

MetLife®



Nelson (MEB-275, MEB-276) és Admiral (MEB-277)

klasszikus életbiztosítások általános és különös feltételei
Budapest, 2014. május 1.

TARTALOMJEGYZÉK

Tájékoztató a Nelson és Admiral biztosítási termékekről	4
A Metlife Biztosító Zrt. életbiztosítási szerződéseinek általános feltételei	9
1. § A biztosítási szerződés alanyai	9
2. § A biztosítással kapcsolatos fogalmak.	9
3. § A biztosítási szerződés létrejötte és módosítása	10
4. § A biztosítási szerződés hatálybalépése, kockázatviselés kezdete	12
5. § Várakozási idő	12
6. § A biztosítási esemény	12
7. § Közlési kötelezettség.	12
8. § Bejelentési kötelezettség.	13
9. § A biztosítási díj.	13
10. § Késedelmes díjfizetés.	14
11. § A szerződés ismételt hatálybaléptetése (reaktiválás).	14
12. § Hitelfedezet	14
13. § Többlethozam visszatérítés	14
14. § Értékkövetés, indexálás	15
15. § A biztosító teljesítése	15
16. § A biztosító mentesülése	16
17. § Kizárt kockázatok	16
18. § A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése	17
19. § Felmondás	17
20. § Elévülés.	17
21. § Üzletpolitikai kedvezmény	17
22. § A biztosítási és az üzleti titok	17
23. § A személyes adatok kezelése	20
24. § A biztosítás megszűnésének esetei	20
25. § Adózással kapcsolatos jogszabályok	20
26. § Tájékoztatás és tájékoztatás.	21
27. § Illetékes bíróság, illetékes panaszforum	21
1. számú melléklet: A többlethozam visszatérítés részletes szabályai	22
2. számú melléklet: Egyes, a feltételekben meghatározott változók értékei	23
3. számú melléklet: Kockázati díjak.	24
4. számú melléklet: Tájékoztató a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokról	25
A Metlife Biztosító Zrt. Nelson díjkedvezményes kockázati életbiztosítás különös feltételei	26
A Metlife Biztosító Zrt. Admiral kockázati életbiztosítás különös feltételei.	28
A Metlife Biztosító Zrt. díjmentesítés rokkantság esetén kiegészítő biztosítás különös feltételei	29
A Metlife Biztosító Zrt. baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás különös feltételei	32
A Metlife Biztosító Zrt. baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítás különös feltételei	34

Tájékoztató táblázat a maradandó egészségkárosodás értékeléséhez.	37
A Metlife Biztosító Zrt. Lóci óriás lesz Gyermek egy súlyos betegségére és baleseteire szóló kiegészítő biztosítás különös feltételei és mellékletei	38
Szerződési feltételek MyMetlife internetes felület használatára	52
Cégismertető.	56

TÁJÉKOZTATÓ A NELSON ÉS ADMIRAL BIZTOSÍTÁSI TERMÉKEKRŐL



Kérdés

Válasz

Kinek szól az ajánlatunk?

A biztosítást azon ügyfeleknek ajánljuk, akik választ keresnek egy bonyolult kérdésre: Mi lesz a családommal, ha én meghalok vagy komolyabban megsérülök? A MetLife szerint az életbiztosítás ajándék: az egyik legnagyobb figyelmesség és gondoskodás, amellyel szeretteinket megajándékozhatjuk.

Milyen élethelyzetekben ajánljuk különösen?

Ha valaki anyagilag függ Öntől, akkor valószínűleg szüksége van életbiztosításra. Van pár olyan élethelyzet is, amikor a családoknak sokkal inkább szükségük van életbiztosításra, mint bármikor máskor, illetve olyan élethelyzetek, amikor át kell gondolniuk az életbiztosítási igényeket.

- *Amennyiben házas vagy hamarosan megházasodik*
 - Nagyon sok család két jövedelemből él. Ha Ön egy sajnálatos betegség vagy baleset következtében életét veszítené, akkor a házastársa egyedül is ki tudná fizetni a tartozásait, anyagi segítség nélkül fel tudná nevelni gyermekeit?
- *Ha gyermeke születik*
 - A gyermek felnevelése csodálatos élmény, ugyanakkor tagadhatatlanul anyagi kihívásokkal teli is egyben. Ha Ön holnap egy váratlan betegség vagy baleset következtében elhalálozna, akkor a házastársa egyedül is tudná biztosítani azokat a feltételeket gyermeküknek, amiről Önök közösen álmodtak?
 - Egyedülálló szülőként a gyermekről történő gondoskodás még fontosabb!
- *Ha hitelből lakást vagy házat vásárol*
 - Az életbiztosítás abban segíthet, hogy családjának ne kelljen feladnia a meglévő lakást vagy házat. Ha Önnek és családjának is fontos érték a saját lakás vagy ház és annak fenntartása, akkor ez egy újabb fontos érv életbiztosítás vásárlása mellett.
- *Ha egyedülállónak gondoskodik másokról*
 - Lehet, hogy Ön egyedülálló, azonban pénzügyileg Ön gondoskodik szüleiről, vagy jelentős hiteltartozással rendelkezik, amit nem szeretne szüleinek vagy más rokonaira terhelni abban az esetben, ha Önnel történik valami.
- *Ha változik a munkája, a munkahelye*
 - Amennyiben nemrégén léptették elő, akkor itt az ideje annak, hogy ártérítke az életbiztosításait. Miért? Azért, mert ha növekszik a jövedelme, akkor a kiadásai is nőnek, sokszor még úgyis, hogy Ön azt észre sem veszi. Ezért lehet szükséges az életbiztosítási fedezetek átgondolása.
- *Ha kirepülnek a gyermekei*
 - Ha kirepültek gyermekei és a hiteltartozásait is kifizette, akkor lehet, hogy úgy gondolja, Önnek már nincs is szüksége életbiztosításra. Ez azonban nem így van. Házastársa ugyanúgy súlyos anyagi helyzetbe kerülhet, ha Önnel bármi történik. Emellett unokáiról is gondoskodhat ily módon. Éppen ezért érdemes pontosan átgondolnia a rendszeres kiadásokat és a szükséges életbiztosítás nagyságát.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

A biztosított halála esetén a biztosító a haláleseti kedvezményezett részére kifizeti a biztosítási összeget.
Ha a biztosított a tartam végén életben van, a szerződés kifizetés nélkül megszűnik.

Kérdés

Válasz

Kik a biztosításban érintett személyek?

A *biztosított* személy az, akinek az életével kapcsolatos biztosítási eseményre a szerződés létrejön.
 A *szerződő* személy az, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz és annak elfogadása esetén a díjfizetést teljesíti.
 A *kedvezményezett* személy az, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási szerződésben megjelölt szolgáltatás igénybevételére jogosult.
 (Részletek a 9. oldalon.)

**Magyarázat**

A szerződő és a biztosított ugyanaz a személy is lehet, egy család esetén például a férj. Kedvezményezettként érdemes nagykorú személyt megjelölni, hiszen a gyermekek kedvezményezettként való megjelölése esetén, ha bekövetkezik a biztosítási esemény (azaz a biztosított meghal), a biztosító csak gyámhatósági számlára teljesíthet, s abból a gyermek csak nagykorúságakor juthat pénzhez.

Hogyan jön létre a biztosítás?

A biztosítás a szerződő ajánlatának biztosító általi elfogadása által jön létre.
 (Részletek a 10. oldalon.)

Mikortól érvényes a biztosítás?

A balesetekre vonatkozó biztosítási védelem az első díj megfizetését követő nap 0. órájától kezdődik. Betegségek esetében a kockázatviselés kezdete a kötvény kiállításának dátuma.
 (Részletek a 12. oldalon.)

Milyen hosszú a biztosítás tartama?

A biztosítás tartama Nelson életbiztosítás esetén 5 és 25 év közötti, Admiral életbiztosítás esetén 5 és 20 év közötti lehet.
 (Részletek a 26. és 28. oldalon.)

Az ügyfélnek milyen kötelezettségei vannak?

Az ügyfelet közlési kötelezettség terheli a szerződés tartama alatt. Ez a következőket jelenti:
 A szerződő és a biztosított a szerződés megkötésekor kötelesek a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval a valóságnak megfelelően, hiánytalanul, írásban közölni, amelyekre vonatkozóan a biztosító kérdést tett fel, és amelyeket ismertek vagy ismerniük kellett.
 Üzleti kapcsolat fennállása alatt az ügyfél köteles a tudomásszerzéstől számított 5 munkanapon belül a biztosítót értesíteni az ügyfél-átvilágítás során megadott adatokban bekövetkező változásról.
 (Részletek a 12. oldalon.)

Mikor kell a díjat megfizetni?

Az első biztosítási díjat az ajánlat megtételével egy időben szükséges megfizetni, minden további díj a díjfizetési gyakoriságtól függő következő biztosítási időszaknak (év, félév, negyedév, hónap) az első napján esedékes.
 A díj fizethető havi, negyedéves, féléves, éves részletekben (az évestől eltérő díjfizetési gyakoriság esetén a biztosító gyakoriság szerinti pótlékot számol fel). A biztosítási díj fizethető csoportos beszedéssel, csekken és átutalással is.
 (Részletek a 13. oldalon.)

Hogyan őrzi meg a biztosítás az értékét?

A biztosítás inflációval szembeni értékállóságának megőrzésére – indexálás – évente egy alkalommal van lehetőség, a biztosítási összegek és a vonatkozó díjak növelésével, a termékfeltételekben részletezett módon.
 (Részletek a 15. oldalon.)

Mit kell tenni, ha káresemény történik?

A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 15 napon belül kell a biztosító részére bejelenteni. A kárigény elbírálásához szükséges összes irat beérkezését követő 15 napon belül a biztosító teljesíti a szolgáltatást.
 A kárigényt a biztosítóval szemben érvényesíteni a kár bekövetkeztétől számítva 5 éven belül lehet, mely időtartam elteltével a kárigény elévül.
 (Részletek a 15. oldalon.)

Milyen dokumentumokra van szüksége a biztosítónak a kifizetéshez?

