volt. A számítás alapja az adott évet megelőző év végén rendelkezésre álló matematikai tartalékban bármely igénybevett kölcsönrel csökkentett összege.
- (3) A szerződőnek a hozamrészesedésre való jogosultsága a harmadik biztosítási évfordulót követően nyílik meg, de a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a részesedés a kedvezményezett részére ezen időpont előtt is kifizetésre kerülhet. A szerződő részére már jóváírt hozam szintén befektetésre kerül és a befektetésen elért hozam a fent leírtak szerint, de a technikai kamattal növelve kerül kiszámításra. Amennyiben a matematikai tartalékok befektetésén elért hozam kisebb a technikai kamattal, a matematikai tartalékra vonatkozóan nem kerül sor többlethozam jóváírásra. A korábban jóváírt részesedések befektetésén elért hozam legalább 85 százaléka viszont ekkor is jóváírásra kerül.
- (4) A felhalmozott többlethozam a biztosítás visszavásárlásakor vagy a biztosítási esemény bekövetkeztekor (elérés vagy halál) esedékessé váló szolgáltatással együtt kerül kifizetésre, de a biztosító a szerződő kérése a felhalmozott többlethozamot a részszerzés összegével együtt is kifizetheti. A biztosítási esemény bekövetkeztekor (halál vagy eléérés) a biztosító a töredékre még el nem számolt többlethozamból való részesedést is kifizeti.

VII. Fejezet

Választható járadék opciók

17. Választható járadék opciók

A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésekor esedékessé váló bármely szolgáltatás egyösszegben történő kifizetése helyett, a szolgáltatásra jogosult(ak) választásától függően, a biztosító és a kedvezményezett

között létrejövő külön megállapodás alapján a következő járadék opciók egyike szerint is teljesíthet:

- a) élethossziglan tartó havi járadékot fizet,
 - b) élethossziglan tartó, de egy meghatározott ideig (legfeljebb 15 évig) garantált havi járadékot fizet,
 - c) élethossziglan tartó havi járadékot fizet, amelynek összege 60%-ban átruházható a járadékos halála esetén az őt túlélő házastárs javára.
- A szolgáltatási összeg életjáradékra váltása esetén a biztosító a havi járadék összegét az átváltáskor érvényben lévő járadéktáblázat szerint számítja ki. A biztosító jogosult meghatározni a fenti opciók alapján teljesített kifizetések minimális összegét, amely összeg alatt a szolgáltatás igénybevételére nincs lehetőség. A jogosult által választott szolgáltatás alapján teljesített első kifizetést követően a szolgáltatás típusának megváltoztatására nincs lehetőség.

VIII. Fejezet

A biztosító teljesítése

18. A biztosító teljesítése

- (1) A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 8 napon belül a biztosítónak be kell jelenteni és a szükséges felvilágosításokat meg kell adni. Ennek elmulasztása esetén a biztosító annyiban megtagadhatja a szolgáltatás teljesítését, amennyiben emiatt lényeges körülmények több kideríthetlenné válnak.
- (2) A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a következő iratokat kell a biztosító részére bemutatni, illetve átadni:
 - a) a biztosítási kötvényt és az utolsó díjfizetést igazoló nyugtát,
 - b) a biztosított születési idejét hitelt érdemlően igazoló okiratot,
 - c) a biztosított halála esetén a hitelesített halotti anyakönyvi kivonatot és a halál okát, valamint a halált okozó betegség kezdetének időpontját és lefolyását igazoló részletes orvosi bizonyítványt,
 - d) továbbá mindazon okiratokat, amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek.
- (3) A biztosító szükség esetén egyéb okiratokat vagy igazolásokat is bekérhet, illetve bizonyos kérdések tisztázására maga is beszerezhet adatokat.
- (4) A szükséges iratok beszerzésével kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényt a biztosítóval szemben érvényesíteni kívánja.
- (5) A biztosítás díjmentes leszállításához, a visszavásárlási összeg kifizetéséhez, illetve kölcsön igényléséhez a következő iratokat kell a biztosító részére bemutatni, illetve átadni:
 - a) a biztosítási kötvényt és az utolsó díjfizetést igazoló nyugtát,
 - b) a biztosított születési idejét hitelt érdemlően igazoló okiratot,
 - c) a biztosító erre a célra kiadott és megfelelően kitöltött igénybejelentő lapját.
- (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. Euró alapú biztosítási szerződés esetén, a szolgáltatási összeget a biztosító

kizárólag banki átutalással, bankszámlaszámra teljesíti.

- (7) A biztosító a már esedékessé vált, de még meg nem fizetett díjakat, valamint a fennálló kölcsöntartozás és az esedékes kamatok összegét bármely szolgáltatás összegéből levonja, illetve díjmentes leszállítás esetén figyelembe veszi.
- (8) 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.

19. Hitelfedezet

- (1) A biztosító a szerződésben meghatározott haláleseti összeg erejéig hitelfedezeti kezességet nyújthat a biztosított elhalálása esetére.
- (2) Amennyiben az életbiztosítás haláleseti összege valamely hitelfolyósító intézménynél hitelfedezetül szolgál, akkor a szerződést hitelfedezeti záradékkal látja el a biztosító. Ebben az esetben a haláleseti biztosítási összeg kifizetését a biztosító kizárólag az aktuális hiteltartozás összegének a kedvezményezett pénzügyintézet által történő igazolását követően teljesíti.
- (3) A hitelfedezeti kezesség tartama alatt a pénzügyintézet kedvezményezettkénti jelölése csak a pénzügyintézet hozzájárulásával változtatható meg.
- (4) A biztosítási szerződésből származó, a szerződőt illető és terhelő jogok, valamint kötelezettségek a biztosító által e tárgyban történő záradék kibocsátásával ruházhatóak át. A biztosító a záradékot a hozzá benyújtott dokumentumok alapján állítja ki. A benyújtott dokumentumok érvényességéért a biztosító nem vállal felelősséget.

IX. Fejezet

Közlési kötelezettség, mentesülés

20. 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 valószínű megfelelően és hiánytalanul közölni, amelyekre a biztosító írásban kérdést tett fel, és amelyeket ismertek vagy ismerniük kellett.
- (2) A közlési kötelezettség megsértése esetén a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve ha:
 - a) bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy nem a valószínű megfelelően közölt körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, illetve az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében,
 - b) a biztosítás már legalább 2 éve megszűnés nélkül fennállott, arra 2 évi díj befizetésre került, és bizonyítják, hogy a közlési kötelezettség megsértése nem szándékosan történt,
 - c) a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.
- (3) Amennyiben a biztosító a közlési kötelezettség megsértése miatt mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, a visszavásárlási összeget fizeti ki.

(4) A közlési kötelezettségre vonatkozó szabályok érvényesek abban az esetben is, ha a biztosítás tartama alatt - a szerződő ajánlata 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.

21. A biztosító mentesülése

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

(2) A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg és a biztosító nem a visszavásárlási összeget, hanem a haláleset időpontjában meglévő díjtartalékot köteles visszatéríteni, ha a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, vagy azzal összefüggésben halt meg a biztosított.

22. Öngyilkosság

(1) A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg és a biztosító a haláleset időpontjában meglévő díjtartalékot téríti vissza, ha a biztosított a szerződéskötéstől számított 2 éven belül elkövetett öngyilkosság következtében halt meg (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori tudatállapotára).

(2) Amennyiben a biztosított a szerződéskötéstől számított 2 éven túl elkövetett öngyilkosság következtében halt meg, a biztosító a szerződésben meghatározott haláleseti biztosítási összeget fizeti ki, kivéve, ha az öngyilkosságot megelőző 2 éven belül - a szerződő ajánlata alapján - a biztosítási összeg emelésére került sor. Ebben az esetben a biztosító kifizeti az emelés előtti biztosítási összeget és visszatéríti azokat a díjakat, amelyeket a megemelt és a régi biztosítási összeg közötti különbözetre befizettek.

23. AIDS kizárás

(1) A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított halálát a jelen paragrafus (2) bekezdése szerinti opportunista fertőzés vagy rosszindulatú daganatképződés okozta, feltéve, hogy a halál bekövetkezésekor a biztosított kimutathatóan fertőzött volt a humán immunhiányt okozó vírussal (HIV) és/vagy szervezetében kialakult a szerzett immunhiány szindróma (AIDS).

(2) A biztosító a jelen feltételek szempontjából az AIDS meghatározására a WHO (World Health Organization) definícióját alkalmazza. A teljes definíció másolata a biztosító központjában hozzáférhető. Az opportunista fertőzések körébe tartoznak, de azt nem merítik ki a Pneumocystis carinii okozta pneumónia, a mikroorganizmusok okozta krónikus gyomor- és bélgyulladás, a vírusos és/vagy szétterjedt gombás fertőzések. A rosszindulatú daganatok körébe tartoznak, de azt nem merítik ki a Kaposi-szarkóma, a központi idegrendszeri (agy) lymphoma és/vagy az olyan rosszindulatú daganatok, amelyek a szerzett immunhiány megléte esetén a halál közvetlen okaiként ismertek vagy válnak ismertté. A szerzett immunhiány szindróma körébe tartozik a HIV által okozott agykárosodás és a HIV által okozott Wasting-szindróma.

(3) Amennyiben a biztosító ezen kizárás szerint mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, a biztosításra ténylegesen befizetett összes díjat kifizeti a kedvezményezett részére.

X. Fejezet

A biztosítási szerződés megszűnése

24. A biztosítási szerződés megszűnése

(1) A biztosítási szerződés automatikusan megszűnik a következő esetekben:

- a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála időpontjában,
- a biztosítási szerződésben meghatározott lejáratú időpontban,
- a díjfizetés elmaradása miatt, a türelmi idő végével,
- ha a biztosítást visszavásárolják.

(2) Megszűnik továbbá a szerződés a szerződő felmondása esetén. A szerződő a felmondási jogát legfeljebb a kötvénykibocsátásról szóló értesítés kézhezvételét követő 30 napon belül gyakorolhatja a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal, indokolási kötelezettség nélkül. A felmondó nyilatkozattal egyidejűleg a szerződő köteles az eredeti biztosítási kötvényt a Biztosító részére visszaküldeni. A felmondó nyilatkozat és az eredeti biztosítási kötvény kézhezvételét követő 15 napon belül a biztosító a biztosítási szerződést a felmondó nyilatkozat kézhezvételének időpontjával megszünteti és a befizetett díjnak a szerződés megkötésével és megszüntetésével összefüggésben felmerült költségekkel csökkentett összegét egy összegben visszafizeti a szerződő részére.

XI. Fejezet

Egyéb rendelkezések

25. Bejelentési kötelezettség

(1) A szerződő köteles lakcímének (értesítési címének) a megváltozása esetén az új címet a biztosítónak 15 napon belül írásban bejelenteni.

(2) Amennyiben a biztosított tényleges foglalkozása, munkaköre, rendszeres szabadidős tevékenysége (sport, hobbi, stb.) a szerződés tartama alatt a balesetveszély szempontjából jelentősen megváltozik, a biztosított (szerződő) köteles a változást a biztosítónak haladéktalanul, de legkésőbb 15 napon belül írásban bejelenteni. Kockázatonövekedés esetén a biztosító díjmelést alkalmazhat a megnövekedett kockázat fennállásának időszakára. Amennyiben a biztosított (szerződő) a bejelentési kötelezettségének nem tesz eleget, a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályokat kell alkalmazni.

(3) Amennyiben a szerződő a mindenkor hatályos pénzmosás elleni jogszabályok értelmében azonosítási kötelezettség alá tartozik, és az azonosítási kötelezettség körébe tartozó adataiban változás következik be, úgy a szerződő köteles a változást a biztosítónak haladéktalanul, de legkésőbb 15 napon belül írásban bejelenteni.

26. A biztosítási szerződés módosítása

A biztosítási szerződés a szerződő és a biztosított írásbeli kérelme alapján a biztosítási évforduló időpontjában módosítható a hatályos jogszabályok és a biztosító mindenkor érvényes szabályai szerint, feltéve, hogy a módosításra vonatkozó kérelem, valamint a biztosító által előírt, a módosításhoz szükséges dokumentumok

és befizetések az évfordulót megelőző 60 napon belül a biztosítóhoz érkeznek.

27. 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.

28. A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése

A kötvény elvesztése vagy megsemmisülése esetén a biztosító a szerződő kérésére az eredetivel egyező kötvény-másodlatot állít ki, miután az eredeti okiratot közjegyzői úton érvénytelennek nyilvánították, illetve az elvesztés vagy megsemmisülés tényét hitelt érdemlően bizonyították. A költségek a kérelmezőt terhelik. A másodlat kibocsátásával az eredeti kötvény érvénytelenné válik, amely tény a másodlaton feltüntetésre kerül.

29. Elévülés

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

30. Illetékes bíróság

A biztosítási szerződésből eredő igények érvényesítésére indított perre – hatáskör függvényében – a Budaörsi Városi Bíróság vagy a Pest Megyei Bíróság a kizárólagosan illetékes bíróság.

INDEXÁLÁSI ZÁRADÉK

A jelen indexálási záradék a 423-as jelű és az EU423-as jelű többszöri elérési kifizetést és állandó haláleseti szolgáltatást nyújtó, halálesetre vagy elérésre szóló (vegyes) életbiztosítási feltételek részét képezi.

Az indexálási záradék célja az életbiztosítási szolgáltatások értékállóságának megőrzése az inflációval szemben, valamint a bruttó hazai termék (GDP) és a háztartások jövedelmének növekedésével arányosan, a záradékban foglalt feltételek szerint.

Az indexálás évente egy alkalommal, az alap életbiztosítás haláleseti biztosítási összegének és díjának a növelésével valósul meg.

1. Indexálás

A haláleseti szolgáltatás és a biztosítási díj 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 halálesi biztosítási összeg növelése

A halálesi biztosítási összeg növelésére (indexálására) minden egyes biztosítási évfordulón kerülhet sor annyi éven keresztül, amennyi év az életbiztosítás tartamának felével megegyezik (a töredékévet a biztosító nem veszi figyelembe). Az utolsó indexálás időpontját követően a halálesi biztosítási összeg a továbbiakban változatlan.

Az első indexálás alkalmával a halálesi biztosítási összeg növelése az indexráta és az induló halálesi biztosítási összeg alapján kerül kiszámításra. A további biztosítási évfordulókon az alap életbiztosítás halálesi biztosítási összege az aktuális indexráta és az előző év halálesi biztosítási összege alapján kerül kiszámításra.

A biztosító a halálesi biztosítási összeg növeléséről minden egyes biztosítási évforduló előtt írásban értesíti a szerződőt. A biztosító a megnövelt összegű halálesi kockázatot a biztosítási évforduló napjának 0 órájától viseli, amennyiben a növelt összegű díjat megfizették.

A biztosítottnak a türelmi idő alatt bekövetkező halála 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 a biztosítási évfordulón kerülhet sor.

Az első indexálás alkalmával a növelt összegű biztosítási díj az indexráta és az induló biztosítási díj figyelembevételével kerül meghatározásra. A további biztosítási évfordulókon a díj az aktuális indexráta és az előző év biztosítási díja alapján kerül kiszámításra.

Minden olyan esetben, amikor az aktuális díjnövelés összege nem elegendő a halálesi biztosítási összeg megfelelő mértékű növeléséhez, a halálesi biztosítási összeg a díjnövelés által ténylegesen fedezett mértékig kerül növelésre.

4. Az indexálás felfüggesztése

A biztosító az indexálási záradékkal rendelkező összes szerződés, vagy azok egy meghatározott csoportja tekintetében felfüggesztheti az indexálás alkalmazását, amennyiben a megállapított indexráta mértéke az életbiztosítási 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. A biztosító által előírt kockázatvizsgálat függvényében a biztosító a szerződő indexáláshoz való jogát újra érvénybe helyezheti.

Újra érvénybehelyezés esetén az indexálás visszautasítására vonatkozó két egymást követő alkalom az újra érvénybehelyezés időpontjától számítható.

6. Befektetési Számla

a) A Befektetési Számla létrehozása

Az alapbiztosítás értékállóságának megőrzése - a halálesi biztosítási összeg növelésén túl – egy Befektetési Számla (a továbbiakban: Számla) létrehozásával történik.

A Számlán az alábbi összegek kerülnek jóváírásra ill. terhelésre:

- (I) az alábbiakban meghatározott befektetési díjrész,
- (II) a Számla befektetéseiből képződött hozam,
- (III) a Számla kezelésével kapcsolatban meghatározott költségek.

Befektetési díjrész

A befektetési díjrész a teljes díjnövekménynek és a halálesi biztosítási összeg növelésére szolgáló díjnövekménynek a különbözete. A Számlán jóváírt összeg az első indexálástól számított 60. hónapig a befektetési díjrész összegének 90%-a, azt követően a befektetési díjrész teljes összege.

Automatikus díjkölcsön és díjmentes leszállítás céljára a Számla egyenlege nem használható fel, a Számla terhére életbiztosítási kötvénykölcsön nem folyósítható.

b) A Számla befektetése és adminisztrációja

A biztosító a számla hó végi egyenlegét a befektetési politikának megfelelően, biztonságos hozamra törekedve befekteti. Az elért hozam legalább 85% a befektetési évet követő évben egy alkalommal, a havi számlaegyenlegek alapján kerül jóváírásra. A biztosító bármely általa megfelelőnek tartott befektetési stratégiát alkalmazhat és ellátja a Számla adminisztrációját. A Számla adminisztrációs költsége forint alapú termékek esetén havi 100 Ft, Euró alapú termékek esetén havi 0,4 Euró, továbbá az indexálás első 10 évében havonta legfeljebb a számlaérték 0,25%-a.

c) A Számla kifizetése

A Számla összege az alapbiztosítás szolgáltatásainak teljesítésére meghatározottakkal megegyező módon kerül kifizetésre. Amennyiben a szerződés díjfizetés elmulasztása miatt megszűnik, visszavásárolják vagy az díjmentesen leszállított összegű biztosítással alakul át, a Számla a szerződő részére kerül kifizetésre az alábbi, százalékos értékekkel csökkentett összegben:

Elteelt hónapok száma az első indexálástól számítva	Számlaösszeg %-a
0-24	100
25-36	5
37-48	4
49-60	3
60 fölött	0

7. Eseti befizetések

Az első biztosítási évfordulót követően a szerződőnek jogában áll az általa meghatározott összegben eseti befizetéseket teljesíteni, amely befizetések – legfeljebb 3%-os költség levonása után - a Számlán kerülnek jóváírásra.

8. Az indexálás megszűnése

Az indexálási jog megszűnik és további indexálásra nincs lehetőség, amennyiben:

- a) a szerződő egymást követő két alkalommal visszautasítja az indexálást,
- b) a biztosító díjmentesítési szolgáltatást nyújt az alapbiztosításhoz kapcsolt kiegészítő biztosítás alapján. Az a) pont alatt meghatározott esetben a halálesi biztosítási összeg és a biztosítási díj a záradék megszűnésének időpontját közvetlenül megelőzően érvényes összegben változatlan marad. A b) pont alatt meghatározott esetben a halálesi biztosítási összeg és a biztosítási díj a díjmentesítési szolgáltatás igénybevételére jogosító biztosítási esemény bekövetkezésének időpontját közvetlenül megelőzően érvényes összegben változatlan marad. A szolgáltatási igény bejelentésével kapcsolatos késelem ill. a biztosítási esemény bekövetkezése után hatályba lépő növelt összegű biztosítási díj a biztosítót nem kötelezi. Ebben az esetben a szolgáltatás növelésére befizetett díjnövekmény összegét a biztosító a szerződő részére visszafizeti.

