

BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK

Az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Zrt. „MetlifeCare” Egyéni Balesetbiztosítás Általános Feltételei

A jelen feltételekben foglalt rendelkezések - ellenkező szerződéses kikötés hiányában - az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) „MetlifeCare” elnevezésű egyéni balesetbiztosítási szerződéseire érvényesek feltéve, hogy a szerződést a feltételekre hivatkozással kötötték. Az Általános és Különös Feltételek rendelkezéseinek ütközése esetén a Különös feltételek rendelkezéseit kell érvényesnek tekinteni. A jelen feltételekben és a biztosítási szerződésben nem rendezett kérdésekben a hatályos jogszabályok rendelkezései az irányadók.

I. A biztosítás tárgya

A biztosító a szerződő díjfizetése ellenében biztosítási védelmet nyújt a biztosítási szerződésben (kötvényben) meghatározott eseményekre. A biztosítási események és szolgáltatások az Általános Feltételekhez csatolt Különös Feltételekben találhatóak.

II. A biztosítási szerződés alanyai

1. A szerződő fél az a személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz, és annak elfogadása esetén a díjfizetést teljesíti.
2. A biztosított az a személy, akinek az életével, testi épségével, illetve egészségével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön. Egy biztosítási szerződés keretében, külön biztosítási díjak ellenében biztosítás köthető a biztosítási ajánlat szerint elsődlegesen biztosítandó személyre (főbiztosított), valamint a főbiztosított együtt élő házastársára és eltartott gyermekeire (családi biztosítás). A feltételek szempontjából eltartott gyermeknek minősül a biztosított:
 - a) legfeljebb 18 éves (felsőfokú tanulmányokat folytató gyermek esetén legfeljebb 24 éves),
 - b) vérségi vagy örökbefogadott,
 - c) nem házas, gyermektelen gyermeke,
 - d) aki önálló keresettel nem rendelkezik.
3. A biztosítás 1 és 69 éves kor között lévő személyekre köthető, de a biztosítás megkötésekor figyelembe kell venni az eltartott gyermekekre vonatkozó életkori korlátozásokat.
4. A biztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához - ha a szerződést nem ő köti meg - a biztosított (törvényes képviselője) írásbeli hozzájárulása szükséges.

III. A biztosítási szerződés létrejötte

1. A biztosítási szerződés a szerződő (biztosított) és a biztosító kölcsönös megállapodása alapján jön létre.
2. A biztosítóval szerződő fél az ajánlatát írásban, a biztosító ajánlati nyomtatványán terjeszti elő.
3. Az ajánlat elfogadása esetén a biztosító a szerződésről kötvényt állít ki. A megállapodás szerinti szolgáltatásokat, biztosítási összegeket és fizetendő díjakat a biztosítási kötvény tartalmazza.
4. A biztosítási szerződés az ajánlat aláírását követő napon lép hatályba feltéve, hogy a biztosító az ajánlatot nem utasítja vissza és az első esedékes díj befizetésre kerül.
5. Az ajánlat esetleges elutasítását a biztosító nem köteles megindokolni.

IV. A kockázatviselés kezdete

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 balesetbiztosítási 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.

V. A biztosítás tartama

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

VI. A biztosítás megszűnése, felmondása

1. A biztosítás megszűnik:
 - a) a biztosított halálával;
 - b) a díjfizetés elmaradása miatt a türelmi idő leteltével;
 - c) annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 70. életévét (eltartott gyermek esetében a 18. illetve 24.) életévét betölti;
 - d) eltartott gyermek esetében annak a biztosítási időszaknak a végén, amelyben olyan változás történik, aminek következtében a II.2. bekezdésében meghatározott feltételek egyike már nem érvényesül;
 - e) felmondás következtében.

2. A főbiztosított halála esetén a teljes biztosítási szerződés megszűnik

3. A szerződést írásban a biztosítási időszak végére lehet felmondani. A felmondási idő 30 nap. A felmondással a biztosító kockázatviselése a biztosítási időszak végén teljesen megszűnik.

A biztosító a szerződést írásban 30 napra akkor is felmondhatja, ha a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását közli vele és a megváltozott kockázatot a továbbiakban nem vállalja.

4. A Biztosító orvosi konzultációval kapcsolatos szolgáltatási kötelezettsége automatikusan megszűnik, ha a Biztosító és a Szolgáltató együttműködése megszűnik. A szolgáltatás megszűnésével egyidejűleg a biztosítás díja arányosan csökkentésre kerül a szerződés egyéb feltételeinek változása nélkül. A biztosító a szolgáltatás megszűnéséről és a díjak változásáról a szerződőnek értesítést küld.

VII. Díjfizetés, fizetési késedelem, türelmi idő

1. A biztosítás első díja a szerződés létrejöttékor, minden későbbi díj pedig annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.
2. A biztosítás éves díjfizetésű, de a biztosító hozzájárulhat az éves díj féléves, illetve negyedéves részletekben történő fizetéséhez. 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 30 nappal kell jelezni.
3. 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.
4. 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.

5. Amennyiben a szerződő (biztosított) a díjat az esedékességtől számított 30 napon belül nem egyenlíti ki, a biztosító a kockázatot az elmaradt díj esedékességétől számított 30 napig viseli. A biztosító ezt az időszakot tekinti türelmi időnek. Ezen türelmi időn belül a szerződő az elmaradt díj befizetését pótolhatja.
6. Amennyiben az elmaradt díjat a türelmi időn belül nem fizetik meg, a biztosítás a 31. napon megszűnik. Amennyiben a türelmi időn belül biztosítási esemény következik be, a biztosító a fizetendő szolgáltatási összegből levonja az elmaradt esedékes díjat és csak a különbözetet fizeti ki.
7. 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.