A biztosítónak a biztosítási fedezettől és a káreseménytől függően eltérő adatokra van szüksége az igény elbírálásához. A kárigény intézését elősegítendő, a benyújtandó dokumentumokról részletes lista található a termékfeltételek mellékleteiben:
 Nelson életbiztosítás és kiegészítő biztosításai esetében, valamint Admiral életbiztosítás esetében a jelen termékfeltételek 4. sz. mellékletében.
 (Részletek a 25. oldalon)
 Admiral életbiztosításhoz tartozó kiegészítő biztosítások esetében a kiegészítő biztosítási csomag feltételeinek 5. sz. mellékletében.

Kérdés

Válasz

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?

A biztosítók a veszélyközösség érdekében az átlagostól nagymértékben eltérő kockázatok és a szándékos események elkerülése, csökkentése, valamint a megfelelő díj megállapítása érdekében feltételeket szabnak a szerződések megkötésével kapcsolatban. A feltételek egyik csoportjába tartoznak a mentesülések és a kizárt kockázatok, amelyekre a biztosító kockázatviselése nem terjed ki a tartam során. A mentesülés eseteit és a részletes kizárásokat a termékfeltételek tartalmazzák. (Részletek a 16. oldalon.)

Fontos!

Kérjük, mindenképpen olvassa el a szerződési feltételek 16. és 17. §-ában felsorolt mentesülésre vonatkozó eseteit és a kockázatviselésből kizárt eseményeket.

**Mit tesz a biztosító az adataim biztonságáért?**

A biztosító a biztosítási titokra és személyes adatokra vonatkozó törvények és előírások alapján jár el, amelyeket a termékfeltételek külön fejezetekben részleteznek. (Részletek a 17. oldalon.)

Mikor szűnik meg a biztosítás?

A biztosítás a következő esetekben szűnik meg:

- lejáratkor, kifizetés nélkül
- ha a biztosítási esemény bekövetkezik
- ha a szerződő a biztosítást a szerződés létrejöttéről szóló értesítés kézhezvételétől számított 30 napon belül felmondja
- a díjjal fedezett biztosítási időszak végén, ha a szerződő a biztosítást írásban felmondja
- a késedelmes díjfizetés esetén

(Részletek a 20. oldalon.)

Fontos!

A díjfizetés elmulasztása miatt megszűnt szerződés a szerződő írásbeli kérelme alapján a megszűnés napjától számított 180 napon belül újra hatályba léptethető.

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

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

Központi ügyfélszolgálatunk az alábbi elérhetőségeken áll rendelkezésére:

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

(Részletek a 21. oldalon.)

Hogyan juthatok kényelmesen a biztosítással kapcsolatos információkhoz?

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

Központi ügyfélszolgálatunk az alábbi elérhetőségeken áll rendelkezésére:

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

(Részletek az 52. oldalon.)

Mit érdemes tudni a biztosítóról?

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

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

(Részletek az 56. oldalon.)

Mit jelent a kiegészítő biztosítás?

A főbiztosítás a biztosított életére szól, vagyis a legnagyobb tragédia bekövetkeztekor, halál esetén szolgálat. A kiegészítő biztosításokkal a biztosítási védelem kiegészíthető. A kiegészítő biztosítások kevésbé súlyos következménnyel járó balesetekre, illetve betegségekre szolgálnak.

Kérdés

Kire vonatkozik a kiegészítő biztosítási védelem?

Válasz

- A Nelson életbiztosítás mellé köthető kiegészítő biztosítások esetén a biztosítási védelem a Nelson életbiztosítás biztosítottjára vonatkozik.
- A Nelson életbiztosítás mellé köthető **Lóci óriás lesz, gyermekek egyes súlyos betegségeire és baleseteire szóló kiegészítő biztosítás** az együttbiztosított gyermekekre vonatkozik. Az együttbiztosított gyermek a kiegészítő biztosítás kötésekor legalább fél és legfeljebb 8 éves lehet. A biztosítási védelem a gyermek 18. születésnapja utáni biztosítási évfordulón szűnik meg.

Milyen hosszú a biztosítás tartama?

A kiegészítő biztosítások tartama 1 év, mely minden évfordulón automatikusan meghosszabbodik a főbiztosítás lejártáig, vagy amíg a biztosított el nem éri a 65. életévét. A kiegészítő biztosítások legkésőbb a biztosított 65. születésnapja utáni biztosítási évfordulón megszűnnek.

Lóci óriás lesz gyermekek egyes súlyos betegségeire szóló kiegészítő biztosítás tartama 5 év, és minden 5. évfordulón automatikusan újabb 5 évvel meghosszabbodik, amíg a főbiztosítás le nem jár, vagy amíg a gyermek biztosított be nem tölti a 18. életévét.

(Részletek a 26. oldalon.)

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosítás?

- *Díjmentesítés rokkantság esetén kiegészítő biztosítás*

Amennyiben a főbiztosítás biztosítottja a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól szóló 2011. évi CXCI. törvény szerinti rokkantsági ellátásra vagy rehabilitációs ellátásra jogosult, a főbiztosítás biztosítási védelme megmarad, miközben a biztosító fizeti a szerződő helyett a biztosítási díjakat.

**Példa**

Autóbalesetet szenvedett ügyfelünk a személygépkocsi vezetőjeként sérült. Koponyasérülést, bordatörést, mindkét oldali csípőcsont törést, tüdősérülést szenvedett el. Az agyi károsodás miatt féloldali bénulás, látásromlás lépett fel. Intenzív terápiás osztályon történt 1 hónapos kezelése után, rehabilitációs intézetben kezelték 3 hónapon keresztül. Folyamatos orvosi kezelés alatt állt, és több mint 12 hónapon keresztül teljesen munkaképtelen volt. A Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal minősítése alapján 73%-os egészségkárosodást szenvedett és rokkantsági ellátásra jogosultnak találták.

**Magyarázat**

a rokkantsági ellátást a NRSzH általában nem nyugdíjkorhatárig ítéli meg, hanem meghatározott időtartamra, majd hosszabbításra kerül sor, ha az egészségkárosodás továbbra is fennáll. A hosszabbításokról szóló határozatot minden esetben be kell nyújtani a biztosító részére, így a biztosító mindig a rokkantsági ellátás időtartamáig átvállalja a biztosítási díj fizetését.

(Részletek a 29. oldalon.)

- Baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás

Ha egy baleset következtében a biztosított a baleset időpontjától számított 365 napon belül meghal, a biztosító kifizeti a baleseti halál esetére meghatározott biztosítási összeget

**Példa**

Ha az előző példában leírt autóbalesetet követően a biztosított nem épült volna fel, hanem meghal, a biztosító kifizeti a baleseti halál esetére szóló biztosítási összeget a haláleseti kedvezményezett részére.

Megjegyzés: haláleseti kedvezményezettnek nagykorú személyt nevezünk meg, mert kiskorú kedvezményezett esetén a biztosító csak gyámhatósági számlára teljesíthet.

Fontos!

Baleseti halál esetén a baleseti halálesetre szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összege a főbiztosítás biztosítási összegén felül kerül kifizetésre!



(Részletek a 32. oldalon.)

Kérdés

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosítás?

Válasz

- *Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás esetére szóló kiegészítő biztosítás*
Ha a biztosított egy baleset következtében legalább 31%-os egészségkárosodást szenved, a biztosító kifizeti a biztosítási összegnek az egészségkárosodás fokával megegyező százalékát.

**Magyarázat**

Magyarázat: ha például az egészségkárosodás mértéke 73%, a biztosítási összegnek 73%-a kerül kifizetésre. Az egészségkárosodás fokát a biztosító orvosa állapítja meg.

(Részletek a 34. oldalon.)

- *Lóci óriás lesz gyermekek egyes súlyos betegségeire és baleseteire szóló kiegészítő biztosítás*

Ha egy kisgyermek megbetegszik, az egész család élete felborul. Ha nagyon súlyos betegségről van szó, akkor pedig a szülőknek minden erőforrásukat be kell vetni a gyógyulás érdekében. Egy súlyos gyerekbetegség esetén nem lehet kérdés, hogy a gyógyulás anyagi fedezete előteremtésre kerül-e! A biztosítási védelem olyan betegségekre terjed ki, mint például rosszindulatú daganatok, epilepszia vagy csontvelő-elégtelenség (továbbá számos hasonlóan ijesztő betegség és baleset tartozik a biztosítási védelembe), amelyek esetén a szülőknek mindent meg kell tenni a gyermek felépülése érdekében. Az egyik szülő hosszabb-rövidebb időre biztosan kiesik a munkából, hogy állandóan a gyermek mellett lehessen. Ilyen tragédiák előfordulása esetén a biztosító a gyógyulás anyagi fedezetét teremti meg.

(Részletek a 38. oldalon)

Mikor kell a díjat megfizetni?

A kiegészítő biztosítás díját a főbiztosítás díjával együtt kell fizetni.
(Részletek a 30., 32., 35. és 41. oldalakon.)

Mikor szűnik meg a biztosítás?

A kiegészítő biztosítások a következő esetekben szűnnek meg:

- a biztosított halálakor
- a biztosítási év végén, kifizetés nélkül, ha a szerződő vagy a biztosító nem járul hozzá annak automatikus meghosszabbításához újabb 1 évre, vagy ha a szerződő írásban felmondja a kiegészítő biztosítást
- a főbiztosítás megszűnésekor
- a főbiztosítás díjfizetési tartamának végén
- annak az évnek a biztosítási évfordulóján, amelyben a biztosított betölti a 65. életévét

(Részletek a 31., 33., 36. és 41. oldalakon.)

Budapest, 2014. május 1.

A METLIFE BIZTOSÍTÓ ZRT. ÉLETBIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSEINEK ÁLTALÁNOS FELTÉTELEI

Jelen általános feltételekben foglaltak a MetLife Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést a biztosító életbiztosítási szerződéseinek általános feltételeire (a továbbiakban: általános feltételek) hivatkozással kötötték. A jelen általános feltételekben, illetőleg a biztosítási szerződés különös feltételeiben nem rendezett kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadók.

Kik a biztosításban érintett személyek?