9. A záradék megszűnése

A záradék automatikusan megszűnik a következő esetekben:

- a) az alapbiztosítás lejáratakor, a kötvényben meghatározott időpontban,
- b) ha az alapbiztosítás díjfizetés elmaradása miatt, maradékjogok nélkül megszűnik,
- c) ha az alapbiztosítást visszavásárolják,
- d) ha az alapbiztosítást díjmentesen leszállított összegű biztosítással alakítják át, amely esetben a növelt összegű halálesi szolgáltatás megszűnik,
- e) a biztosított halálakor, amely esetben a növelt összegű halálesi szolgáltatás a Számlával együtt kerül kifizetésre.

Az 140-es jelű és a EU140-es jelű "Rokkantsági díjmentesítés" kiegészítő biztosítás feltételei

A "Rokkantsági díjmentesítés" kiegészítő biztosítás az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben azon alap életbiztosítás feltételei az irányadók, amelyhez a kiegészítő biztosítást kötötték.

1. A biztosított személye

Amennyiben a biztosítási szerződésben a szerződő és a biztosított személye különválik, úgy a jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja

- a) a szerződő, amennyiben a biztosítóval szerződést kötő fél természetes személy, vagy
- b) az alapbiztosítás biztosítottja, amennyiben a biztosítóval szerződést kötő fél nem természetes személy.

2. Biztosítási esemény és szolgáltatás

A biztosító ezen kiegészítő biztosítás feltételei alapján, a szerződő díjfizetése ellenében, a következő szolgáltatás teljesítését vállalja:

Amennyiben a benyújtott igazoló okiratok alapján, illetve az elvégzett orvosi vizsgálat(ok) eredményeként megállapításra kerül, hogy a biztosított a jelen feltételek szerinti teljes és tartós rokkantságot szenvedett, a szerződés szerinti alapbiztosítás és - eltérő szerződésbeli rendelkezések hiányában - a hozzá tartozó kiegészítő biztosítás(ok) a rokkantság bekövetkezését követő díjesedékeségtől a rokkantság tartamára változatlan szolgáltatási feltételek mellett díjmentessé válnak.

A biztosító azonban nem teljesít díjmentesítési szolgáltatást azon díjfizetési időszakra, amelynek díja több mint 6 hónappal azt megelőzően vált esedékesé, amikor a díjmentesítés iránti igénybejelentés a biztosító központjába beérkezett.

3. A teljes és tartós rokkantság meghatározása

Ezen kiegészítő biztosítás szempontjából teljes és tartós rokkantságnak minősül az a betegségből származó egészségromlás vagy az a baleseti testi sérülésből eredő egészségkárosodás, amelynek következtében a biztosított teljes egészében (100%-ban) elveszíti munkaképességét (teljesen képtelenné válik bármely keresőfoglalkozás folytatására), és amely egészségromlás, illetve egészségkárosodás legalább 6 hónapon keresztül folyamatosan fennáll.

A biztosító az előző meghatározástól függetlenül teljes és tartós rokkantságnak ismeri el a következő egészségkárosodásokat:

- mindkét szem látóképességének teljes és végleges elvesztése,
- mindkét kéz elvesztése (csuklóból vagy csukló felett),
- mindkét láb elvesztése (bokából vagy boka felett),

- egy kéz elvesztése (csuklóból vagy csukló felett) és egy láb elvesztése (bokából vagy boka felett).

A díjmentesítés csak abban az esetben kerülhet alkalmazásra, ha:

- a teljes és tartós rokkantságot eredményező betegség vagy baleseti sérülés a jelen kiegészítő biztosítás kezdete után, a kockázatviselés hatálya alatt következett be, továbbá ha
- a teljes és tartós rokkantság a biztosított 60. születésnapját követő biztosítási évforduló előtt következett be, valamint ha
- a teljes és tartós rokkantság azt megelőzően következett be, mielőtt a szerződésbeli alapbiztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díjfizetés elmaradása miatt vagy bármely más okból megszűnt volna.

A továbbiakban a "rokkantság" kifejezés a jelen pontban meghatározott teljes és tartós rokkantságot jelenti.

4. Kizárások

A biztosító mentesül a díjmentesítési szolgáltatás teljesítése alól, ha a rokkantság közvetve vagy közvetlenül:

- szándékosan elkövetett öncsonkítás vagy saját kezű testi sértés következménye (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori tudatállapotára);
- bármely légi járművel való utazás, illetve repülés következménye, kivéve a légiforgalomban engedélyezett menetrend szerint közlekedő légi járat utasaként történő repülést;
- opportunistá betegség következménye, feltéve, hogy a rokkantság bekövetkezésekor a biztosított kimutathatóan fertőzött volt a humán immunhiányt okozó vírussal (HIV) és/vagy szervezetében kialakult a szerzett immunhiány szindróma (AIDS).

A biztosító fenntartja a jogot, hogy bizonyos veszélyes foglalkozások, munkakörök, rendszeres szabadidős tevékenység (sport, hobbi, stb.) esetén, illetve a biztosított egészségi nyilatkozata vagy orvosi vizsgálata alapján a jelen kiegészítő biztosítást nem, vagy csak megemelt díjjal, illetve további kizárás(ok) alkalmazásával köti meg.

5. A biztosítási esemény bejelentése és igazolása

A biztosítási eseményt és a díjmentesítési szolgáltatás iránti igényt írásban kell bejelenteni a biztosítónak. A bejelentésnek a biztosított életében, a rokkantság folyamatos fennállása alatt és - ha a díjfizetést időközben elmulasztották - az első elmaradt díj esedékességétől számított 1 éven belül kell beérkeznie a biztosító központjába.

Az igényelbírálás tartama alatt a biztosító jogosult a saját költségén és az általa megnevezett orvosokkal a biztosítottat megvizsgáltatni a rokkantság megállapítása érdekében.

6. A rokkantság folyamatos fennállásának bizonyítása

A szerződő a biztosító felhívására köteles igazolni a rokkantság folyamatos fennállását, függetlenül attól, hogy a biztosító a rokkantság igazolását korábban már elfogadta. A folyamatos rokkantság igazolását a biztosító legfeljebb negyedévente kérheti, azonban ha a rokkantság már két teljes éven át folyamatosan fennállott, a biztosító a továbbiakban csak évente egyszer kérhet ilyen igazolást.

Amennyiben a szerződő nem tesz eleget ezen bizonyítási kötelezettségének vagy a biztosító megállapítása szerint már nem rokkant (képesse vált bármely olyan foglalkozásnak vagy szakmai tevékenységnek a folytatására, amelyért fizetést vagy jövedelmet realizálhat), a díjmentesítés megszűnik és a szerződés szerint fizetendő összes díj a bizonyítási kötelezettség elmulasztását, illetve a rokkantság megszűnését követő díjesedékeségtől újból esedékessé válik. A biztosító a díjmentesség megszűnéséről és a soron következő díjak esedékessé válásáról írásban értesíti a szerződőt.

7. Díjfizetés

A biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő a biztosítás megszűnéséig vagy a díjmentesség kezdetéig.

8. A biztosítás kezdete

A jelen kiegészítő biztosítás kezdete megegyezik a szerződés szerinti alapbiztosítás kezdetével, kivéve, ha a kötvényben vagy az ahhoz csatolt záradékban egy későbbi időpont került megjelölésre a kiegészítő biztosítás kezdeteként.

9. A biztosítás megszűnése

Ezen kiegészítő biztosítást a szerződő (biztosított) bármely díjesedékeség időpontjára - 30 nappal az esedékesség előtt - írásban felmondhatja. A felmondó nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt, amelyen a biztosítás megszűnését a biztosító záradékkal feljegyzi.

A jelen kiegészítő biztosítás és a biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik:

- a biztosítás lejáratakor, de legkésőbb annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 60. életévét betölti;
- ha a szerződés szerinti alapbiztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díját az esedékességkor, illetve a feltételek szerinti türelmi időn belül nem fizetik meg;
- amikor a szerződés szerinti alapbiztosítást visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy az bármely okból megszűnik;
- amikor a biztosított háború vagy polgárháború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) katonai szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország, nemzetközi szervezet vagy szemben álló fél bármely fegyveres erejénél;
- amikor a biztosított háború vagy polgárháború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) kisegítő (nem harcoló) egység tagjaként polgári szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország, nemzetközi szervezet vagy szemben álló fél bármely fegyveres ereje mellett.

A jelen kiegészítő 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.

10. Maradékjogok

A jelen biztosítás maradékjogokkal nem rendelkezik, de amennyiben a díjfizetés elmulasztása miatt a szerződés szerinti alapbiztosításra automatikus díjkölcsön lép életbe, a jelen kiegészítő biztosítás elmaradt díjai - az alapbiztosítás díjtaralékának terhére - szintén automatikus díjkölcsönnek kerülnek kiegyenlítésre. A jelen feltételek alapján díjmentesített alapbiztosítás maradékjogai a díjmentesség tartama alatt is változatlan feltételek mellett gyakorolhatók.

11. Többlethozam

A jelen kiegészítő biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik. Azonban ha a szerződésben olyan

alapbiztosítás szerepel, amely a befektetések többlethozamából való részesedésre jogosít, ezen jogosultság a jelen feltételek alapján nyújtott díjmentesség tartama alatt is változatlan feltételekkel fennáll és a biztosító a szerződő részesedését ugyanúgy jóváírja, mintha az esedékes díjakat megfizették volna.

A 160-as jelű és az EU160-as jelű baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosításának feltételei

A baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben azon alapbiztosítás feltételei az irányadók, amelyhez a kiegészítő biztosítást kötötték.

1. A biztosított személye

A jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja az alapbiztosítás biztosítottja, amennyiben a biztosítási szerződésben a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozóan más biztosított nem került megjelölésre.

2. Biztosítási esemény és szolgáltatás

A jelen feltételek szempontjából balesetnek minősül 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 meghal.

A biztosító a biztosított baleseti sérülésből eredő halála esetén kifizeti a szerződésben (kötvényben) a baleseti halálra meghatározott biztosítási összeget, feltéve, hogy a biztosítás a baleset bekövetkeztekor érvényben volt.

3. Kizárások

Ezen kiegészítő biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a baleseti halálra szóló biztosítási összeg nem kerül kifizetésre, ha a biztosított halálát okozó testi sérülés közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:

- a szerződés hatályba lépése előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés,
- bármilyen betegség vagy bakteriális fertőzés (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzések kivételével), gyógyászati vagy sebészeti gyógykezelések,
- a biztosítottnak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota, kivéve, ha ezeket egészségügyi intézmény vagy személy előírására alkalmazzák,
- a biztosított alkoholos befolyásoltságú állapota, amennyiben véralkoholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedésrendészeti szabályokban megengedett határértéknél,
- a biztosított öngyilkossága, illetve ennek kísérlete (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori elme- és tudatállapotára),
- bármely idegi vagy elmebeli rendellenesség, elnevezésüktől vagy osztályozásüktől függetlenül (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezavar),
- bármely, sérvet, lumbagot vagy sciaticat (az ülő-ideg szába egyedi formáját) okozó sérülés,
- bármely olyan káresemény, amelynek oka közvetve vagy közvetlenül a HIV (Emberi Immunhiányt Okozó Vírus) és / vagy bármely HIV-val kapcsolatos betegség beleértve az

AIDS-t (Szerzett Immunhiányos Szindróma), és / vagy annak bármilyen mutáns származékát vagy változatát,

Továbbá nem terjed ki a kiegészítő biztosítás azon balesetből adódó sérülésekre, amelyek az alábbi körülmények között következtek be:

- i) a biztosított hivatásos sportolói minőségben végzett sporttevékenysége,
- j) a biztosított részvétele bármely olyan versenyben vagy versenyre való felkészülésben, amely motoros meghajtású szárazföldi-, vízi- vagy légi jármű használatával jár,
- k) a biztosított részvétele lovassport tevékenységben, illetve bármely vízi jármű használatával járó versenyben vagy versenyre való felkészülésben,
- l) amennyiben a biztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vagy motorcsónakot vezet, vagy azon utazik,
- m) amennyiben a biztosított fizető utasként utazik olyan légi járművön, amely nem tartozik egyetlen légitársasághoz sem és nincs megfelelő bejegyzése, ill. engedélye fizető utasok szállítására rendszeres és közzétett menetrend szerinti útvonalon,
- n) a biztosított aktív szolgálata bármely nemzet vagy nemzetközi szervezet bármely fegyveres erejénél, illetve aktív rendőri szolgálat teljesítése,
- o) a biztosított által jogellenesen, szándékosan, vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidézett esemény,
- p) mialatt a biztosított pilótaként vagy utasként gyakorlásra vagy egyéb célból sárkányrepülő, vitorlázó- vagy egyéb könnyűszerkezetű repülőgépet, ill. ejtőernyőt használ vagy nem utas minőségben bármilyen légi járművel utazik,
- q) bármely, radioaktív energia vagy maghasadás által működtetett vagy működtetésre alkalmas fegyver vagy eszköz használata, minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt,
- r) polgárháború vagy országok közötti háború (a hadüzenet tényétől függetlenül), háborús állapotok, harci cselekményekben, felkelésben, lázadásban, zavargásban, zendülésben való részvétel (függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételtől van szó).

Továbbá az alapbiztosításhoz csatolt záradék(ok)ban meghatározott kizárások ezen kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.

4. Díjfizetés

A kiegészítő biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő a kiegészítő biztosítás megszűnéséig, vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjesedékeség időpontjáig.

5. A biztosítás kezdete

A jelen kiegészítő biztosítás kezdete megegyezik az alapbiztosítás kezdetével, kivéve, ha a kötvényen vagy a kiegészítő biztosításról kiállított záradékban a kiegészítő biztosítás kezdeteként eltérő időpont kerül feltüntetésre.

6. A biztosítás tartama

A biztosítás egy éves időtartamra szól és minden esetben egy újabb évvel meghosszabbodik, ha azt a biztosítási év

letele előtt legalább 30 nappal egyik fél sem mondja fel, illetve a biztosítási évfordulón esedékes díj megfizetése kerül.

7. A biztosítás megszűnése

Ezen kiegészítő biztosítást a szerződő (biztosított) bármely díjesedékeség időpontjára -30 nappal az esedékeség előtt- írásban felmondhatja. A felmondó nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt, amelyen a jelen kiegészítő biztosítás megszűnését a biztosító záradékkal feljegyzi.

A jelen kiegészítő biztosítás és a biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik:

- a) a biztosítás lejáratakor, de legkésőbb annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 65. életévét betölti;
- b) ha a szerződés szerinti alapbiztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díját az esedékeségek, illetve a feltételek szerinti türelmi időn belül nem fizetik meg;
- c) amikor a szerződés szerinti alapbiztosítást visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy az bármely okból megszűnik;
- d) a rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás szolgáltatásának kezdetekor, amennyiben a rokkantsági díjmentesítés díjának megállapításakor jelen kiegészítő biztosítás díja nem került figyelembevételre;
- e) amikor a biztosítottat ideg-, illetve elmebetegségére való tekintettel cselekvőképtelennek nyilvánítják;
- f) amikor a biztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) katonai szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres erejénél;
- g) amikor a biztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) kisegítő (nem harcoló) egység tagjaként polgári szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres ereje mellett.

8. A biztosítási esemény bejelentése és bizonyítása

A balesetet, illetve a biztosítási eseményt annak bekövetkezésétől számított 8 napon belül a biztosítónak 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.

A biztosított felhatalmazza a biztosítót, hogy baleseti halál esetén a holttestet a biztosító saját költségén orvosokkal megvizsgálta és szükség esetén felboncoltassa.

A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a következő iratokat kell a biztosító részére benyújtani:

- a) a szolgáltatás iránti igénybejelentőt;
- b) a halotti anyakönyvi kivonat hitelesített másolatát és a halál okát igazoló orvosi bizonyítványt;
- c) a baleset tényét és körülményeit igazoló rendőrhatalósági jegyzőkönyv vagy más hatósági jelentés másolatát (amennyiben ilyen készült);
- d) mindazon okiratokat, amelyek a jogosultság (személyazonosság, illetve kedvezményezett vagy örökös státus) igazolásához szükségesek;
- e) továbbá mindazon okiratokat, amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek

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

9. A biztosító teljesítése

A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához szükséges összes irat beérkezése után, az utoljára beérkezett irat kézhezvételétől számított 30 napon belül teljesíti. A biztosító a már esedékesé vált, de még meg nem fizetett díjakat bármely szolgáltatás összegéből levonja.

Amennyiben a biztosított ugyanazon baleseti testi sérülés következtében megrokkann, majd később, de még a baleset bekövetkezését követő 180 napon belül meghal és ugyanazon szerződésen belül rendelkezik baleseti rokkantság kiegészítő biztosítással, a biztosító csak a baleseti halál esetére járó kártérítési összeget fizeti ki.

Amennyiben a biztosított ugyanazon szerződésen belül rendelkezik baleseti rokkantság kiegészítő biztosítással és a biztosító a baleseti rokkantság esetére járó összeget a biztosított halála előtt már kifizette, a baleseti halál biztosítási összegéből a már kifizetett rokkantsági szolgáltatás összege levonásra kerül és a biztosító csak a különbözetet fizeti ki. Amennyiben a biztosító a baleseti rokkantsági szolgáltatást már kifizette a biztosított halála előtt, és a baleseti halál szolgáltatási összege kevesebb mint a rokkantsági szolgáltatás összege, a biztosító a kifizetett többletet nem követeli vissza.

10. Maradékjogok

A jelen kiegészítő biztosítás maradékjogokkal nem rendelkezik, de amennyiben a díjfizetés elmulasztása miatt a szerződés szerinti alapbiztosításra automatikus díjkölcson lép életbe, a jelen kiegészítő biztosítás elmaradt díjai - az alapbiztosítás díjtartalékának terhére - szintén automatikus díjkölcsonnel kerülnek kiegyenlítésre.

11. Többlethozam

A jelen kiegészítő biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik.

12. Indexálás

Amennyiben az alapbiztosítás indexálási záradékkal rendelkezik, úgy a jelen kiegészítő biztosítás az alapbiztosítással együtt, de legfeljebb 10 éven keresztül kerül indexálásra.

A kiegészítő biztosítás díja és biztosítási összege azonos arányban, az alapbiztosításra vonatkozó indexrátaival kerül növelésre.

A 161-es jelű és EU161-es jelű baleseti maradandó rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosításának feltételei

A baleseti maradandó rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben azon alapbiztosítás feltételei az irányadók, amelyhez a kiegészítő biztosítást kötötték.

1. A biztosított személye

A jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja az alapbiztosítás biztosítottja, amennyiben a biztosítási szerződésben a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozóan más biztosított nem került megjelölésre.

2. Biztosítási esemény és szolgáltatás

A jelen feltételek szempontjából balesetnek minősül 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 maradandó rokkantságot szenved.