8. 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 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 árfolyampolitikája, 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 Euro pénznem a Magyar Köztársaság területén történő beszerzésére, vagy*
- b. *a Biztosítónak nincs jogszerű lehetősége a tartalékoknak vagy a befektetéseknek Euroban, a Magyar Köztársaság területén történő fenntartására, vagy*
- c. *A Biztosítónak nincs jogszerű lehetősége a Magyar Köztársaság területén létrejött Euro alapú szerződéseinek tartalmait a Magyar Köztársaság területén kívül Euro 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.

VIII. A biztosítás újra érvénybehelyezése

1. A díjfizetés elmulasztása miatt megszünt biztosítás az elmaradt díj esedékességétől számított 6 hónapon belül újra érvénybe helyezhető, amennyiben a szerződő (biztosított) azt írásban kéri és a türelmi időszak elmaradt díját, valamint a szerződés szerint soron következő esedékes díjat megfizeti. Az újra érvénybehelyezéshez a biztosító által igényelt és a biztosított egészségi állapotára, valamint foglalkozására és szabadidős tevékenységére vonatkozó nyilatkozatokat és orvosi dokumentációt kell benyújtani. Amennyiben a biztosító valamennyi irat beérkezését követően, az utolsó szükséges dokumentum beérkezésétől számított 15 napon belül a díjat nem utasítja vissza, a biztosító kockázatviselése a díj befizetését követő nap 0 órájkor az eredeti tartalommal újra kezdődik. Az újra érvénybehelyezési kérelem elutasítása esetén a biztosító a befizetett díjat haladéktalanul visszatéríti a szerződő részére.
2. A biztosítás újra érvénybehelyezése esetén a biztosító csak az újra érvénybehelyezés időpontja után bekövetkező biztosítási eseményekre viseli a kockázatot.

IX. Mentésülés

1. **A biztosító mentesül a szolgáltatási összeg kifizetése alól, ha a biztosított a szerződés létrejötté előtt a jelen fejezet (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 biztosítás megszűnik.**
2. **Nem nyújtható biztosítás súlyos betegségben szenvedőknek (pl. epilepszia, inzulin függő cukorbetegség, súlyos szív- és érrendszeri betegség, alkohol- vagy drogfüggőség, sükettség, vakság, végtaghiány, súlyos mozgáskorlátozottság és hasonló betegségek esetén), vagy az olyan személyeknek, akik maradandó teljes**

rokkantsággal élnek, továbbá a bármely pszichiátria betegségben vagy a mozgást és a normális életvitelt nagymértékben korlátozó, funkcionális zavarokat okozó betegségben szenvedőknek.

X. Kizárások a biztosítási védelemből

A biztosítás nem terjed ki azon eseményekre, amelyek oka közvetlenül vagy közvetve, egészében vagy részben:

- a) **a szerződés hatályba lépése előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés vagy betegség;**
- b) **veleszületett egészségi rendellenességek és az ebből fakadó következmények;**
- c) **bármely betegségre visszavezethető csontgyengülés, patológiás törés, ideértve az osteoporosist is;**
- d) **a rendszeres túlterhelés eredményeként fellépő törések (stressz törések);**
- e) **a fogak, foggyökerek, fogpótlások törései és sérülései;**
- f) **a biztosított mérgezése vagy mérgező gázok belélegzése;**
- g) **a biztosítottak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota, kivéve, ha ezeket egészségügyi intézmény vagy személy előírására alkalmazzák;**
- h) **a biztosított mértéktelen alkohol fogyasztása vagy tudatmódosító szerekkel történő visszaélése;**
- i) **ha a biztosított utasként vagy vezetőként olyan járműben utazik, amelynek vezetője nem rendelkezik szabályos jármű vezetői engedéllyel vagy tudatmódosító szerek hatása alatt vezet vagy alkoholos befolyásoltság alatt vezet, amennyiben véralkohol szintje megegyezik vagy magasabb a közlekedésrendészeti szabályokban megengedett határértéknél;**
- j) **a biztosított öngyilkossága, öncsonkítása, valamint ezek kísérlete, illetve a biztosított által önmagának okozott egyéb testi sérülés (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori tudatállapotára), valamint a biztosított kérésére vagy beleegyezésével más személy által a biztosítottnak okozott testi sérülés;**
- k) **bármilyen betegség, egészségi rendellenesség, előrehaladott kórfolyamat vagy bakteriális fertőzés (kivéve a bal-eseti sérülések, nyílt sebek bakteriális fertőzéseit) és a gyógyászati vagy sebészeti gyógykezelések;**
- l) **bármely idegi vagy elmebeli rendellenesség és gyógykezelése, elnevezéstől vagy osztályozástól függetlenül (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezavar);**
- m) **bármely, sérvet, lumbágót vagy sciaticat (az ülő-ideg zsába egyedi formáját) okozó sérülés;**
- n) **bármely vesztesség, amelynek oka a biztosított által megkísérelt vagy elkövetett jogellenes cselekedet, illetve abban való szándékos részesség, vagy**

- olyan cselekmény, amely a biztosított őrizetbe vételéhez vezet, illetve a letartóztatással való aktív vagy passzív szembeszegülés;
- o) háború (a hadüzenet tényétől függetlenül), zavargás, zendülés, sztrájk, lázadás, polgári felkelés vagy bármely ezzel kapcsolatos esemény, illetve bármely rendőrségi feladat ellátása során, vagy erőszakos cselekmények elkövetése során; vagy a hadsereg, a haditengerészet, a légierő kiegészítő-, illetve a polgári védelem nem harcoló egységeiben történő szolgálat során szerzett vagy elszenvedett sérülések (függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételről van szó).
- p) bármely olyan káresemény, amelynek oka közvetve vagy közvetlenül a HIV (Emberi Immunhiányt Okozó Vírus) fertőzőségről és / vagy bármely a HIV fertőzőséggel kapcsolatos betegség beleértve az AIDS-t (Szerzett Immunhiányos Szindróma), és / vagy annak bármilyen mutáns származékát vagy változatát;

