

ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ

A jelen kiegészítő ügyféltájékoztató az AHICO Biztosító Zrt. 503-as jelű és EU503-as jelű alap életbiztosításainak és az azokhoz köthető kiegészítő biztosításoknak a 2003. évi LX. törvényben (Bt) meghatározott jellemzőit, a Bt-ben meghatározott adat- és titokvédelmi ill. adatkezelési tájékoztatókat, 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 minőségű ügyféltájékoztatóknak.

<p>Kockázatviselés kezdete</p> <p>Biztosítási kötvény</p>	<p>160-as és EU160-as jelű baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás</p>	<p>161-es és EU161-es jelű baleseti maradandó rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás</p>	<p>167-es és EU167-es jelű balesetből eredő kórházi ellátásra és műtéti beavatkozásra szóló kiegészítő biztosítás</p>	<p>169-es és EU169-es jelű balesetből származó csonttörés és égési sérülés esetére szóló kiegészítő biztosítás</p>	<p>177-es és EU177-es kórházi szolgáltatások esetére szóló kiegészítő biztosítás</p>	<p>190-es és EU190-es Orvosi konzultáció esetére szóló kiegészítő biztosítás</p>	<p>110-es és EU110-es Kritikus betegségekre szóló "Critical Care" elnevezésű kiegészítő biztosítás</p>
<p>Várakozási idő</p>	<p>Nincs várakozási idő</p>	<p>Nincs várakozási idő</p>	<p>Nincs várakozási idő</p>	<p>Betegségből eredő kórházi kezelés esetén 60 nap várakozási idő után szolgáltat a biztosító.</p>	<p>Nincs várakozási idő</p>	<p>Nincs várakozási idő</p>	<p>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.</p>
<p>Biztosítási tartam</p>	<p>A szerződésben megjelölt tartam végéig, vagy lejáratáig kor eléréséig tartó időszak.</p>	<p>A biztosítottak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála.</p>	<p>A biztosítottak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála.</p>	<p>A biztosítottak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála.</p>	<p>A biztosítottak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála.</p>	<p>A biztosítottak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála.</p>	<p>A biztosítás egy éves időtartama szól és minden esetben egy újabb évvel meghosszabbodik, ha az a biztosítási év letele előtt legalább 30 nappal egyik fél sem mondja fel, illetve a biztosítási évfordulón esetleges díj megfizetésre kerül.</p>
<p>Biztosítási esemény</p>	<p>A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a szerződésben meghatározott szolgáltatást fizeti ki.</p>	<p>A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a szerződésben meghatározott szolgáltatást fizeti ki.</p>	<p>A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a szerződésben meghatározott szolgáltatást fizeti ki.</p>	<p>A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a szerződésben meghatározott szolgáltatást fizeti ki.</p>	<p>A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a szerződésben meghatározott szolgáltatást fizeti ki.</p>	<p>A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a szerződésben meghatározott szolgáltatást fizeti ki.</p>	<p>Baleset, vagy betegség következtében a biztosított kórházi és/vagy műtéti ellátása, valamint a szerződésben megnevezett olyan orvosi betegsége, melynek kapcsán orvosi konzultáció kérhető.</p>
<p>Biztosító szolgáltatása</p>	<p>A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a szerződésben meghatározott szolgáltatást fizeti ki.</p>	<p>A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a szerződésben meghatározott szolgáltatást fizeti ki.</p>	<p>A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a szerződésben meghatározott szolgáltatást fizeti ki.</p>	<p>A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a szerződésben meghatározott szolgáltatást fizeti ki.</p>	<p>A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a szerződésben meghatározott szolgáltatást fizeti ki.</p>	<p>A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a szerződésben meghatározott szolgáltatást fizeti ki.</p>	<p>A biztosítottak 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 elismerése, 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 diagnózisának megállapítását, illetve a műtét elvégzését követően a biztosított legalább 30 napig életben van.</p>
<p>Díjfizetés</p>	<p>A biztosítás lehet egyszeri vagy rendszeres (éves, féléves, negyedéves) díjfizetésű. A díjfizetés gyakoriságát a szerződő a biztosítási évfordulón megváltoztathatja. Az évestől eltérő díjfizetési gyakoriság esetén a biztosító potfőket számít fel.</p>	<p>A kiegészítő biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő a biztosítás megszűnéséig, vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjessékedésség időpontjáig.</p>	<p>A kiegészítő biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő a biztosítás megszűnéséig, vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjessékedésség időpontjáig.</p>	<p>A kiegészítő biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő a biztosítás megszűnéséig, vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjessékedésség időpontjáig.</p>	<p>A kiegészítő biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő a biztosítás megszűnéséig, vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjessékedésség időpontjáig.</p>	<p>A kiegészítő biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő a biztosítás megszűnéséig, vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjessékedésség időpontjáig.</p>	<p>A biztosított által kért orvosi konzultáció költségeit a biztosító téríti meg a szolgáltatató részére.</p>

<p>503 és EU503 alap életbiztosítás</p>	<p>160-as és EU160-as jelű baleseti halál kiegészítő biztosítás</p>	<p>161-es és EU161-es jelű baleseti maradandó rokkantság esetre szóló kiegészítő biztosítás</p>	<p>167-es és EU167-es jelű balesetből eredő kórházi ellátásra és műtét beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosítás</p>	<p>169-es és EU169-es jelű balesetből származó csontorrás és égési sérülés esetére szóló kiegészítő biztosítás</p>	<p>177-es és EU177-es Kórházi szolgáltatások esetére szóló kiegészítő biztosítás</p>	<p>190-es és EU190-es Orvosi konzultáció esetére szóló kiegészítő biztosítás</p>	<p>110-es és EU110-es Kritikus betegségre szóló "Critical Care" elnevezésű kiegészítő biztosítás</p>
<p>Díjfizetés szabályai</p>	<p>A biztosítás díját a kötvényen feltüntetett pénznemben kell megfizetni a biztosító által megadott, erre a célra fenntartott bankszámlaszámra. A díjfizetés felmerülő költségei a szerződőt terhelik. A biztosító díjfizetésésként a megadott számlaszámra, a megadott pénznemben történő jóváírást fogadja el. A díjfizetés időpontja az esedékes díj, megadott számlaszámra történő jóváírásának időpontja. A megadott számlaszámot 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 felmerülő árólyam-különbözet a szerződőt terheli/illeti. Euro alapú biztosítási szerződés esetén, ha a biztosítási díj, illetve díjfelőleg bármely jogcímenen a szerződő részére visszatérítésre kerül, a visszatartandó összeget a biztosító kizárólag banki átutalással, bankszámlaszámra teljesíti.</p>						
<p>Konverziós szabály</p>	<p>Amennyiben a kötvényoldalon meghatározott pénznem a Magyar Köztársaság területén a szerződés hatályba lépését követően nem minősül jogzerű fizetőszámlának, úgy ebben az esetben a Biztosító – a fenti körülmények mérlegelése és saját döntése alapján – jogosult a szerződésben meghatározott kötelezettség pénzmenetét a Magyar Köztársaságnak az átváltás időpontjában érvényes törvényes nemzeti pénznemre 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 feljutetésével.</p>						
<p>Szerződés megszűnése</p>	<p>a) a biztosított halálakor, b) a biztosítás lejártakor, c) a díjfizetés elmaradásakor.</p> <p>a) 160, EU160, 161, EU161, 169, EU169, 190, EU190 esetében, a biztosított 65. betöltött életévét követő biztosítási évfordulókor, a 167, EU167, 177, EU177 esetében, a biztosított a 60. betöltött életévét követő biztosítási évfordulókor; b) díj nemfizetés esetén; c) alapszerződés megszűnésekor d) amikor a biztosítottat ideg-, illetve elméletbetegsége való tekintettel cselekvőképelennek nyilvánítják; e) katonai szolgálat, háború idején.</p> <p>A fentiekben túl az orvosi konzultáció szolgáltatás megszűnik a kiegészítő biztosítás érvényességének érhímése nélkül az alábbi esetekben: a) a biztosított által igénybe vett konzultációk száma eléri a hat (6) alkalmat, a 6. konzultációs kérelemnek a szolgáltatás részére történő átadásával; b) ha a biztosított megváltoztatja a tartozkodási országát; c) ha a Szolgáltató felüggeszti, illetve megszünteti tevékenységét.</p>						
<p>Szerződés felmondása</p>	<p>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.</p>						
<p>A szerződő felmondásakor a biztosító által visszatartott költségek</p>	<p>a) orvosi vizsgálat költsége (amennyiben a biztosított részt vett a biztosító által előírt orvosi vizsgálaton), b) kötvénykötés adminisztrációs költsége c) kockázatviselés költsége d) kötvénykötés adminisztrációs költsége és a kockázatviselés költsége és a kockázatviselés költsége e) a visszatartandó díjból a biztosító az esetleges orvosi vizsgálatnak a felmondás időpontjában érvényes árfolyam alapján Euro-ban számított költségét vonja le.</p>						
<p>Biztosító mentesítése, kizárások</p>	<p>a) ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét, b) ha a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folyán, vagy azszal összefüggésben halt meg, c) ha a biztosított a szerződés-kötéstől számított 2 éven belül elkövetett öngyilkosság következtében halt meg d) ha a biztosított halálát opportunista fertőzés vagy rosszindulatú daganatképződés okozta, feltéve, hogy a halál bekövetkezésekor a biztosított kintutathatóan fertőzött volt a humán immunhiányt okozó vírussal (HIV) és/vagy szervezében kialakult a szerzett immunhiány szindróma (AIDS)</p> <p>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, (ez a kizárás a 177-es és az EU 177-es jelű kiegészítő biztosításokra nem vonatkozik!), c) a biztosítottnak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota, kivéve, ha ezeket egészségügyi intézmény vagy személy előírására alkalmazták, d) a biztosított alkoholos befolyásoltságú állapota, amennyiben véralkoholszintje meggyegek vagy magasabb a közlekedésrendészeti szabályokban megengedett határértéknel, e) a biztosított öngyilkossága, öncsonkítása illetve ezek kísérlete (tekintet nélkül a biztosított elkövetésének elme- és tudatállapotára), f) bármely ideg vagy elméleti rendellenesség, elnevezésükül vagy osztályozásukról függetlenül (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezatart), g) bármely sérvet, lumbagoot vagy scoliatcat (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 bármely mutans származékát vagy változatát.</p> <p>a) a biztosított által számdékosan okozott sérülés vagy megbetegedés (tekintet nélkül a biztosított elkövetésének tudatállapotára); b) a biztosított gyógyszerrel vagy tudatmódosító szerekkel történő visszaélése; c) a biztosított mértéketlen alkoholi fogyasztása, illetve alkoholbetegegege; d) a biztosított bűncselekményben vagy erőszakos cselekedetekben vagy zavarásban történő jogellenes részvétele; e) a biztosított AIDS; betegség vagy HIV-vírussal való fertőzöttség; f) maghasadás, illetve rádióaktív vagy egyéb ionizáló sugárzás; kivéve, ha az ilyen sugárzást jogszabályban feljogosított egészségügyi intézmény vagy orvosi utasításra gyógyászati céllal alkalmazták; g) mérgező vagy máro anyagok bevétele, illetve gázok, gőzök vagy füst belélegzése; amennyiben a belélegzett anyagok koncentrációja a jogszabályban meghatározott egészségügyi határérték meghaladja; 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.)</p>						