1. § A biztosítási szerződés alanyai

- (1) **Szerződő:** az a természetes vagy jogi személy, aki a szerződés megkötésére ajánlatot tesz, annak elfogadása esetén a biztosítási szerződést megkötí és a biztosítási díjak fizetésére kötelezettséget vállal.
- (2) **Biztosított:** az a természetes személy, akinek az életére, vagy az életével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön.
- (3) **A biztosított belépési korát** a biztosító úgy állapítja meg, hogy a szerződés megkötésének évéből levonja a biztosított születésének évét.
- (4) **A biztosított aktuális korát** a biztosító úgy állapítja meg, hogy az aktuális évéből levonja a biztosított születésének évét.
- (5) **Kedvezményezett:** az a természetes vagy jogi személy, aki a biztosító szolgáltatására jogosultságot nyer. Kedvezményezett lehet a szerződésben megnevezett személy vagy a biztosított örököse akkor, ha a szerződő által írásban tett, a biztosítóhoz eljuttatott nyilatkozaton a biztosítási esemény bekövetkezéséig más kedvezményezettet nem neveztek meg.

2. § A biztosítással kapcsolatos fogalmak

- (1) **Biztosítási ajánlat:** a szerződőnek a biztosítási szerződés megkötésére irányuló írásbeli nyilatkozata, amely tartalmazza a biztosítás elvállalásához vagy elutasításához szükséges összes adatot és körülményt. A biztosító írásban kérheti iratok és információk pótlólagos benyújtását, illetőleg a nyilatkozatban közöltek, valamint az ahhoz csatolt iratok kiegészítését.
- (2) **Kötvény:** a biztosító által kibocsátott, a biztosítási szerződés létrejöttét igazoló okirat.
- (3) **Főbiztosítás:** a biztosító termékkínálatából a szerződő által választható azon biztosítási termék, amely-

re önmagában, annak különös feltételeire is tekintettel szerződés köthető.

(4) **Kiegészítő biztosítás:** a szerződő által a biztosító termékkínálatából választható azon biztosítási termék, amelyre annak különös feltételeire is tekintettel, kizárólag a főbiztosításra szóló szerződés megléte esetén köthető szerződés.

(5) **Biztosítási időszak:** rendszeres díjas biztosítások esetében a díjfizetés esedékességétől a következő díjfizetés esedékességéig terjedő időszak.

a) A biztosítási időszak hossza két esedékes díjfizetés közti időtartam. Az utolsó biztosítási időszak az utolsó díjfizetés esedékességétől a tartam végéig tart.

b) Ha az életbiztosítás díjának megfizetése egy összegben történik, akkor a biztosítási időszak megegyezik a biztosítás tartamával.

c) A biztosítási időszak kezdete (fordulónap) mindig a tárgyhónapnak a biztosítás hatálybalépésének napjával megegyező napja.

d) Amennyiben a biztosítási időszak fordulónapja munkaszüneti napra esik, akkor a fordulónap az ezt követő első munkanap.

(6) **Biztosítási hónap:** a tartamon belül egy hónap időtartam, amely egy naptári hónapnak a biztosítás hatálybalépésének napjával megegyező napjától a következő naptári hónapnak ugyanezen napjáig tart.

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

a) Amennyiben az (5), (6) és (7) bekezdések szerint adott naptári hónapban nem létezik olyan nap, amely a biztosítás hatálybalépésének napjával megegyezik, akkor abban a hónapban megegyező nap alatt az azt közvetlenül követő napot kell érteni.

b) Ha jelen feltételek eltérő értelmezést nem tartalmaznak, hónap, illetőleg év alatt biztosítási hónapot, illetőleg évet kell érteni.

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

(9) **Díjfizetési tartam:** a rendszeres díjas biztosítások esetében a tartamnak az a része, amikor díjfizetés esedékes. A díjfizetési tartam az első olyan biztosítási évfordulóig tart, amikor már nem esedékes további díj.

(10) **Kezdeti biztosítási összeg:** a szerződés létrejöttékor érvényben lévő, az ajánlattételkor választott biztosítási összeg.

(11) **Kezdeti biztosítási díj:** a kezdeti biztosítási összeghez tartozó biztosítási díj.

(12) **Technikai kamatláb:** az a kamatláb, amellyel a biztosító az élet- és betegségbiztosítási díj és díjtartalék, illetve a balesetbiztosítási járadékartalék megállapításakor kalkulál, amelynek maximális mértékét külön jogszabály állapítja meg.

(13) **Rendszeres díjas biztosítás:** olyan biztosítás, amelynek díját a szerződő előre meghatározott részletekben, egy-egy biztosítási időszak elején fizeti meg a teljes tartam vagy annak egy része alatt.

(14) **Biztosítási esemény:** a biztosítási szerződésben meghatározott jövőbeni esemény, amelynek bekövetkezte a biztosító szolgáltatását, vagy bizonyos összegnek a megfizetését kíváltja.

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

(16) **Aktuális biztosítási díj:** a rendszeres díjas biztosítások aktuális biztosítási összegéhez tartozó biztosítási díj.

(17) **Késedelmi kamat:** a biztosítási díjfizetési kötelezettség késedelmes teljesítése esetén, a késedelembe esés időpontjától kezdve mindenkor a Ptk. által pénztartozásokra meghatározott mértékű késedelmi kamat jár a biztosítónak. A kamatfizetési kötelezettség akkor is beáll, ha a kötelezett a késedelmét kimenti. A késedelmi kamat érvényesítésétől a biztosító eltekinthet.

(18) **Többlethozam:** a matematikai tartalékok befektetése hozamának és a technikai kamatláb felhasználásával számított hozamnak a különbsége. A biztosító a technikai kamatláb mértékéig vállal hozamgaranciát.

(19) **Személyes adat:** bármely meghatározott természetes személlyel (a továbbiakban: érintett) kapcsolatba hozható adat, az adatból levonható, az érintettre vonatkozó következtetés. A személyes adat az adatkezelés során mindaddig megőrzi e minőségét, amíg kapcsolata az érintettel helyreállítható. A személy különösen akkor tekinthető azonosíthatónak, ha őt közvetlenül vagy közvetve név, azonosító jel, illetőleg egy vagy több fizikai, fiziológiai, mentális, gazdasági, kulturális vagy szociális azonosságára jellemző tényező alapján azonosítani lehet.

(20) **Különleges adat:** a faji eredetre, a nemzeti és etnikai kisebbséghez tartozásra, a politikai véleményre vagy pártállásra, a vallásos vagy más világnézeti meggyőződésre, az érdekképviselési szervezeti tagságra, egészségi állapotra, a káros szenvedélyre, a szexuális életre vonatkozó adat, valamint a bűnügyi személyes adat.

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

(22) **Ügyfél:** a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett, a károsult, a biztosító szolgáltatására jogosult más

személy; az adatvédelemre vonatkozó rendelkezések alkalmazásában ügyfél az is, aki a biztosító számára szerződéses ajánlatot tesz.

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

(24) **Ügymenet kiszervezése:** a biztosító biztosítási tevékenysége valamely részének végzésére másat bíz meg.

(25) **Viszontbiztosítási tevékenység:** a biztosító, illetve harmadik országbeli biztosító által vállalt kockázat egy részének vagy egészének szerződésben meghatározott feltételek alapján, díjfizetés ellenében történő átvállalása.

(26) **Viszontbiztosító:** az a vállalkozás, amely elsősorban viszontbiztosítási tevékenységet végez.

(27) **Díjtűrőhatár:** az az összeg, amelynél kisebb eltérést a befizetett és az előírt díjak között a biztosító saját belső számlái közötti átkönyveléssel rendez. A díjtűrőhatár nagyságát a 2. számú melléklet tartalmazza.

(28) **A szerződés létrehozása érdekében felmerülő költségek:** az alábbi a) és b) pontban részletezett költségek.

a) Orvosi vizsgálatok költsége

Az orvosi vizsgálatok költségét a szerződés létrejötte esetén a biztosító viseli, amennyiben a szerződő nem mondja fel a szerződést a 3. § (18) bekezdése alapján. A biztosító az orvosi vizsgálat költségeit a 3. § (18) bekezdés alapján történő elszámolás esetén jogosult a szerződőre hárítani. Aktuális költségét a 2. számú melléklet tartalmazza, amelyet a szolgáltatási díjak változásának arányában a biztosító jogosult évente egyszer módosítani.

b) Költségátalány

A költségátalány a biztosító kockázatbírálási és kötvényesítési költségeit átalányjelleggel foglalja magában. A költségátalányt a biztosító a 3. § (18) bekezdés alapján történő elszámolás esetén a szerződőre hárítja, aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

Hogyan jön létre a biztosítás?



3. § A biztosítási szerződés létrejötte és módosítása

(1) A biztosítási szerződés a felek írásbeli megállapodásával jön létre.

(2) Az életbiztosítási szerződés megkötésének előfeltétele a szerződő írásbeli ajánlata a biztosító részére.

(3) A biztosítónak az ajánlat elbírálására az ajánlat beérkezésétől számított 15 nap – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 nap – áll rendelkezésére.

(4) A biztosító a szerződés elbírálására rendelkezésére álló 15 napos – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 napos – határidőben nyilatkozik az ajánlat elfogadásáról vagy elutasításáról.

(5) Az ajánlat elutasítását a biztosító nem köteles megindokolni.

(6) A biztosítási szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatra tizenöt napon – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 napon – belül nem nyilatkozik. Ilyen esetben a szerződés az ajánlatnak a biztosító vagy képviselője részére történt átadása időpontjára visszaható hatállyal jön létre.

(7) Az ajánlatfelvételnél átvett díjelőleg csak a biztosítási szerződés létrejöttével minősül fizetett díjnak.

(8) A szerződő az ajánlat megtételekor írásban, aláírásával igazolva tesz nyilatkozatot arról, hogy a biztosításközvetítő az igényeit felmérte, majd a megadott információk alapján pontosította az igényeket, majd ezt követően közérthető, egyértelmű és részletes írásbeli tájékoztatást adott a biztosító, a biztosításközvetítő főbb adatairól (a társaság neve, székhelye, jogi formája és címe, székhely államának és felügyeleti hatóságának megjelölése, fióktelep útján kötött biztosítási szerződés esetén annak címe) és a biztosítási szerződés jellemzőiről, amelyeknek megtörténtét a szerződő külön nyilatkozaton aláírásával igazolja.

(9) Az életbiztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához – ha a szerződést nem ő köti meg – a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. A biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a szerződés a biztosítási időszak végével megszűnik, kivéve, ha a biztosított a szerződő fél írásbeli hozzájárulásával a szerződésbe belép.