Baleseti maradandó teljes rokkantság

Amennyiben a biztosított a baleseti testi sérülés következményeként, a baleset időpontját követő 180 napon belül olyan maradandó rokkantságot (egészségkárosodást) szenved, amelynek következtében képtelenné válik bármely olyan foglalkozásnak vagy szakmai tevékenységnek a végzésére, amelyért fizetést vagy jövedelmet realizálhat, a biztosító a szerződésben (kötvényben) meghatározott biztosítási összeget teljesíti, feltéve, hogy ezen rokkantság az utóbbi 12 egymást követő hónapban folyamatosan fennállott és ezen időszak végén is maradandó volt.

A biztosító az előző meghatározástól függetlenül 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, ill. kéz és egy láb, ill. lábfej teljes elvesztése	100%

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

Baleseti maradandó részleges rokkantság

Amennyiben a biztosított a baleseti testi sérülés következményeként, a baleset időpontját követő 180 napon belül maradandó részleges rokkantságot (egészségkárosodást) szenved, a biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összegből a maradandó részleges rokkantság mértékének megfelelő összeget fizeti ki.

A rokkantság mértékét a következő táblázat szerint kell megállapítani:

Testrészek egészségkárosodása	Térítés (%)
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 felső állkapocscsont 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 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 működéséptelensége	20 %	15 %
Váll ízületmerekvsége (ankylosis)	40 %	30 %
Könyök ízületmerekvsége - kedvező állapotú		
(15 fokos mozgás jobb szögben)	25 %	20 %
- kedvezőtlen állapotú	40 %	35 %
Az alkarok csontállományának nagyfokú csökkenése (meghatározott és gyógyíthatatlan sérülés)	40 %	30 %
A medianus ideg teljes működéséptelensége	45 %	35 %
A radiális ideg teljes működéséptelensége	40 %	35 %
Az alkar radiális idegének teljes bénulása	30 %	25 %
A kéz radiális idegének teljes bénulása	20 %	15 %
A cubitális ideg teljes bénulása	30 %	25 %
Csukló ízületmerekvsége (ankylosis)		
kedvező állapotban (kiegyenesítés, behajlítás)	20 %	15 %
Csukló ízületmerekvsége kedvezőtlen állapotban (hajlított, feszítve)		
kinyújtott vagy ernyedt állapotban)	30 %	25 %
Hüvelykujj teljes elvesztése	20 %	15 %
Hüvelykujj teljes ízületmerekvsége (ankylosis)	20 %	15 %
Mutatóujj teljes amputációja	15 %	10 %
Hüvelykujj és mutatóujj egyidejű 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 (combtőig)	60 %
Comb és láb teljes elvesztése	50 %
combközéptől	
Lábfej teljes elvesztése (izületi csonkolás a sípcsont és lábtőcsontok között)	45 %
Lábfej részleges elvesztése (izületi csonkolás a külső bokacsont és a lábtőcsontok között)	40 %
Lábfej részleges elvesztése (izületi csonkolás a lábtőcsontok között)	35 %
Lábfej részleges elvesztése (izületi 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 ízületmerekvsége	40 %
Térd teljes ízületmerekvsége	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 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 feltüntetett vagy ez a tény bizonyított, a felső végtagokra meghatározott arányok fordítottját kell alkalmazni.

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.

3. Kizárások

Ezen kiegészítő biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a maradandó rokkantságra szóló biztosítási összeg nem kerül kifizetésre, ha a biztosított maradandó rokkantságát okozó testi sérülés közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:

- a szerződés hatályba lépése előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés,
- bármilyen betegség vagy bakteriális fertőzés (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzések kivételével), gyógyászati vagy sebészeti gyógykezelések,
- a biztosítottnak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota, kivéve, ha ezeket egészségügyi intézmény vagy személy előírására alkalmazzák,
- a biztosított alkoholos befolyásoltságú állapota, amennyiben véralkoholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedésszerű szabályokban megengedett határértéknél,
- a biztosított öncsonkítása, illetve ennek kísérlete (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori elme- és tudatállapotára),
- bármely idegi vagy elmebeli rendellenesség, elnevezésüktől vagy osztályozásuktól függetlenül (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezavar),
- bármely, sérvet, lumbagot vagy sciaticat (az ülő-ideg zsába egyedi formáját) okozó sérülés,
- bármely olyan káresemény, amelynek oka

közvetve vagy közvetlenül a HIV (Emberi Immunhiányt Okozó Vírus) és / vagy bármely HIV-val kapcsolatos betegség beleértve az AIDS-t (Szerzett Immunhiányos Szindróma), és / vagy annak bármilyen mutáns származékát vagy változatát,

Továbbá nem terjed ki a kiegészítő biztosítás azon balesetből adódó sérülésekre, amelyek az alábbi körülmények között következtek be:

- i) a biztosított hivatásos sportolói minőségben végzett sporttevékenysége,
- j) a biztosított részvétele bármely olyan versenyben vagy versenyre való felkészülésben, amely motoros meghajtású szárazföldi-, vízi- vagy légi jármű használatával jár,
- k) a biztosított részvétele lovassport tevékenységben, illetve bármely vízi jármű használatával járó versenyben vagy versenyre való felkészülésben,
- l) amennyiben a biztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vagy motorcsónakot vezet, vagy azon utazik,
- m) amennyiben a biztosított fizető utasként utazik olyan légi járművön, amely nem tartozik egyetlen légitársasághoz sem és nincs megfelelő bejegyzése, ill. engedélye fizető utasok szállítására rendszeres és közzétett menetrend szerinti útvonalon,
- n) a biztosított aktív szolgálata bármely nemzet vagy nemzetközi szervezet bármely fegyveres erejénél, illetve aktív rendőri szolgálat teljesítése,
- o) a biztosított által jogellenesen, szándékosan, vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidézett esemény,
- p) mialatt a biztosított pilótaként vagy utasként gyakorlásra vagy egyéb célból sárkányrepülő, vitorlázó- vagy egyéb könnyűszerkezetű repülőgépet, ill. ejtőernyőt használ vagy nem utas minőségben bármilyen légi járművel utazik,
- q) bármely, radioaktív energia vagy maghasadás által működtetett vagy működtetésre alkalmas fegyver vagy eszköz használata, minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt,
- r) polgárháború vagy országok közötti háború (a hadüzenet tényétől függetlenül), háborús állapotok, harci cselekményekben, felkelésben, lázadásban, zavargásban, zendülésben való részvétel (függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételtől van szó).

Továbbá az alapbiztosításhoz csatolt záradék(ok)ban meghatározott kizárások ezen kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.

4. Díjfizetés

A kiegészítő biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő a kiegészítő biztosítás megszűnéséig, vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjesedéesség időpontjáig.

5. A biztosítás kezdete

A jelen kiegészítő biztosítás kezdete megegyezik az alapbiztosítás kezdetével, kivéve, ha a kötvényen vagy a kiegészítő biztosításról kiállított záradékban a kiegészítő biztosítás kezdeteként eltérő időpont kerül feltüntetésre.

6. 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.

7. A biztosítás megszűnése

Ezen kiegészítő biztosítást a szerződő (biztosított) bármely díjesedéesség időpontjára -30 nappal az esedéesség előtt- írásban felmondhatja. A felmondó nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt, amelyen a jelen kiegészítő biztosítás megszűnését a biztosító záradékkal feljegyzi.

A jelen kiegészítő biztosítás és a biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik:

- a) a biztosítás lejáratakor, de legkésőbb annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 65. életévét betölti;
- b) ha a szerződés szerinti alapbiztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díját az esedéességkor, illetve a feltételek szerinti türelmi időn belül nem fizetik meg;
- c) amikor a szerződés szerinti alapbiztosítást visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy az bármely okból megszűnik;
- d) a rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás szolgáltatásának kezdetekor;
- e) amikor a biztosítottat ideg-, illetve elmebetegségére való tekintettel cselekvőképtelennek nyilvánítják;
- f) amikor a biztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) katonai szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres erejénél;
- g) amikor a biztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) kiegészítő (nem harcoló) egység tagjaként polgári szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres ereje mellett.

8. A biztosítási esemény bejelentése és bizonyítása

A balesetet, illetve a biztosítási eseményt annak bekövetkezésétől számított 8 napon belül a biztosítónak 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 több lényeges körülmény kideríthetetlenekké válnak.

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

A biztosítási szolgáltatás igénybeviteléhez a következő iratokat kell a biztosító részére benyújtani:

- a) a szolgáltatás iránti igénybejelentőt;
- b) az orvosi jelentést valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával illetőleg az egészségkárosodás mértékének igazolásával;
- c) a baleset tényét és körülményeit igazoló rendőrhatalósági jegyzőkönyv vagy más hatósági jelentés másolatát (amennyiben ilyen készült);
- d) mindazon okiratokat, amelyek a jogosultság (személyazonosság, illetve kedvezményezetti vagy örökös státus) igazolásához szükségesek;
- e) továbbá mindazon okiratokat, amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek

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

9. A biztosító teljesítése

A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához szükséges összes irat beérkezése után, az utójára beérkezett irat kézhezvételétől számított 30 napon belül teljesíti. A biztosító a már esedékessé vált, de még meg nem fizetett díjakat bármely szolgáltatás összegéből levonja.

A biztosító a rokkantság jellegének, maradandóságának és mértékének egyértelmű orvosi megállapítását megelőzően rokkantsági szolgáltatást nem teljesít. A rokkantság mértékét és maradandóságát legkésőbb 2 évvel a baleset után meg kell állapítani.

Az ugyanazon balesetből származó több testi sérülés esetén az egyes rokkantsági esetekre megállapított szolgáltatások összegzésre kerülnek, de a teljes összeg nem haladhatja meg a szerződésben szereplő teljes biztosítási összeget.

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

10. Maradékjogok

A jelen kiegészítő biztosítás maradjogokkal nem rendelkezik, de amennyiben a díjfizetés elmulasztása miatt a szerződés szerinti alapbiztosításra automatikus díjkölcsön lép életbe, a jelen kiegészítő biztosítás elmaradt díjai - az alapbiztosítás díjtartalékának terhére - szintén automatikus díjkölcsönnel kerülnek kiegyenlítésre.

11. Többlethozam

A jelen kiegészítő biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik.

12. Indexálás

Amennyiben az alapbiztosítás indexálási záradékkal rendelkezik, úgy a jelen kiegészítő biztosítás az alapbiztosítással együtt, de legfeljebb 10 éven keresztül kerül indexálásra.

A kiegészítő biztosítás díja és biztosítási összege azonos arányban, az alapbiztosításra vonatkozó indexrátaival kerül növelésre.

167-es és EU167-es jelű balesetből eredő kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosításának feltételei

A 167-es jelű balesetből eredő kórházi ellátásra és műtéti beavatkozásra szóló kiegészítő biztosítás az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben azon alapbiztosítás feltételei az irányadók, amelyhez a kiegészítő biztosítást kötötték.

I. Fogalom meghatározások

1. Biztosított - A biztosított az a személy, akinek az életével, testi épségével, illetve egészségével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön. A jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja az alapbiztosítás

15. életévét betöltött, de a 60. életévét még be nem töltött biztosítottja, amennyiben a biztosítási szerződésben a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozóan más biztosított nem került megjelölésre.

2. Kedvezményezett - Amennyiben a jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában eltérően nem rendelkeztek, a kiegészítő biztosítás kedvezményezettje maga a biztosított. A szerződő fél az eredetileg kijelölt kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával bármikor más kedvezményezettet nevezhet meg.

3. Baleset - A jelen feltételek szempontjából balesetnek minősül 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 kórházi ellátásban részesül és/vagy orvos által elvégzendő műtéti eljárás alá utalják.

4. Bennfekvő beteg – A jelen biztosítás szempontjából benn fekvő beteg az a személy, aki a 180 napnál nem korábban elszennvedett balesete miatt benn fekvőként, legalább 24 órán folyamatosan kórházi ellátásban részesült.

5. 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, benn fekvő 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 kábítószer függőségi terápiával,
- nem lakása a biztosítottnak.

6. Intenzív ellátás - A jelen biztosítás szempontjából intenzív ellátásnak minősül a kórháznak a közvetlen életveszély elhárítását célzó és arra szakosodott, 24 órás folyamatos szakorvosi felügyeletet biztosító és intenzív elnevezés alatt működő különálló egységében nyújtott ellátás.

7. Orvos - Az orvos az, a biztosítottól vagy annak közeli hozzátartozóitól eltérő személy, aki a jogszabályban meghatározott vizsgákkal és engedéllyel rendelkezik az igény alapján szolgáló baleseti sérülés vagy betegség gyógyítására.

8. Közeli hozzátartozó - A Polgári Törvénykönyv 685. §-a alatt hozzátartozói minőségben meghatározott személyek köre.

II. Biztosítási esemény és szolgáltatás

1. Biztosítási esemény és szolgáltatás

A biztosítási esemény az, az esemény, amelynek a biztosítás hatálya alatt történő bekövetkezésekor a biztosító biztosítási szolgáltatást teljesít. A jelen feltételek szempontjából biztosítási esemény a biztosított balesetből származó kórházi és/vagy műtéti ellátása, amennyiben a kórházi ellátás és/vagy az orvos által végzett műtéti beavatkozás a baleset időpontjától számított 180 napon belül következik be.

a.) Balesetből származó kórházi ellátásra szóló napi térítés

Amennyiben a biztosított személy, a biztosítási szerződés hatályba lépése után bekövetkezett baleseti testi sérülés következtében benn fekvőként kórházi ellátásban részesül, a Biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott kórházi napi térítési összeget fizeti a biztosítottnak a kórházi ellátás első (1.) napjától az ellátás tartama alatt, de legfeljebb a kilencvenedik (90.) naptári napig.

Amennyiben a biztosított személy a kórházi ellátás tartama alatt intenzív ellátásban részesül, a Biztosító az intenzív ellátás napjaira jutó napi térítés összegét ötven (50) százalékkal növelten teljesíti.

A kórházi ellátás tartamának legalább egy (1) napos megszakítása esetén a Biztosító a következő kórházi ellátás(ok)at a korábbi kórházi ellátás(ok)tól függetlenül, új kórházi ellátásként veszi figyelembe.

Ugyanazon, vagy hasonló ok következtében szükségessé váló, egymást követő kórházi ápolások esetén a kórházi ellátás teljes időtartama ugyanazon baleset vagy betegség következményének számít kivéve, ha az egyes kórházi ápolási periódusok között legalább tizenkét (12) hónap eltelik.

Ugyanazon, vagy hasonló ok következtében szükségessé vált kórházi ellátás esetén a Biztosító a biztosítási szerződés teljes érvényességi ideje alatt legfeljebb két (2) alkalommal teljesít kórházi napi térítési szolgáltatást.

b.) Balesetből származó műtét esetén fizetendő térítés

Ha a biztosított személy a biztosítási szerződés hatályba lépése után bekövetkezett baleseti testi sérülés következtében kórházi ellátásban részesül és orvos által elvégzendő műtéti eljárás alá utalják, a Biztosító a szerződés rendelkezéseinek megfelelően műtéti térítést fizet, melynek összegét a műtéti táblázatban (a jelen szerződés 1. számú melléklete) az adott eljárásra megállapított százalékos érték és a szerződésben meghatározott biztosítási összeg alapján állapítja meg. Ha ugyanazon műtéti eljárásban több sebészeti beavatkozás szükséges, akkor az egész műtéti eljárásért fizetendő összeg a legmagasabb százalékos értékű műtéti beavatkozás térítési összegével egyezik meg.

Abban az esetben, ha a biztosított olyan műtéti térítésre jogosult, mely térítés nincs egyértelműen megjelölve a műtéti táblázatban, akkor a Biztosító a táblázatban feltüntetett, azonos bonyolultságú műtetre megállapított térítési összeget fizeti. A műtét bonyolultsági fokát a műtéti táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján a Biztosító orvosa állapítja meg.

III. Kizárások

1. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon baleseti testi sérülésből származó kórházi ellátásra és műtéti térítésre, amely oka részben vagy egészében:

- a szerződés hatályba lépése előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés,
- bármilyen betegség, bakteriális fertőzések (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzések kivételével),
- a biztosított öngyilkossága, öncsonkítása, valamint ezek kísérlete, illetve a biztosított által önmagának okozott egyéb testi sérülés (az elmeállapotra való tekintet nélkül),
- bármely idegi vagy elmebeli rendellenesség, elnevezésüktől vagy osztályozásüktől függetlenül (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezavar),

- bármely, sérvet, lumbagot vagy sciaticat (az ülő-ideg zsába egyedi formáját) okozó sérülés,
- kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,
- a kórházi ellátás tartama alatt elszennvedett bármilyen fertőzés,
- a biztosított által jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidézett esemény,
- bármely olyan kezelés vagy gyógy mód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben, rehabilitációs vagy utókezelő központban végeznek,
- a biztosítottnak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota kivéve, ha ezeket egészségügyi hatóság előírására alkalmazzák,
- a biztosított alkoholos befolyásoltságú állapota, amennyiben véralkoholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedésrendészeti szabályokban megengedett határértéknél,
- bármely olyan betegség, halál, egészségkárosodás vagy költség, amelynek oka közvetve vagy közvetlenül a HIV (Emberi Immunhiányt Okozó Vírus) és / vagy bármely HIV-val kapcsolatos betegség beleértve az AIDS-t (Szerzett Immunhiányos Szindróma), és / vagy annak bármely mutáns származékát vagy változatát,
- a biztosított hivatásos sportolói minőségben végzett sporttevékenysége,
- a biztosított részvétele bármely olyan versenyben vagy versenyre való felkészülésben, amely motoros meghajtású szárazföldi-, vízi- vagy légi jármű használatával jár,
- a biztosított részvétele lovassport tevékenységben, illetve bármely vízi jármű használatával járó versenyben vagy versenyre való felkészülésben,
- amennyiben a biztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vagy motorcsónakot vezet, vagy azon utazik,
- amennyiben a biztosított fizető utasként utazik olyan légi járművön, amely nem tartozik egyetlen légitársasághoz sem és nincs megfelelő bejegyzése ill. engedélye fizető utasok szállítására rendszeres és közzétett menetrend szerinti útvonalon,
- a biztosított aktív szolgálata bármely nemzet vagy nemzetközi szervezet bármely fegyveres erejénél, illetve aktív rendőri szolgálat teljesítése,
- mialatt a biztosított pilótaként vagy utasként gyakorlásra vagy egyéb célból sárkányrepülő, vitorlázó- vagy egyéb könnyűszerkezetű repülőgépet ill. ejtőernyőt használ vagy nem utas minőségben bármilyen légi járművel utazik,
- bármely, radioaktív energia vagy maghasadás által működtetett vagy működtetésre alkalmas fegyver vagy eszköz használata, minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt,
- polgárháború vagy országok közötti háború (a hadüzenet tényétől függetlenül), háborús állapotok, harci cselekményekben, felkelésben, lázadásban, zavargásban, zendülésben való részvétel (függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételtől van szó).

2. Továbbá az alapbiztosításhoz csatolt záradék(ok)ban meghatározott kizárások ezen kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.