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

- q) a biztosított hivatásos sportolói minőségben végzett sporttevékenysége;
- r) a biztosított amatőrként végzett alábbi sporttevékenységei: bármely autó-és motorsport, bármilyen lovas sport, légi sportok, hegymászás, sziklamászás, lövészet, bűvárkodás, katonai sportok, harcművészetek
- s) a biztosított részvétele bármely olyan, magán vagy hivatalos szervezésű versenyben vagy versenyre való felkészülésben, amely motoros meghajtású szárazföldi-, vízi- vagy légi jármű használatával jár;
- 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 katonai vagy polgári szolgálata bármely nemzet vagy nemzetközi szervezet bármely fegyveres erejénél vagy félkatonai szervezeténél; vagy a biztosított katonaként vagy polgári alkalmazottként történő közvetlen részvétele hadműveletekben, hadgyakorlatokon, hadieszközök tesztelésében vagy hasonló műveletekben;
- w) a biztosított által jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul elkövetett bűncselekmény;
- x) bármely olyan kezelés vagy gyógy mód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben, rehabilitációs vagy utókezelő központban végeznek;

- y) 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;
- z) mialatt a biztosított nem utas minőségben tengerjáró, óceánjáró vagy folyami hajó vagy repülőgép fedélzetén utazik;
- aa) bármely, radioaktív energia vagy maghasadás által működtetett vagy működtetésre alkalmas fegyver vagy eszköz használata, illetve az azokkal összefüggésben bekövetkezett radioaktív szennyeződés, illetve sugárterheltség, minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt, kivéve ezek orvosi alkalmazását.

XI. A biztosítási esemény bejelentése és bizonyítása

1. 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.
2. A biztosított felhatalmazza a biztosítót, hogy baleseti halál esetén a holttestet a biztosító saját költségén orvosokkal megvizsgálta és szükség esetén felboncoltassa. A biztosító az igényelbírálás tartama alatt jogosult a saját költségén a biztosítottat az általa megnevezett orvosokkal megvizsgáltatni olyan gyakran, ahogy az orvosilag indokolt.
3. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a következő iratokat kell a biztosító részére benyújtani:
 - a) a szolgáltatás iránti igénybejelentőt, (a biztosító erre a célra szolgáló, kitöltött és aláírt kárbejelentő nyomtatványa);
 - b) halál esetén a halotti anyakönyvi kivonat hitelesített másolatát és a halál okát igazoló orvosi bizonyítványt;
 - c) az orvosi jelentést valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával illetőleg az egészségkárosodás mértékének igazolásával;
 - d) a kórházi tartózkodásról és ellátásról szóló magyar nyelvű orvosi dokumentáció (zárájtelés) másolatát, amely tartalmazza a kórházi tartózkodás időtartamát, a kórtörténeti adatokat, a felállított diagnózisokat, az alkalmazott kezeléseket, illetve műtét esetén a műtét beavatkozás pontos leírását, valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával;
 - e) a sérült testrésszel kapcsolatban, a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően felállított orvosi diagnózisok, vizsgálatok,

- gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentációk másolatait (ha létezik ilyen)
- f) a baleset tényét és körülményeit igazoló rendőrhatalósági jegyzőkönyv vagy más hatósági jelentés másolatát (amennyiben ilyen készült);
- g) a biztosított születési idejét hitelt érdemlően igazoló okiratot;
- h) mindazon okiratokat, amelyek a jogosultság (személyazonosság, illetve kedvezményezett vagy örökös státus) igazolásához szükségesek;
- i) továbbá mindazon okiratokat, amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek.

4. A szükséges iratok beszerzésével kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényt a biztosítóval szemben érvényesíteni kívánja.
5. A biztosító a szolgáltatási igényeket az igény elbírálásához szükséges összes irat beérkezése után, az utólagra beérkezett irat kézhezvételétől számított 30 napon belül ítéli meg, illetve jogos igény esetén 30 napon belül teljesíti. A biztosító a már esedékessé vált, de még meg nem fizetett díjakat bármely szolgáltatás összegéből levonja.

XII. Közlési kötelezettség és megsértésének következményei

1. A szerződő és a biztosított a szerződés megkötésekor kötelesek a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval írásban közölni, amelyekre vonatkozóan a biztosító kérdést tett fel és amelyeket ismertek vagy ismerniük kellett.
2. A közlési kötelezettség megsértése esetén a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy nem a valóságnak megfelelően közölt körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében, illetve a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkezéséig 5 év már eltelt.

XIII. A kedvezményezett jelölése és megváltoztatása

1. A kedvezményezett az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási szerződésben megjelölt szolgáltatás igénybevételére jogosult.
2. A biztosított baleseti halála esetén kedvezményezett lehet:
 - a) a szerződésben megnevezett személy, vagy
 - b) a biztosított örököse, ha a kedvezményezett a szerződésben nem jelölték meg.
 Amennyiben egy szerződésben több biztosított szerepel, a főbiztosítotton kívül biztosított személyek haláleseti kedvezményezettje - eltérő szerződéses kikötés hiányában - a főbiztosított.