<p>503 és EU503 alap életbiztosítás</p>	<p>160-as és EU160-as jelű baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás</p>	<p>161-es és EU161-es jelű baleseti marandó rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás</p>	<p>167-es és EU167-es jelű balesetből eredő kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosítás</p>	<p>169-es és EU169-es jelű balesetből származó csonttörés és égési sérülés esetére szóló kiegészítő biztosítás</p>	<p>177-es és EU177-es Kórházi szolgáltatások esetére szóló kiegészítő biztosítás</p>	<p>190-es és EU190-es Orvosi konzultáció esetére szóló kiegészítő biztosítás</p>	<p>110-es és EU110-es Kritikus betegségekre szóló "Critical Care" elnevezésű kiegészítő biztosítás</p>
<p>Biztosító mentesülése, kizárások</p>	<p>Továbbá nem terjed ki a 160-as, EU160-as, 161-es, EU161-es, 167-es, EU167-es, 169-es, EU169-es, 177-es, EU177-es, 190-es és EU190-es jelű kiegészítő biztosítás azon balesetből adódó sérülésekre, amelyek az alábbi körülmények között következtek be:</p> <p>i.) a biztosított hivatásos sportolói minőségben végzett sporttevékenysége, j.) a biztosított részvétel bármely olyan versenyben vagy versenyre való felkészülésben, amely motoros meghajtású szárazföldi, vízi- vagy légi jármű használatával jár, k.) a biztosított részvétel bármely vízi jármű használatával járó versenyben vagy versenyre való felkészülésben, l.) amennyiben a biztosított 125cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motoroképpárt vagy motorcsónakot vezet, vagy azon utazik, m.) amennyiben a biztosított fizető utasként utazik olyan légi járműben, amely nem tartozik egyetlen légitársasághoz sem és nincs megfelelő bejegyzése illetve engedélye fizető utasként való szállítására rendszeres és közértelemre nemzeti útvonalon, n.) a biztosított aktív szolgálata bármely nemzet vagy nemzetközi szervezet bármely fegyveres erejében, o.) a biztosított által jogellenesen, szándékosan, vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidézett esemény, p.) miáltal a biztosított piákraként vagy utasként gyakorolásra vagy egyéb célból sáknánpirelőt, vítorlázó- vagy egyéb könnyűszerkezetű repülőgépet ill. ejtőernyőt használ vagy utas minőségben bármilyen légi járművel utazik, q.) bármely, radioaktív energia vagy maghasadás által működtetett vagy működtetésre alkalmas fegyver vagy eszköz használata, minden körülmény között, bekéhen és háborúban egyaránt, r.) polgárháború vagy országok közötti háború (a hadüzenet tényétől függetlenül), h. áborús állapotok, harci cselekményekben, felkészésben, zászadásban, zavarágásban, zendülésben való részvétel (függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételről van szó).</p> <p>A. fentiekben túl a 167-es, EU167-es, 177-es és EU177-es jelű kiegészítő biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a kórházi ellátásra és/vagy műtéti térítése szóba biztosítási összeg nem kerül kifizetésre, ha a biztosított kórházi és/vagy műtéti ellátását okozó baleset vagy betegség közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:</p> <p>a.) születési rendellenességek és az ebből fakadó következmények</p> <p>b.) kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozás,</p> <p>c.) a kórházi ellátás tartama alatt elszenvedett bármilyen fertőzés,</p> <p>d.) bármely olyan kezelés vagy gyógymód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben, rehabilitációs vagy utókezelő központban végeznek,</p> <p>e.) a biztosított részvételé lovassport tevékenységben</p> <p>A. fentiekben túl a 177-es és EU177-es jelű kiegészítő biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a kórházi ellátásra és/vagy műtéti térítése szóba biztosítási összeg nem kerül kifizetésre, ha a biztosított kórházi és/vagy műtéti ellátását okozó baleset vagy betegség közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:</p> <p>a.) a szerződés hatályba lépése előtt bekövetkezett bármilyen betegség, b.) a szerződés hatályba lépését követő első hatvan (60) napon belül bekövetkezett bármilyen betegség miatt szűkségesé válik kórházi ellátás és műtéti beavatkozás, c.) a szerződés hatályba lépését követő első szünetnapon (180) nap alatt végrehajtott, a mandula, ill. orrpolip eltávolítását célzó műtét, ill. kórházi gyógykezelése, d.) onvosi rutin vizsgálat vagy egyéb vizsgálat, ha nincsen egészségmérésre utaló tényleges tünet jel, továbbá laboratórium diagnosztikus és röntgen vizsgálat, kivéve a megelőző onvosi vizsgálat során megállapított, egészségkárosodás következtében alkalmazott ilyen jellegű vizsgálatot, e.) elméleti és idegi rendellenességek és gyógykezelésük, valamint alkohol és hallucinogén anyag függőségi elvonókúra és gyógykezelésük, f.) bármely vesztesség, 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 tartóztatással való aktív vagy passzív szembeszegülés, g.) a biztosítottnak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota kivéve, ha ezeket egészségügyi hatóság előírására alkalmazzák, h.) háború, invázió, idegen erő beavatkozása, polgárháború, forradalom, lázadás, eredegetlenség, egyéb háborús cselekmények, katonai vagy bitoroti hatalom, vagy bármely esemény vagy ok, amely statárium vagy ostromállapot kihirdetésének eredménye, letartóztatás, bármely helyi, vagy közhatalos rendeletől származó vesztegrár, vagy vámszabályozás.</p> <p>Továbbá a fentiekben túl az onvosi konzultációs szolgáltatás vonatkozásában:</p> <p>a.) a biztosított mérgezése vagy mérgezett gáz belélegzése,</p> <p>b.) szexuális úton terjedő betegségek</p>						
<p>Kockázathűtés szűnetelése</p>	<p>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 erejében.</p>						
<p>Értékkövetés</p>	<p>A 503-as és az EU503-as jelű biztosítás esetében nincs lehetőség indexálásra.</p>						
<p>Többlethozam</p>	<p>A 503-as és EU503-as jelű biztosítás maradványokkal nem rendelkezik és a befizetések hozamából nem részesedik.</p>						
<p>Alkalmazandó jogszabályok</p>	<p>A szerződésre, illetve az abból származó jogviták elbírálására, a mindenkor hatályos magyar jogszabályok az irányadók, különös tekintettel az 1959. évi LX. Törvény (Polgári Törvénykönyv), a 2003. évi LX. Törvény (biztosítokról) és a biztosítási tevékenységről szóló törvény), a 2011. évi CXII. törvény (az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról) és az 1995. évi CXVII. törvény (a személyi jövedelem adóról) rendelkezéseire.</p>						
<p>A biztosító főbb adatai</p>	<p>AHICO Eliso 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</p>						
<p>Hová lehet panasszal fordulni?</p>	<p>A biztosító magatartására, tevékenységére, szolgáltatására vagy mulasztására vonatkozó panaszát a szerződés szóban (személyesen, postai levél útján, telefaxon, vagy elektronikus levélben) a jelen pontban megjelölt elérhetőségek bármelyikén előterjeszheti a biztosító ügyfélszolgálati osztálya részére. 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 telefonoszámon. Telefonon: 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.metilife.hu címen. Amennyiben a szerződő az általa tett bejelentésnek a biztosító által történő kezelésével vagy annak eredményével elégedetlen, úgy panasza jellegetől függetlenül a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéhez (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.) vagy a Pénzügyi Békéltető Testülethez (1013 Budapest, Krisztina krt. 39. címen, elektronikus ügyfélszolgálaton keresztül – www.magyarorszag.hu címen) vagy bírósághoz fordulhat.</p>						
<p>A WorldCare magyarországi képviselője</p>	<p>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.</p>						