3. A biztosító szolgáltatási kötelezettségének elengedhetetlen feltétele, hogy a szolgáltatásra jogosult a kockázatviselésből kizárt események és a biztosítási esemény között lehetséges okozati összefüggés feltárása körében minden felvilágosítást és információt teljes körűen és valósághűen közöljön a biztosítóval, valamint lehetővé tegye ezen információk haladéktalan ellenőrzését.

IV. A biztosítás kezdete

A jelen kiegészítő biztosítás kezdete megegyezik az alapbiztosítás kezdetével, kivéve, ha a kötvényen vagy a kiegészítő biztosításról kiállított záradékban a kiegészítő biztosítás kezdeteként eltérő időpont került feltüntetésre.

V. A kockázatviselés kezdete

A Biztosító kockázatviselése az azt követő nap 0:00 órájától kezdődik, amikor a Szerződő fél a kiegészítő biztosítás díját a Biztosító számlájára befizeti feltéve, hogy a kiegészítő biztosításra vonatkozó szerződés már létrejött vagy utóbb létrejön.

VI. Díjfizetés

A kiegészítő biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő a kiegészítő biztosítás megszűnéséig, vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjesedékeség időpontjáig.

VII. 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.

VIII. A biztosítás megszűnése

1. A jelen kiegészítő biztosítás és a Biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik:

- a) az alapbiztosítás megszűnésekor, de legkésőbb annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 60. életévét betölti,
- b) ha a szerződés szerinti alapbiztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díját az esedékeségkor, illetve a feltételek szerinti türelmi időn belül nem fizetik meg,
- c) amikor a szerződés szerinti alapbiztosítást visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy az bármely okból megszűnik,
- d) a biztosított halálával,
- e) a rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás szolgáltatásának kezdetekor,
- f) amikor a biztosítottat ideg-, illetve elmebetegségére való tekintettel cselekvőképtelennek nyilvánítják,
- g) amikor az alapbiztosítás felfüggesztésre kerül.

2. Ezen kiegészítő biztosítást a Szerződő (főbiztosított) a biztosítási időszak végére írásban, a biztosítási évforduló előtt 30 nappal mondhatja fel. A felmondó

nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt, amelyen a jelen kiegészítő biztosítás megszűnését a Biztosító záradékkal feljegyzi.

IX. A biztosító teljesítése

1. Biztosítási esemény bejelentése és bizonyítása

A balesetet, illetve a biztosítási eseményt annak bekövetkezésétől számított 8 napon belül a biztosítónak 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.

A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a következő iratokat kell a biztosító részére benyújtani:

- a) a biztosító erre a célra szolgáló, kitöltött és aláírt kárbejelentő nyomtatványát;
- b) 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, valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával;
- c) a sérült testrésszel kapcsolatban, a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően felállított, orvosi diagnózisok, vizsgálatok, gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentációk másolatait, (ha létezik ilyen),
- d) a baleset tényét és körülményeit igazoló rendőrhatalósági jegyzőkönyv vagy más hatósági jelentés másolatát (amennyiben ilyen készült);
- e) a biztosított születési idejét hitelt érdemlően igazoló okiratot;
- f) a jogosultság (személyazonosság, örökös státus) megállapításához szükséges okiratot;
- g) továbbá mindazon okiratokat, amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek.

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

2. Biztosító teljesítése

A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához szükséges összes irat beérkezése után, az utoljára beérkezett irat kézhezvételétől számított 30 napon belül teljesíti. A biztosító a már esedékesé vált, de még meg nem fizetett díjakat bármely szolgáltatás összegéből levonja.

A biztosító a biztosítási szolgáltatás teljesítésének esedékeségét a bejelentett káresemény tekintetében indult büntető- vagy szabálysértési eljárás jogerős befejezéséhez nem köti.

A kifizetéseket a biztosító forintban teljesíti a kedvezményezett részére.

X. Maradékjogok

A jelen kiegészítő biztosítás maradékjogokkal nem rendelkezik, de amennyiben a díjfizetés elmulasztása miatt a szerződés szerinti alapbiztosításra automatikus díj kölcsön lép életbe, a jelen kiegészítő biztosítás

elmaradt díjai - az alapbiztosítás díjtartalékának terhére - szintén automatikus díj kölcsönrel kerülnek kiegyenlítésre.

XI. Többlethozam

A jelen kiegészítő biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik.

XII. Indexálás

Amennyiben az alapbiztosítás indexálási záradékkal rendelkezik, úgy a jelen kiegészítő biztosítás az alapbiztosítással együtt kerül indexálásra. A kiegészítő biztosítás díja és biztosítási összege azonos arányban, az alapbiztosításra vonatkozó indexrátaival kerül növelésre.

1. számú melléklet A baleseti műtéti térítésre szóló biztosítás műtéti táblázata

Műtéti beavatkozás leírása	A maximális kártérítési összeg %-a
----------------------------	--

ÁLTALÁNOS SEBÉSZET

Körömeltávolítás	5
Tályog bemetszése	5

MELL

Egy - vagy kétoldali radikális melleltávolítás	75
Egy - vagy kétoldali egyszerű melleltávolítás	50
Mell részleges eltávolítása	25

HAS

Has feltárása	50
Hasi tályog becsövezése	25
Teljes vagy részleges gyomoreltávolítás, vagotómia,	50
Béleltávolítás	50
Végbéleltávolítás hasi behatolással	100
Részleges májeltávolítás	75
Epehólyag eltávolítása	75
Hasnyálmirigyműtét	100
Lép eltávolítása	75
Vastagbél-, vékonybél-, hólyagsztóma készítése	50
Bélanasztomózis	50
Teljes vastagbéleltávolítás	75
Záróizom plasztika, epevezeték beszájaztatása	75
Azonos hasi metszésből végzett két vagy több sebészeti beavatkozás egyetlen műtétnek számít.	

NYIROKCSOMÓK

Nyirokcsomó eltávolítása hónaljából vagy lágyékból	50
--	----

MELLKAS MŰTÉTEK

Mellkas megnyitása, mellkasplasztika	100
Tüdő vagy tüdőlebeny eltávolítása	100
Tüdőbeékelődés eltávolítása	50
Nyelőcsőműtét	75
Szív vagy aortaműtét	100
Becsövezés mellkascsapoláshoz	25
Mellkascsapolás	10
Mellhártya összenövésének felszabadítása	25
Légmellkezelés a mellkas megnyitásával	50
Diagnosztikus mellkasfeltárás	50
Hörgő- vagy légcsősztent behelyezése	50

(8) Nyílt törés

A jelen feltételekben használt nyílt törés a csont olyan jellegű törése, amikor a tört csont a bőrre teget is átszakítja.

(9) Stressz törés (Fáradásos törés)

A jelen feltételekben használt stressz törés a csont olyan jellegű törése, amikor a csont rendszeres túlterhelés miatt sérül.

(10) 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.

2. Biztosítási esemény és szolgáltatás

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

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

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

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.

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

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

3. Térítési tábla

Az egészségkárosodás mértékét a következő térítési táblázat szerint kell megállapítani:

Az egészségkárosodás jellege	A biztosítási összeg %-a
------------------------------	--------------------------

CSONTTÖRÉSEK

- Medence törések (farkcsont törés nélkül):
 - a) Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés) 100
 - b) Minden egyéb nyílt törés 50
 - c) Többszörös törések (legalább egy teljes törés) 30
 - d) Egyszerű zárt törések 20
- Combcsont vagy sarokcsont törései:
 - a) Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés) 50
 - b) Minden egyéb nyílt törés 40
 - c) Többszörös törések (legalább egy teljes törés) 30

- d) Egyszerű zárt csonttörések 18
- Koponya alapi törések 50
 - a) Sípcsont, felkarcsont, orsócsont vagy csukló törései:
 - a) Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés) 40
 - b) Minden egyéb nyílt törés 30
 - c) Többszörös törés (legalább egy teljes törés) 20
 - d) Egyszerű zárt csonttörések 15
 - Felső vagy alsó állkapocs, külső boka, belső boka síngcsont törései:
 - a) Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés) 30
 - b) Minden egyéb nyílt törés 20
 - c) Többszörös törés (legalább egy teljes törés) 16
 - d) Egyszerű zárt törések 10
 - Lapocka, kulcsont, térdkalács, szegycsont, lábtő, lábközépcsontok törései:
 - a) Nyílt törések 20
 - b) Zárt törések 13
 - Gerinc törések (farkcsont törés kivételével):
 - a) Csigolyatestek kompressziós törése 20
 - b) Tövisnyúlvány, harántnyúlvány, izületi nyúlvány törései 7
 - Homlok, halánték, falcson, nyakszirtecsont törései:
 - a) csontszilánkok benyomódásával 30
 - b) csontszilánkok benyomódása nélkül 10
 - Borda vagy bordák, arccsont, farkcsont vagy szárcsontcsont (kivéve boka) törései:
 - a) Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés) 16
 - b) Minden egyéb nyílt törés 12
 - c) Többszörös törés (legalább egy teljes törés) 8
 - d) Egyszerű zárt csonttörések 5
 - Kézujj és lábujj törések:
 - a) Nyílt törések 5
 - b) 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

4. Kizárások

A biztosítás nem terjed ki azon törésekre és égési sérülésekre, amelyek oka közvetlenül vagy közvetve, egészében vagy részben:

- a) a szerződés hatályba lépése előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés,
- b) vészhelyzetet rendellenességek és az ebből fakadó következmények,
- c) bármilyen betegség, egészségi rendellenesség, előrehaladott kórfolyamat vagy bakteriális fertőzés (a baleseti sérülésből

- származó pyogenikus fertőzések kivételével), gyógyászati vagy sebészeti gyógykezelések,
- d) bármely betegsége visszavezethető csontgyengülés, patológiás csonttörések,
- e) a rendszeres túlterhelés eredményeként fellépő törések (stressz törések),
- f) a biztosítottnak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota, kivéve, ha ezeket egészségügyi intézmény vagy személy előírására alkalmazzák,
- g) a biztosított alkoholos befolyásoltságú állapota, amennyiben véralkoholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedésrendészeti szabályokban megengedett határértéknél,
- h) a biztosított öncsonkítása, illetve ennek kísérlete (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori elme- és tudatállapotára),
- i) bármely idegi vagy elmebeli rendellenesség, elnevezésüktől vagy osztályozásuktól függetlenül (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezavar),
- j) HIV (Emberi Immunhiányt Okozó Vírus) és / vagy bármely HIV-vel kapcsolatos betegség beleértve az AIDS-t (Szerzett Immunhiányos Szindróma), és / vagy annak bármilyen mutáns származékát vagy változatát,

Továbbá nem terjed ki a kiegészítő biztosítás azon balesetből adódó sérülésekre, amelyek az alábbi körülmények között következtek be:

- k) a biztosított hivatásos sportolói minőségben végzett sporttevékenysége,
- l) a biztosított részvétele bármely olyan versenyben vagy versenyre való felkészülésben, amely motoros meghajtású szárazföldi-, vízi- vagy légi jármű használatával jár,
- m) amennyiben a biztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vagy motorcsónakot vezet, vagy azon utazik,
- n) amennyiben a biztosított fizető utasként utazik olyan légi járművön, amely nem tartozik egyetlen légitársasághoz sem és nincs megfelelő bejegyzése, ill. engedélye fizető utasok szállítására rendszeres és közzétett menetrend szerinti útvonalon,
- o) a biztosított aktív szolgálata bármely nemzet vagy nemzetközi szervezet bármely fegyveres erejénél,
- p) a biztosított által jogellenesen, szándékosan, vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidézett esemény,
- q) mialatt a biztosított pilótaként vagy utasként gyakorlásra vagy egyéb célból sárkányrepülő, vitorlázó- vagy egyéb könnyűszerkezetű repülőgépet, ill. ejtőernyőt használ vagy nem utas minőségben bármilyen légi járművel utazik,
- r) bármely, radioaktív energia vagy maghasadás által működtetett vagy működtetésre alkalmas fegyver vagy eszköz használata, minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt,
- s) polgárháború vagy országok közötti háború (a hadüzenet tényétől függetlenül), háborús állapotok, harci cselekményekben, felkelésben, lázadásban, zavargásban, zendülésben való részvétel (függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételtől van szó).

Továbbá az alapbiztosításhoz csatolt záradék(ok) ban meghatározott kizárások ezen kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.

5. Mentésülés

(1) A biztosító mentesül a szolgáltatási összeg kifizetése alól, ha a biztosított a szerződés létrejötté előtt a jelen paragrafus (2) bekezdésében felsorolt betegségek, illetve egészségi rendellenességek bármelyikében szenved. Amennyiben a biztosító ezen kizárás szerint mentesül a szolgáltatási összeg kifizetése alól, a biztosításra ténylegesen befizetett összes díjat kifizeti a szerződő részére és a kiegészítő biztosítás megszűnik.

(2) Nem nyújtható biztosítás súlyos betegségben szenvedőknek (pl. epilepszia, inzulin függő cukorbetegség, komoly szív- és érrendszeri betegség, alkohol- vagy drogfüggőség, sükettség, vakság, végtaghiány, súlyos mozgáskorlátozottság és hasonló betegségek esetén), vagy az olyan személyeknek, akik maradandó teljes (100 %) rokkantsággal élnek, továbbá a bármely pszichiátria betegségben vagy a mozgást és a normális életvitelt nagymértékben korlátozó, funkcionális zavarokat okozó betegségben szenvedőknek.

6. Díjfizetés

A kiegészítő biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő a kiegészítő biztosítás megszűnéséig, vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjesedékeség időpontjáig.

7. A biztosítás kezdete

A jelen kiegészítő biztosítás kezdete megegyezik az alapbiztosítás kezdetével, kivéve, ha a kötvényen vagy a kiegészítő biztosításról kiállított záradékon a kiegészítő biztosítás kezdeteként eltérő időpont került feltüntetésre.

8. 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 megfizetésére kerül.

9. A kockázatviselés kezdete

A jelen kiegészítő biztosítás alapján a biztosító kockázatviselése az azt követő nap 0 órájkor kezdődik, amikor a szerződő fél a kiegészítő biztosítás első díját a biztosító számlájára befizeti, feltéve, hogy a kiegészítő biztosításra vonatkozó szerződés (záradék) már létrejött vagy utóbb létrejön.

10. A biztosító teljesítése

1. Biztosítási esemény bejelentése és bizonyítása

A balesetet, illetve a biztosítási eseményt annak bekövetkezésétől számított 8 napon belül a biztosítónak 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.

A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a következő iratokat kell a biztosító részére benyújtani:

- a) a biztosító erre a célra szolgáló, kitöltött és aláírt kárbejelentő nyomtatványát;
- b) a kórházi tartózkodásról és ellátásról szóló magyar nyelvű orvosi dokumentáció (zárájlesztés)

másolatát, amely tartalmazza a kórházi tartózkodás időtartamát, a kórtörténeti adatokat, a felállított diagnózisokat, az alkalmazott kezeléseket, valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával;

- c) a sérült testrésszel kapcsolatban, a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően felállított, orvosi diagnózisok, vizsgálatok, gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentációk másolatait, (ha létezik ilyen),
- d) a baleset tényét és körülményeit igazoló rendőrhatalósági jegyzőkönyv vagy más hatósági jelentés másolatát (amennyiben ilyen készült);
- e) a biztosított születési idejét hitelt érdemlően igazoló okiratot;
- f) a jogosultság (személyazonosság, örökös státus) megállapításához szükséges okiratot;
- g) továbbá mindazon okiratokat, amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek.

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

2. Biztosító teljesítése

A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához szükséges összes irat beérkezése után, az utoljára beérkezett irat kézhezvételétől számított 30 napon belül teljesíti. A biztosító a már esedékessé vált, de még meg nem fizetett díjakat bármely szolgáltatás összegéből levonja.

A biztosító a biztosítási szolgáltatás teljesítésének esedékességét a bejelentett káresemény tekintetében indult büntető- vagy szabálysértési eljárás jogerős befejezéséhez nem köti.

A kifizetéseket a biztosító forintban teljesíti a kedvezményezett részére.

11. A biztosítás megszűnése

(1) A jelen kiegészítő biztosítás és a biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik

- a) az alapbiztosítás lejáratakor, de legkésőbb annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 65. életévét betölti;
- b) a biztosított halálával;
- c) ha a szerződés szerinti alapbiztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díját az esedékességkor, illetve a feltételek szerinti türelmi időn belül nem fizetik meg;
- d) amikor a szerződés szerinti alapbiztosítást visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy az bármely okból megszűnik;
- e) a rokkantsági díjmentesítési kiegészítő biztosítás hatálybalépésének időpontjában,
- f) amikor a biztosítottat ideg-, illetve elmebetegségére való tekintettel cselekvőképtelennek nyilvánítják;
- g) amikor az alapbiztosítás felfüggesztésre kerül.

(2) Ezen kiegészítő biztosítást a biztosítási időszak végére lehet felmondani. A felmondási idő 30 nap. A felmondással a biztosító kockázatviselése a biztosítási időszak végére teljesen megszűnik.

12 Maradékjogok

A jelen kiegészítő biztosítás maradékjogokkal nem rendelkezik, de amennyiben a díjfizetés elmulasztása miatt a szerződés szerinti alapbiztosításra automatikus díjkölcson lép életbe, a jelen kiegészítő biztosítás elmaradt díjai - az alapbiztosítás díjtartalmának terhére - szintén automatikus díjkölcsonnel kerülnek kiegyenlítésre.

13. Többlethozam

A jelen kiegészítő biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik.

14. Indexálás

Amennyiben az alapbiztosítás indexálási záradékkal rendelkezik, úgy a jelen kiegészítő biztosítás az alapbiztosítással együtt kerül indexálásra. A kiegészítő biztosítás díja és biztosítási összege azonos arányban, az alapbiztosításra vonatkozó indexrátával kerül növelésre.

A 177-es jelű és EU177-es jelű balesetből vagy betegségből származó kórházi ellátás esetén, napi térítésre és műtői térítésre, valamint orvosi konzultációra szóló kiegészítő biztosítás feltételei

A jelen kiegészítő biztosítás az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben azon alapbiztosítás feltételei az irányadók, amelyhez a kiegészítő biztosítást kötötték.

1. A biztosított személye

A jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja az alapbiztosítás biztosítottja, amennyiben a biztosítási szerződésben a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozóan más biztosított nem került megjelölésre.

2. Biztosítási esemény és szolgáltatás

a) Kórházi ellátásra szóló napi térítés

Amennyiben a biztosított személy, a biztosítási szerződés hatályba 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 (1.) napjától az ellátás tartama alatt, de legfeljebb a kilencvenedik (90.) naptári napig.

Amennyiben a biztosított személy a kórházi ellátás tartama alatt intenzív ellátásban részesül, a biztosító az intenzív ellátás napjaira jutó napi térítés összegét ötven (50) százalékkal növelten teljesíti.

A biztosító a napi térítés összegén felül, a kórházi ellátást követően rehabilitációra szóló térítésként a kórházi napokra megállapított térítés összegének ötven (50) százalékat teljesíti a kórházi napi térítéssel fedezett napokkal megegyező számú napra, függetlenül bármely más tényezőtől.

A kórházi ellátás tartamának legalább egy (1) napos megszakítása esetén a biztosító a következő kórházi ellátás(oka)t a korábbi kórházi ellátás(ok)tól függetlenül, új kórházi ellátásként veszi figyelembe.