3. A nem haláleseti szolgáltatások kedvezményezettje maga a biztosított kivéve, ha a szerződésben más névszerinti kedvezményezett került megjelölésre.
4. A szerződő fél az eredetileg kijelölt kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával bármikor más kedvezményezettet nevezhet meg. Ha nem a biztosított a szerződő fél, ehhez a biztosított (törvényes képviselője) írásbeli hozzájárulása szükséges.
5. A kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal.

XIV. A biztosítás területi és időbeli hatálya

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

XV. A baleset fogalma

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

XVI. Jognyilatkozatok

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

XVII. Adatkezelés, adattovábbítás, titokvédelem

A biztosítási titok minden olyan - államtitoknak nem minősülő -, a biztosító rendelkezésére álló adat, amely a biztosító egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik. Az ügyfél egészségi

állapotával összefüggő adatokat a biztosító 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 biztosító ügyfeleinek azon üzleti titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet, az eltérő célból végzett adatkezelést a biztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül - ha törvény másként nem rendelkezik - titoktartási kötelezettség terheli a biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

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

A biztosítási 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 hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, e) az adóhatósággal, feltéve, hogy adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli, f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal, g) a biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviseletével, ezek érdek-képviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos verseny-felügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal, h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal, i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal, j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésre felhatalmazott szervvel, k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén

a kockázatvállaló biztosítókkal, l) a Bit-ben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető Hivatallal, m) az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval, n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében a Kártalanítási Számlát kezelő szervezettel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel és a kárrendezési megbízottal, o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, p) fióktelep esetében - ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal - a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel, szaktanácsadóval szemben, ha az a) - p) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

A biztosító a nyomozó hatóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet a) kábítószer-kereskedelemmel, b) terrorizmussal, c) illegális fegyverkereskedelemmel, vagy d) a pénzmosás bűncselekményével van összefüggésben. A biztosító a nyomozó hatóságot a „halaszthatatlan intézkedés” jelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyési jóváhagyást nélkülöző megkeresésére is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott üggyel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg, b) fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak, c) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a Pénzügyminisztérium részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása.

A biztosító a személyes adatokat a biztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban

igény érvényesíthető. A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap. A biztosító és az ügyfél viszonyában a Magyar Posta, a Drescher Magyarország Kft. (1097 Budapest, Gyáli út 31.), az Alico Services Central Europe, s.r.o. (Hviezdoslavovo nám 20, 811 02 Bratislava, Szlovákia) és az Amplico Services Sp. z o.o. (Warsaw, Poland) adatfeldolgozóinak minősül.

XVIII. 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 (biztosítóintézetekről 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.

XIX. A biztosítás pénzneme

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

XX. Panasztételi lehetőség

A biztosító magatartására, tevékenységére, szolgáltatására vagy mulasztására vonatkozó panaszát a szerződő szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen, postai levél útján, telefaxon, vagy elektronikus levélben), a jelen pontban megjelölt elérhetőségek bármelyikén előterjesztheti a biztosító ügyfélszolgálati osztálya részére 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). A szerződő továbbá folyamatosan tájékozódhat a biztosító szolgáltatásairól a www.metlife.hu címen.

Amennyiben a szerződő az általa tett bejelentésnek a biztosító által történő kezelésével vagy annak eredményével elégedetlen, úgy panasza jellegétől függően a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéhez (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.) vagy a Pénzügyi Békéltető Testülethez (1013 Budapest, Krisztina krt. 39. címen, elektronikus ügyfélkapun keresztül – www.magyarorszag.hu címen) vagy bírósághoz fordulhat.

XXI. Elévülés

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

XXII. Illetékes bíróság

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

XXIII. 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

XXIV. Indexálási záradék

Az indexálási záradék célja a balesetbiztosítási szolgáltatások értékállóságának az inflációval szemben történő megőrzése, a záradékban foglalt feltételek szerint.

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

1. Indexálás

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

2. A biztosítási összegek növelése

A szerződés szerinti biztosítási összegek növelésére (indexálására) minden egyes biztosítási évfordulón kerülhet sor, legfeljebb a 10. biztosítási évfordulóig. A 10. biztosítási évfordulón történő indexálást követően a biztosítási összegek a továbbiakban változatlanok.

Az első indexálás alkalmával a biztosítások megnövelt összege az indexráta és az induló biztosítási összegek alapján kerülnek kiszámításra. A további biztosítási évfordulókon a biztosítási összegek az aktuális indexráta és az előző év növelt biztosítási összegei alapján kerülnek kiszámításra.

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

A türelmi idő alatt bekövetkező biztosítási esemény esetén, amennyiben az esedékes díjat addig az időpontig még nem fizették meg, a biztosító a kötvényévforduló előtt érvényes szolgáltatási összeget teljesíti.

3. A biztosítási díj növelése

A biztosítási díj növelésére (indexálására) minden egyes biztosítási évfordulón kerülhet sor, legfeljebb a 10. biztosítási évfordulóig. A 10. biztosítási évfordulón történő indexálást követően a biztosítási díj a továbbiakban változatlan.

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

Amennyiben valamely szolgáltatás díja a biztosított életkora alapján kerül megállapításra és az aktuális díjnövelés összege nem elegendő a biztosítási szolgáltatás összegének megfelelő mértékű növeléséhez, ezen szolgáltatás biztosítási összege a díjnövelés által ténylegesen fedezett mértékig kerül növelésre vagy a biztosító az indexálást meghaladó mértékű díjnövelést alkalmazhat.

4. Az indexálás felfüggesztése

A biztosító az indexálási záradékkal rendelkező összes szerződés, vagy azok egy meghatározott csoportja tekintetében felfüggesztheti az indexálás alkalmazását, amennyiben az éves infláció mértéke a balesetbiztosítási szolgáltatások értékállóságának megőrzése szempontjából az indexálást szükségletlenül teszi.