(10) Az írásbeli megállapodást, illetőleg a biztosító elfogadó nyilatkozatát a biztosítási kötvény kiállítása pótolja. Ha a kötvény tartalma a szerződő fél ajánlatától eltér, és az eltérést a szerződő fél tizenöt napon belül nem kifogásolja, a szerződés a kötvény tartalma szerint jön létre. Ezt a rendelkezést lényeges eltérésekre csak akkor lehet alkalmazni, ha a biztosító az eltérésre a szerződő fél figyelmét a kötvény kiszolgáltatásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.

(11) A szerződő a biztosítás különböző szolgáltatásaira eltérő kedvezményezett(ek)et jelölhet. Egy szolgáltatásra több kedvezményezett jelölése is lehetséges, az egy kedvezményezettre jutó százalékos mérték egyidejű megjelölésével.

(12) Ha egy szolgáltatásra a szerződő több kedvezményezettet jelölt, és a százalékos mértékek együttes ösz-

sege nem pontosan 100 százalék, akkor a biztosító a kedvezményezettek között a kedvezményezés arányában osztja szét a teljes biztosítási összeget.

(13) A szerződő jogosult az eredetileg kijelölt kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal a biztosítási esemény bekövetkezéséig bármikor más kedvezményezettet jelölni. Ha nem a biztosított a szerződő fél, ehhez a biztosított írásbeli hozzájárulása is szükséges.

(14) A biztosított a szerződő fél írásbeli beleegyezésével a szerződésbe bármikor beléphet. A belépéshez a biztosító hozzájárulása nem szükséges.

(15) A biztosított, mielőtt a szerződés felmondás vagy díjfizetés elmaradása miatt megszűnik, a biztosítóval közölt nyilatkozatával a szerződő fél helyébe léphet. Ilyen esetekben a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a biztosított a szerződő féllel egyetemlegesen felelős.

(16) Ha a szerződő a szerződés létrejötte előtt írásban visszavonja a szerződés megkötésére tett ajánlatát, akkor a biztosító az addig befizetett díjakat – kamat nélkül – visszafizeti a szerződőnek.

(17) Az életbiztosítási szerződés megkötését követően a biztosító a szerződés létrejöttétől számított 30 napon belül – a kötelezettségvállalás helye szerinti állam hivatalos nyelvén, vagy ez irányú megegyezés esetén, a szerződő kifejezett kérésére, más nyelven – a szerződőt bizonyítható és azonosítható módon, egyértelműen tájékoztatja a biztosítási szerződés létrejöttéről.

(18) Az életbiztosítási szerződést – hitelfedezeti vagy hat hónapnál rövidebb tartamú életbiztosítás kivételével – önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személy szerződő a szerződés létrejöttéről szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül írásbeli nyilatkozattal indoklás nélkül felmondhatja. A szerződő érvényesen nem mondhat le az őt megillető felmondási jogról. A biztosító kockázatviselése a felmondó nyilatkozat kézhezvételét követő napon megszűnik. A szerződő ezen rendelkezés szerinti felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően a biztosító 15 napon belül elszámol a szerződő által a biztosítási szerződéssel kapcsolatban bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel.

a) Az elszámolás során a biztosító a befizetett összeget csökkenti

- a szerződés létrehozása érdekében felmerült költségeivel (ide nem értve az üzletkötőnek kifizetett jutalékot),
- a kockázatviselés kezdetétől a megszűnésig eltelt időszakra időarányosan számított kockázati díjjal, és
- a baleseti és betegségi kiegészítő biztosítások díjának a kockázatviselés kezdetétől a megszűnésig eltelt időszakra számított időarányos részével.

b) Az a) pontban felsorolt csökkentő tényezők együttes összege nem haladhatja meg a szerződésnek a díjnagyság szerinti kedvezmény és a gyakorisági pótlék figyelembevételével megállapított kezdeti éves díj egytizenketted részét.

c) A szerződés létrehozása érdekében felmerült költségek felszámítandó összegét a 2. számú melléklet tartalmazza.

d) A kockázatviselés kezdetétől annak megszűnéséig eltelt időszakra időarányosan számított (éves díj/365*eltelt napok száma) kockázati díja a szerződésben vállalt kezdeti haláleseti biztosítási összeg és az éves kockázati díjrata (3. számú melléklet) szorzata.

e) A biztosító a baleseti és betegségi kiegészítő biztosításoknak a kockázatviselés kezdetétől a megszűnésig eltelt időszakra időarányosan számított díja a kiegészítő biztosítások kedvezményektől és pótlékoktól mentes éves díja 365-öd részének és a kockázatviselés napjai számának szorzata (kiegészítő biztosítások éves díja * kockázatban eltöltött napok száma/365).

(19) A szerződéshez kiegészítő biztosítás is köthető az egyes kiegészítő biztosítások szerződési feltételei alapján.

Mikortól érvényes a biztosítás?



4. § A biztosítási szerződés hatálybalépése, kockázatviselés kezdete

(1) A biztosítási szerződés a kockázatviselés kezdetének napján lép hatályba.

(2) A biztosító kockázatviselése – figyelemmel az 5. §-ban foglaltakra – a biztosítás első díjának megfizetését követő nap 0. órájától kezdődik, feltéve, hogy az életbiztosítási szerződés a 3. § rendelkezéseivel összhangban már létrejött, vagy utóbb létrejön.

(3) Amennyiben a felek a díj megfizetésére vonatkozóan írásban halasztásban állapodnak meg, a kockázatviselése a megállapodást követő napon kezdődik, feltéve, hogy az életbiztosítási szerződés a 3. § rendelkezéseivel összhangban már létrejött, vagy utóbb létrejön.

(4) Ha a szerződő fél a díjat a biztosító üzletkötőjének fizette, a díjat legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon a biztosító számlájára, illetőleg pénztárába beérkezettnek kell tekinteni; a szerződő fél azonban bizonyíthatja, hogy a díj korábban érkezett be.

5. § Várakozási idő

(1) A biztosító a biztosítási eseményre vállalt biztosítási szolgáltatást a kockázatelbírálás időigényességének okából csak várakozási idő után nyújtja. A várakozási

idő megegyezik az adott biztosítás kockázatelbírálási időtartamával, és legfeljebb az ajánlat beérkezésétől számított 15 napig – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 napig – vagy a kötvény korábbi kiállításáig tart.

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

6. § A biztosítási esemény

(1) Életbiztosítási esemény lehet különösen a biztosított halála, illetőleg a biztosítottnak a szerződésben előre meghatározott időpontban való életben léte, vagy az az esemény, amelyet a kiegészítő biztosítások különös feltételei annak minősítenek.

(2) A kiegészítő biztosításoknál, azok különös feltételeinek eltérő rendelkezése hiányában, a biztosítási esemény meghatározása szempontjából balesetnek minősül a biztosított akaratától független, hirtelen fellépő külső behatás, amelynek következtében az emberi szervezet anatómiai szerkezetében változás következik be, és az így létrejött elváltozás szakorvosilag igazolt módon sérüléssel jár.

(3) Jelen szerződés feltételei szerint nem minősül balesetnek a betegségből eredő testi sérülés, a megemelés, a rándulás, a habituális ficam, a patológiás törés, a fertőzés, a rovarcsípés, a fagyás, a napszúrás, a Nap általi égés és a hőguta.

Az ügyfélnek milyen kötelezettségei vannak?



7. § Közlési kötelezettség

(1) A szerződő, illetőleg a biztosított köteles a szerződéskötéskor a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval a valóságnak megfelelően és hiánytalanul közölni, amelyeket ismer vagy ismernie kell, és amelyekre a biztosító írásban kérdést tett fel. A közlésre, illetőleg a változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet és a biztosítottat; egyikük sem védekezhet olyan körülmény vagy változás nem tudásával, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni vagy neki bejelenteni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre, illetőleg bejelentésre köteles lett volna. A biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a szerződő, illetőleg a biztosított eleget tesz közlési kötelezettségének.

(2) Ha az életkor helytelen bevallása következtében a biztosító a kockázati díjat

a) a valóságos aktuális életkor után járó kockázati díjnál alacsonyabb összegben állapította meg, a biztosítási összeget arra az összegre kell leszállítani, amely a megállapított kockázati díjnak a biztosítás megkötésének időpontjában, a biztosított tényleges aktuális életkora mellett megfelelt volna,

b) a szükségesnél magasabb összegben állapította meg, a biztosító a díjkülönbözetet visszatéríti.

(3) A közlésre, illetőleg a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha:

a) bizonyítják, hogy az elhallgatott, vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy

b) az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében, vagy

c) a szerződés hatálybalépésétől a biztosítási esemény bekövetkezéséig legalább öt év eltelt.

(4) A közlési kötelezettség megsértése miatt a biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól.

(5) A biztosított orvosi vizsgálatának elvégzése a közlési kötelezettség alól a szerződőt és a biztosítottat nem mentesíti.

8. § Bejelentési kötelezettség

(1) A szerződő fél köteles a lényeges körülmények változását a biztosítónak írásban bejelenteni.

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

(3) A biztosított, illetőleg a szerződő köteles a biztosítónak a változás bekövetkezésének napjától 15 napon belül írásban bejelenteni, ha a biztosított foglalkozása, munkaköre vagy rendszeres szabadidős tevékenysége a szerződés tartama alatt az ajánlat adataihoz képest megváltozik.

(4) Kockázatnövekedés esetén a biztosító díjemelést kezdeményezhet a megnövekedett kockázat fennállásának időtartamára. Ha a szerződő fél a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított tizenöt napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított harmincadik napon megszűnik, ha a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő fél figyelmét felhívta. Kockázatcsökkenés esetén a biztosító a csökkent kockázat fennállásának időtartamára a korábban alkalmazott díjnövelést megszüntetheti.

(5) Amennyiben a biztosított, illetőleg a szerződő a bejelentési kötelezettségének nem tesz eleget, a

biztosító a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályokat alkalmazza.

Mikor kell a díjat megfizetni?