Ugyanazon, vagy hasonló ok következtében szükségessé váló, egymást követő kórházi ápolások esetén a kórházi ellátás teljes időtartama ugyanazon baleset vagy betegség következményének számít kivéve, ha az egyes kórházi ápolási periódusok között legalább tizenkét (12) hónap eltelik.

Ugyanazon, vagy hasonló ok következtében szükségessé vált kórházi ellátás esetén a biztosító a biztosítási szerződés teljes érvényességi ideje alatt legfeljebb két (2) alkalommal teljesít kórházi napi térítési szolgáltatást.

b) Műtői térítés

Ha a biztosított személy a biztosítási szerződés hatályba lépése után bekövetkezett sérülés vagy első alkalommal bekövetkezett betegség következtében kórházi ellátásban részesül és orvos által elvégzendő műtői eljárás alá utalják, a biztosító a szerződés rendelkezéseinek megfelelően műtői térítést fizet, melynek összegét a műtői táblázatban az adott eljárásra megállapított

százalékos érték és a szerződésben meghatározott biztosítási összeg alapján állapítja meg.

Ha ugyanazon műtét eljárásban több sebészeti beavatkozás szükséges, akkor az egész műtét eljárásért fizetendő összeg a legmagasabb százalékos értékű műtét beavatkozás térítési összegével egyezik meg.

Abban az esetben, ha a biztosított olyan műtét térítésre jogosult, mely térítés nincs egyértelműen megjelölve a műtét táblázatban, akkor a biztosító a táblázatban feltüntetett, azonos bonyolultságú műtetre megállapított térítési összeget fizeti. A műtét bonyolultsági fokát a műtét táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján a biztosító orvosa állapítja meg.

c) Orvosi konzultáció

Ha a biztosítottnak a kiegészítő biztosítás érvényességének tartama alatt, a jelen pontban meghatározott heveny, szövődmenyes és súlyos egészségi rendellenessége vagy betegsége következik be, melynek bekövetkezése kapcsán és arra vonatkozóan a szolgáltató képviselőjén keresztül a biztosított orvosi konzultációt kér, úgy a biztosított által kért orvosi konzultáció költségeit a biztosított helyett a biztosító téríti meg a szolgáltató részére.

A jelen biztosítás szolgáltatásaként igénybe vehető konzultációt a 4.g) pontban meghatározott szolgáltató nyújtja, a konzultációk lefolytatása, a kapcsolattartás és a konzultációs jelentés elkészítése és annak tartalma a szolgáltató kizárólagos felelőssége. A biztosító nem felelős a szolgáltató eljárásában vagy a konzultációs jelentésben bekövetkezett vagy elkövetett bármely hibáért vagy mulasztásért.

A biztosított a konzultáció igénybevételére a következő heveny, szövődmenyes vagy súlyos egészségi állapotok és betegségek esetén jogosult: a) rosszindulatú daganat, b) szívinfarktus, c) szívizominfarktus, d) kóma, e) agyi érkatasztrófa, f) sclerosis multiplex, g) bénulás, h) krónikus obstruktív tüdőbetegség, i) tüdőgyulladás, j) gyulladásgátló bélbetegség, k) krónikus májbetegség, l) veseelégtelenség, m) krónikus medencetáji fájdalom, n) cukorbetegség, o) trombózis, p) visszérgyulladás és embólia, q) bármely amputáció, r) reumás ízületi gyulladás (rheumatoid arthritis), s) rosszindulatú pigmentsejtes daganat (melanoma malignum), t) nagyfokú égési sérülés, u) betegségéből származó hirtelen bekövetkező vakság, v) szervátültetés, w) idegi-elfajulással járó betegségek, x) egyéb hasonló, az életet veszélyeztető egészségi állapotok. A betegségek minősítését a megküldött egészségügyi adatok és iratok alapján a szolgáltató állapítja meg, aki e döntését más orvosok vagy orvosszakértői testületek megállapításától függetlenül hozza meg.

Az orvosi konzultáció a következőket foglalja magába:

- a) egy írásbeli konzultáció a szolgáltató megfelelő klinikai szakorvosával,
- b) egy konzultáció CT vizsgálatra, MRI vizsgálatra, röntgenre, ultrahangra, egyéb radiológiai tanulmányokra vagy patológiára vonatkozóan,
- c) egy ismételt konzultáció. Ismételt konzultációnak minősül, ha a biztosított a konzultáció eredményének kézhezvételétől számított 30 napon belül az első konzultációval összefüggésben vagy ahhoz kapcsolódóan kiegészítő diagnózist, ill. konzultációt kér, vagy további kérdéseket nyújt be,
- d) a szolgáltató képzett szakorvosai és egészségügyi szakértői által ajánlott gyógykezelési terv. Az esetek magukban foglalhatnak radiológiai képalkotást és/ vagy szövettani metszetet is,
- e) szükség esetén egy telefonon történő konferencia megbeszélést angol nyelven, a biztosított kezelőorvosa és a szolgáltató szakorvosa között.

Ha ugyanannak az anatómiai területnek több olyan tanulmánya került kiadásra ugyanazzal az egészségi állapottal kapcsolatban, mely ugyanazt a módszert használja, egy diagnosztikai tanulmány kerül kidolgozásra a leggyakoribb tanulmányból. Ugyanannak az anatómiai területnek az összes többi tanulmánya, amely ugyanazt a módszert használja, és amelyet az első konzultációs jelentés kézhezvételétől számított 30 napon belül nyújtottak be összehasonlító tanulmánynak számít és nem tekintendő új konzultációra való jelentkezésnek.

A szolgáltató egy biztosítási évben legfeljebb két (2), a kiegészítő biztosítás érvényességének teljes tartama alatt legfeljebb hat (6) konzultációs lehetőséget biztosít.

Bármely konzultációs jelentés kézhezvételétől számított 30 napon túl benyújtott kérelem, illetve a 30 napon belül benyújtott, de a konzultációs jelentés tartalmához és tárgyához közvetlenül nem kapcsolódó kérelem új konzultációs kérelemnek minősül.

Az orvosi konzultációt a szolgáltató klinikai szakorvosai biztosítják, de a szolgáltató a diagnózis és/vagy az ajánlott gyógykezelés meghatározása szempontjából igényelheti a biztosított és/vagy a kezelőorvosa közreműködését.

Amennyiben a konzultációs kérelem a jelen feltételekben meghatározott egészségi rendellenességektől vagy betegségektől különböző betegség vonatkozásában kerül benyújtásra a szolgáltató részére, úgy a szolgáltató jogosult a konzultációs lehetőséget visszautasítani.

A fenti a)-c) pont alatt meghatározott szolgáltatások külön-külön, vagy együttesen is igénybe vehetők a bekövetkezett biztosítási eseménytől függően, az egyes szolgáltatásokat azonban a biztosító kizárólag az adott szolgáltatásra meghatározott feltételek alapján nyújtja.

3. Kizárások

A. A kórházi ellátásra és/vagy műtét térítésre szóló biztosítási szolgáltatások szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a szolgáltatási összeg nem kerül kifizetésre, ha a biztosított kórházi és/vagy műtét ellátását okozó baleset vagy betegség közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:

- a) születési rendellenességek és az ebből fakadó következmények,
- b) terhesség, szülés, elvetélés, koraszülés, vagy abortusz,
- c) a szerződés hatályba lépése előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés vagy betegség,
- d) a szerződés hatályba lépését követő első hatvan (60) napon belül bekövetkezett bármilyen betegség miatt szükségessé vált kórházi ellátás és műtét beavatkozás,
- e) a szerződés hatályba lépését követő első száznyolcvan (180) nap alatt végrehajtott, a mandula, ill. orrpolip eltávolítását célzó műtét, ill. kórházi gyógykezelése,
- f) a biztosított öngyilkossága vagy öngyilkossági kísérlete, az elmeállapotra való tekintet nélkül,
- g) kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,
- h) orvosi rutin vizsgálat vagy egyéb vizsgálat, ha nincsen egészségromlásra utaló tényleges

tüneti jel, továbbá laboratóriumi diagnózis és röntgen vizsgálat, kivéve a megelőző orvosi vizsgálat során megállapított, egészségkárosodás következtében alkalmazott ilyen jellegű vizsgálatot,

- i) elmebeli és idegi rendellenességek és gyógykezelésük, valamint alkohol és hallucinogén anyag függőségi elvonókúra és gyógykezelésük,
- j) a kórházi ellátás tartama alatt elszenvedett bármilyen fertőzés,
- k) bármely veszteség, amelynek oka a biztosított által megkísérelt, vagy elkövetett jogellenes cselekedet, ill. abban való szándékos részesség, vagy olyan cselekmény, amely a biztosított őrizetbe vételéhez vezet, ill. a letartóztatással való aktív vagy passzív szembeszegülés,
- l) bármely olyan kezelés vagy gyógymód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben, rehabilitációs vagy utókezelő központban végeznek,
- m) a biztosított által jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidézett esemény,
- n) a biztosított bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota kivéve, ha ezeket egészségügyi hatóság előírására alkalmazzák,
- o) a biztosított alkoholos befolyásoltságú állapota, amennyiben véralkoholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedésszabályozási szabályokban megengedett határértéknél,
- p) bármely olyan betegség, halál, egészségkárosodás vagy költség, amelynek oka közvetve vagy közvetlenül a HIV (Emberi Immunhiányt Okozó Vírus) és / vagy bármely HIV-val kapcsolatos betegség beleértve az AIDS-t (Szerzett Immunhiányos Szindróma), és / vagy annak bármilyen mutáns származékát vagy változatát,
- q) a biztosított hivatásos sportolói minőségben végzett sporttevékenysége,
- r) a biztosított részvétele bármely olyan versenyben vagy versenyre való felkészülésben, amely motoros meghajtású szárazföldi-, vízi- vagy légi jármű használatával jár,
- s) a biztosított részvétele lovassport tevékenységben, illetve bármely vízi jármű használatával járó versenyben vagy versenyre való felkészülésben,
- t) amennyiben a biztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vagy motorcsónakot vezet, vagy azon utazik,
- u) amennyiben a biztosított fizető utasként utazik olyan légi járművön, amely nem tartozik egyetlen légitársasághoz sem és nincs megfelelő bejegyzése, ill. engedélye fizető utasok szállítására rendszeres és közzétett menetrend szerinti útvonalon,
- v) a biztosított aktív szolgálata bármely nemzet bármely fegyveres erejénél, illetve aktív rendőri szolgálat teljesítése,
- w) mialatt a biztosított pilótaként vagy utasként gyakorlásra vagy egyéb célból sárkányrepülő, vitorlázó- vagy egyéb könnyűszerkezetű repülőgépet, ill. ejtőernyőt használ vagy nem utas minőségben bármilyen légi járművel utazik.
- x) háború, invázió, idegen erő beavatkozása, polgárháború, forradalom, lázadás, engedet-

lenség, egyéb háborús cselekmények, katonai vagy bitorolt hatalom, vagy bármely esemény, vagy ok, amely statárium vagy ostromállapot kihirdetésének eredménye, letartóztatás, bármely helyi, vagy közhatalos rendeletétől származó vesztég, vagy vámszabályozás.

B. Az orvosi konzultációs szolgáltatás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosított nem jogosult orvosi konzultáció igénybe vételére, amennyiben a jelen kiegészítő biztosításban meghatározott heveny, szövődmenyes és súlyos egészségi rendellenesség vagy betegség közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:

- a) a biztosított öngyilkossága, öncsonkítása, valamint ezek kísérlete, illetve a biztosított által önmagának okozott egyéb testi sérülés (az elmeállapotról való tekintet nélkül), valamint a biztosított kérésére vagy beleegyezésével, más személy által okozott testi sérülés,
- b) a biztosított által jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidéztet esemény,
- c) a biztosítottnak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota kivétel, ha ezeket egészségügyi hatóság előírására alkalmazzák,
- d) a biztosított alkoholos befolyásoltságú állapota, amennyiben véralkoholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedésrendészeti szabályokban megengedett határértéknél,
- e) a szexuális úton terjedő betegségek,
- f) bármely, radioaktív energia vagy maghasadás által működtetett vagy működtetésre alkalmas fegyver vagy eszköz használata, azokkal összefüggésben bekövetkezett radioaktív szennyeződés minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt,
- g) a biztosított mérgezése vagy mérgező gáz belélegzése,
- h) a biztosított vele született rendellenessége vagy születési fogyatékosága, amely a születés pillanatában azonnal nyilvánvalóvá vált és fennállt, vagy egy későbbi fejlődési szakaszban nagy valószínűséggel jelentkezhet.
- i) polgárháború vagy országok közötti háború (a hadüzenet tényétől függetlenül), háborús állapotok, harci cselekményekben, felkelésben, lázadásban, zavargásban, zendülésben való részvétel (függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételtől van szó).

Továbbá az alaptbiztosításhoz csatolt záradék(ok)ban meghatározott kizárások ezen kiegészítő biztosítás szolgáltatásaira is vonatkoznak.

4. Fogalom meghatározások

- Betegség:** Olyan egészségkárosodást jelent, amelyet a biztosított a kiegészítő biztosítás hatálya lépését követően, első alkalommal szenved el.
- Baleset:** Balesetnek minősül a biztosított akaratán kívül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében és bármely más októl függetlenül a biztosított kórházi és/vagy műtéti ellátása válik szükségessé.

c) **Bennfekvő beteg:** Bennfekvő beteg azt a személyt jelenti, aki bennfekvőként legalább egy (1) napi kórházi ellátásban részesült.

- d) **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 alkohollal vagy kábítószer függőségi terápiával,
 - nem lakása a biztosítottnak.

e) **Intenzív ellátás:** A jelen biztosítás szempontjából intenzív ellátásnak minősül a kórháznak a közvetlen életveszély elhárítását célzó és arra szakosodott, 24 órás folyamatos szakorvosi felügyelettel biztosító és intenzív elnevezés alatt működő különálló egységben nyújtott ellátás.

f) **Orvos:** Az orvos az - a biztosítottól vagy annak közeli hozzátartozóitól eltérő személy -, aki a jogszabályban meghatározott vizsgákkal és engedéllyel rendelkezik az igény alapjául szolgáló baleseti sérülés vagy betegség gyógyítására.

g) **Orvosi konzultáció szolgáltatója:** A szolgáltató a WorldCare vállalatot jelenti. A WorldCare vállalat külföldi székhelyű, a WorldCare International által létrehozott egészségügyi hálózat, amely olyan szakorvosok hálózata, akik a jelen kiegészítő biztosítás biztosítottjai számára nyújtanak orvosi konzultációs lehetőséget. A biztosított személy és/vagy kezelőorvosa által, a szolgáltatás igénybe vétele érdekében eljuttatott személyes és egészségügyi adatok feldolgozása, ill. továbbítása, valamint a szolgáltató hálózatát alkotó kórházak, egészségügyi szakértők és szakorvosok fenntartása a szolgáltató kizárólagos felelőssége.

h) **Közel hozzátartozó:** A Polgári Törvénykönyv 685. §-a alatt hozzátartozói minőségben meghatározott személyek köre.

5. Díjfizetés

A kiegészítő biztosítás díja az alaptbiztosítás díjával együtt fizetendő a kiegészítő biztosítás megszűnéséig, vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjesedéesség időpontjáig. A biztosító fenntartja a jogot arra, hogy a kiegészítő biztosítás díját a biztosítási évfordulón felülvizsgálja és az új díjkalkuláció alapján új díjtételeket állapítson meg, amelyek minden hatályban lévő kiegészítő biztosításra egyenesen 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 kiegészítő biztosítás az első emelt díj esedékességét megelőző nap 24. órájával megszűnik. A nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt, amelyen a biztosítás megszűnését a biztosító záradékkal feljegyzi. Írásbeli

nyilatkozat hiányában a jelen kiegészítő biztosítás módosított díja a biztosítási évfordulótól kezdődően automatikusan életbe lép.

6. A biztosítás kezdete

A jelen kiegészítő biztosítás kezdete megegyezik az alaptbiztosítás kezdetével, kivéve, ha a kötvényen vagy a kiegészítő biztosításról kiállított záradékban a kiegészítő biztosítás kezdeteként eltérő időpont kerül feltüntetésre.

7. 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 megfizetésére kerül.

8. A biztosítás megszűnése

Ezen kiegészítő biztosítást a szerződő (biztosított) bármely díjesedéesség időpontjára -30 nappal az esedékesség előtt- írásban felmondhatja. A felmondó nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt, amelyen a jelen kiegészítő biztosítás megszűnését a biztosító záradékkal feljegyzi. A jelen kiegészítő biztosítás és a biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik:

- a) a biztosított halálával;
- b) a biztosítás lejáratával, de legkésőbb annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 60. életévét betölti;
- c) ha a szerződés szerinti alaptbiztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díját az esedékességkor, illetve a feltételek szerinti türelmi időn belül nem fizetik meg;
- d) amikor a szerződés szerinti alaptbiztosítást visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy az bármely okból megszűnik;
- e) a rokkantsági díjmentesítési kiegészítő biztosítás szolgáltatásának kezdetekor;
- f) amikor a biztosítottat ideg-, illetve elmebetegségére való tekintettel cselekvőképtelenné nyilvánítják;
- g) amikor a biztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) katonai szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres erejénél;
- h) amikor a biztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) kisegítő (nem harcoló) egység tagjaként polgári szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres ereje mellett.

Az orvosi konzultáció szolgáltatás megszűnik továbbá - a kiegészítő biztosítás érvényességének változatlanul hagyása mellett - az alábbi esetekben:

- a) a biztosított által igénybe vett konzultációk száma eléri a hat (6) alkalmat, a 6. konzultációs kérelemnek a szolgáltató részére történő átadásával,
- b) ha a biztosított megváltoztatja a tartózkodási országát,
- c) ha a Szolgáltató felfüggeszti, illetve megszünteti tevékenységét.

Az orvosi konzultációs szolgáltatás vagy a kiegészítő biztosítás megszűnése után befizetett díj nem biztosít jogosultságot a konzultációra. Ebben az esetben a befizetett díj a biztosított részére visszautalásra kerül. A biztosítás megszűnése a megszűnés időpontja előtt benyújtott konzultációs kérelmet nem érinti.

Ha a kiegészítő biztosítás a türelmi időn belül a biztosított halála miatt szűnik meg, a biztosító a meg nem fizetett esedékes díjat az alaptbiztosítás bármely szolgáltatási összegéből levonja.

9. A biztosítási esemény bejelentése és bizonyítása, a biztosító teljesítése

a) Eljárási rend a kórházi ellátásra szóló napi térítés és a műteti térítés esetén:

A biztosítási eseményt annak bekövetkezésétől számított 8 napon belül a biztosítónak 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.

A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a következő iratokat kell a biztosító részére benyújtani:

- a szolgáltatás iránti igénybejelentőt;
- az orvosi jelentést valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával illetően az egészségkárosodás mértékének igazolásával;
- a baleset tényét és körülményeit igazoló rendőrhatalmú jegyzőkönyv vagy más hatósági jelentés másolatát (amennyiben ilyen készült);
- mindazon okiratokat, amelyek a jogosultság (személyazonosság, illetve kedvezményezetti vagy örökös státusz) igazolásához szükségesek;
- továbbá mindazon okiratokat, amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek.