Tájékoztató az életbiztosítási szerződéssel kapcsolatosan alkalmazandó adózási szabályokról

Felhívjuk figyelmét, hogy jelen tájékoztatóban leírtak kizárólag a tájékoztató célját szolgálják és sem adótanácsadásnak, sem hivatalos jogszabály értelmezésnek nem minősülnek. Tájékoztatójuk továbbá, hogy jelen tájékoztató a kiadása napján hatályos jogszabályi rendelkezéseket foglalja össze, a vonatkozó jogszabályok esetleges jövőbeni változásának mindenkor ismerete a Szerződő kötelezettsége, melyért a biztosító felelősséget nem vállal.

I. A biztosító szolgáltatásaira (kifizetéseire) vonatkozó szabályok:

A. Adómentesnek minősülnek az élet- és nyugdíjbiztosítási szerződés alapján nyújtott haláleseti, baleseti és betegségbiztosítási szolgáltatások, valamint nyugdíjbiztosítási szerződés alapján a szerződéskötés harmadik fordulónapját követően nyújtott nyugdíj-szolgáltatások.

B. Továbbá adómentesnek minősülnek a nem élet- és nyugdíjbiztosítási szerződés alapján nyújtott szolgáltatások az alábbi szolgáltatások kivételével:

- a jövedelmet helyettesítő felelősségbiztosítás alapján fizetett jövedelem pótló kántérítés;
- a baleset- és betegségbiztosítás alapján nyújtott jövedelmet pótló szolgáltatás, feltéve, hogy a biztosítási díj a díjfizetés időpontjában adó- mentes bevételnek minősült;
- az olyan biztosítási szerződés alapján nyújtott szolgáltatás, amelynek díját vagy díjának egy részét magánszemély költségként elszámolta;
- az élet- és nyugdíjbiztosítási szerződés alapján nyújtott, az A. pontban nem említett szolgáltatás.

II. A kamatjövedelemre vonatkozó szabályok:

Kamatjövedelemnek minősül a magánszemély által a biztosítási szerződéshez fűződő maradvéjogból, vagy életbiztosítási szerződés, nyugdíjbiztosítási szerződés alapján a biztosító szolgáltatása címén megszerzett nem adómentes bevételnek az a része, amely meghaladja a magánszemély által fizetett biztosítási díjak összegéből a kivont díjtartaléknak a kivonás előtti díjtartalékhoz viszonyított arányos részét.

A kamatjövedelemnek minősülő biztosítási hozama vonatkozó adókötelezettség mértéke a biztosítási szerződés megszűnése, valamint díjtartalék kivonása esetén a szerződés megkötését követő öt év elteltével 50%-kal, míg a szerződés megkötését követő 10 év elteltével 100%-kal csökkenthető.

Amennyiben a kamatjövedelem a biztosítási szerződés megszűnése nélkül (pl. részvisszavásárlás), a szerződés megkötésének negyedik fordulónapját követően keletkezik, az adókötelezettség mértéke 50%-kal csökkenthető, a hatodik fordulónapot követően pedig 100%-kal.

A kamatjövedelmek adókötelezettségének mértéke 2011.01.01-től 20%-ról 16%-ra változott, melyet a kifizetésekor a biztosító von le a kifizetendő összegből.

Az Szja. törvény átmeneti szabálya, hogy a 2006.09.01. előtt kötött biztosítási szerződésekkel kapcsolatosan az adó mértéke 2011.01.01-től 0%. Ezt a szabályt azonban nem lehet alkalmazni a díjtartalék azon részének és azzal arányos hozamának kivonására, amely a szerződés szerint elvárt díjon felüli díj (különösen eseti; a rendkívüli; a soron kívüli díj) 2010.12.31-ét követő befizetése révén keletkezett, mely díjbefizetések esetén a szerződéskötés napja a 2010.12.31-ét követő első díjbefizetés napja.

Az EGT-államban székhellyel rendelkező biztosítóval, 2006.09.01-jét megelőzően megkötött biztosítási szerződés alapján, a biztosító által a magán- személy biztosított vagy kedvezményezett részére bármely jogcímen kifizetett – juttatott, nem adómentes – bevétel (jövedelem) után az adó mértéke – más törvényi rendelkezéstől (így különösen az Szja. törvény 65. §-ában és §-ának (3) bekezdésében) foglaltaktól függetlenül – 0%. Feltéve, hogy a biztosítási szerződés keretében 2006.08.31-ét követően díjfizetésére nem került sor.

III. Az életbiztosítás befizetett díja után igénybe vehető adókedvezmény megszűnése és a visszafizetés szabályai

Az életbiztosítás befizetett díja után igénybe vehető adókedvezmény lehetsége 2010.01.01-jét követően megszűnt.

Az életbiztosítási szerződés felett történő rendelkezési joggyakorláshoz kapcsolódó visszafizetési kötelezettség 2009.12.31-ét követően is hatályban maradt.

Rendelkezési joggyakorlásnak minősül a szerződés megszüntetése, a visszavásárlás (részvisszavásárlás), az értékesítés, a szerződés módosítása, az egyéves vagy annál hosszabb lejáratú kötvénykölcsön felvétele, az egy évnél rövidebb lejáratú kötvénykölcsön egyenl többszöri felvétele, nyugdíj-

biztosításnál a szerződéskötéstől számított 10 éven belül esedékes szolgáltatás – pénzben vagy más eszközben kifejezve – csökkenő összegben, illetve egy összegben történő igénybevétele.

A szerződés megszüntetése, a visszavásárlás, az értékesítés és a szerződés módosítása nem minősül rendelkezési jog gyakorlásának, ha az a szerződő magánszemély halála miatt történik. Nem minősül a szerződés módosítása rendelkezési joggyakorlásnak, ha a kedvezményezett személy vagy a biztosítási díj, biztosítási összeg változik. Ha a díjfizetésre kötelezett szerződő személy helyébe más személy lép, csak akkor nem minősül rendelkezési joggyakorlásnak, ha a szerződésen rögzítik a módosítást megelőzően bárki által igénybe vett azon adókedvezmények összegét, amelyre a visszafizetési kötelezettség még nem járt le.

Visszafizetési kötelezettség terheli a szerződőt a rendelkezési joggyakorlás évét megelőző 3 évben befizetett biztosítási díj alapján érvényesített életbiztosítási adókedvezmény tekintetében. A visszafizetendő összeg az érvényesített adókedvezmény 20%-kal növelt összege. A visszafizetendő összeget arra az adóevre vonatkozó adóbevallásban kell a magánszemélynek bevallania, amelyben a rendelkezési jogát a szerződéskötéstől számított 10 éven belül gyakorolja. A megállapított összeget a bevallás benyújtására előírt határidőig kell visszafizetnie. Például a szerződő 2011-ben felmondja (visszavásárolja).2006-ban kötött folyamatos díjas életbiztosítási szerződését. Ebben az esetben a szerződőnek a 2008-ra, 2009-re érvényesített adókedvezmény összegét kell 20%-kal növelt összegben a bevallásban felütnetnie és befizetnie.

Kapcsolódó jogszabályok:

- A személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény 8. § (1) pontja, 65.§ (1) bekezdés d) pontja, (2) bekezdése, (3) bekezdés ac) és ad) pontjai, a 84/G.§ (3) és (6) bekezdése, valamint az 1. mellékletének 6.6. pontja
- Az egyes adó- és járuléktörvények módosításáról szóló 2008. évi LXXXI. törvény 4.§, 257.§ (7) bekezdése
- A köztelhelyesítés rendszerének átalakítását célzó törvénymódosításokról szóló 2009. évi LXXVII. Törvény 186.§. 8. pont, 206.§ (8) bekezdése kapcsolatos szabályokról

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 gazdasági kódására 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 megtagadása 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, vagy a b) a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

A biztositási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a) a feladatkorában eljáró Felügyelettel, b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyvétszeggel, 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 biztositót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha biztositási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli, f) a feladatkorában eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal, g) a biztositóval,

a biztositásközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztositó, független biztositásközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselővel, ezek érdek-képviselői szervezeteivel, illetve a biztositási, biztositásközvetítői, 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 szerzettel, k) a viszontbiztositóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztositás) esetén a kockázatvállaló biztositókkal, l) a Bit-ben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető Hivatallal, m) az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztositási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztositóval, 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 adata 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) kábítószer-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 ügyész jóváhagyást nélkülöző megkeresésére is köteles tájékoztatni

az általa kezelt, az adott ügyvel 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 (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 biztositó a személyes adatokat a biztositási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztositási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztositó a létre nem jött biztositási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének meghiúsulásával 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.), 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) adatfeldolgozóknak minősül.

BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK

A 503-as jelű és EU503-as jelű halálesetre szóló (kockázati) alap életbiztosítás feltételei

A halálesetre szóló (kockázati) 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 lejáratig köthető. A biztosítás 5, 10, 15, 20 éves tartamra, illetve a biztosított 60, 62, 65 éves korát követő biztosítási évfordulóiig, mint lejáratkorig köthető. A meghatározott életkorig szóló biztosítások tartama a biztosított belépési korának függvénye. A biztosítás minimális tartama 5 év.
- (4) A szerződés létrejöttéhez a biztosított és/vagy szerződő, egészségi nyilatkozata, illetve a biztosító előírásaitól vagy igényétől függően orvosi vizsgálata, valamint a biztosítási szükségletet alátámasztó nyilatkozata is szükséges.
- (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 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 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. A biztosítás tizenöt (15) és hatvanöt (65) éves kor közötti személyekre köthető meg, ahol a kor a betöltött életkort jelenti. A biztosítandó személy születési évfordulójának napján, a születésnapot megelőző életkor tekintendő betöltött életkornak. A biztosított betöltött életkora a biztosítás létrejöttékor a biztosított belépési életkora. A biztosított betöltött életkora a lejáratkor nem haladhatja meg a 75 évet.

- (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 kedvezményezett a biztosított törvényes örököse.
- (2) Több kedvezményezett jelölése esetén minden egyes kedvezményezett vonatkozásában meg kell jelölni a kedvezményezés mértékét. Ennek hiányában a kedvezményezés arányát egyenlőnek kell tekinteni.
- (3) A szerződő fél az eredetileg jelölt kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával bármikor más kedvezményezettet nevezhet meg. 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 bekövetkezte előtt meghal.

II. Fejezet

A biztosítási esemény és szolgáltatás

4. A biztosítási esemény

A jelen feltételek szempontjából biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála.

5. A biztosítási szolgáltatás

A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződésben meghatározott biztosítási összeget egy

összegben kifizeti, vagy a jelen feltételek 14. pontja szerinti opciók egyike szerint teljesíti. Ha a biztosított él a biztosítás lejáratakor, a biztosítás kifizetés nélkül megszűnik.

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.
- (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 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 érvénybe helyezéskor 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, 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 egész futamidőre vonatkozó egyszeri díj az egyszeri díjfizetésű biztosítási szerződés létrejöttkor esedékes. Rendszeres díjfizetés esetén a biztosítás első díja a szerződés létrejöttkor, minden későbbi díj pedig annak a biztosítási időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik. A rendszeres díjfizetés gyakorisága lehet éves, féléves, negyedéves vagy havi. 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 pénznemben és gyakorisággal 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.

(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 (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) 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 pénznemben** teljesítik.

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

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

következtében:

- A Biztosítónak vagy a Szerződőnek nincs jogszerű lehetősége az Euró pénznem a Magyar Köztársaság területén történő beszerzésére, vagy

- A Biztosítónak nincs jogszerű lehetősége a tartalékoknak vagy a befektetéseknek Európában, a Magyar Köztársaság területén történő fenntartására, vagy

- A Biztosítónak nincs jogszerű lehetősége a Magyar Köztársaság területén létrejött Euró alapú szerződéseinek tartalmát a Magyar Köztársaság területén kívül Euró eszközökre 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.

12. A biztosítás újra érvénybehelyezése

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.

V. Fejezet A biztosítás átalakítása

13. A biztosítás átalakítása

Amennyiben a biztosítás díjköteles formában érvényben van és a biztosított nem teljesen és tartósan rokkant, a biztosítás átalakítható egy másik típusú életbiztosítássá, amelyet a biztosító az átalakítás idején értékesít. A biztosítási kötvényt az átalakításra vonatkozó ajánlattal együtt vissza kell szolgáltatni a biztosítónak.

Az új biztosítás biztosítási összege nem lehet magasabb az átalakítandó biztosítás aktuális biztosítási összegénél, de nem lehet alacsonyabb a biztosító szabályai szerint a választott díjszámra alkalmazható minimális biztosítási összegnél.

A biztosítás a tartamtól függően meghatározott biztosítási évfordulói újabb kockázat-elbírálás (orvosi vizsgálat) nélkül, az átalakítandó biztosításra korábban megállapított kockázati osztályba sorolás alapulvételével átalakítható.

Ha a szerződő a következőkben meghatározott biztosítási évfordulón túl kéri a biztosítás átalakítását, a biztosító azt új biztosításra tett ajánlatként kezeli.

A biztosítás tartama (év)	A biztosítási évforduló, ameddig a biztosítás újabb kockázat-elbírálás nélkül átalakítható
5	az egész tartam alatt
6	5.
7	5.
8	6.
9	6.
10	7.
11	8.
12	8.
13	9.
14 vagy hosszabb	a lejáratot megelőző 5. évforduló

Az új biztosítás kezdete a szerződő választásától függően a következő lehetőségek egyike szerint kerül meghatározásra:

a) A biztosítás kezdete az átalakításra tett ajánlat kelte lesz, és a biztosítási díj a biztosított akkori belépési életkora és az akkor érvényben lévő díjtáblázat szerint kerül kiszámításra.

b) A biztosítás kezdete azonos lesz a korábbi biztosítás kezdetével és a díj a biztosítottnak a kötvényben feltüntetett belépési kora szerinti díjtétel alapján kerül kiszámításra. Ebben az esetben a szerződőnek meg kell fizetnie az új biztosítás szerint fizetendő díjak, valamint az átalakított biztosításra ténylegesen befizetett díjak közötti különbözetet és az utána felszámított kamatot, vagy a két biztosítás díjtartaléka közötti különbözetet, attól függően melyik a nagyobb. Az új biztosításhoz a "Rokkantsági díjmentesítés" kiegészítő biztosítás csak abban az esetben köthető újabb kockázat-elbírálás nélkül, ha az átalakításkor a korábbi alapbiztosítás mellett ilyen kiegészítő biztosítás is érvényben volt a szerződésben.

VI. Fejezet Választható járadék opciók

14. Választható járadék opciók

A biztosító a biztosítás megszűnéskor esedékessé váló bármely szolgáltatás egy összegben 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.

VII. Fejezet A biztosító teljesítése

15. A biztosító teljesítése

- 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.
- A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a következő iratokat kell a biztosító részére bemutatni, illetve átadni:
 - a biztosító erre a célra rendszeresített kitöltött és aláírt formanyomtatványát
 - a biztosítási kötvényt,
 - a biztosított születési idejét hitelt érdemlően igazoló okiratot,
 - a biztosított halála esetén **hitelesített** halotti anyakönyvi kivonatot és a halottvizsgálati bizonyítvány másolatát,
 - a halál okát, valamint a halált okozó betegség kezdetének időpontját és lefolyását igazoló részletes orvosi bizonyítvány(ok) másolatait (ambuláns vizsgálati eredmények, kórházi zárójelentések, háziorvosi betegkartonok), boncjegyzőkönyv másolatát (amennyiben készült ilyen),
 - azon okiratokat, amelyek a kedvezményezetti jogosultság (személyazonosítás, illetve kedvezményezetti vagy örökös stáusz) igazolásához szükségesek,
 - ha a biztosítási esemény baleseti eredetű, akkor a balesetről készült rendőrhatalósági jegyzőkönyv másolatát (amennyiben készült ilyen)

(3) A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez szükséges dokumentumokat az igényjogosult köteles beszerezni és a biztosító részére eljuttatni, továbbá a szükséges dokumentumok beszerzésével kapcsolatban felmerülő költségek is az igényjogosultat terhelik.

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

(5) 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.

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

(7) 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.

16. Hitelfedezet

(1) A biztosító a szerződésben meghatározott haláleseti összeg erejéig hitelfedezeti kezességet nyújthat a biztosított elhalálása esetére.

(2) Amennyiben az életbiztosítás haláleseti összege valamely hitelfoyósító 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.

VIII. Fejezet Közlési kötelezettség, mentesülés

17. 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:

- 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;
- 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,
- a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.

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

18. A biztosító mentesülése

A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét. A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, ha a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, vagy azzal összefüggésben halt meg a biztosított.

19. Öngyilkosság

(1) A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, 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.

20. 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 bélglyulladás, 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.