9. § A biztosítási díj

(1) A biztosítási díj kiszámítása a biztosító díjszabása alapján a biztosított életkorának, egészségi állapotának, foglalkozásának, a szerződőtől beérkezett információkból következő egyéb kockázati tényezőknek, továbbá a biztosítás tartamának, a biztosítás kezdeti és aktuális biztosítási összegének, valamint a díjfizetés gyakoriságának figyelembevételével történik. A biztosító ezen információkat az ajánlatból, az egészségi nyilatkozatból, az orvosi vizsgálati jelentésből, és esetlegesen a szerződőtől bekért egyéb dokumentumokból szerzi meg.

(2) A biztosítási díj fizetése rendszeres.

(3) Rendszeres díjfizetés esetén:

a) a díjfizetés tartama megegyezik a biztosítás tartamával;

b) a díj előre fizetendő éves díj;

c) a szerződő felek megállapodhatnak az éves díj havi, negyedéves vagy féléves részletekben történő megfizetésében, azonban ez esetben a biztosító az éves díjhoz képest pótdíjat számít fel, amelynek mértékét minden egyes szerződés vonatkozásában évente állapítja meg;

d) a részletfizetés ütemezésének a díjfizetés gyakoriságának megváltoztatását a szerződő a biztosítási évfordulón kérheti.

(4) A biztosító megállapíthatja a fizetendő biztosítási díj minimális értékét, valamint jogában áll e minimális értéket naptári évente egyszer módosítani. A változásról a biztosító a szerződőt, a változások hatálybalépése előtt legalább 30 nappal értesíti. A minimális díjak aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza. A minimális díj értéke a kiegészítő biztosítások díjaival együtt értendő.

(5) Az esedékes, de meg nem fizetett díjat és egyéb tartozásokat a biztosító a biztosítási összegből a késedelmi kamatokkal együtt levonja.

(6) A biztosítás első rendszeres díjával azonos összegű díjelőleg az ajánlat megtételekor fizetendő.

(7) A biztosítás első díja az ajánlat megtételekor, minden későbbi díj pedig annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre vonatkozik, ha a különös feltételek másként nem rendelkeznek. Folyószámláról történő díjfizetés esetén a biztosító jogosult a biztosítási díjat az adott naptári hónapon belül a biztosítási díj esedékességéhez képest más időpontban lehívni.

(8) Amennyiben a biztosító a kockázatelbírálás során az ajánlatot érintő lényeges körülmény miatt díjemelést

vagy kizárást alkalmaz, az ajánlat kézhezvételét követő 15 napon – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 napon – belül a szerződőnek írásban javaslatot tehet a módosításra. Ebben az esetben a szerződés visszamenőleges hatállyal csak abban az esetben jön létre, ha a biztosító által ajánlott módosítást a szerződő a kézhezvételt követően 15 napon belül írásban elfogadja. Erre a következményre a szerződőt a módosító javaslat megtételekor a biztosító figyelmezteti.

(9) A díjelőleget a biztosító az ajánlat 3. § (4) bekezdése alapján történő elutasítása vagy halasztása esetén, azzal egy időben visszajuttatja a szerződőnek. Az ajánlat megtételétől a visszautalásig ezt az összeget a biztosító kamatmentes letétként kezeli.

(10) Az euró fizetőeszköze történő átállást követően a biztosító a szerződés díjtételét – a biztosítási összeg változatlanul hagyása mellett – legfeljebb 2%-kal emelheti minden olyan évnek az évfordulóján, amelyben a matematikai tartalék befektetéseinek elért hozam nem éri el a technikai kamatláb mértékét.

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

10. § Késedelmes díjfizetés

(1) Ha a szerződő a biztosítási díjat az esedékesség napján nem fizeti meg, akkor díjfizetési késedelembe esik.

(2) Díjfizetési késedelem esetén a biztosítási szerződés az esedékességtől számított **60 nap díjjal nem fedezett tartam elteltével a szerződő felet – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felszólítja. A póthatáridő elteltével (azaz 90 nap díjjal nem fedezett időszak elteltével) a biztosítási szerződés megszűnik.**

11. § A szerződés ismételt hatálybaléptetése (reaktiválás)

(1) A biztosítási esemény nélkül, a díjnemfizetés miatt megszűnt biztosítás az eredeti feltételekkel újra hatályba lép, ha a szerződő, vagy a helyébe belépő biztosított a megszűnés napjától számított 180 napon belül az összes elmaradt díjat, valamint a szerződés szerint soron következő esedékes díjat az időarányos késedelmi kamattal együtt befizeti.

(2) A biztosító kockázatviselése az elmaradt díjak és a késedelmi kamat befizetését követő nap 0. órájától folytatódik.

(3) Ha a szerződő a megszűnés napjától számított 180 napon túl kéri a biztosítási esemény nélkül megszűnt biztosítás ismételt hatálybaléptetését, ezt a kérelmet a

biztosító új biztosítás megkötésére tett ajánlatként kezeli.

(4) Megszűnt kiegészítő biztosítást csak a főbiztosítás hatályban léte alatt vagy azzal együtt lehet újra hatálybaléptetni, ha a kiegészítő biztosítás feltételei másképp nem rendelkeznek.

12. § Hitelfedezet

(1) A biztosítási szerződés kizárólag akkor szolgál hitel fedezeteként, ha a szerződő és a biztosított személye azonos. Szerződőváltás esetén a biztosító a hitelfedezetet felmondja.

(2) A biztosítási szerződés hitelfedezetként szolgálhat a biztosítási szerződésben meghatározott haláleseti biztosítási összeg erejéig a biztosított elhalálozása esetére.

(3) Ha az életbiztosítás haláleseti biztosítási összege valamely hitelintézetnél hitelfedezetül szolgál, akkor a szerződést hitelfedezeti záradékkal látja el a biztosító.

(4) Hitelfedezetként szolgáló életbiztosításoknál elhalálozás esetén a biztosítási összeget csak az első kedvezményezettként jelölt hitelintézet igényének kielégítését követően lehet kifizetni.

(5) A hitelfedezet tartama alatt a kedvezményezett csak a hitelintézet írásbeli hozzájárulásával változtatható meg.

(6) Az ügyfelet a 2003. évi LX. törvény 96. § (2) bekezdésben meghatározott, szerződés létrejöttétől számított 30 napos felmondási jog nem illeti meg hitelfedezeti életbiztosítás esetén.

13. § Többlethozam visszatérítés

(1) A biztosító a befizetett díjból életbiztosítási matematikai tartalékot képez.

(2) Az életbiztosítási matematikai tartalék befektetésének technikai kamatlábon felüli többlethozamából a biztosító a szerződőnek többlethozam visszatérítést juttat az 1. számú melléklet rendelkezései szerint. A szerződő eltérő rendelkezésének hiányában a többlethozam visszatérítés technikája a díj, a díjtartalék és a biztosítási összeg egyidejű, azonos százalékkal történő indexálása az 1. számú melléklet rendelkezései szerint.

(3) A többlethozam visszatérítés mértéke nem lehet alacsonyabb, mint az életbiztosítási matematikai tartalék befektetési többlethozamának nyolcvan százaléka.

(4) A biztosítási szerződés megkötését követően a biztosító évente írásban tájékoztatja a szerződőt a jóváírt többlethozam mértékéről.

Hogyan őrzi meg a biztosítás az értékét?



14. § Értékkövetés, indexálás

(1) Az 1. számú melléklet szerinti indexálás minden évben a biztosítási évfordulón történik. Az indexet a biztosító naptári hónaponként állapítja meg a naptári hónapot megelőző egyéves időszak hozama alapján, és azokra a szerződésekre alkalmazza, amelyeknek az adott naptári hónapot követő harmadik naptári hónapban van a biztosítási évfordulójuk.

(2) Az indexálásról a biztosító a szerződőt legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőzően 2 hónappal írásban értesíti. Az értesítő levél az évfordulót követően az aktuális biztosítási összeget és biztosítási díjat tartalmazza, mind az elutasítás, mind az elfogadás esetére. A biztosítási évfordulótól kezdődően a biztosítási jogviszony a megemelt biztosítási összeggel és díjjal folytatódik, ha a szerződő a következő bekezdésben foglaltak szerint az indexálást nem utasította vissza.

(3) A szerződő az indexálásról szóló értesítés kézhezvételétől számított 30 napon belül írásban értesítheti a biztosítót, hogy az indexálást elutasítja. Elutasítás esetén a biztosítás – eltekintve a pótdíjtól (9. § (3) bekezdés) – változatlan biztosítási díjjal hatályban marad mindaddig, amíg a biztosítási összeg és díj egyidejű emelése legközelebb ismét lehetővé nem válik. A biztosítási összeg ebben az esetben az 1. számú melléklet (7) bekezdésében leírt módon – egyénileg kiszámított mértékben – emelkedik a díj emelkedése nélkül.

(4) Amennyiben a szerződő a tartam alatt egymás után három felajánlott indexálást visszautasít, a továbbiakban nincs lehetősége újabb indexálásra. A biztosítás összege ettől kezdve az egyénileg kiszámított mértékben emelkedik évente.

(5) Az elvesztett indexálási jogot a szerződő egy újabb, a biztosítottra nézve kedvező eredményű kockázatelbírálással visszaszerezheti. Az újabb kockázatelbírálás célja azonosítani, hogy a biztosított kockázati tényezői változtak-e a szerződés létrejöttekor végzett kockázatelbíráláshoz képest. Az újabb kockázatelbírálás következtében a biztosító jogosult felülvizsgált biztosítási díjat felajánlani a szerződőnek és az elvesztett indexálási jog visszaszerzését a felülvizsgált díj elfogadásához kötni. Amennyiben a szerződő az ily módon visszanyert indexálási jog alapján felajánlott indexálást visszautasítja a tartam alatt egymás után három alkalommal, ismét elveszti az indexálási jogát. Az újabb kockázatelbírálás költségeit a szerződő viseli.

(6) Az indexálási jog visszaszerzése csak a díjfizetési tartamon belül lehetséges.

Mit kell tenni, ha káresemény történik?



15. § A biztosító teljesítése

(1) A biztosítási eseményt a bekövetkezésétől számított 15 napon belül a biztosítónak be kell jelenteni és a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, valamint lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését. A bejelentést a biztosító kárbejelentő nyomtatványán, írásban kell megtenni. **A biztosító kötelezettsége nem áll be, amennyiben az ügyfél az előírt kötelezettségeket nem teljesíti, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.**

(2) A kedvezményezett kötelezettsége, hogy a pénzmossás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvény előírásai szerinti átvilágításhoz szükséges okmányait a biztosító képviselőjének rendelkezésére bocsássa, amennyiben a szolgáltatási igény benyújtását megelőzően nem került átvilágításra.