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

A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához szükséges összes irat beérkezése után, az utólag beérkezett irat kézhezvételétől számított 30 napon belül teljesíti. A biztosító a már esedékessé vált, de még meg nem fizetett díjakat bármely szolgáltatás összegéből levonja.

b) Eljárási rend az orvosi konzultáció esetén esetén:

A jelen kiegészítő biztosítás alapján nyújtott orvosi konzultáció igénybevételét a biztosított, vagy a biztosított hozzájárulásával kezelőorvosa kezdeményezheti a szolgáltató magyarországi képviselőjénél. A képviselő címéről és elérhetőségéről a biztosító a szerződés megkötésével egyidejűleg írásban tájékoztatja a szerződőt. A szolgáltató képviselője tájékoztatást ad a biztosítottak és/vagy kezelőorvosának a konzultáció igénybevételének eljárási rendjéről, illetve az igénybevételhez szükséges, benyújtandó adatokról és iratokról. A konzultációs kérelem benyújtásához szükséges összes formanyomtatványt, és az azok szakszerű kitöltéséhez a szükséges tájékoztatást a szolgáltató képviselője térítésmentesen biztosítja. A biztosított kérésére a szolgáltató térítésmentesen gondoskodik a biztosított által magyar nyelven megadott adatok angol nyelvre, illetve az angol nyelvű konzultációs jelentés magyar nyelvre történő fordításáról.

A szolgáltató a konzultáció lefolytatását és a konzultációs jelentés megküldését az alapul szolgáló egészségi rendellenesség vagy betegség jellegének függvényében, a biztosított részére közvetlenül, az igénybevételi eljárás kezdetén átadott tájékoztatóban szereplő időtartamon belül vállalja. A konzultációs jelentésnek a biztosított

részére, igazolható módon történő megküldésével a szolgáltató a teljesítésnek eleget tesz. A konzultációs jelentés, valamint az alapul szolgáló dokumentumok magyar vagy idegen nyelvre történő fordításából származó esetleges eltérésekért a biztosító nem vállal felelősséget.

A biztosító az orvosi konzultáció költségeit a biztosított helyett közvetlenül a szolgáltató részére téríti meg.

A szükséges iratok beszerzésével kapcsolatos költségeket bármely szolgáltatás igénybe vétele esetén annak kell viselnie, aki az igényét a biztosítóval szemben érvényesíteni kívánja.

10. Maradékjogok

A jelen kiegészítő biztosítás maradékjogokkal nem rendelkezik, de amennyiben a díjfizetés elmulasztása miatt a szerződés szerinti alaptörvényre automatikus díjkölcson lép életbe, a jelen kiegészítő biztosítás elmaradt díjai - az alaptörvény díjtartalékának terhére - szintén automatikus díjkölcsonnel kerülnek kiegyenlítésre.

11. Többlethozam

A jelen kiegészítő biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik.

12. Indexálás

Amennyiben az alaptörvény indexálási záradékkal rendelkezik, úgy a jelen kiegészítő biztosítás szolgáltatásai - az orvosi konzultációs szolgáltatás kivételével - az alaptörvénytel együtt, de legfeljebb 10 éven keresztül kerül indexálásra.

A kiegészítő biztosítás díja és biztosítási összege azonos arányban, az alaptörvénytelre vonatkozó indexráttával kerül növelésre.

13. Egyéb feltételek

A jelen kiegészítő biztosításban nem szabályozott kérdésekben az alaptörvénytel feltételei érvényesülnek.

A baleseti és betegségi kórházi ellátás térítésére és műteti térítésre szóló biztosítás műteti táblázata

Műteti beavatkozás leírása

A maximális kártérítési összeg %-a

FEJ, NYAK

Agy vagy agyhártyák műteti ellátása	100
Koponyatörés műteti ellátása	75
Koponyaplasztika	100
Diagnosztikus vagy tüneti koponyalekkelés	100
Pajzsmirigy eltávolítása	75
Plasztikai beavatkozás az ajkakon	25
Nyelvfék kimetszése	10
Száj daganatának műteti ellátása	25
Fülmirigy eltávolítása	75
Fülmirigy daganat	50
Hörgő ciszta vagy tályog eltávolítása	50
Thyreoglossus ciszta vagy tályog kimetszése	50

MELLKAS, MELL

Mellkas megnyitása, mellkasplasztika	100
Tüdő vagy tüdőleány eltávolítása	100
Echinococcus ciszta eltávolítása a tüdőből	75
Nyelőcsomót	75
Szív vagy aortaműtét	100
Egy - vagy kétoldali radikális melleltávolítás	75
Egy - vagy kétoldali egyszerű melleltávolítás	50
Mell részleges eltávolítása	25

Mell daganat vagy ciszta kimetszése	25
Légcsőmetszés	25
Becsővezés mellkascapcsoláshoz	25
Mellkascapcsolás	10
Mediasztinum daganat eltávolítása a szegycsont felvágásával	75
Mellhártya összenövésének felszabadítása	25
Tüdőbeékelődés eltávolítása	50
Légmellkezelés a mellkas megnyitásával	50
Diagnosztikus mellkasfeltárás	50
Hörgő- vagy légcsősztent behelyezése	50

HAS

Has feltárása	50
Vakbélműtét	25
Hasi tályog becsővezése	25
Sérvek műteti ellátása: bubonokéle, omphalokéle, merokéle, hidrokéle, cirsokéle, heresér, hasfali sér, műtét utáni sér	25
Teljes vagy részleges gyomoreltávolítás, vagotómia, pylorus plasztika, nyombélfekély	50
Fekély perforációjának elvarrása	50
Béltávolítás	50
Hasüregi daganat eltávolítása	75
Végbél eltávolítás hasi behatolással	100
Végbéllelőrees műteti ellátása hasi behatolással	75
A végbél záróizomzatának berepedése, tályog vagy ciszta	25
Aranyérműtét	25
Máj tályog (feltárással)	50
Echinococcus ciszta a májban	75
Részleges májtávolítás	75
Epehólyag eltávolítása	75
Hasnyálmirigyműtét	100
Lép eltávolítása	75

Azonos hasi metszésből végzett két vagy több sebészi beavatkozás egyetlen műtétnek számít.

NYIROKCSOMÓK

Nyirokcsomó eltávolítása hónaljából vagy lágyékból 50

HÚGY ÉS IVARSZERVEK

Vese eltávolítása	75
Daganat, kő, húgycső, húgyhólyag eltávolítása: (a) sebészi úton	75
(b) endoszkóppal	25
Prostata eltávolítása	75
Prostata eltávolítása a húgycsőön keresztül	50
Here vagy mellékhere eltávolítása	25
Húgycsőműtét	25
Hólyageltávolítás, szeméremcsont fölötti behatolással	75
Húgyhólyag teljes eltávolítása	100
Vese, húgycső, vesemedence plasztika	50
Vesekő, epekő vagy húgycsőben lévő kő zúzása	50

ORTOPÉDIAI MŰTÉTEK

Hosszú csőves csontok korrekciós műteti ellátása	50
Egyéb csontok korrekciós műteti ellátása	25
Törések egyszerű rögzítése	10
Kulcsosont, bordák, ujjpercek, csukló, kézközépcsontok, lábtő és lábközépcsontok, csontnyúlványok, csigolyák törésének rögzítése	10
Izületi metszés, beleértve az izületi szabadtartást	50
Ganglion eltávolítása	10
Csontkinövés eltávolítása	25
Alagút szindróma műteti ellátása	25

Váll-, könyök-, csukló-, boka-, csípő-, térdficam rögzítése		Barlangos test plasztika	50	Kötőhártya átültetése	25
Térdkalács ficamának rögzítése	10	Részleges húgyvezeték eltávolítás áthidalással	50	Kötőhártya felszínes sérülésének ellátása	10
Patella sebészeti eltávolítása	50	Teljes pénisz eltávolítás a nyirokcsomó eltávolításával	100	Szemhéj plasztika	10
Ujjficam rögzítése	10	Teljes prosztata eltávolítás medencei nyirokcsomó eltávolítással	100	A saruhártya fedőhám lekaparása	10
Meniszkusz eltávolítás arthroszkóppal	50			Lencse plasztika (első kamra bemetszése, másodlagos szürkehályogműtét)	25
Ujjamputáció (bármely ujj)	25			Membráneltávolítás	10
Lábközépcsont, kézközépcsont amputációja	25	ÉRSEBÉSZETI MŰTÉTEK			
Amputáció a csuklótól vagy a lábtöcsontoktól felfelé	75	Érplasztika (katéteres tágitás)	50	PLASZTIKAI SEBÉSZET	
Ínhüvely bemetszése (tendosynovitis okozta szűkület felszabadítása)	10	Hasi aortatágulat, csípőaorta vagy combaorta műtét	100	Hegkimetszés	10
Kalapácsujj, ujj deformitás, lábközépcsont deformitás korrekciós műtétje	25	Hasi aortaműtét	100	Bőrlebens kimetszése átültetésre	25
Inak vagy idegek összevarrása	25	Szívkoszorúér festés	50	Többszörös ín és idegvarrat	50
Arthroszkópos térd vagy vállműtét	50	Aorto-carotis vagy aorto-arteria subclavia áthidaló műtét	100	Arcideg dekompresziós műtétje	75
Csípő- vagy egyéb hosszú csöves csont csontvése	75	Artériás vérrög eltávolítása	50	Homlok vagy arccsont csontvése	100
Achilles-ín szakadása	50	Arteria carotis endarterektómia	75		
Közepes ízületek merevítése (pl. boka)	50	ÁLTALÁNOS SEBÉSZET		IDEGSEBÉSZET	
Könyök, térd, váll ízületbehatoló vagy supracondylaris törései	50	Körömeltávolítás	5	Agyi aneurizma eltávolítása	100
Csípő, térd vagy váll teljes ízületi plasztikája	100	Tályog bemetszése	5	Agyállományi műtét	100
Gerinctörés sebészeti ellátása vagy elmerevítése	100	Lumbálpunkció	10	Meningeoma eltávolítása	100
		Polip eltávolítása a bélből	25	Koponyalékelés	100
		Vastagbél-, vékonybél-, hólyagsztóma készítése	50	Rosszindulatú agyi érelváltozás	100
		Bélanasztomózis	50	Hallóideg műtét	75
		Teljes vastagbéltávolítás	75	Gerincvelő daganatok	100
		Záróizom plasztika, epevezeték beszájaztatása	75	Ideggyök kimetszése	50
				Idegvarrat	50
				Neurinóma kimetszése	50
				Szimpatikus ideg átmetszése	75
VÉNÁK		KÜLÖNLEGES MŰTÉTEK		DAGANATOK	
Varicosus véna eltávolítása (visszérműtét)		Csontvelő átültetés	100	Ugyanazon daganat műtéti ellátására és sugárkezelésre összességében fizethető szolgáltatási összeg megegyezik, a daganat sebészi eltávolításáért fizethető maximális szolgáltatási összeggel.	
(a) egy lábon	25				
(b) mindkét lábon	50	BŐRGYÓGYÁSZAT			
Varicosus vénák leköttése	10	Bőrbíopszia	5		
Véna elvarrása sérülés után	25	Faggyúcisza bemetszése	5		
Vénás thrombus eltávolítása	25	Szemölcs eltávolítása	5		
FÜL - ORR - GÉGE		NŐI NEMI SZERVEK			
Külső-, vagy középfül műtét	25	Teljes méheltávolítás	75		
Mandulaeltávolítás - adenoid vegetáció eltávolítása	25	Részleges méheltávolítás	50		
Légcsőmetszés	25	Petevezeték eltávolítása	50		
Gége kiirtása	75	Petefészek eltávolítása	50		
Hangszalagműtét	25	Myoma eltávolítása	50		
Nyelvcsap eltávolítása	25	Méhnyak polip eltávolítása	10		
Légcsőmetszés, sztóma készítése	25	Bartholin-mirigy ciszta kimetszése vagy kivarrása	25		
Tubus vagy lélegeztetőcső eltávolítása	10	Méhnyak csomkolása	25		
Rekesztályog, vérömleny bemetszése	10	Hüvelyplasztika	25		
Fülpolip eltávolítása	10	Vulva teljes kimetszése	50		
Mandula körüli tályog kimetszése	10	Méhkürtplasztika	50		
Nyelvfék átvágása	10	Petefészek ékrezekciója	25		
Dobhártya bemetszése és tubus behelyezése	10	Endoszkópia (invazív laparoszkópia)	50		
Külső hallójáratokból csontkinövés vagy csontdaganat eltávolítása	25	Endoszkópia (invazív hisztoszkópia)	25		
Teljes vagy részleges állkapocs eltávolítás	75				
Gége-, garat-, nyelőcsőeltávolítás	75	SEBÉSZET			
Egyensúlyozó ideg kimetszése	75	Szaruhártya varrat	10		
Kengyel eltávolítása	50	Kötőhártya varrat	10		
Dobhártya plasztika	50	Elülső üvegtest műtét	10		
Labirintus szerv eltávolítása	50	Hátsó üvegtest műtét	50		
Éksonton keresztüli rostacsont eltávolítása	50	Jégárpa eltávolítása	10		
Teljes fültömrigy eltávolítás	75	Szürkehályog eltávolítása	50		
Koponyalékelés az üregek felől	50	Zöldhályog műtét	25		
Hangszalag eltávolítása	75	Szem eltávolítása	50		
		Röphártya kimetszése	10		
DIAGNOSZTIKUS BEAVATKOZÁSOK		Szemhéj be vagy kifordítása műtétileg	25		
Gégetükrözés	10	Retinaleválás műtéti ellátása	50		
Hörgő-, nyelőcső-, vastagbél-, szigumbél-, húgyhólyagtükrözés	10	Könnycsatorna kimetszése	25		
Laparoszkópia, végbéltükrözés	25	Szívárványhártya eltávolítása vagy bemetszése	25		
		Szaruhártya bemetszése asztigmia miatt	25		
HÚGY ÉS IVARSZERVEK		Kancsalság műtéti ellátása	50		
Körülmetelés	10	Könnytömlő kimetszése	50		
Pig-Tail katéter felhelyezése	10	Inhártyaplasztika	50		
Ondózsínor leköttése	25	Szemlencse beültetése vagy eltávolítása	50		
Hólyagdiverticulum eltávolítása	50				

A 190-es jelű és EU190-es jelű orvosi konzultáció esetére szóló kiegészítő biztosításának feltételei

A jelen kiegészítő biztosítás az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben azon biztosítás általános és különös feltételei az irányadók, amelyhez a kiegészítő biztosítást kötötték.

1. Biztosított

A jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja az alapbiztosítás biztosítottja, amennyiben a biztosítási szerződésben a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozóan más biztosított nem került megjelölésre.

2. Kedvezményezett

A kiegészítő biztosítás kedvezményezettje a biztosított.

3. Biztosító

Az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító), amely a biztosítási szerződést a szerződővel megkötö, és a szerződésről kötvényt állít ki.

4. Szolgáltató

A szolgáltató a WorldCare vállalatot jelenti. A WorldCare vállalat külföldi székhelyű, a WorldCare International által létrehozott egészségügyi hálózat, amely olyan szakorvosok hálózata, akik a jelen kiegészítő biztosítás biztosítottjai számára nyújtanak orvosi konzultációs lehetőséget.

A biztosított személy és/vagy kezelőorvosa által, a szolgáltatás igénybe vétele érdekében eljuttatott személyes és egészségügyi adatok feldolgozása, ill. továbbítása, valamint a szolgáltató hálózatát alkotó

kórházak, egészségügyi szakértők és szakorvosok fenntartása a szolgáltató kizárólagos felelőssége.

5. Biztosítási esemény

A biztosítottnak a kiegészítő biztosítás érvényességének tartama alatt bekövetkező, a jelen feltételek 7. pontjában meghatározott heveny, szövődményes és súlyos egészségi rendellenessége vagy betegsége, melynek bekövetkezése kapcsán és arra vonatkozóan a szolgáltató képviselőjén keresztül orvosi konzultációt kér.

6. Biztosítási szolgáltatás

A biztosított által kért orvosi konzultáció költségeinek a biztosított helyett, a biztosító által történő megtérítése a szolgáltató részére.

A jelen kiegészítő biztosítás szolgáltatásaként igénybe vehető konzultációt a szolgáltató nyújtja, a konzultációk lefolytatása, a kapcsolattartás és a konzultációs jelentés elkészítése és annak tartalma a szolgáltató kizárólagos felelőssége. A biztosító nem felelős a szolgáltató eljárásában vagy a konzultációs jelentésben bekövetkezett vagy elkövetett bármely hibáért vagy mulasztásért.

7. Egészségi rendellenességek és betegségek

A biztosított a konzultáció igénybevételére a következő heveny, szövődményes vagy súlyos egészségi állapotok és betegségek esetén jogosult:

- Rosszindulatú daganat
- Szívizominfarktus
- Szívkoszorúér műtét
- Kóma
- Agyi érkatasztrófa
- Sclerosis multiplex
- Bénulás
- Krónikus obstruktív tüdőbetegség
- Tüdőtágulat
- Gyulladásos bélbetegség
- Krónikus májbetegség
- Veseelégtelenség
- Krónikus medencetáji fájdalom
- Cukorbetegség
- Trombózisos visszérgyulladás és embólia
- Bármely amputáció
- Reumás ízületi gyulladás (Rheumatoid arthritis)
- Rosszindulatú pigmentsejtes daganat (Melanoma malignum)
- Nagyfokú égési sérülés
- Betegségből származó hirtelen bekövetkező vakság
- Szervátültetés
- Idegi-elfajulással járó betegségek
- Egyéb hasonló, az életet veszélyeztető egészségi állapotok.

A betegségek minősítését a megküldött egészségügyi adatok és iratok alapján a szolgáltató állapítja meg, aki e döntését más orvosok vagy orvosszakértői testületek megállapításától függetlenül hozza meg.

8. Orvosi konzultáció

Az egészségügyi (orvosi) konzultáció a következőket foglalja magába:

- egy írásbeli konzultáció a szolgáltató megfelelő klinikai szakorvosával.
- egy konzultáció CT vizsgálatra, MRI vizsgálatra, röntgenre, ultrahangra, egyéb radiológiai tanulmányokra vagy patológiára vonatkozóan,
- egy ismételt konzultáció. Ismételt konzultációnak minősül, ha a biztosított konzultáció eredményének kézhezvételétől számított 30 napon belül az első konzultációval összefüggésben vagy ahhoz

kapcsolódóan kiegészítő diagnózist, ill. konzultációt kér, vagy további kérdéseket nyújt be.

- a szolgáltató képzett szakorvosi és egészségügyi szakértői által ajánlott gyógykezelési terv. Az esetek magukban foglalhatnak radiológiai képalkotást és/vagy szövettani metszetet is.
- szükség esetén egy telefonon történő konferencia megbeszélést angol nyelven, a biztosított kezelőorvosa és a szolgáltató szakorvosa között.

Ha ugyanannak az anatómiai területnek több olyan tanulmánya került kiadásra ugyanazzal az egészségi állapottal kapcsolatban, mely ugyanazt a módszert használja, egy diagnosztikai tanulmány kerül kidolgozásra a leggyakoribb tanulmányból. Ugyanannak az anatómiai területnek az összes többi tanulmánya, amely ugyanazt a módszert használja, és amelyet az első konzultációs jelentés kézhezvételétől számított 30 napon belül nyújtottak be összehasonlító tanulmánynak számít és nem tekintendő új konzultációra való jelentkezésnek.