5. Az indexálás visszautasítása

A szerződőnek jogában áll az indexálást visszautasítani a biztosító részére megküldött írásbeli értesítéssel. Amennyiben a szerződő két egymást követő indexálást utasít vissza, a továbbiakban nincs lehetősége újabb indexálásra, és a biztosítási összegek és a vonatkozó díjak változatlanok maradnak.

A biztosító által előírt kockázatvizsgálat függvényében a biztosító a szerződő indexáláshoz való jogát újra érvénybe helyezheti.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontját követően elfogadott indexálás a bekövetkezett biztosítási esemény vonatkozásában érvénytelen és a biztosítót nem kötelezi. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja után befizetett díjnövekményt a szerződő részére visszafizeti.

6. A záradék megszűnése

A záradék automatikusan megszűnik:

- a biztosítás bármely okból történő megszűnésekor,
- a 10. biztosítási évfordulót követően.

Baleseti halál esetére szóló biztosítás különös feltételei

(A „MetLife Care” egyéni balesetbiztosítás Általános Feltételeivel együtt érvényes)

I. Biztosítási esemény és szolgáltatás

- Amennyiben a biztosított olyan baleseti testi sérülést szenved, amelynek következtében a baleset időpontját követő 180 napon belül meghal, a Biztosító a biztosítási kötvényben a baleseti halál esetére meghatározott összeget fizeti.
- Amennyiben a biztosított ugyanazon baleseti esemény következtében megrokkann, majd később, de még a baleset bekövetkezését követő 180 napon belül meghal, a Biztosító csak a baleseti halál esetére járó összeget fizeti ki. Amennyiben a baleseti rokkantság esetére megállapított összeg a biztosított halála előtt már kifizetésre került, a Biztosító a baleseti halál esetére járó összegből a már kifizetett rokkantsági szolgáltatás összegét levonja és csak a különbözetet fizeti ki.

Baleseti maradandó teljes rokkantság esetére szóló biztosítás különös feltételei

(A „MetLife Care” egyéni balesetbiztosítás Általános Feltételeivel együtt érvényes)

I. Biztosítási esemény és szolgáltatás

- 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 kötvényben megjelölt biztosítási összeget teljesíti feltéve, hogy ezen rokkantság az utóbbi 12 egymást követő hónapban folyamatosan fennállott és ezen 12 hónapot követően is maradandónak, véglegesnek és visszafordíthatatlannak minősült.

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%

- Biztosító a biztosítási összegből levonja mindazokat az összegeket, amelyeket az ugyanazon balesetből származó ugyanazon egészségkárosodásra marandó részleges rokkantság címén már kifizetett.
- A Biztosító a rokkantság jellegének, marandóságának és mértékének egyértelmű orvosi megállapítását megelőzően rokkantsági szolgáltatást nem teljesít. A rokkantság mértékét és marandóságát legkésőbb két (2) évvel a baleset után meg kell állapítani.

Baleseti maradandó részleges rokkantság esetére szóló biztosítás különös feltételei

(A „MetLife Care” egyéni balesetbiztosítás Általános Feltételeivel együtt érvényes)

I. Biztosítási esemény és szolgáltatás

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

- A rokkantság mértékét a következő táblázat szerint kell megállapítani:

3. Térítési tábla

Testrészek egészségkárosodása	Térítés a biztosítási összeg százalékában (%)
-------------------------------	---

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

	Jobb	Bal
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 működésképtelensége	20 %	15 %
Váll ízületmerevsége (ankylosis)	40 %	30 %
Könyök ízületmerevsége - kedvező állapotú	25 %	20 %
(15 fokos mozgítás jobb szögben)	40 %	35 %
- kedvezőtlen állapotú		
Az alkarok csontállományának nagyfokú csökkenése (meghatározott és gyógyíthatatlan sérülés)	40 %	30 %
A medianus ideg teljes működésképtelensége	45 %	35 %
A radiális ideg teljes működésképtelensége	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 ízületmerevsége (ankylosis) kedvező állapotban (kiegyenesítés, behajlítás)	20 %	15 %
Csukló ízületmerevsége kedvezőtlen állapotban (hajlított, feszítve kinyújtott vagy ernyedtt állapotban)	30 %	25 %
Hüvelykujj teljes elvesztése	20 %	15 %
Hüvelykujj teljes ízületmerevsége (ankylosis)	20 %	15 %
Mutatóujj teljes amputációja	15 %	10 %
Hüvelykujj és mutatóujj egyidejű amputációja	35 %	25 %
Hüvelykujj és egy másik ujj teljes elvesztése (a mutatóujj kivételével)	25 %	20 %
Két ujj teljes elvesztése (a hüvelykujj és a mutatóujj kivételével)	20 %	15 %
Négy ujj teljes elvesztése (beleértve a hüvelykujjat)	45 %	40 %
Négy ujj teljes elvesztése (a hüvelykujj kivételével)	40 %	35 %

Alsó végtagok

Comb teljes elvesztése (combtól)	60 %
Comb és láb teljes elvesztése combközéptől	50 %
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 ízületmerevsége	40 %
Térd teljes ízületmerevsége	20 %
Csontállomány csökkenés a comb és a láb két csontjának vonatkozásában (gyógyíthatatlan állapotban)	60 %
Térdkalács csontállományának csökkenése felismerhető szilánkosodással és a láb tényleges megerősítő 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 feltünteti 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 független hozza meg.
- Az ugyanazon baleseti eseményből származó több egészségkárosodás esetén a különböző százalékok összegzésre kerülnek, de a biztosítási szolgáltatás nem haladhatja meg a biztosítási kötvényben meghatározott biztosítási összeget.
- A baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékig a biztosításból kizártak.
- A biztosító a rokkantság jellegének, maradandóságának és mértékének egyértelmű orvosi megállapítását megelőzően rokkantsági szolgáltatást nem teljesít. A rokkantság mértékét és maradandóságát legkésőbb két (2) évvel a baleset után meg kell állapítani.