IX. Fejezet A biztosítási szerződés megszűnése

21. A biztosítási szerződés megszűnése

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

- a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála időpontjában,
- a díjfizetés elmaradása miatt, a türelmi idő végével,

(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, indoklásai kötelezettség nélkül. A szerződő érvényesen nem mondhat le az őt megillető felmondási jogról. 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 megszűnteti és a befizetett díjnak a szerződés megkötésével és megszüntetésével összefüggésben felmerült költségekkel csökkentett összegét egy összegben visszafizeti a szerződő részére.

X. Fejezet Egyéb rendelkezések

25. Bejelentési kötelezettség

- (1) A szerződő köteles lakcímének (értesítési címének) a megváltozása esetén az új címet a biztosítóknak 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 biztosítóknak 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 pénzmossás elleni jogszabályok értelmében azonosítási kötelezettség alá tartozik, és az azonosítási kötelezettség körébe tartozó adataiban, illetve a tényleges tulajdonos személyét illetően változás következik be, úgy a szerződő köteles a változást a biztosítóknak haladéktalanul, de legkésőbb a tudomásszerzéstől számított 5 munkanapon belül írásban bejelenteni.

23. 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 módosításához szükséges dokumentumok és befizetések az évfordulót megelőző 60 napon belül a biztosítóhoz érkeznek.

24. 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.

25. A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése

A kötvény elvesztése vagy megsemmisülése esetén a biztosító a szerződő kérésére az eredetivel egyező kötvény-másolatot 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 másolat kibocsátásával az eredeti kötvény érvénytelenné válik, amely tény a másolaton feltüntetésre kerül.

26. Elévülés

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

27. Illetékes bíróság

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

28. 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 kiszolgáltatható 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 képviselőjével, ezek érdek-képviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal, h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal, i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal, j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos 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-kereskedéssel, b) terrorizmussal, c) illegális fegyverkereskedéssel, vagy d) a pénzmossás bűncselekményével van összefüggésben. A biztosító a nyomozó hatóságot a „halaszthatatlan intézkedés” jelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyészi jóváhagyást nélkülöző megkeresésére is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott ügygel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról.

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 jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének megghiúsulásával 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 nam 20, 811 02 Bratislava, Szlovákia) és az Amplico Services Sp. z o.o. (Warsaw, Poland) adatfeldolgozóknak minősül.

29. 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 2011. évi CXII. törvény (az információk önrendelkezési jogról és információszabadságról) és az 1995. évi CXVII. törvény (a személyi jövedelem adóról) rendelkezéseire.

30. Panasztételi lehetőség

A biztosító magatartására, tevékenységére, szolgáltatására vagy mulasztására vonatkozó panaszát a szerződő szóban (személyesen, telefonon), vagy írásban (személyesen, postai levél útján, telefaxon, vagy elektronikusan levélben) a jelen pontban megjelölt elérhetőségek bármelyikén előterjeszheti 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, telefonon: 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 panaszja 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.

31. 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

hu Tevékenységi eng. száma: 95/1990, Cégjegyzékszám: 01-10-041501

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 biztosítja 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) a szerződés hatályba lépése előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés,
- b) bármilyen betegség vagy bakteriális fertőzés (a baleseti sérülésből származó pyogénikus 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 közlekedérendészeti 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 elmezavar),
- g) bármely, sérvet, lumbagot vagy sciaticat (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:

- a) 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 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 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 feljegyezi.

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 65. 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;
- a rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás szolgáltatásának kezdetekor, amennyiben a rokkantsági díjmentesítés díjának megállapításakor jelen kiegészítő biztosítás díja nem került figyelembevételre;
- amikor a biztosítottat ideg-, illetve elmebetegségére való tekintettel cselekvőképtelenné nyilvánítják;
- amikor a biztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) katonai szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres erejénél;
- 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 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 felboncolta.

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

- a szolgáltatás iránti igénybejelentőt;
- a halotti anyakönyvi kivonat hitelesített másolatát és a halál okát igazoló orvosi bizonyítványt;
- a baleset tényét és körülményeit igazoló rendőrhatalom jegyzőkönyv vagy más hatóságilag jelentés másolatát (amennyiben ilyen készült);
- mindazon okiratokat, amelyek a jogosultság (személyazonosság, illetve kedvezményezett vagy örökös státus) igazolásához szükségesek;
- 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 utóljára beérkezett irat kézhezvételétől számított 30 napon belül teljesíti. A biztosító a már esedékessé 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 indexrátával kerül növelésre.

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

A baleseti marandó 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, amelyek a kiegészítő biztosítást kötötték.

1. A biztosított személye

A jelen kiegészítő biztosítás biztosítja 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 marandó rokkantságot szenved.

Baleseti marandó teljes rokkantság

Amennyiben a biztosított a baleseti testi sérülés következményeként, a baleset időpontját követő 180 napon belül olyan marandó 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 marandó volt.

A biztosító az előző meghatározástól függetlenül marandó 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 marandó részleges rokkantság címén már kifizetett.

Baleseti marandó részleges rokkantság

Amennyiben a biztosított a baleseti testi sérülés következményeként, a baleset időpontját követő 180 napon belül marandó részleges rokkantságot (egészségkárosodást) szenved, a biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összegből a marandó 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 állkapocsont 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 (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 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 ernyedt 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 (combtőlg)	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 lábközépcsontok között)	30 %
Alsó végtag teljes bénulása (gyógyíthatatlan idegsérülés)	60 %
Külső térdhajlító ülőideg (nervus tibialis) teljes bénulása	30 %
Belső térdhajlító ülőideg (nervus communis) teljes bénulása	20 %
Külső és belső térdhajlító ülőidegek(nervus ischiadicus) teljes bénulása	40 %
Csípő teljes ízületmerevsége	40 %
Térd teljes ízületmerevsége	20 %
Comb csontállományának vagy a láb két csontjának csökkenése (gyógyíthatatlan állapotban)	60 %
Térdkalács csontállományának csökkenése felismerhető szilánkosodással és a láb tényleges megerőltető mozgatasával	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 feltünteteti 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 állapot, amennyiben véralkohol szintje megegyezik vagy magasabb a közlekedésrendészeti szabályokban megengedett határértéknél,
- a biztosított öncsonkítása, illetve ennek kísérlete (tekintet nélkül a biztosított elkövetés kori 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 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:

- 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,
- a biztosított által jogellenesen, szándékosan, vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidézett esemény,
- 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 részvételről 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 díjesedékesesség 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 díjesedékesesség időpontjára -30 nappal az esedékesesség 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 biztosítás lejáratakor, de legkésőbb annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 65. életévét betölti;
- ha a szerződés szerinti alapbiztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díját az esedékeséskor, illetve a feltételek szerinti türelmi időn belül nem fizetik meg;
- amikor a szerződés szerinti alapbiztosítást visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy az bármely okból megszűnik;
- a rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás szolgáltatásának kezdetekor;
- amikor a biztosítottat ideg-, illetve elmebetegségére való tekintettel cselekvőképtelennek nyilvánítják;
- 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 utóbb lényeges körülmények 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 igénybevételéhez a következő iratokat kell a biztosító részére benyújtani:

- a szolgáltatás iránti igénybejelentőt;
- a orvosi jelentést valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával illetőleg az egészségkárosodás mértékének igazolásával;
- a baleset tényét és körülményeit igazoló rendőrhatalósági 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 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 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 maradékjogokkal nem rendelkezik, de amennyiben a díjfizetés elmulasztása miatt a szerződés szerinti alapt biztosításra automatikus díjkölcson lép életbe, a jelen kiegészítő biztosítás elmaradt díjai - az alapt biztosítás díjtartalékának

terhére - szintén automatikus díjkölcsonnel kerülnek kiegyenlítésre.

11. Többlethozam

A jelen kiegészítő biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik.

12. Indexálás

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

A kiegészítő biztosítás díja és biztosítási összege azonos arányban, az alapt biztosításra 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 alapt biztosítás 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 alapt biztosítás 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 akaratan 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 elszünetelt 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 alapjául 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) 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 elmeállapotról való tekintet nélkül),
- d) bármely idegi vagy elmebeli rendellenesség, elnevezésüktől vagy osztályozásüktől függetlenül (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezavar),
- 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 elszendvedett bármilyen fertőzés,
- h) a biztosított által jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidézett 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 közlekedésrendészeti 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 bármely 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 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vagy motorcsónakot vezet, vagy azon utazik,
- q) 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,
- r) a biztosított aktív szolgálata bármely nemzet vagy nemzetközi szervezet bármely fegyveres erejénél, illetve aktív rendőri szolgálat teljesítése,
- s) 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,
- u) 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 részvételről 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 záradékon 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 esedékességkor, 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 cselekvőképtelenné 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 több 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 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.

X. 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 díjkölcsönrel 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

Körömtávolítás	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 beszájzattása	75
Azonos hasi metszésből végzett két vagy több sebészi beavatkozás egyetlen műtétnak számít.	