A szolgáltató egy biztosítási évben legfeljebb két (2), a kiegészítő biztosítás érvényességének teljes tartama alatt legfeljebb hat (6) konzultációs lehetőséget biztosít.

Bármely konzultációs jelentés kézhezvételétől számított 30 napon túl benyújtott kérelem, illetve a 30 napon belül benyújtott, de a konzultációs jelentés tartalmához és tárgyához közvetlenül nem kapcsolódó kérelem új konzultációs kérelemnek minősül.

Az orvosi konzultációt a szolgáltató klinikai szakorvosai biztosítják, de a szolgáltató a diagnózis és/vagy az ajánlott gyógykezelés meghatározása szempontjából igényelheti a biztosított és/vagy a kezelőorvosa közreműködését.

Amennyiben a konzultációs kérelem a jelen feltételekben meghatározott egészségi rendellenességektől vagy betegségektől különböző betegség vonatkozásában kerül benyújtásra a szolgáltató részére, úgy a szolgáltató jogosult a konzultációs lehetőséget visszautasítani.

9. Konzultációs szolgáltatás igénybevétele

A jelen kiegészítő biztosítás alapján nyújtott orvosi konzultáció igénybevételét a biztosított, vagy a biztosított hozzájárulásával kezelőorvosa kezdeményezheti a szolgáltató magyarországi képviselőjénél. A képviselő címéről és elérhetőségéről a biztosító a szerződés megkötésével egyidejűleg írásban tájékoztatja a szerződőt. A szolgáltató képviselője tájékoztatást ad a biztosítottnak és/vagy kezelőorvosának a konzultáció igénybevételének eljárási rendjéről, illetve az igénybevételhez szükséges, benyújtandó adatokról és iratokról. A szükséges iratok beszerzésével kapcsolatos költségeket a biztosítottnak kell viselnie.

A konzultációs kérelem benyújtásához szükséges összes formanyomtatványt, és az azok szakszerű kitöltéséhez a szükséges tájékoztatást a szolgáltató képviselője térítésmentesen biztosítja. A biztosított kérésére a szolgáltató térítésmentesen gondoskodik a biztosított által magyar nyelven megadott adatok angol nyelvre, illetve az angol nyelvű konzultációs jelentés magyar nyelvre történő fordításáról.

10. Kizárások

Ezen kiegészítő biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosított nem jogosult az orvosi konzultáció igénybevételére, amennyiben a jelen

kiegészítő biztosításban meghatározott heveny, szövődményes és súlyos egészségi rendellenesség vagy betegség közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:

- a biztosított öngyilkossága, öncsonkítása, valamint ezek kísérlete, illetve a biztosított által önmagának okozott egyéb testi sérülés (az elmeállapotra való tekintet nélkül), valamint a biztosított kérésére vagy beleegyezésével, más személy által okozott testi sérülés,
- a biztosított által jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidézett esemény,
- a biztosítottnak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota kivéve, ha ezeket egészségügyi hatóság előírására alkalmazzák,
- a biztosított alkoholos befolyásoltságú állapota, amennyiben véralkoholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedésrendészeti szabályokban megengedett határértéknél,
- a szexuális úton terjedő betegségek,
- bármely, radioaktív energia vagy maghasadás által működtetett vagy működtetésre alkalmas fegyver vagy eszköz használata, azokkal összefüggésben bekövetkezett radioaktív szennyeződés minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt,
- a biztosított mérgezése vagy mérgező gáz belélegzése,
- a biztosított vele született rendellenessége vagy születési fogyatéka, amely a születés pillanatában azonnal nyilvánvalóvá vált és fennállt, vagy egy későbbi fejlődési szakaszban nagy valószínűséggel jelentkezhet.
- háború, invázió, idegen erő beavatkozása, polgárháború, forradalom, felkelés, lázadás, engedetlenség, egyéb háborús cselekmények, katonai vagy bitorolt hatalom, vagy bármely esemény, vagy ok, amely statárium vagy ostromállapot kihirdetésének eredménye, letartóztatás, bármely helyi, vagy közhatalom rendeletétől származó vesztegvár, vagy vámszabályozás.

Továbbá az alapbiztosítás feltételeiben meghatározott kizárások ezen kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.

11. Díjfizetés

A kiegészítő biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő a kiegészítő biztosítás megszűnéséig. A biztosító fenntartja a jogot arra, hogy a kiegészítő biztosítás díját a biztosítási évfordulón felülvizsgálja és az új díjkalkuláció alapján új díjtételeket állapítson meg, amelyek minden hatályban lévő kiegészítő 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 kiegészítő biztosítás az első emelt díj esedékességét megelőző nap 24. órájával megszűnik. A nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt, amelyen a biztosítás megszűnését a biztosító záradékkal feljegyezi. Írásbeli nyilatkozat hiányában a jelen kiegészítő

biztosítás módosított díja a biztosítási évfordulótól kezdődően automatikusan életbe lép.

12. A kockázatviselés kezdete

A jelen kiegészítő biztosítás alapján a biztosító kockázatviselése az azt követő nap 0 órájakor kezdődik, amikor a szerződő fél a kiegészítő biztosítás első díját a biztosító számlájára befizeti, feltéve, hogy a kiegészítő biztosításra vonatkozó szerződés (záradék) már létrejött vagy utóbb létrejön.

13. 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.

14. A szolgáltató és a biztosító teljesítése

A szolgáltató a konzultáció lefolytatását és a konzultációs jelentés megküldését az alapul szolgáló egészségi rendellenesség vagy betegség jellegének függvényében, a biztosított részére közvetlenül, az igénybevételi eljárás kezdetén átadott tájékoztatóban szereplő időtartamon belül vállalja. A konzultációs jelentésnek a biztosított részére, igazolható módon történő megküldésével a szolgáltató a teljesítésnek eleget tesz. A konzultációs jelentés, valamint az alapul szolgáló dokumentumok magyar vagy idegen nyelvre történő fordításából származó esetleges eltérésekért a biztosító nem vállal felelősséget.

A biztosító az orvosi konzultáció költségeit a biztosított helyett közvetlenül a szolgáltató részére téríti meg.

15. A biztosítás megszűnése

Ezen kiegészítő biztosítást írásban, a biztosítási időszak végére lehet felmondani. A felmondási idő 30 nap. A felmondó nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt, amelyen a jelen kiegészítő biztosítás megszűnését a biztosító záradékkal feljegyzi.

A jelen kiegészítő biztosítás és a biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik:

- a) a biztosított halálával,
- b) az alapbiztosítás lejáratakor, de legkésőbb annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 65. életévét betölti;
- c) a biztosított által igénybe vett konzultációk száma eléri a hat (6) alkalmat, a 6. konzultációs kérelemnek a szolgáltató részére történő átadásával,
- d) az alapbiztosítás szolgáltatási összegének kifizetésével,
- e) ha a szerződés szerinti alapbiztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díját az esedékességgel, illetve a feltételek szerinti türelmi időn belül nem fizetik meg,
- f) amikor a szerződés szerinti alapbiztosítást visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy az bármely okból megszűnik;
- g) a rokkantsági díjmentesítési kiegészítő biztosítás hatálybalépésének időpontjában,
- h) ha a biztosított megváltoztatja a tartózkodási országát.
- i) ha a Szolgáltató felfüggeszti, illetve megszünteti tevékenységét.

Ha a kiegészítő biztosítás a türelmi időn belül a biztosított halála miatt szűnik meg, a biztosító a meg nem fizetett esedékes díjat az alapbiztosítás bármely szolgáltatási összegéből levonja.

A jelen kiegészítő biztosítás megszűnése után befizetett díj nem biztosít jogosultságot a konzultációra. Ebben

az esetben a befizetett díj a biztosított részére visszautalásra kerül.

A biztosítás megszűnése a megszűnés időpontja előtt benyújtott konzultációs kérelmet nem érinti.

16. Maradékjogok

A jelen kiegészítő biztosítás maradékjogokkal nem rendelkezik, de amennyiben a díjfizetés elmulasztása miatt a szerződés szerinti alapbiztosításra automatikus díjkölcson lép életbe, a jelen kiegészítő biztosítás elmaradt díjai - az alapbiztosítás díjtartalékának terhére - szintén automatikus díjkölcsonnel kerülhetnek kiegyenlítésre.

17. Többlethozam

A jelen kiegészítő biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik.

18. Indexálás

A jelen kiegészítő biztosítás nem indexálható.

19. Egyéb feltételek

A jelen kiegészítő biztosításban nem szabályozott kérdésekben az alapbiztosítás feltételei érvényesülnek, az alábbi kivételekkel: a) a biztosítási szerződés átruházása, b) háborús fedezet, c) kifizetési és járadék opciók.

**110-es jelű és EU110-es jelű
kritikus betegségek esetére szóló
"Critical Care" elnevezésű
kiegészítő biztosítás feltételei**

A „Critical Care” elnevezésű, kiegészítő biztosítás az AHICO Első Amerikai-Magyar 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 jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben azon alap életbiztosítás rendelkezései az irányadók, amelyhez a kiegészítő biztosítást köthették.

1. Fogalom meghatározások

(1) **Biztosított** – a jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja az alapbiztosítás biztosítottja, amennyiben a biztosítási szerződésben a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozóan más biztosított nem került megjelölésre. A biztosítás 18 és 64 éves kor között lévő személyekre köthető.

(2) **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 a jelen kiegészítő biztosítás biztosítási szolgáltatására más névszerinti kedvezményezett került megjelölésre. A biztosított halála esetén a biztosítottat illető valamennyi biztosítási szolgáltatás a haláleseti kedvezményezett részére kerül kifizetésre.

(3) **Biztosítási összeg** - a kötvényben feltüntetett, az adott biztosítási esemény bekövetkeztekor a szerződés feltételei szerint maximálisan kifizethető összeg.

(4) **Biztosítás kezdete** - a jelen kiegészítő biztosítás kezdete megegyezik a szerződés szerinti alapbiztosítás kezdetével, kivéve, ha a kötvényben vagy az

ahhoz csatolt záradékban egy későbbi időpont került megjelölésre a kiegészítő biztosítás kezdeteként.

(5) **Biztosítási évforduló** - a biztosítás kezdetét követő, a biztosítás kezdetének napjával és hónapjával megegyező évforduló.

(6) **Biztosítási év** - két egymást közvetlenül követő biztosítási évforduló között eltelt időszak.

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

(8) **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.

2. A kockázatviselés kezdete – várakozási idő

A biztosító kockázatviselése az azt követő nap 0 órájakor kezdődik, amikor a szerződő fél az első díjat a biztosító számlájára vagy pénztárába befizeti 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.

3. 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.

4. Biztosítási esemény és biztosítási szolgáltatás

(1) A szerződő biztosítási ajánlaton történő választása és díjfizetése alapján a kockázatviselés a jelen szerződés 5. pontjában meghatározott és leírt betegségek, állapotok, műtéti beavatkozások három csoportjára terjedhet ki.

CC-1 csoport: A Critical Care-1 (CC-1) elnevezésű csoport választása esetén a kockázatviselés a jelen szerződés 5. pontjában az 1) sorszám alatt meghatározott betegségekre terjed ki.

CC-7 csoport: A Critical Care-7 (CC-7) elnevezésű csoport választása esetén a kockázatviselés a jelen szerződés 5. pontjában az 1)-től 7)-ig terjedő sorszámkok alatt meghatározott betegségekre, állapotokra és műtéti beavatkozásokra terjed ki.

CC-32 csoport: A Critical Care-32 (CC-32) elnevezésű csoport választása esetén a kockázatviselés a jelen szerződés 5. pontjában az 1)-től 32)-ig terjedő sorszámkok alatt meghatározott betegségekre, állapotokra és műtéti beavatkozásokra terjed ki.

(2) A biztosítottnak a biztosítás lejáratá előtt, a kockázatviselés kezdetétől számított 3 hónap várakozási idő eltelté után a kockázatviselés hatálya alá tartozó (a jelen szerződés 5. pontjában, 1) vagy 1)-7) vagy 1)-32) sorszám alatt meghatározott és leírt) betegségek, állapotok, egyikének első alkalommal történő elszívódása vagy a kockázatviselés hatálya alá tartozó (a jelen szerződés 5. pontjában, 1) vagy 1)-7) vagy 1)-32) sorszám alatt meghatározott és leírt) műtéti 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.

(3) 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, illetve műtėti beavatkozás egyidejű, vagy egymást követő fellépése esetén a biztosító nem teljesít többszöri kifizetést.

(4) A biztosított életében esedékes szolgáltatás kedvezményezettje – eltérő szerződéses kikötés hiányában – a biztosított. Amennyiben a biztosított részére kifizetendő szolgáltatás a biztosított halála miatt a biztosított részére nem kézbesíthető, a szolgáltatási összeget a biztosító a haláleseti kedvezményezett részére teljesíti.

5. 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 noninvazív, a környezetét nem elárasztó daganatok, ideszámítva az insitu mell-daganatokat és a CIN-1, CIN-2, CIN-3 osztályú méhnyaki displáziákat;
- Hiperkeratózisos, 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 prosztaták vagy más stádium besorolás esetén a TNM-mel azonos vagy alacsonyabb besorolású prosztaták, 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 szívizomenzim 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 pókhálókátráta 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 Transient 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 kiterjedő 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), neutropéniában (csökkent neutrofil fehérvérsejt. szám) és trombocitopéniában (csökkent trombocitaszám) nyilvánul meg, és kezelése az alábbiak közül legalább egy beavatkozást igényel:

- Vérkészítmény átömlesztése (vérátömlesztés);
- Csontvelő stimuláció;
- Immunszuppresszív (immunrendszert gátló) szerek alkalmazása;
- Csontvelő 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 diagnózis alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges:

- FEV1 teszt eredménye következetesen kevesebb mint 1 liter. A FEV1 az egy mp alatt erőltetett légzéssel kilégtetett 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 eszméletváltozások, 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 diagnózis 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 hallásképesség elvesztése a hallás minden frekvenciatartományában a legalább 80 decibeles halláscsökkenést jelenti. Az állapot bekövetkezésének időpontja a hallóképesség teljes, végleges és visszafordíthatatlan diagnosztizálásának időpontja, amelyet szakorvos véleménye igazol.

12) Szívbillentyű műtét

Nyitott mellkasban végzett műtét, a szívbillentyűk rendellenességének megoldására. A billentyűelégtelenség diagnózisát szívkatéteres és szívtalrahang 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 beszédképtelenségnek folyamatosan 12 hónapig fenn kell állnia, és a diagnózist fül-orr-gégész szakorvosnak kell alátámasztania.

A pszichiátriai betegségekkel összefüggésben kialakult beszédképtelenségre 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, amelyek során a biztosított, mint szövet 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.

16) Szklerózis multiplex

A szklerózis multiplex vitathatatlan diagnózisát 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 betegsége (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 diagnózis 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 felvetésének, biztonságos ki- és begombolásának kivitelezése, művégtagok vagy más gyógyászati segédeszközök le és felvetésének képessége;
- III. Helyváltoztatás: az ágyból, karosszékből, tolésszékből történő felállás és az azokra történő leülés képessége;
- IV. Mozgásképesség: beltéri mozgás képessége ugyanazon a lakószinten, egyik helyiségből a másikba történő eljutás képessége;
- V. Mellek helyiség használata: széklet vagy vizeletürítése mellek helyiségben 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 nagy sebészeti 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 magatartásváltozással 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 alkoholfüggőség okozta agyi károsodások nem minősülnek biztosítási eseménynek és a biztosítás az ilyen eseményekre nem terjed ki.

21) Heveny májgyulladás

Hepatitis vírus okozta, középsúlyostól 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 májlebensyt elpusztítja, csak az összeesett kötőszöveti szerkezetet megtartva, a szerkezetkárosodott 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 kisvérköri 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 arteria 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 (d > 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 műtéti eltávolíthatóság határain (inoperábilis);
 - Maradandó neurológiai károsodást okoz;
- A biztosítás nem terjed ki az alábbiakban felsoroltakra:
- Ciszták;
 - Granulomák;
 - Érendellenesség;
 - Vérömleny;
 - Agyalapi mirigy és gerincvelő daganatai.

25) Agyvelőgyulladás

Az agy állományának (agyfélteke, agytörzs vagy kisagy) súlyos gyulladást 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-Gyermekebénulás)

A Poliomyelitis diagnózisát 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 gerinc-velő-folyadékban azonosított bakteriális fertőzéssel és neurológus szakorvosi 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 érintettsége nélkül. 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 műtėti 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 tovaterjedő 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 veseszövet elleni auto-antitestek termelése jellemez. A jelen feltételek értelmében az SLE diagnózist azokra az esetekre tartjuk fenn, amikor az SLE a veséket érinti (vesebiopsziával igazolt Class III – Class V lupus nephritis, a WHO osztályozás szerint).

A diagnózis tényét rheumatológus, 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: membranózus lupus glomerulonephritis
- Class VI: Előrehaladott szklerotikus glomerulonephritis

6. 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. a biztosított születési idejét hitelt érdemlően igazoló okiratot,
 - c. a biztosítási eseményt 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,
 - e. a biztosító által a bejelentést követően meghatározott egyéb iratot vagy dokumentumot, illetve 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 egyéb okiratokat vagy igazolásokat is bekérhet, illetve 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 igényt 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.

7. 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, illetve alkoholbetegsége;
- d. a biztosított bűncselekményben vagy erőszakos cselekedetekben vagy zavargásban történő jogellenes részvétele;
- e. a biztosított AIDS betegsége vagy HIV-vírusral 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.).

8. 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, a választott betegségcsoport típusának, a választott díjfizetési tartamnak és a biztosítási összeg nagyságának 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 kisebb, 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, amelynél 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.

9. 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 létrejöttékor, 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 elmaradására az ügyfél követelést nem alapíthat.

- (2) 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/illetti.
- (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 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.

10. A biztosítás újra érvénybehelyezése

A biztosítási esemény nélkül megszünt biztosítás az elmaradt díj esedékességét követő 75 napon belül újra érvénybehelyezhető, az összes elmaradt díj befizetésével. 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.

11. A biztosítás pénzneme

A biztosítási szerződés díjainak és szolgáltatásainak pénzneme a biztosítási kötvényen kerül feltüntetésre.