Baleseti súlyos maradandó rokkantság esetére szóló járadék szolgáltatási biztosítás különös feltételei
(A „MetLife Care” egyéni balesetbiztosítás Általános Feltételeivel együtt érvényes)

I. Biztosítási esemény és szolgáltatás

- Amennyiben a biztosított baleseti testi sérülés következményeként a baleset

időpontját követő 180 napon belül a baleseti maradandó részleges rokkantság esetére szóló biztosítás különös feltételeiben leírt és az ott szereplő szolgáltatási táblázatban meghatározott 50%-os vagy annál magasabb fokú maradandó rokkantságot szenved, a Biztosító a szerződésben meghatározott havi járadéknak a rokkantság fokával megegyező mértékű részét teljesíti havi rendszerességgel húsz (20) éven keresztül. A havi járadék összege a biztosított életben léte alatt a biztosított részére, a biztosított halála esetén a haláleseti kedvezményezett részére kerül kifizetésre.

- A járadék első kifizetése az azt követő hónap 10. napján kezdődik, amely hónap 15. napjáig az igényelbíráláshoz szükséges dokumentumok hiánytalanul a biztosítóhoz érkeztek és az igényjogosultságot a biztosító elismerte.
- A táblázatban nem említett maradandó egészségkárosodások a táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján, súlyosságukkal arányosan kerülnek elbírálásra a biztosított foglalkozásának figyelmen kívül hagyásával. A rokkantság bekövetkezését, annak maradandó jellegét és a maradandó rokkantság mértékét az igényelbírálás tartama alatt a Biztosító orvos szakértője állapítja meg, aki e döntését más orvos szakértői testület megállapításától független hozza meg.
- Az ugyanazon baleseti eseményből származó több egészségkárosodás esetén a különböző százalékok összegzésre kerülnek, de a biztosítási szolgáltatás nem haladhatja meg a biztosítási kötvényben a járadékszolgáltatásra meghatározott biztosítási összeget.
- A baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékig a biztosításból kizártak.

Balesetből eredő kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére szóló biztosítás különös feltételei
(A „MetLife Care” egyéni balesetbiztosítás Általános Feltételeivel együtt érvényes)

I. Fogalom meghatározások

- Biztosított** - E biztosítás alapján biztosításra jogosult az 1. életévét betöltött, de a 70. életévét be nem töltött személy, feltéve, hogy a biztosítást a 69. életév betöltése előtt kötötték.
- Kedvezményezett** - Amennyiben a jelen biztosítás vonatkozásában eltérően nem rendelkeztek, a biztosítás kedvezményezettje maga a biztosított. A szerződő fél az eredetileg kijelölt kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával bármikor más kedvezményezettet nevezhet meg.

- 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.

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

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

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

- 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.

- 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.

- 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.

II. Biztosítási esemény és szolgáltatás

- 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 napjától az ellátás tartamára, 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(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. 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.

2. 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 jelen szerződéses feltétel részét képező, alábbi 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.

A baleseti műtéti térítésre szóló biztosítás műtéti táblázata

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

ÁLTALÁNOS SEBÉSZET

Körömteltávolítás	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 beszájztatása	75
Azonos hasi metszésből végzett két vagy több sebési beavatkozás egyetlen műtétnek számít.	

NYIROKCSOMÓK

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

MELLKAS MŰTÉTEK

Mellkas megnyitása, mellkasplasztika	100
Tüdő vagy tüdőlebens 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

ORTOPÉDIAI MŰTÉTEK

Hosszú csőves csontok korrekciós műtéti ellátása	50
Egyéb csontok korrekciós műtéti ellátása	25
Törések egyszerű rögzítése	10
Kulcsont, bordák, ujjpercek, csukló, kéz-középcsontok, lábtő és láb-középcsontok, csontnyúlványok, csigolyák törésének rögzítése	10
Izületi metszés, beleértve az izületi szabadtest eltávolítását	50
Ganglion eltávolítása	10
Csontkinövés eltávolítása	25
Alagút szindróma műtéti ellátása	25
Váll-, könyök-, csukló-, boka-, csípő-, térdficam rögzítése	10
Térdkalács ficamának rögzítése	10
Patella sebészeti eltávolítása	50
Ujjficam rögzítése	10
Meniszkusz eltávolítás arthroszkóppal	50
Ujjamputáció (bármely ujj)	25
Láb-középcsont, kéz-középcsont amputációja	25
Amputáció a csuklótól vagy a lábtőcsontoktól felfelé	75
Ínhüvely bemetszése (tendosynovitis okozta szűkület felszabadítása)	10
Kalapácsujj, ujj deformitás,	

láb-középcsont deformitás korrekciós műtétje	25
Inak vagy idegek összevarrása	25
Arthroszkópos térd vagy vállműtét	50
Csípő- vagy egyéb hosszú csőves csont csontvése	75
Achilles-ín szakadása	50
Közepes ízületek merevítése (pl. boka)	50
Könyök, térd, váll ízületbehatoló vagy supracondylaris törései	50
Csípő, térd vagy váll teljes ízületi plasztikája	100
Gerinctörés sebészeti ellátása vagy elmerevítése	100