(3) A biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez be kell nyújtani a biztosítási kötvényt, a 4. számú mellékletben megjelölt iratokat. A felsorolt okiratokon kívül a biztosítottnak joga van a károk igazolására a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

(4) A biztosító szükség esetén maga is beszerezhet adatokat.

(5) Amennyiben irat beszerzéséhez adatvédelmi okok miatt az érintett hozzájárulása szükséges, a hozzájárulás beszerzése, illetőleg megadása a kedvezményezett kötelezettsége és az iratok beszerzésének költsége is a kedvezményezettet terheli.

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

(7) A szükséges iratok beszerzésével kapcsolatos költséget az köteles viselni, aki az igényét a biztosítóval szemben érvényesíteni kívánja.

(8) A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához, illetőleg a teljesítéshez szükséges összes irat beérkezése után, az utoljára beérkezett irat kézhezvételétől számított 15 napon belül teljesíti vagy elutasítja.

(9) Amennyiben az igény elbírálásához orvosi vélemény szükséges, a biztosított köteles magát alávetni a szükséges orvosi vizsgálatnak. Abban az esetben, ha orvosi vizsgálat nem szükséges, továbbá, ha szükséges ugyan, de a biztosított a vizsgálatnak nem veti magát alá, a biztosító jogosult a rendelkezésre álló orvosi iratok és egyéb dokumentáció alapján a kárigényt elbírálni. Az

esetleges véleménnyel szemben a biztosított a biztosítónál panasszal élhet.

(10) Ha a biztosító a panaszt elutasítja, az igényt érvényesíteni kívánó személy e döntés miatt a biztosítótól független igazságügyi orvosszakértői vélemény beszerzését kérheti.

(11) A biztosító független igazságügyi orvosszakértői véleményt bármely esetben beszerezhet.

(12) A független igazságügyi orvosszakértő eljárásával kapcsolatos költségeket a megrendelő fél viseli.

Amennyiben az igényt érvényesíteni kívánó személy kezdeményezte az eljárást, és az orvosszakértő a javára foglalt állást, a költségeket a biztosító fizeti.

(13) A biztosító az aktuális biztosítási összeg alapján teljesítésre kerülő bármely szolgáltatással szemben a kifizetéskor beszámítással él az elmaradt díjak és késedelmi kamatok (a továbbiakban: tartozások) erejéig.

(14) A fel nem vett szolgáltatási összeget az elévülési időn belül a biztosító kamatmentes letétként kezeli.

(15) A biztosítási szerződés megkötését követően a biztosító évente írásban tájékoztatja a szerződőt az életbiztosítási szerződése szolgáltatási összegéről.

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?



16. § A biztosító mentesülése

(1) A biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól mentesül, ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét.

(2) Több haláleseti kedvezményezett esetén az (1) bekezdés rendelkezése nem vonatkozik azon kedvezményezetre, aki nem hatott közre a biztosított halálának előidézésében.

(3) A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, és a biztosító a halál időpontjában aktuális díjtartalékot fizeti ki a kedvezményezettnek, amennyiben bizonyítja, hogy a biztosítási esemény

a) a biztosított jogellenes vagy szándékos magatartásának következménye,

b) a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, azzal összefüggésben következett be,

c) a szerződéskötéstől számított két éven belül elkövetett öngyilkosság következménye, tekintet nélkül a biztosított tudatállapotára.

(4) Amennyiben a biztosított a szerződéskötéstől számított két éven túl elkövetett öngyilkosság következtében hal meg, a biztosító a szerződésben meghatározott haláleseti biztosítási összeget fize-

ti ki, kivéve, ha az öngyilkosságot megelőző két éven belül a szerződő ajánlata alapján a haláleseti biztosítási összeg emelésére került sor. Ebben az esetben a biztosító kifizeti az emelés előtti biztosítási összeget és visszatéríti azt a díjtartalékot, amelyet a megemelt és a régi biztosítási összeg közötti különbözetre képzett. E kizárás nem vonatkozik a rendszeres éves indexálás keretében megemelt biztosítási összegre.

(5) A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítésétől, és a kiegészítő biztosítások minden további feltétel nélkül megszűnnek, ha a biztosítási eseményt olyan esemény idézte elő, amelyek következtében a biztosító a főbiztosítás biztosítási összegének kifizetése alól mentesül az (1), (2) és (3) bekezdések alapján.

17. § Kizárt kockázatok

(1) A biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek az alábbi eseteket:

Az esemény

a) a biztosított elme-, vagy tudatzavarával okozati összefüggésben következett be,

b) a biztosított motoros eszközökkel folytatott sporttevékenységének következménye,

c) a biztosított versenyszerű sportolása közben következett be,

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

e) bármiféle légi jármű, repülő szerkezet használata során következett be, kivéve a légitársaságok menetrendszerű vagy charter járatainak utasait,

f) föld alatti vagy víz alatti munkavégzés vagy ilyen területen folytatott sporttevékenység következménye,

g) robbanószerkekkel, robbanó szerkezetekkel való foglalkozás következménye,

h) a biztosított fegyverviselésével okozati összefüggésben következett be,

i) az atommag szerkezetének módosulása, radioaktív sugárzás, vagy egyéb ionizáló sugárforrás miatt következett be,

j) közvetve vagy közvetlenül összefüggésben áll harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel, lázadással, zavargással vagy terrorcselekménnyel, hadüzenettel vagy anélkül vívott

harccal, határvillongással, felkeléssel, forradalommal, zendüléssel, a törvényes kormány elleni puccsal vagy puccskísérlettel, népi megmozdulással, nem engedélyezett tüntetéssel vagy be nem jelentett sztrájkkal, idegen ország korlátozott célú hadcselekményeivel, kommandó támadással,

k) a biztosított súlyosan ittas állapotával (legalább 2,51% véralkohol szint) okozati összefüggésben következett be,

l) bekövetkeztek a biztosított vezetői engedély vagy érvényes forgalmi engedély nélkül vezetett gépjárművet és egyúttal egyéb közlekedésrendészeti szabályt is megszegett és a biztosítási esemény ezzel okozati összefüggésben következett be,

m) bekövetkeztek a biztosított ittas állapotban (legalább 0,8% véralkoholszint) vezetett gépjárművet és egyúttal egyéb közlekedésrendészeti szabályt is megszegett és a biztosítási esemény ezzel okozati összefüggésben következett be,

n) bekövetkeztek a biztosított kábító, bódító szerek hatása alatt állott, vagy egyéb vegyi anyagot bódító szerként alkalmazott, és a káresemény ezzel okozati összefüggésben következett be, kivéve ha a fenti állapot orvosi utasítás alapján, annak pontos betartása mellett alakult ki,

o) a biztosított munkavégzése során, a munkavédelmi szabályoknak a biztosított általi súlyosan gondatlan vagy szándékos megsértése miatt következett be, továbbá,

p) ha a baleset bekövetkezését követően a biztosított nem vett igénybe haladéktalanul orvosi segítséget vagy az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig nem folytatta és az elhalálozás vagy a maradandó egészségkárosodás ezzel okozati összefüggésben következett be.

(2) Az (1) bekezdésben meghatározott esetek miatt bekövetkező biztosítási esemény esetén a biztosítás kifizetés nélkül megszűnik.

(3) Az (1) bekezdésben meghatározott esetek miatt biztosítási eseményeket a biztosító a kiegészítő biztosítások tekintetében is kizárja.

18. § A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése

(1) A kötvény elvesztése vagy megsemmisülése esetén a biztosító az eredetivel egyező kötvénymásolatot állít ki, amennyiben ezt az ügyfél kéri, és teljes bizonyító erejű magánokiratban nyilatkozik az eredeti kötvény hiányáról.

(2) A másolat kibocsátásával az eredeti kötvény érvénytelenné válik, amely tény a másolaton a biztosító feltünteti.

19. § Felmondás

(1) A szerződő a szerződést a díjjal fedezett biztosítási időszak végére írásban felmondhatja. A biztosító kockázatviselése a biztosítási időszak végén megszűnik.

(2) Ha a szerződő a felmondás időpontjában már díjfizetési késedelemben van, akkor a biztosító kockázatviselése a felmondásnak a biztosítóhoz való érkezése napját követő nap 0. órájától megszűnik.

(3) Az (1) bekezdésben foglalt felmondás esetén a szerződés kifizetés nélkül, a kockázatviseléssel együtt megszűnik.

20. § Elévülés

A biztosításból származó igények az esedékességtől számított 5 év elteltével elévülnek. A fel nem vett szolgáltatás összegét a biztosító az esedékességtől a felvételig kamatmentes letétként kezeli.

21. § Üzletpolitikai kedvezmény

A biztosító a megállapított biztosítási díjból – üzletpolitikai okból – díjkedvezményt adhat. A szerződő a díjkedvezményre egy biztosítási évig jogosult. A díjkedvezmény megszűnése után a szerződőnek a kedvezmények figyelembevételével számított díjat kell a továbbiakban fizetni.

Mit tesz a biztosító az adataim biztonságáért?



22. § A biztosítási és az üzleti titok

(1) A biztosító köteles a 2003. évi LX. törvény 153-155. §-aiban meghatározott biztosítási titokra vonatkozó szabályokat maradéktalanul betartani. Biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

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

a) a biztosító, biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó ügyfele, vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásbeli felmentést ad,

b) a 2003. évi LX. törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

(3) A 2003. évi LX. törvény 157. §-ában meghatározott esetekben a titoktartási kötelezettség nem áll fenn:

- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel, továbbá az általuk kirendelt szakértővel,
- c) a büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általuk kirendelt szakértővel,
- e) az adóhatósággal (a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli),
- f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g) a biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselőjével, ezek érdekképviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítési, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal,
- j) a külön törvényben meghatározott feltételek megélése esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) a 2003. évi LX. törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető szervvel,
- m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében a Kártalanítási Számlát, illetve a Kártalanítási Alapot kezelő szervezetet, a Nemzeti Irodával, a Levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel és a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, illetve károkozóval, amennyiben az önrendelkezési jogával élve a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adataihoz kíván hozzáférni,

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

- p) fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel,
- q) feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával szemben, valamint pénzügyi jogok biztosával
- r) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal szemben,
- s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval szemben.