12. Konverziós szabályok

Euró alapú biztosítási szerződés esetén a szerződő és a biztosító megállapodnak abban, hogy a szerződésben vállalt kötelezettségeiket a biztosítási szerződés kötvényoldalán meghatározott Euró pénznemben teljesítik. Megállapodnak továbbá abban, hogy amennyiben a kötvényoldalon meghatározott pénznem a Magyar Köztársaság területén a szerződés hatályba lépését követően nem minősül jogszerű fizetőeszköznek, vagy ha:

- (i) A Magyar Nemzeti Bank és/vagy a Magyar Köztársaság kormányának árfolyam-politikája, monetáris politikája vagy egyéb gazdaságpolitikai döntése, vagy
- (ii) bármilyen jogszabályi rendelkezés, korlátozás illetve tilalom, vagy
- (iii) a Biztosító befolyásán kívül eső bármely egyéb körülmény következtében:

- a. a Biztosítónak vagy a Szerződőnek nincs jogszerű lehetősége az Euró pénznem Magyar Köztársaság területén történő beszerzésére, vagy
- b. a Biztosítónak nincs jogszerű lehetősége a tartalékoknak vagy a befektetéseknél Euróban, a Magyar Köztársaság területén történő fenntartására, vagy
- c. A Biztosítónak nincs jogszerű lehetősége a Magyar Köztársaság területén létrejött Euró alapú szerződéseinek tartalékait a Magyar Köztársaság területén kívül Euró eszközökbe fektetni és / vagy ezen befektetéseket fenntartani

úgy ebben az esetben a Biztosító – a fenti körülmények mérlegelése és saját döntése alapján – jogosult a szerződésben meghatározott kötelezettség (biztosítási összeg, szolgáltatási összeg, visszavásárlási összeg, biztosítási díj stb.) pénznemét a Magyar Köztársaságnak az átváltás időpontjában érvényes törvényes nemzeti pénznemére átváltani (konvertálni) és a hivatkozott kötelezettségeket az átváltás időpontjától kezdve ebben a pénznemben kifejezni.

Az átváltás időpontjától kezdve a Biztosító és a Szerződő a kötelezettségeiket az új pénznemben kötelesek teljesíteni, a szerződés bármely, Euró pénznemre történő hivatkozása érvénytelenné válik. A Biztosító az átváltást egy adott időpontra meghatározottan – és saját döntése alapján – vagy a Magyar Nemzeti Bank vagy egy, a Biztosító által megjelölt kereskedelmi bank által hivatalosan közzétett devizaárfolyam alapján végzi el. Az átváltást követően a Biztosító új kötvényoldalt bocsát ki a biztosítási összeg és a biztosítási díj új pénznemben történő feltüntetésével.

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) ha a szerződés szerinti alapbiztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díját az esedékességkor, illetve a feltételek szerinti tűrelmi időn belül nem fizetik meg,
- e) amikor a szerződés szerinti alapbiztosítást visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy bármely okból megszűnik,
- f) a rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás szolgáltatásának kezdetekor,
- g) a három hónapos várakozási időn belül bekövetkezett biztosítási esemény esetén a díj visszafizetésével,
- h) 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 szolgáltat részét visszafizeti. A biztosítás megszűnése után tartozatlanul fizetett díjak az ilyen díjak visszafizetésén kívül másra nem kötelezik a biztosítót. A biztosítás megszűnése a függőkárak elbírálását nem érinti.

14. Maradékjogok

A jelen biztosítás maradékjogokkal nem rendelkezik, de amennyiben a díjfizetés elmulasztása miatt a szerződés szerinti alapbiztosításra automatikus díj kölcsön lép életbe, a jelen kiegészítő biztosítás elmaradt díjai - az alapbiztosítás díjtartalékának terhére - szintén automatikus díj kölcsönrel kerülnek kiegyenlítésre.

15. Többlethozam

A jelen kiegészítő biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik.

16. Indexálás

A jelen kiegészítő biztosítás nem indexálható.

17. Egyéb feltételek

A jelen kiegészítő biztosításban nem szabályozott kérdésekben az alapbiztosítás feltételei érvényesek, az alábbi kivételekkel: a) a biztosítási szerződés átruházása-hitelfedezet, b) kifizetési és járadékopciók, c) maradékjogok.

MetLife®

Útmutató a biztosítási díj (díjelőleg) utalásához forint alapú életbiztosítás esetén

A forint alapú biztosítás díjának (díjelőlegének) befizetése banki vagy postai utalással történhet. Postai utalás esetén a mellékelt KÉSZPÉNZÁTUTALÁSI MEGBÍZÁST kell használni, amelyen szerepel az 5-ös számmal kezdődő befizető azonosító, amely egyben a forint alapú biztosítás ajánlatszám is. A postai utalást követően kérjük, hogy a feladóvevény másolatát az ajánlat mellékleteként társaságunk részére juttassa el. Banki utalás esetén a forintban fizetendő díj (díjelőleg) összegét az AHICO Biztosító Zrt., mint kedvezményezett részére, a Citibank Zrt.-nél vezetett 10800007-59003029-00000000 számú bankszámlaszámra forint pénznemben utalja. Az átutalási megbízás megadása során, kérjük ne felejtse el a közlemény rovatba a megfelelő **5-ös számmal kezdődő ajánlatszámot** feltüntetni. Az utalást követően a bank által kiadott, az utalásról szóló igazolás másolatát a biztosítási ajánlat mellékleteként társaságunk részére juttassa el.

Megbízó neve, címe:	Szerződő neve, címe		
Kedvezményezett neve:	AHICO Biztosító Zrt.		
Kedvezményezett címe :	1083 Budapest, Szigetvári u. 7.		
Kedvezményezett bankja:	Citibank Zrt.		
Kedvezményezett bankjának címe:	1051 Budapest, Szabadság tér 7.		
Bankazonosító (SWIFT kód):	CITIHUHX		
Kedvezményezett bankszámlaszáma:	HU12 10800007-59003029-00000000		
Pénznem:	FORINT		
Összeg:	Az ajánlaton forintban megjelölt összeg		
Kedvezményezettel közlendő közlemény:	5-ös számmal kezdődő ajánlatszám		

EGÉSZSÉGI NYILATKOZAT

A nyilatkozat kérdéseit a biztosítandó feleletei alapján az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Zrt. megbízottja **szöveges válasszal** tölti ki. Bármely javítást a **biztosítandó félnek** kézjeggyével kell igazolnia.

1. Név: _____

Születési ideje: _____ év _____ hó _____ nap. Családi állapota: _____

2. Egészségesnek érzi-e magát?

igen

nem

3. Magassága: _____ cm. Testsúlya: _____kg. Testsúlya változott-e az elmúlt évben?

igen

nem

Ha igen, mennyit változott (+ vagy –) és mi okból? _____

4. Dohányzik-e? Ha igen, naponta mennyit? _____

igen

nem

5. Szeszes italt fogyaszt-e rendszeresen? Ha igen, mit és milyen mértékben? _____

igen

nem

6. Vérnyomásával volt-e, van-e panasza? Ha igen, mikor, ill. mióta? _____

igen

nem

Ha igen, utolsó kontroll eredménye: _____Hgmm

7. Volt-e, illetve van-e valamilyen betegsége vagy panasza a következők közül? Szív- és keringési betegségek, cukor-
betegség, légzőszervi betegségek, emésztőszervi betegségek, daganatos megbetegedés, vese- betegség, ideg- és
elmebetegség, bármely más betegség vagy rendellenesség, melyre nem kérdeztünk rá?

igen

nem

Ha igen, kérjük részletesen leírni és a teljes orvosi dokumentáció másolatát mellékelni szíveskedjenek!

8. Részt vett-e szakorvosi vizsgálaton az elmúlt két évben, illetve áll-e jelenleg rendszeres orvosi kezelés alatt?

igen

nem

Ha igen, mi okból, mikor, ill. mióta? _____

9. Állt-e az utóbbi öt évben gyógyintézeti kezelés alatt?

igen

nem

Ha igen, mikor, mi okból? A zárójelentés másolatát kérjük mellékelni! _____

10. Voltak-e műtétei, vagy terveznek-e Önnél a közeljövőben műtétet?

igen

nem

Ha igen, mikor, milyen műtét, milyen következményekkel? A zárójelentés másolatát kérjük mellékelni!

11. Volt-e Önnek az utóbbi két évben EKG vagy röntgen lelete, amely valamilyen rendellenességet mutatott?

igen

nem

Ha igen, kérjük a másolatot mellékelni!

12. Szed-e rendszeresen valamilyen gyógyszert? Ha igen, mi okból, (gyógyszer neve/napi adag)?

igen

nem

13. Fenn áll-e testi fogyatékoság, rokkantság? Ha igen, milyen jellegű és mértékű?

igen

nem

14. Előfordult-e a családban cukorbetegség, szív- és érrendszeri betegség, magas vérnyomás, TBC, daganatos
betegség, ideg- és elmebetegség, más öröklődő betegség? Ha igen, milyen betegség, kinél, milyen életkorban?

igen

nem

15. Nőknél: jelenleg várandós-e? Ha igen, hányadik hónapban van?

igen

nem

16. Volt-e pozitív HIV (AIDS) vizsgálata?

igen

nem

17. Kezelőorvosának neve és címe: _____

18. Foglalkozása (tényleges tevékenység): _____

Veszélyes vagy egészségre ártalmas munkahelyen dolgozik-e?

igen

nem

Ha igen, kérjük leírni! _____

19. Folytat-e bármilyen veszélyes tevékenységet, bármilyen sportot, bármilyen hobbit, illetve szándékozik-e ezek bárme-
lyikét folytatni?

igen

nem

Ha igen, pontosan mi az és milyen rendszerességgel végzi?

20. Jelenleg van-e életbiztosítása?

igen

nem

Ha igen, melyik biztosítónál, milyen összegre? _____

21. Jelen ajánlatot megelőzően volt-e elutasított biztosítási ajánlata?

igen

nem

Ha igen, mikor, mi okból, melyik biztosítónál? _____

Saját kezű aláírással tudomásul veszem, hogy a fenti nyilatkozatom életbiztosítási ajánlatom részét képezi. Igazolom, hogy a kér-
déseket személyesen, az igazságnak megfelelően válaszoltam meg, melyeket helyesen jegyeztek le.

Kelt: _____ helység, _____ év _____ hónap _____ nap _____

A biztosítandó saját kezű aláírása

NYILATKOZAT

A szerződő, a biztosított, illetve a biztosított törvényes képviselője kijelenti, illetve tudomásul veszi:

- Alulírott kijelentem, hogy a jelen ajánlat aláírása előtt egyértelmű és részletes tájékoztatást kaptam az ajánlaton jelölt biztosítás(ok) jellemzőiről és a biztosító főbb adatairól, a biztosítási (szerződési) feltételek összefoglalását tartalmazó ügyféltájékoztatót és a biztosítási feltételek egy példányát átvettem, elolvastam, a benne foglaltakat megértettem és azokat tudomásul veszem. Egyúttal átvettem az ajánlat egy példányát.
- Alulírott kijelentem, hogy az ajánlatban feltett kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy valótlán adatok közlése vagy valós adatok, betegségek, balesetek elhallgatása a biztosítás érvénytelenségét, illetve a biztosító mentesülését vonhatja maga után. Tudomásul veszem, hogy az ajánlaton szereplő személyi azonosítóim (név, születési idő és hely, anyja neve, lakcím vagy értesítési cím, életkor, nem, állampolgárság, foglalkozás, adóazonosító jel) közlése és az előírt egészségi nyilatkozat hiánytalan kitöltése nélkülözhetetlen a biztosítás megkötése érdekében, míg egyéb adataim (munkahely megnevezése, telefon, email cím, családi állapot, a szerződő és biztosított kapcsolata) közlése a biztosítóval való kapcsolattartás és a szolgáltatások teljesítése érdekében kerülnek felvételre és nyilvántartásra.
- Kijelentem, hogy az ajánlatban szereplő adatokat önkéntesen, a biztosítás megkötése érdekében adtam meg. Hozzájárulok, hogy az ajánlaton rögzített adatokat és az ajánlat alapján létrejött biztosítási szerződés egyéb adatait a biztosító a biztosítási szerződés megkötése, a szerződésből származó jogok és kötelezettségek érvényesítése, illetve a biztosítási szolgáltatások teljesítése érdekében a szerződés érvényességi tartama, a szolgáltatások teljesítése érdekében szükséges, illetve a jogszabályban meghatározott időtartam alatt nyilvántartsa, valamint saját nyilvántartási céljaira és a jogszabályokban előírt kötelező adatszolgáltatási célokra felhasználja. Tudomásul veszem, hogy a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló jogszabály alapján az adatkezelés céljáról, jogalapjáról, időtartamáról, az adatfeldolgozóról és az adatkezeléssel összefüggő tevékenységéről tájékoztatást kérhetek, kérhetem személyes adataim helyesbítését, illetve törlését, jogsértés esetén bírósághoz fordulhatok, valamint a jogellenes adatkezeléssel okozott károm megtérítését követelhetem.
- Hozzájárulok ahhoz, hogy a fenti személyes adataimat, valamint a biztosítási szerződéselem pénzügyi és aktuáriusi adatait a szerződés fenntartása és kezelése, illetve a szerződésben foglaltak teljesítése céljából és érdekében a biztosító – 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 (AMSLICO-Szlovákia, Alico Services Central Europe, s.r.o. - Szlovákia, Amplico Services Sp. z o.o. - Warsaw, Poland) ill. viszontbiztosítója (SwissRe - Svájc, Hannover Life Re - Franciaország), részére, az anyavállalat, a regionális központok és a viszontbiztosító székhelye szerinti országokba továbbítsa.
- Felhatalmazom az AHICO Biztosító Zrt.-t, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a biztosítás szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszeresse és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítóról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX törvény 157. § (1) és (6)-(7) bekezdésében, valamint a 159. § (1) bekezdésében meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa. Egyúttal felmentem az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. háziorvos) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv) a titoktartási kötelezettségük alól. A biztosító az egészségi állapottal közvetlenül összefüggő, általa kezelt adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni, és e titkot időbeli korlátozás nélkül megtartani.
- A biztosítónak jogában áll a jelen biztosítási ajánlatot a biztosítóhoz való beérkezéstől számított 15 napos határidőn belül indoklás nélkül elutasítani. Amennyiben a 15 napos határidőn belül a biztosító nem nyilatkozik, úgy a szerződés a benyújtott ajánlat szerint létrejön.
- Tudomásul veszem, hogy az ajánlatom felvételében és a biztosítás közvetítésében eljáró biztosításközvetítő (ügynök, alkuusz) nem jogosult az ajánlat feltételeit vagy a biztosítás feltételeit és rendelkezéseit módosítani, illetve a biztosító által írásban közölt feltételeket és előírásokat bármilyen módon megváltoztatni. A szóbeli közlések vagy kikötések csak megadott adatokban bekövetkezett változásokat 5 munkanapon belül jelentem a biztosítónak. Tudomásul veszem, hogy amennyiben a szóbeli tájékoztatás és a biztosítási feltételek ellentmondása esetén az AHICO Biztosító Zrt. által kiadott írásbeli tájékoztató(k) adatait és információit kell érvényesnek tekinteni.
- Elfogadom az AHICO Biztosító Zrt. azon eljárását, amely szerint az ajánlaton szereplő biztosítási összeget 10%-ot meg nem haladó mértékben csökkenti vagy növeli a biztosítási díj változatlanul hagyása mellett, ha azt a kockázatelbíráói döntés indokolja.
- Amennyiben a biztosító a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvényben, illetve pénzmosási szabályzatában meghatározott esetekben velem, illetve az általam képviselt szervezettel kapcsolatban ügyfélaazonosításra kötelezett, az azonosításhoz hozzájárulok. Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az azonosítás során valós adatokat szolgáltatok, valamint vállalom, hogy a szerződéses kapcsolat fennállása alatt a megadott adatokban bekövetkezett változásokat 5 munkanapon belül jelentem a biztosítónak. Tudomásul veszem, hogy amennyiben a fenti kötelezettségemet nem teljesítem, úgy az a vonatkozó jogszabályok alapján a biztosítás megszűnését eredményezheti. Kijelentem továbbá, hogy a Pmt. 4. § és 16. §-ai alapján nem minősülök külföldi lakóhellyel rendelkező kiemelt (politikai) közszereplőnek, illetve tudomásul veszem, hogy amennyiben külföldi lakóhellyel rendelkező kiemelt (politikai) közszereplőnek minősülök, úgy erről a tényről – a lakóhelyem szerinti ország jogának megfelelő közszereplői státuszom pontos megjelölése mellett – köteles vagyok a biztosító részére írásbeli nyilatkozatot tenni.
- Kijelentem, hogy az ajánlaton megjelölt ajánlattevő (szerződő) és bármely, az ajánlatban megnevezett kedvezményezett NEM az U.S.A. polgára és/vagy nem tartozik az U.S.A. Szövetségi Jövedelemadó hatálya alá. Egyúttal kötelezettséget válllok arra, hogy amennyiben a biztosítási szerződés érvényességi időtartama alatt az ajánlattevő (szerződő) vagy bármely, az ajánlatban megnevezett kedvezményezett az U.S.A. polgárává válik, illetve az U.S.A. Szövetségi Jövedelemadó hatálya alá kerül, vagy a biztosítási szerződést ilyen személy részére ruházzák át, a változást követő 30 napon belül erről értesítem a biztosítót. U.S.A. polgár vagy az U.S.A. Szövetségi Jövedelemadó hatálya alá tartozó személy által, a Szövetségi Jövedelemadó-státusz vonatkozásában tett valótlán nyilatkozat az U.S.A. jogszabályok alapján büntetést vonhat maga után. A jelen nyilatkozat szempontjából az U.S.A. polgárának vagy az U.S.A. Szövetségi Jövedelemadó hatálya alá tartozó személynek minősül az Amerikai Egyesült Államok állampolgára vagy rezidense, illetve az U.S.A. székhelyű vállalkozás vagy bármely olyan vállalkozás, melyben egy vagy több U.S.A. polgár ellenőrzési jogot gyakorol és a vállalkozás az U.S.A. bíróságának joghatósága alatt áll. Jelen nyilatkozat a kockázati (haláleseti) életbiztosítás, mint alapbiztosítás ajánlattevőjére (szerződőjére) nem vonatkozik.
- Díjtartalékos életbiztosítások esetén tudomásul veszem és elfogadom, hogy a biztosítási szerződés feltételeivel és a hatályos jogszabályokkal összhangban a biztosító a mindenkorli üzletpolitikájának megfelelően jogosult az általam fizetett biztosítási díjat befektetni, mely befektetés hozamából a szerződésben meghatározottak szerint részesedem. Tudomásul veszem, hogy a befektetések hozama előre nem határozható meg, valamint elfogadom a szerződés alapján engem illető hozamrészesedést.
- Tudomásul veszem és elfogadom, hogy a biztosítási szerződésnek a szerződő által, a kötvény kézhezvételét követő 30 napon belül történő felmondása esetén, a kötvényesítés adminisztrációs költsége és a kockázatviselés költsége jogcímén egy havi díjat, de legfeljebb 20.000 Ft - azaz húszezer forint - összeget, Euró alapú biztosítások esetén 80 Euró - azaz nyolcvan Euró - összeget, valamint az elvégzett orvosi vizsgálat költségének összegét a biztosító a befizetett díjból visszatartja és kizárólag a díjnak a fenti költségekkel csökkentett összegét fizeti vissza.
- Tudomásul veszem, hogy amennyiben a biztosítást hitelfedezetként kívánom felhasználni, a pénzintézet a hitel nyújtásáról a kérelmező hitelképességének vizsgálata és a hatályos bonitätsvizsgálati feltételek alapján dönt, a biztosítási szerződéstől függetlenül.
- Hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a tevékenységi körébe tartozó egyéb termékekről és szolgáltatásokról, illetve azok igénybevételi lehetőségeiről a későbbiekben tájékoztasson és az azokkal kapcsolatos tájékoztató anyagokat részemre megküldje.

Kelt (helység, dátum)

Biztosítandó aláírása
(ill. a biztosítandó törvényes
képviselőjének aláírása)Szerződő aláírása
(ha nem azonos a biztosítandóval)