HÚGY ÉS IVARSZERVEK

Vese eltávolítása	75
Húgycső, húgyhólyag eltávolítása: (a) sebési úton	75
(b) endoszkóppal	25
Prostata eltávolítása	75
Prostata eltávolítása a húgycsövön keresztül	50
Here vagy mellékhere eltávolítása	25
Húgycsőműtét	25
Hólyageltávolítás, szeméremcsont fölötti behatolással	75
Húgyhólyag teljes eltávolítása	100
Vese, húgycső, vesemedence plasztika	50
Pig-Tail katéter felhelyezése	10
Barlangos test plasztika	50
Részleges húgyvezeték eltávolítás áthidalással	50
Teljes pénisz eltávolítás a nyirokcsomó eltávolításával	100
Teljes prostata eltávolítás medencei nyirokcsomó eltávolítással	100

GÉGÉSZET

Plasztikai beavatkozás az ajkakon	25
Nyelvfék kimetszése	10
Fültőmirigy eltávolítása	75
Külső-, vagy középfül műtét	25
Gége kiirtása	75
Hangszalagműtét	25
Nyelvcap eltávolítása	25
Légcsőmetszés, sztóma készítése	25
Tubus vagy lélegeztetőcső eltávolítása	10
Rekesztályog, vérömleny bemetszése	10
Dobhártya bemetszése és tubus behelyezése	10
Külső hallójáratokból csontkinövés vagy csontdaganat eltávolítása	25
Teljes vagy részleges állkapocs eltávolítás	75
Gége-, garat-, nyelőcsőeltávolítás	75
Egyensúlyozó ideg kimetszése	75
Kengyel eltávolítása	50
Dobhártya plasztika	50
Labirintus szerv eltávolítása	50
Ékcsonton keresztüli rostacsont eltávolítása	50
Koponyalékelés az üregek felől	50

IDEGSEBÉSZET

Koponyatörés műtéti ellátása	75
Koponyaplasztika	100
Diagnosztikus vagy tüneti koponyalékelés	100
Agyi aneurizma eltávolítása	100
Agyállományi műtét	100
Koponyalékelés	100
Hallóideg műtét	75
Ideggyök kimetszése	50
Idegvarrat	50

Neurinóma kimetszése
Szimpatikus ideg átmetszése

BŐRGYÓGYÁSZAT

Bőrbioopszia

SZEMÉSZET

Szaruhártya varrat 10
Kötőhártya varrat 10
Elülső üvegtest műtét 10
Hátsó üvegtest műtét 50
Szem eltávolítása 50
Röphártya kimetszése 10
Szemhéj be vagy kifordítása műtétilag 25
Retinálaválás műtéti ellátása 50
Könnycsatorna kimetszése 25
Szivárványhártya eltávolítása vagy bemetszése 25
Szaruhártya bemetszése asztigmia miatt 25
Kancsalság műtéti ellátása 50
Könnytömlő kimetszése 50
Inthártyaplasztika 50
Szemlencse beültetése vagy eltávolítása 50
Kötőhártya átültetése 25
Kötőhártya felszínes sérülésének ellátása 10
Szemhéj plasztika 10
A szaruhártya fedőhám lekaparása 10
Lencse plasztika (első kamra bemetszése, másodlagos szürkehálygműtét) 25
Membráneltávolítás 10

PLASZTIKAI SEBÉSZET

Hegkimetszés 10
Bőrlebens kimetszése átültetésre 25
Többszörös in és idegvarrat 50
Arcideg dekompressziós műtétje 75
Homlok vagy arccsont csontvése 100

ÉRSEBÉSZETI MŰTÉTEK

ARTÉRIÁK

Érplasztika 50
Hasi aortatágulat, csípőaorta vagy combaorta műtét 100
Hasi aortaműtét 100
Szívkoszorúér festés 50
Aorto-carotis vagy aorto-arteria subclavia áthidaló műtét 100
Artériás vérrög eltávolítása 50
Arteria carotis endarterektómia 75

VÉNÁK

Varicosus vénák lekötése 10
Véna elvarrása sérülés után 25
Vénás thrombus eltávolítása 25

DIAGNOSZTIKUS BEAVATKOZÁSOK

Gégetükrözés 10
Hörgő-, nyelőcső-, gyomor-, végbél-, szigmbél-, vastagbél-, húgyhólyagtükrözés 10
Laparoszkópia 25
Lumbalpunkció 10

3. Kizárások

Az általános szerződéses feltételekben megfogalmazott kizárásokon túlmenően a jelen biztosítás esetén a Biztosító

50 kockázatviselése nem terjed ki az alább
75 felsorolt eseményekre.

- a) kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,
- b) orvosi rutin vizsgálat vagy egyéb vizsgálat, ha nincs baleseti eredetű egészségromlásra utaló tényleges tüneti jel, továbbá laboratóriumi diagnózis és röntgen vizsgálat, kivéve a megelőző orvosi vizsgálat során megállapított, baleseti eredetű egészségkárosodás következtében alkalmazott ilyen jellegű vizsgálatot,
- c) alkohol és hallucinogén anyag függőségi elvonókúra és gyógykezelésük,
- d) a kórházi ellátás tartama alatt elszennvedett bármilyen fertőzés,
- e) bármely olyan kezelés vagy gyógy mód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben, rehabilitációs vagy utókezelő központban végeznek,

Balesetből származó csonttörés és égési sérülés esetére szóló biztosítás különös feltételei
(A „MetLife Care” egyéni balesetbiztosítás Általános Feltételeivel együtt érvényes)

I. Fogalom meghatározások

1. Biztosított

A jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja az alapbiztosítás 1. életévét betöltött, de a 70. életévét még be nem töltött biztosítottja, akinek a testi épségével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön.