NYIROKCSOMÓK

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

MELLKAS MŰTÉTEK

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

ORTOPÉDIAI MŰTÉTEK

Hosszú csöves csontok korrekciós műtéti ellátása	50
Egyéb csontok korrekciós műtéti ellátása	25
Törések egyszerű rögzítése	10
Kulcsont, bordák, ujjpercek, csukló, kézközépcsontok, láb- és lábközépcsontok, 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
Lábközépcsont, kézközépcsont amputációja	25
Amputáció a csuklótól vagy a láb- és csontoktól felfelé	75

Ínhüvely bemetszése (tendosynovitis okozta szűkület felszabadítása)	10
Kalapácsujj, ujj deformitás, lábközépcsont deformitás korrekciós műtéte	25
Inak vagy idegek összevarrása	25
Arthroszkópos térd vagy vállműtét	50
Csípő- vagy egyéb hosszú csöves 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 izületi plasztikája	100
Gerinctörés sebészeti ellátása vagy elmerovítése	100

HÚGY ÉS IVARSZERVEK

Vese eltávolítása	75
Húgycső, húgyhólyag eltávolítása:	
(a) sebészi úton	75
(b) endoszkóppal	25
Prostata eltávolítása	75
Prostata eltávolítása a húgycsővön 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 prosztatata eltávolítás medencei nyirokcsomó eltávolítással	100

GÉGÉSZET

Plasztikai beavatkozás az ajkakon	25
Nyelvfék kimetszése	10
Fülmirigy eltávolítása	75
Külső-, vagy középfül műtét	25
Gége kiirtása	75
Hangszalagműtét	25
Nyelvcsap 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-, nyelcsőeltávolítás	75
Egyensúlyozó ideg kimetszése	75
Kengyel eltávolítása	50
Dobhártya plasztika	50
Labirintuszerv 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	50
Szimpatikus ideg átmetszése	75

BŐRGYÓGYÁSZAT

Bőrbíopszia	5
-------------	---

SEBÉSZET

Szaruhártya varrat	10
Kötőhártya varrat	10
Elülső üvegtest műtét	10
Hátsó üvegtest műtét	50
Szem eltávolítása	50
Röphártya kimetszése	10
Szemhéj be vagy kifordítása műtétileg	25
Retinaleválás műtéti ellátása	50
Könnycsatorna kimetszése	25
Szívárványhártya eltávolítása vagy bemetszése	25
Szaruhártya bemetszése asztigmia miatt	25
Kancsalság műtéti ellátása	50
Könnytömlő kimetszése	50
Inhártyaplasztika	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 szűrkehályogműtét)	25
Membráneltávolítás	10

PLASZTIKAI SEBÉSZET

Hegkímetszés	10
Bőrleány kimetszése átültetésre	25
Többszörös ín és idegvarrat	50
Arcideg dekompresziós 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

Gégeütközés	10
Hörgő-, nyelőcső-, gyomor-, végbél-, szigambél-, vastagbél-, húgyhólyagütközés	10
Laparoszkópia	25
Lumbalpunkció	10

A 169-es és EU169-es jelű, balesetből származó csonttörés és égési sérülés 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 alap biztosítás feltételei az irányadók, amelyhez a kiegészítő biztosítást kötötték. A jelen feltételekben és a biztosítási szerződésben nem rendezett kérdésekben a hatályos jogszabályok rendelkezései az irányadók.

1. Fogalom meghatározások

(1) Biztosított

A jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja az alapbiztosítás 18. életévét betöltött, de a 65. 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.

(5) Patológias törés

A jelen feltételekben használt patológias törés a csont betegség által gyengített területének törését jelenti.

(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 bőrreget 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

• *Combsont 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*

• *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, falcsont vagy nyakszirtecsont törései:*

a) csontszilánkok benyomódásával	30
b) csontszilánkok benyomódása nélkül	10

• *Borda vagy bordák, arccsont, farkcsont vagy szárcsapocsont (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) veleszületett rendellenességek és az ebből fakadó következmények,
- c) bármilyen betegség, egészségi rendellenesség, előrehaladott kórfolyamat vagy bakteriális fertőzés (a baleseti sérülésből származó pyogénikus fertőzések kivételével), gyógyászati vagy sebészeti gyógykezelések,
- d) bármely betegségre visszavezethető csontgyengülés, patológias csonttörések,
- e) a rendszeres túlterhelés eredményeként fellépő törések (stressz törések),
- f) a biztosítottak 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 osztályozásüktől 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 létrejötte 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, végtaghány, 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 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.

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 (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 igényt a biztosítóval szemben érvényesíteni kívánja.

2. Biztosító teljesítése

A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához szükséges összes irat beérkezése után, az utóljára 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.

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 esedékeséggel, 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 díjtartalékának 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 műtéti 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, amelyekbe 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) százalékát 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(ok)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) Műtéti 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 műtéti eljárás alá utalják, a biztosító a szerződés rendelkezéseinek megfelelően műtéti térítést fizet, melynek összegét a műtéti táblázatban 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.

c) Orvosi konzultáció

Ha a biztosítottnak a kiegészítő biztosítás érvényességének tartama alatt, a jelen pontban meghatározott heveny, szövödményes 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, szövödményes 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) gyulladós bélbetegség, k) krónikus májbetegség, l) veseelégtelenség, m) krónikus medencetáji fájdalom, n) cukorbetegség, o) trombozisos 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.

Az 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 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,
- 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 szakorvosi 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 műtéti térítésre szóló biztosítási 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:

- születési rendellenességek és az ebből fakadó következmények,
- terhesség, szülés, elvetélés, koraszülés, vagy abortusz,
- a szerződés hatályba lépése előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés vagy betegség,
- a szerződés hatályba lépését követő első hatvan (60) napon belül bekövetkezett bármilyen betegség miatt szükségessé vált kórházi ellátás és műtéti beavatkozás,
- a szerződés hatályba lépését követő első száznyolcvan (180) nap alatt végrehajtott, a mandula, ill. orrpolip eltávolítását célzó műtét, ill. kórházi gyógykezelése,
- a biztosított öngyilkossága vagy öngyilkossági kísérlete, az elmeállapotról való tekintet nélkül,
- kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményként szükséges beavatkozást,
- 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 elszendvedett 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 biztosítottnak 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 közlekedésrendészeti 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, engedetlenség, egyéb háborús cselekmények, katonai vagy bitorolt hatalom, vagy bármely esemény, vagy ok, amely statárium vagy ostromállapot kihirdetésének eredménye, letartóztatás, bármely helyi, vagy közhatóság
- rendeletétől származó vesztegár, 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, 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,
- b) a biztosított által jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidézett 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 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 részvételről van szó).
- Továbbá az alapbiztosításhoz csatolt záradék(ok) ban meghatározott kizárások ezen kiegészítő biztosítás szolgáltatásaira is vonatkoznak.**
- 4. Fogalom meghatározások**
- a) **Betegség:** Olyan egészségkárosodást jelent, amelyet a biztosított a kiegészítő biztosítás hatálya lépését követően, első alkalommal szenved el.
- b) **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, sanatórium, vagy rehabilitációs intézet, vagy hasonló létesítmény, és nem foglalkozik alkohol 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 felügyeletet biztosító és intenzív elnevezés alatt működő különálló egységében 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) **Közeli hozzátartozó:** A Polgári Törvénykönyv 685. §-a alatt hozzátartozói minőségben meghatározott személyek köre.

5. Díjfizetés

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

6. 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.

7. A biztosítás tartama

A biztosítás egy éves időtartamra szól és minden esetben egy újabb évvel meghosszabbodik, ha azt a biztosítási év letelése 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 díjesedékes 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 biztosított halálával;
- 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 esedékeséggör, illetve a feltételek szerinti türelmi időn belül nem fizetik meg;
- amikor a szerződés szerinti alapbiztosítást visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy az bármely okból megszűnik;
- ha a rokkantsági díjmentesítési kiegészítő biztosítás szolgáltatásának kezdetekor;
- amikor a biztosítottat ideg-, illetve elmebetegségére való tekintettel cselekvőképtelenné nyilvánítják;
- amikor a biztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) katonai szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres erejénél;
- 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.

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

- a biztosított által igénybe vett konzultációk száma eléri a hat (6) alkalmat, a 6. konzultációs kérelemnek a szolgáltató részére történő átadásával,
- ha a biztosított megváltoztatja a tartózkodási országát,
- 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 alapbiztosítás bármely szolgáltatási összegéből levonja.

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

- Eljárási rend a kórházi ellátásra szóló térítés és a műtéti 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 illetőleg az egészségkárosodás mértékének igazolásával;
- a baleset tényét és körülményeit igazoló rendőrhatalósági jegyzőkönyv vagy más hatósági jelentés másolatát (amennyiben ilyen készült);
- mindazon okiratokat, amelyek a jogosultság (személyazonosság, illetve kedvezményezetti vagy örökös státus) 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 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.