Ha az a)-j), n) és s) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét, vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a k), l), m), p), q) és r) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

(4) A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a (3) bekezdésben meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.

(5) A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóság, a nemzetbiztonsági szolgálat részére és az ügyészség írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV., illetve a 2012. évi C. törvényben foglaltak szerinti

- a) kábítószerrel visszaéléssel,
- b) új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel,
- c) terrorcselekménnyel,
- d) robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel,
- e) lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel,
- f) pénzmosással,
- g) bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

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

(7) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító, bizto-

sításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.

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

(9) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét

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

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

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

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

(10) A biztosító az esetleges kiszervezett tevékenységet végző személyek, valamint az orvosszakértői véleményt készítő szakorvosok számára az ügyfelek személyes és különleges adatait továbbíthatja abból a kizárólagos célból, hogy azok szolgáltatásait a szerződő számára közvetlenül ajánlhasák fel, illetőleg a kiszervezett tevékenységet maradéktalanul elláthassák. A biztosító az ügyfelek személyes adatait, valamint a biztosítási szerződés pénzügyi és aktuáriusi adatait pedig a szerződés fenntartása és kezelése, illetve a szerződésben foglaltak teljesítése céljából és érdekében a a külföldre történő adattovábbítás szabályainak figyelembevételével – adatfeldolgozási céllal a külföldi székhelyű anyavállalata (MetLife EU Holding Company Ltd., Írország, MetLife Inc. USA), az anyavállalat regionális központjai (Alico Services Central Europe, s.r.o. – Szlovákia, Amplico Services Sp. z.o.o. – Lengyelország), az anyavállalat adatfeldolgozója (Verizon UK Limited, Egyesült Királyság), illetve viszontbiztosítója részére, az anyavállalat és a regionális központok, valamint a viszontbiztosító székhelye szerinti országokba továbbítja. Azon személyek nevét, akik részére az ügyfelek személyes és különleges adatai adatfeldolgozás céljából átadásra kerülnek, beleértve a kiszervezett tevékenységet végzők, viszont-

biztosítók, valamint az orvosszakértői véleményt készítő szakorvosok személyét, a biztosító a www.metlife.hu honlapján hirdetményben teszi közzé.

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

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

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

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

(15) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha

a) a magyar bűnüldöző szerv - nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól;

b) a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.

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

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

23. § A személyes adatok kezelése

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

(2) A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a személyes adatokat a biztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

(3) A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

(4) A biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel, vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

(5) A biztosító által kezelhető adatok köre:

- a) biztosított (szerződő, kedvezményezett és károsult) személyes adatai, a biztosított különleges adatai,
- b) biztosítási összeg,
- c) a kifizetett biztosítási összeg mértéke és a kifizetés ideje,
- d) a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggő összes lényeges tény, körülmény.

(6) Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

(7) Az adatkezelés célja kizárólag a biztosítási szerződés megkötése, módosítása, állományban tartása és a követelések megítéléséhez szükséges adatok nyilvántartása, illetőleg törvényi kötelezettségek teljesítése lehet.

(8) A biztosítási ajánlat aláírásával a szerződő és a biztosított megadja a személyes és különleges adatai kezelésére vonatkozó írásbeli hozzájárulást az ajánlati nyilatkozattal és a biztosítási feltételekkel összhangban történő kezeléséhez.

(9) A szerződő és a biztosított a különleges és személyes adatairól jogosult tájékoztatást kapni, amennyiben azt írásban kéri a MetLife Biztosító Zrt. ügyfélszolgálatánál (1138 Budapest, Népfürdő u. 22.) és személy-

azonosságát megfelelő dokumentumokkal igazolta. A szerződő és a biztosított a biztosító ügyfélszolgálatánál kérheti adatainak a biztosító nyilvántartásában való módosítását, amennyiben az adatok nem felelnek meg a valóságnak, kérheti továbbá adatai vonatkozásában az adatkezelés és adatfeldolgozás megszüntetését.

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

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

Mikor szűnik meg a biztosítás?



24. § A biztosítás megszűnésének esetei

(1) A biztosítás megszűnik:

- a) ha a 6. § (1) vagy (2) bekezdéseiben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezését követően a biztosító teljesít,
- b) ha a szerződést önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személy szerződő a biztosítást a 3. § (18) bekezdése alapján a szerződés létrejöttéről szóló jognyilatkozat kézhezvételétől számított 30 napon belül felmondja,
- c) ha a szerződő a biztosítást a 19. § alapján felmondja,
- d) a késedelmes díjfizetéssel összefüggésben a 10. § (2) bekezdésében meghatározott esetben.

(2) A szerződés megszűnésekor a felek kölcsönösen lemondanak a díjtűrőhatár mértékét meg nem haladó követelésükről.

25. § Adózással kapcsolatos jogszabályok

Az életbiztosítások adózására a következő jogszabályok vonatkoznak:

- 1995. évi CXVII. törvény a személyi jövedelemadóról
- 1997. évi LXXX. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szol-

gáltatások fedezetéről, egységes szerkezetben a végrehajtásáról szóló 195/1997. (XI. 5.) kormányrendelettel

- 1991. évi IV. törvény a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról
- 1996. évi LXXXI. törvény a társasági adóról és az osztalékadóról

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



26. § Tájékozódás és tájékoztatás

A szerződő fél saját szerződéseivel felől az alábbi módokon tájékozódhat:

- (1) A szerződő fél a biztosító személyes ügyfélszolgálatán (1138 Budapest, Népfürdő u. 22. sz.) hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, keddtől péntekig tartó munkanapokon 9 és 17 óra között; kék telefonszámán (06 40 444 445) hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, keddtől péntekig tartó munkanapokon 8 és 17 óra között tájékozódhat szerződéseivel egyes főbb adatainak változásáról.
- (2) Amennyiben a szerződő rendelkezik MyMetLife hozzáféréssel, amelynek feltétele a MyMetLife szerződés megkötése, akkor a szerződő a MyMetLife internetes ügyfélporthálón is tájékozódhat a saját szerződése aktuális értékéről.
- (3) A biztosító a 2. számú mellékletben foglaltak változásairól 30 nappal a változás előtt hirdetmény útján tájékoztatja a szerződőt.
- (4) A biztosítási szerződés megkötését követően a biztosító évente legalább egyszer írásban tájékoztatja ügyfelét életbiztosítási szerződése szolgáltatási értékéről és a visszajáró többlethozam jóváírásának mértékéről.
- (5) A biztosítási szerződésben rögzített értékkövetés érvényesítése során a biztosító az ügyfelet tájékoztatja az értékkövetéssel érintett és nem érintett elemek vonatkozásában. A biztosító felhívja a figyelmet a biztosítási szerződés értékkövetéssel kapcsolatos rendelkezéseire, külön is kitérve az ügyfelet az értékkövetéssel kapcsolatban megillető jogokra.
- (6) Amennyiben a biztosítási szerződés feltétele a leendő ügyfél orvosi vizsgálata, akkor az ügyfél az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.

27. § Illetékes bíróság, illetékes panaszforum

- (1) Jelen biztosítási feltételekre és a biztosítási szerződésre vonatkozóan a magyar jogszabályok irányadók.
- (2) A biztosítási szerződésből eredő igények érvényesítésére indított valamennyi perre a Budapesti II. és III. Kerületi Bíróság a kizárólagosan illetékes bíróság. Az illetékes felügyeleti szerv: Magyar Nemzeti Bank (1013 Budapest, Krisztina körút 39.).
- (3) További illetékes panaszforum a biztosító vezérigazgatósága (1138 Budapest, Népfürdő u. 22.). Az ügyfélszolgálat elérhetőségei az alábbiak:
Cím: H-1138 Budapest, Népfürdő u. 22.
E-mail: info@metlife.hu
Fax: 06 1 391 1660
Telefon: 06 40 444 445
- (4) A panaszt az ügyfélszolgálat részére szóban (telefonon vagy személyesen), illetve írásban lehet megtenni.
- (5) Személyesen panasz tehető a MetLife Biztosító Zrt. személyes ügyfélszolgálatán (1138 Budapest, Népfürdő u. 22. sz.) hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, más munkanapokon 9 és 17 óra között.
- (6) Szóbeli panasz tehető a biztosító kék telefonszámán (06 40 444 445) hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, más munkanapokon 8 és 17 óra között. A fenti telefonszámon bejelentett panaszokat a biztosító rögzíti.
- (7) Írásbeli panasz tehető az alábbi módokon:
 - a) postai úton a MetLife Biztosító Zrt. részére, a 1138 Budapest, Népfürdő u. 22. címen,
 - b) e-mailben a (3) bekezdésben foglalt címre küldve, vagy
 - c) faxon a (3) bekezdésben foglalt faxszámon.
- (8) A biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő harminc napon belül megküldi az ügyfélnek.
- (9) Amennyiben a biztosító a panaszkérelmet elutasítja, a panaszos jogosult hivatalos panaszt tenni a Magyar Nemzeti Banknál, vagy a Pénzügyi Békéltető Testületnél, amelynek levelezési címe: H-1525 Budapest, BKKP Postafiók: 172., illetve keresetet indítani az illetékes bíróságon.

Budapest, 2014. május 1.

1. SZÁMÚ MELLÉKLET

A többlethozam visszatérítés részletes szabályai

(1) Ha a különös feltétel másképp nem rendelkezik, illetőleg jelen melléklet más pontjai azt nem módosítják, a többlethozam szerződőnek járó részét a biztosítási összeg indexálása révén juttatja vissza a biztosító. A biztosító által felajánlott indexálást a szerződő az általános feltételek 14. §-ában foglaltak szerint visszautasíthatja.

(2) **A többlethozam szerződésenként visszajuttatott része (a továbbiakban: bónusz):** a szerződés egyéni életbiztosítási díjtartalékán, a biztosítási évfordulót megelőző egyéves időtartam alatt elért, a technikai kamatlábat meghaladó kamatnyereség minimum 80%-a (alapbónusz), illetőleg 90%-a (kedvezményes bónusz).