2. Kedvezményezett

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

3. Baleset

A kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett olyan esemény, amely a biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő külső behatás következménye, amely közvetlenül és bármely más októl függetlenül a biztosított csonttörését vagy égési sérülését okozza.

4. Csonttörés

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

5. Patológiai törés

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

6. Többszörös törés

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

7. Teljes törés (Komplett törés)

A jelen feltételekben használt teljes törés a csont olyan jellegű törése, amikor a csont teljes vastagságában eltört.

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.

II. 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.

III. 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 singcsont 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, kulcscsont, 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, ízületi nyúlvány törései 7
- Homlok, halánték, falcson vagy nyakszirtecsont törései:
 - a) csontszilánkok benyomódásával 30
 - b) csontszilánkok benyomódása nélkül 10

- Borda vagy bordák, arccsont, farkcsont vagy szárcapocscsont (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

Orvosi konzultáció esetére szóló biztosítás különös feltételei

**Orvosi konzultáció esetére
szóló biztosítás
különös feltételei**
(A „Metlife Care” egyéni balesetbiztosítás Általános
Feltételeivel együtt érvényes)

I. Biztosítási esemény és szolgáltatás

Amennyiben a biztosított a biztosítás érvényességének tartama alatt bekövetkező, a jelen feltételek 2. pontjában meghatározott heveny, szövődményes és súlyos egészségi rendellenessége vagy betegsége kapcsán és arra vonatkozóan a szolgáltató képviselőjén keresztül egészségügyi (orvosi) konzultációt kér, úgy a biztosított által kért egészségügyi (orvosi) konzultáció költségeit a biztosított helyett, a biztosító téríti meg a szolgáltató részére. A jelen 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.

1. 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 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.

2. A szolgáltató magyarországi képviselője

A WorldCare magyarországi képviselője a **Kerkovits Kardiológia Bt., amelynek elérhetőségei az alábbiak:**

Kerkovits Kardiológiai Bt.,

Rendelő: Budapest, Városmajor utca 23. H-1122

Telefon: +36 23 9419572

Fax: +36 23 310893

E-mail: kerkovits@mail.datanet.hu

Konzultáció: dr. Kerkovits Gábor MSc.

3. Egészségi rendellenességek és betegségek

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

- a) Rosszindulatú daganat
- b) Szívizominfarktus
- c) Szívkoszorúér műtét
- d) Kóma
- e) Agyi érkatasztrófa
- f) Sclerosis Multiplex
- g) Bénulás
- h) Krónikus obstruktív tüdőbetegség
- i) Tüdőtágulat
- j) Gyulladásos bélbetegség
- k) Krónikus májbetegség
- l) Veseelégtelenség
- m) Krónikus medencetáji fájdalom
- n) Cukorbetegség
- o) Trombózisos visszérgyulladás és embólia
- p) Bármely amputáció
- q) Reumás ízületi gyulladás (Rheumatoid Arthritis)
- r) Rosszindulatú pigmentsejtes daganat (melanoma malignum)
- s) Nagyfokú égési sérülés
- t) Betegségből származó hirtelen bekövetkező vakság
- u) Szervátültetés
- v) Idegi-elfajulással járó betegségek
- w) 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.

4. Egészségügyi (orvosi) konzultáció

Az egészségügyi (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

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, 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 egészségügyi (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.

5. Konzultációs szolgáltatás igénybevétele

A jelen biztosítás alapján nyújtott egészségügyi (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 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.

6. Díjfizetés

A biztosítás díja az alapt biztosítás 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 feljegyzi. Írásbeli nyilatkozat hiányában a jelen kiegészítő biztosítás módosított díja a biztosítási évfordulótól kezdődően automatikusan életbe lép.

7. 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 egészségügyi (orvosi) konzultáció költségeit a biztosított helyett közvetlenül a szolgáltató részére téríti meg. Az orvosi konzultáció lefolytatása, a rendelkezésre álló orvosi dokumentumok kezelése és továbbítása, a Szolgáltató képviselői hálózatának kiépítése és fenntartása a biztosítottól független szolgáltató, a WorldCare Kft. feladata és felelősége. A WorldCare Kft. szolgáltatásai során elkövetett bármiféle szakmai mulasztásért a biztosító nem vállal felelősséget.

8. A biztosítás megszűnése

A biztosítás megszűnik az Általános Feltételekben meghatározottak szerint, valamint 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) az alapt biztosítás szolgáltatási összegének kifizetésével,
- c) ha a biztosított megváltoztatja a tartózkodási országát,
- d) ha a Biztosító és a Szolgáltató együttműködése megszűnik.

Ha a biztosítás a türelmi időn belül a biztosított halála miatt szűnik meg, a biztosító a meg nem fizetett esedékes díjat az alapt biztosítás 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.

9. A biztosítás megszűnése

Az Általános Feltételekben megfogalmazott kizárások mellett, ezen biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosított nem jogosult az egészségügyi (orvosi) konzultáció igénybevételére, amennyiben a jelen biztosításban meghatározott heveny, szövődőményes és súlyos egészségi rendellenesség vagy betegség közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:

- a) a szexuális úton terjedő betegségek,
- b) a biztosított mérgezése vagy mérgező gáz belélegzése,
- c) a biztosított vele született rendellenessége vagy születési fogyatéka és ezek következményei.

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 bankszámlaszám:	HU12 10800007-59003029-00000000		
Pénznem:	FORINT		
Összeg:	Az ajánlaton forintban megjelölt összeg		
Kedvezményezettel közlendő közlemény:	5-ös számmal kezdődő ajánlatszám		