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 biztosítottnak és/vagy kezelőorvosának a konzultáció igénybevételének eljárás rendjéről, illetve az igénybevételhez szükséges, benyújtandó adatokról és iratokról. A konzultációs kérelem benyújtásához szükséges összes formanyomtatványt, és az azok szakszerű kitöltéséhez 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 igénybevételei eljárás kezdetén átadott tájékoztatásban 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 alapbiztosításra automatikus díjkölcsonn lép életbe, a jelen kiegészítő biztosítás elmaradt díjai - az alapbiztosítás díjtartalékának terhére - szintén automatikus díjkölcsonn 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 szolgáltatásai – az orvosi konzultációs szolgáltatás kivételével - 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.

13. Egyéb feltételek

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

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

Műtéti beavatkozás leírása	A maximális kártérítési összeg %-a
FEJ, NYAK	
Agy vagy agyhártyák műtéti ellátása	100
Koponyatorés műtéti ellátása	75
Koponyaplasztika	100
Diagnosztikus vagy tüneti koponyalékelés	100
Pajzsmirigy eltávolítása	75
Plasztikai beavatkozás az ajkakon	25
Nyelvfék kimetszése	10
Száj daganatának műtéti ellátása	25
Fültőmirigy eltávolítása	75
Fültőmirigy 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
Nyelőcsőműtét	75
Szív vagy aortaműtét	100
Egy - vagy kétoldali radikális melleltávolítás	75
Egy - vagy kétoldali egyszerű melleltávolítás	50
Mell részleges eltávolítása	25
Melldaganat vagy ciszta kimetszése	25
Légcsőműtész	25
Becsővezés mellkascsapoláshoz	25
Mellkascsapolás	10
Mediasztinum daganat eltávolítása a szegycsont felvágásával	75
Mellhártya összenövésének felszabeditása	25
Tüdőbeékelődés eltávolítása	50
Légmellkezelés a mellkas megnyitásával	50
Diagnosztikus mellkascsapolás	50
Hörgő- vagy légcsősztent behelyezése	50
HAS	

Has feltárása	50
Vakbélműtét	25
Hasi tályog becsővezése	25
Sérvek műtéti ellátása: bubonokéle, omphalokéle, merokéle, hidrokéle, cirsokéle,	

heresérv, hasfali sérv, műtét utáni sérv	25	vagy supracondylaris törései	50	50	
Teljes vagy részleges gyomoreltávolítás, vagotómia, pylorus plasztika, nyombélfekély	50	Csípő, térd vagy váll teljes ízületi plasztikája	100	Bélanasztomózis	50
Fekély perforációjának elvarrása	50	Gerinctörés sebészeti ellátása vagy elmerévtése	100	Teljes vastagbél eltávolítás	75
Béleltávolítás	50			Záróizom plasztika, epevezeték beszájzatatása	75
Hasüregi daganat eltávolítása	75				
Végbéleltávolítás hasi behatolással	100	VÉNÁK		KÜLÖNLEGES MŰTÉTEK	
Végbélelőreesés műtéti ellátása hasi behatolással	75	Varicosus véna eltávolítása (visszerműtét)		Csontvelő átültetés	100
A végbél záróizomzatának berepedése, tályog vagy ciszta	25	(a) egy lábon	25		
Aranyérműtét	25	(b) mindkét lábon	50	BŐRGYÓGYÁSZAT	
Máj tályog (feltárással)	50	Varicosus vénák lekötése	10	Bőrbioopszia	5
Echinococcus ciszta a májban	75	Véna elvarrása sérülés után	25	Faggyúciszta bemetszése	5
Részleges májeltávolítás	75	Vénás thrombus eltávolítása	25	Szemölcs eltávolítása	5
Epehólyag eltávolítása	75				
Hasnyálmirigy műtét	100	FÜL - ORR – GÉGE		NŐI NEMI SZERVEK	
Lép eltávolítása	75	Külső-, vagy középfül műtét	25	Teljes méheltávolítás	75
Azonos hasi metszésből végzett két vagy több sebési beavatkozás egyetlen műtétnek számít.		Mandulaeltávolítás - adenoid vegetáció eltávolítása	25	Részleges méheltávolítás	50
		Légcsőmetszés	25	Petevezeték eltávolítása	50
NYIROKCSOMÓK		Gége kiirtása	75	Petefészék eltávolítása	50
Nyirokcsomó eltávolítása hónaljából vagy lágyékból	50	Hangszalagműtét	25	Myoma eltávolítása	50
		Nyelvcsap eltávolítása	25	Méhnyak polip eltávolítása	10
HÚGY ÉS IVARSZERVEK		Légcsőmetszés, sztóma készítése	25	Bartholin-mirigy ciszta kimetszése vagy kivarrása	25
Vese eltávolítása	75	Tubus vagy lélegeztetőcső eltávolítása	10	Méhnyak csonkolása	25
Daganat, kő, húgycső, húgyhólyag eltávolítása:		Rekesztályog, véromlany bemetszése	10	Hüvelyplasztika	25
(a) sebészi úton	75	Fülpolip eltávolítása	10	Vulva teljes kimetszése	50
(b) endoszkóppal	25	Mandula körüli tályog kimetszése	10	Méhkürtplasztika	50
Prosztata eltávolítása	75	Nyelvfék átvágása	10	Petefészék ékrezekciója	25
Prosztata eltávolítása a húgycsővön keresztül	50	Dobhártya bemetszése és tubus behelyezése	10	Endoszkópia (invazív laparoszkópia)	50
		Külső hallójáratokból csontkinövés vagy csontdaganat eltávolítása	25	Endoszkópia (invazív hiszteroszkópia)	25
Here vagy mellékhere eltávolítása	25	Teljes vagy részleges állkapocs eltávolítás	75	SZEMÉSZET	
Húgycsőműtét	25	Gége-, garat-, nyelőcsőeltávolítás	75	Szaruhártya varrat	10
Hólyageltávolítás, szeméremcsont fölötti behatolással	75	Egyensúlyozó ideg kimetszése	75	Kötőhártya varrat	10
Húgyhólyag teljes eltávolítása	100	Kengyel eltávolítása	50	Elülső üvegtest műtét	10
Vese, húgycső, vesemedence plasztika	50	Dobhártya plasztika	50	Hátsó üvegtest műtét	50
Vesekő, epekö vagy húgycsőben lévő kő zúzása	50	Labirintus szerv eltávolítása	50	Jégárpa eltávolítása	10
		Ékcsonton keresztüli rostacsont eltávolítása	50	Szürkehályog eltávolítása	50
		Teljes fültömirigy eltávolítás	75	Zöldhályog műtét	25
		Koponyalékelés az üregek felől	50	Szem eltávolítása	50
		Hangszalag eltávolítása	75	Röphártya kimetszése	10
				Szemhéj be vagy kifordítása műtétilleg	25
ORTOPÉDIAI MŰTÉTEK		DIAGNOSZTIKUS BEAVATKOZÁSOK		Retinaleválás műtéti ellátása	50
Hosszú csöves csontok korrekciós műtéti ellátása	50	Gégetükrözés	10	Könnycsatorna kimetszése	25
Egyéb csontok korrekciós műtéti ellátása	25	Hörgő-, nyelőcső-, vastagbél-, szigmbél-, húgyhólyagtükrözés	10	Szívárványhártya eltávolítása vagy bemetszése	25
Törések egyszerű rögzítése	10	Laparoszkópia, végbéltükrözés	25	Szaruhártya bemetszése asztigmia miatt	25
Kulcscsont, bordák, ujjpercek, csukló, kézközépcsontok, lábtő és lábközépcsontok, csontnyúlványok, csigolyák törésének rögzítése	10			Kancsalság műtéti ellátása	50
Izületi metszés, beleértve az ízületi szabadtest eltávolítását	50	HÚGY ÉS IVARSZERVEK		Könnytömlő kimetszése	50
Ganglion eltávolítása	10	Körülmetelés	10	Inhártyaplasztika	50
Csontkinövés eltávolítása	25	Pig-Tail katéter felhelyezése	10	Szemlencse beültetése vagy eltávolítása	50
Alagút szindróma műtéti ellátása	25	Ondózsínor lekötése	25	Kötőhártya átültetése	25
Váll-, könyök-, csukló-, boka-, csípő-, térdficam rögzítése	10	Hólyagdiverticulum eltávolítása	50	Kötőhártya felszínes sérülésének ellátása	10
Térdkalács ficamának rögzítése	10	Barlangos test plasztika	50	Szemhéj plasztika	10
Patella sebészeti eltávolítása	50	Részleges húgyvezeték eltávolítás áthidalással	50	A szaruhártya fedőhám lekaparása	10
Ujjficam rögzítése	10	Teljes pénisz eltávolítás a nyirokcsomó eltávolításával	100	Lencse plasztika (első kamra bemetszése, másodlagos szürkehályogműtét)	25
Meniszkusz eltávolítás arthroszkóppal	50	Teljes prosztata eltávolítás medencei nyirokcsomó eltávolítással	100	Membráneltávolítás	10
Ujjamputáció (bármely ujj)	25	ÉRSEBÉSZETI MŰTÉTEK		PLASZTIKAI SEBÉSZET	
Lábközépcsont, kézközépcsont amputációja	25	Érplasztika (katéteres tágítás)	50	Hegkimetszés	10
Amputáció a csuklótól vagy a lábtőcsontoktól felfelé	75	Hasi aortatágulat, csípőaorta vagy combaorta műtét	100	Bőrlébeny kimetszése átültetésre	25
Ínhüvely bemetszése (tendosynovitis okozta szűkület felszabadítása)	10	Hasi aortaműtét	100	Többszörös ín és idegvarrat	50
Kalapácsujj, ujj deformitás, lábközépcsont deformitás korrekciós műtétje	25	Szívkoszorúér festés	50	Arcideg dekompresziós műtétje	75
Inak vagy idegek összevarrása	25	Aorto-carotis vagy aorto-arteria subclavia áthidaló műtét	100	Homlok vagy arccsont csontvéssése	100
Arthroszkópos térd vagy vállműtét	50	Artériás vérrög eltávolítása	50		
Csípő- vagy egyéb hosszú csöves csont csontvéssése	75	Arteria carotis endarterektómia	75	IDEGSEBÉSZET	
Achilles-ín szakadása	50	ÁLTALÁNOS SEBÉSZET		Agyi aneurizma eltávolítása	100
Közepes ízületek merevítése (pl. boka)	50	Körömelletávolítás	5	Agyállományi műtét	100
Könyök, térd, váll ízületbehatoló		Tályog bemetszése	5	Meningeoma eltávolítása	100
		Lumbálpunkció	10	Koponyalékelés	100
		Polip eltávolítása a bélből	25	Rosszindulatú agyi érelváltozás	100
		Vastagbél-, vékonybél-, hólyagsztóma készítése		Hallóideg műtét	75
				Gerincvelő daganatok	100
				Ideggyök kimetszése	50
				Idegvarrat	50
				Neurinóma kimetszése	50
				Szimpatikus ideg átmettszése	75

DAGANATOK

Ugyanazon daganat műtéti ellátására és sugárkezelésére összességében fizethető szolgáltatási összeg megegyezik, a daganat sebészi eltávolításáért fizethető maximális szolgáltatási összeggel.

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 szerződéssel 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

- Shívkoszorúér műtét
- Kóma
- Agyi érkatasztrófa
- Sclerosis multiplex
- Bénulás
- Krónikus obstruktív tüdőbetegség
- Tüdőtágulat
- Gyulladással járó 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 szakorvosai 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 közlekedésszabályozási 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 fogyatékosága, 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 statárium vagy ostromállapot kihirdetésének eredménye, letartóztatás, bármely helyi, vagy közhatóság rendelkezésétől származó vesztegár, 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 feljegyzi. 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 órájaktól 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 lejáratával, 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 esedékességkor, 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 maradjogokkal nem rendelkezik, de amennyiben a díjfizetés elmulasztása miatt a szerződés szerinti alapbiztosításra automatikusan díjkölcson lép életbe, a jelen kiegészítő biztosítás elmaradt díjai - az alapbiztosítás díjtaralékának 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 bekövetkeztakor 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 kötötték.

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 névszerű 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 bekövetkezésekor 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 órájaktól 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 sorszámok 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 sorszámok alatt meghatározott betegségekre, állapotokra és műtéti beavatkozásokra terjed ki.

(2) A biztosítottnak a biztosítás lejárata előtt, a kockázatviselés kezdetétől számított 3 hónap várakozási idő eltelte 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 elszendvedése 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 műtéti 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 műtéti 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, ide számítva az ins situ mellgdaganatokat 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 alatt;
- A TNM osztályozás szerint szövettanilag igazolt T1a vagy T1b típusú prosztatarák vagy más stádium besorolás esetén a TNM-mel azonos vagy alacsonyabb besorolású prosztatarák, 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 pókhálójárta 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 gyulladásoos betegség következtében kialakult agykárosodás;
- A szemet vagy látóideget érintő érbetegség;
- Az egyensúly rendszert érintő iszkémiás eltérések.

4) Szívkoszorúér műtét

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

5) Veseelégtelenség

A veseelégtelenség mindkét vese működésének tartós, krónikus, visszafordíthatatlanul beszűkült, végállapotot jelző károsodása, amelynek a kezelése rendszeres dialízist vagy veseátültetést igényel.

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

6) Aplasztikus Anémia (csontvelő elégtelenség)

Krónikus, tartós csontvelő elégtelenség amely anémiában (vérszegénységben), 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 léggzéssel kilégett 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) Sükettség

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

A teljes hallóképesség elvesztése a hallás minden frekvenciatartományában a legalább 80 decibeles halláscsökkenést jelenti. Az állapot bekövetkezésének időpontja a 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 szivultrahang 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, amelynek során a biztosított, mint szövetet 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 őssejt beültetés, kivéve az emberi csontvelő beültetését őssejt 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 betegségre (mint SLE, HIV) a biztosítás nem terjed ki.

17) Végtagbénulás

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

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

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

18) Parkinson kór

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

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

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

- I. Tisztálkodás képessége: a tisztálkodás képessége kádban vagy zuhanyzóban (beleértve a kádba és a

zuhanyzóba való be és kiszállás képességét) vagy más eszközzel történő megfelelő tisztálkodás;

II. Öltözködés képessége: valamennyi ruházat le- és felvételének, biztonságos ki- és begombolásának kivitelezése, művégtagok vagy más gyógyászati segédeszközök le és felvételének képessége;

III. Helyváltoztatás: az ágyból, karosszékéből, tolészékéből történő felállás és az azokra történő leülés képessége,

IV. Mozgásképesség: beltéri mozgás képessége ugyanazon a lakószinten, egyik helyiségből a másikba történő eljutás képessége;

V. Mellékhelyiség használata: széklet vagy vizeletürítése mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használata a személyes higiéne 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 diagnózist 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 kisvérkőri hipertónia

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

- Az artéria pulmonális nyomása legalább 30 Hgmm vagy annál nagyobb;
- Az EKG jobb kamra hipertrófiát mutat (RV1 + SV5 > 1.05mV);
- Nyugalmi állapotban csökkent a vér oxigén koncentrációja;
- Szívultrahang jobb kamra tágulatot mutat (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), komputertomografiás (CT) vagy más megbízható képalkotó eljárással készült vizsgálati eredmény alapján. A diagnózist 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;
 - Értrendellenesség;
 - 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-Gyermekbénulás)

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

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

27) Bakteriális agyhártyagyulladás

Bakteriális fertőzés, ami az agyhártyák és a gerincvelő gyulladást okozó folyamatainak keresztül súlyos és visszafordíthatatlan neurológiai károsodást okoz, és a károsodás már legalább hat hete folyamatosan fennáll. A diagnózist gerincscsapolással 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 képkalkotó 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 műtéti 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 szívtulhang 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, morphea);
- Fasciitis eosinophylica;
- CREST szindróma.

32) Szisztémás lupus erythematosus nephritis-szel (SLE)

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

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

A lupus nephritis WHO szerinti klasszifikációja:

- Class I: lupus glomerulonephritis minimális elváltozással
- Class II: mezangiális lupus glomerulonephritis
- Class III: fokális szegmenseket érintő proliferatív lupus glomerulonephritis
- Class IV: diffúz proliferatív lupus glomerulonephritis
- Class V: 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 igényét a biztosítóval szemben érvényesíteni kívánja.

(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.

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-vírussal való fertőzősége;
- 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 határérték 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 betegsége, illetve azok kezelésére 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 a figyelembevételével történik. A biztosított belépési kora a biztosítás kezdetekor, illetve a biztosítás megújításakor betöltött életkor alapján kerül megállapításra.

(2) A választható díjfizetési tartamok a következők

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

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

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

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

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

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 pénzneve

A biztosítási szerződés díjainak és szolgáltatásainak pénzneve 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 kötvényoldalán 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 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 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 érvénytelené 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:

- annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 65. életévét betölti,
- a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halálával,
- a biztosítási összeg kifizetésével,
- ha a szerződés szerinti alapbiztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díját az esedékességkor, illetve a feltételek szerinti tűrelmi időn belül nem fizetik meg,
- amikor a szerződés szerinti alapbiztosítást visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy bármely okból megszűnik,
- a rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás szolgáltatásának kezdetekor,
- a három hónapos várakozási időn belül bekövetkezett biztosítási esemény esetén a díj visszafizetésével,
- a szerződő írásbeli felmondásával.

(2) A szerződést írásban a biztosítási időszak végére lehet felmondani. A biztosítási időszak egy év. A felmondási idő 30 nap. A felmondással a biztosító kockázatviselése a biztosítási időszak végén teljesen megszűnik.

(3) A biztosítás megszűnése esetén a biztosító a befizetett díj meg nem szolgált részét visszafizeti. A biztosítás megszűnése után tartozatlanul fizetett díjak az ilyen díjak visszafizetésén kívül másra nem kötelezik a biztosítót. 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 díjkölcsön lép életbe, a jelen kiegészítő biztosítás elmaradt díjai - az alapbiztosítás díjtartalékának terhére - szintén automatikus díjkölcsönrel 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 biztosítási szerződés átruházása-hitelfedezet,
- kifizetési és járadékopciók,
- maradékjogok.

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	