(3) A biztosító az alapbónuszból alapindexet, a kedvezményes bónuszból kedvezményes indexet számít.

(4) A többlethozamnak a szerződő részére visszajuttatott mértéke az alábbiak szerint alakul:

a) Ha a szerződő elfogadja a díj biztosító által felajánlott indexálását, akkor a biztosítási díj és a biztosítási összeg is a kedvezményes indexszel növekszik. A kedvezményes index: $(1 + \text{kedvezményes bónusz} + \text{technikai kamatláb}) / (1 + \text{technikai kamatláb})$.

b) Ha a szerződő visszautasítja a biztosító által felajánlott indexálást, akkor a biztosítási díj változatlan marad, a biztosítási összeg pedig az alapbónusz alapján, a (7) bekezdés szerint növekszik.

c) Ha a szerződés szerint már nincs díjfizetés és a szerződő rendelkezik az indexálás jogával, akkor a biztosítási összeg a kedvezményes indexszel növekszik.

d) Ha a szerződés szerint már nincs díjfizetés és a szerződő elveszítette az indexálás jogát, akkor a biztosítási összeg az alapindexszel növekszik.

(5) Az egyszeri díjas biztosítások esetében a biztosító a kedvezményes ráta szerint számolja ki a többlethozam szerződőnek visszajuttatott részét, illetőleg a kedvezményes indexszel szorozza a biztosítási összeget, kivéve, ha az egyszeri díjas biztosítás egy másik biztosításba beépített szolgáltatás, és a másik biztosításra a biztosító az alapindexet alkalmazza.

(6) Az index a többlethozam szerződő részére visszajuttatott részének százalékos mértékéből képzett arányszám, amellyel a biztosító a biztosítási évfordulón emeli a biztosítási összeget, illetőleg – rendszeres díjas biztosítások esetében a díjfizetési tartamon belül a szerződő ellenkező nyilatkozatának hiányában – emeli a biztosítási díjat (indexálás).

(7) Ha a szerződő visszautasítja a díj növelését, a biztosítási összeg egyénileg kiszámított mértékben növekszik. Az egyéni összegnövekedés egy olyan egyszeri díjas biztosítás biztosítási összege, amelynek egyszeri díja az

alapbónusz. Az egyszeri díjas biztosítás kalkulálása során a biztosító a biztosított aktuális korát, a biztosításból hátralévő tartamot, valamint a kezdeti kockázatelbírálást követő esetleges díjemelést és a biztosító terméktervében rögzített költségeit veszi figyelembe.

(8) Abban az esetben, ha az index nem éri el az 5%-ot, a biztosító szüneteltetheti a díj indexálását, feltéve, hogy a szerződő még nem veszítette el az indexálásra való jogát.

a) Ebben az esetben a biztosító a (7) bekezdés szerint jár el, azzal az eltéréssel, hogy a kedvezményes bónuszt alkalmazza.

b) A fel nem ajánlott indexálás az indexálási jog elvesztése szempontjából nem számít sem elutasításnak, sem pedig elfogadásnak.

(9) Nem kerül sor indexálásra azon a biztosítási évfordulón, amikor az előző egy év időszakában a díjtartalék befektetése során elért hozam nem haladta meg a technikai kamatlábat.

(10) Az utolsó indexálás a biztosítási esemény bekövetkeztekor történik.

a) Amennyiben a biztosítási esemény nem biztosítási évfordulóra esik, a biztosító a biztosítási eseménykor érvényes index arányos részével növeli az aktuális díjtartalékot, és ezt a (7) bekezdésben leírt egyéni módon átszámítja biztosítási összeggá, és ezzel emeli az előző évfordulós biztosítási összeget.

b) A biztosító ebben az esetben attól függően alkalmazza a kedvezményes indexet vagy az alapindexet, hogy a biztosítási esemény időpontjában a szerződő rendelkezett-e az indexálás jogával.

Budapest, 201. május 1.

2. SZÁMÚ MELLÉKLET

Egyes, a feltételekben meghatározott változók értékei

Díjtűrőhatár:	300 Ft
A szerződés létrehozása érdekében felmerült költségek:	
A típusú orvosi vizsgálat	8 000 Ft + ÁFA
B típusú orvosi vizsgálat	3 300 Ft + ÁFA
C típusú orvosi vizsgálat	3 300 Ft + ÁFA
E típusú orvosi vizsgálat	14 800 Ft + ÁFA
F típusú orvosi vizsgálat	22 600 Ft + ÁFA
G típusú orvosi vizsgálat	11 400 Ft + ÁFA
H típusú orvosi vizsgálat	12 200 Ft + ÁFA
Költségátalány	2 000 Ft

A haláleseti biztosítás biztosítási összegének minimális értéke 500 000 Ft.

A baleseti halál kiegészítő biztosítás biztosítási összegének maximális értéke a haláleseti biztosítási összeg kétszerese és 9 000 000 Ft közül a magasabb érték.

A díj lehívásának időpontja a folyószámláról:	A folyószámla terhelésének lehetséges kezdődátumai a biztosító által bankoknak átadott állomány alapján a következők: 2014.05.14. 2014.06.12. 2014.07.11. 2014.08.13. 2014.09.11. 2014.10.13. 2014.11.13. 2014.12.11. 2015.01.13. 2015.02.11. 2015.03.12. 2015.04.10. 2015.05.13. A biztosító kizárja a felelősséget a saját tevékenységi körén kívül bekövetkező esetleges eltérésekért.
---	--

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

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

Budapest, 2014. május 1.

3. SZÁMÚ MELLÉKLET

Kockázati díjak

1 Ft kockázat alatt álló összeg éves nettó kockázati díja normál kockázatok esetén

Életkor	Nelson (MEB-275, MEB-276)	Admiral (MEB-277)	Életkor	Nelson (MEB-275, MEB-276)	Admiral (MEB-277)
18	0,000164	0,000205	60	0,008026	0,010033
19	0,000181	0,000226	61	0,008488	0,010610
20	0,000197	0,000246	62	0,008940	0,011175
21	0,000206	0,000258	63	0,009414	0,011768
22	0,000213	0,000266	64	0,009953	0,012441
23	0,000216	0,000270	65	0,010591	0,013239
24	0,000223	0,000279	66	0,011323	0,014154
25	0,000230	0,000288	67	0,012119	0,015149
26	0,000237	0,000296	68	0,012994	0,016243
27	0,000243	0,000304	69	0,013962	0,017453
28	0,000251	0,000314	70	0,015039	0,018799
29	0,000266	0,000333	71	0,016186	0,020233
30	0,000290	0,000363	72	0,017387	0,021734
31	0,000320	0,000400	73	0,018710	0,023388
32	0,000357	0,000446	74	0,020209	0,025261
33	0,000400	0,000500	75	0,021949	0,027436
34	0,000450	0,000563	76	0,024887	0,031109
35	0,000514	0,000643	77	0,026467	0,033084
36	0,000578	0,000723	78	0,028326	0,035408
37	0,000645	0,000806	79	0,030520	0,038150
38	0,000724	0,000905	80	0,033099	0,041374
39	0,000823	0,001029	81	0,036130	0,045163
40	0,000950	0,001188	82	0,039687	0,049609
41	0,001101	0,001376	83	0,043855	0,054819
42	0,001271	0,001589	84	0,048732	0,060915
43	0,001466	0,001833	85	0,054420	0,068025
44	0,001689	0,002111	86	0,061037	0,076296
45	0,001949	0,002436	87	0,068714	0,085893
46	0,002253	0,002816	88	0,077580	0,096975
47	0,002600	0,003250	89	0,087775	0,109719
48	0,002970	0,003713	90	0,099436	0,124295
49	0,003357	0,004196	91	0,112683	0,140854
50	0,003745	0,004681	92	0,127621	0,159526
51	0,004135	0,005169	93	0,144315	0,180394
52	0,004534	0,005668	94	0,162767	0,203459
53	0,004945	0,006181	95	0,182912	0,228640
54	0,005361	0,006701	96	0,204570	0,255713
55	0,005788	0,007235	97	0,227446	0,284308
56	0,006218	0,007773	98	0,251101	0,313876
57	0,006652	0,008315	99	0,274961	0,343701
58	0,007097	0,008871	100	0,298328	0,372910
59	0,007554	0,009443	101	0,400000	0,500000

Budapest, 2014. május 1.

4. SZÁMÚ MELLÉKLET

Milyen dokumentumokra van szüksége a biztosítónak a kifizetéshez?



Tájékoztató a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokról

A szolgáltatási igény elbírálásához a következő iratokat szükséges benyújtani.

Valamennyi szolgáltatási igény esetén:

- A biztosítási eseményt okozó eseményre vonatkozó (annak bekövetkezésében szerepet játszó betegség, baleset), illetve az azt követő valamennyi ellátás orvosi dokumentációja, kezelések, vizsgálatok iratai, kórházi zárójelentések, szövettani eredmények, műtéti leírások, szakorvosi iratok másolatai
- Háziorvosi betegkarton másolata
- Hatósági eljárás esetén a tényállás megállapítására alkalmas hiteles hatósági okirat, vádindítvány vagy vádirat, bírósági ítélet vagy az eljárást befejező/elutasító határozat, amennyiben ilyen készült és az okirat szükséges a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához
- Külföldön bekövetkezett biztosítási esemény esetén a biztosítási esemény körülményeiről a külföldi állami, vagy önkormányzati hatóság és egészségügyi intézmények által kiállított okiratok hiteles magyar fordítása

Baleset esetén:

- Rendőrségi/munkahelyi baleseti jegyzőkönyv és a hivatalos hatósági dokumentáció hiteles másolata (ha készült)
- Véralkohol vizsgálati eredmény (ha készült)
- Toxikus anyagok szedésére vonatkozó vizsgálati eredmény (ha készült)

Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás esetén:

- Munkaképesség-csökkenés megállapítására jogosult szerv, illetve az egészségi állapot mértékét meghatározó rehabilitációs hatóság által kiadott és a hozzá benyújtott orvosi dokumentumok, határozatok, minősítések másolata (Rokkantsági határozat feltétlenül szükséges)

- Állapotrosszabbodás esetén: a szolgáltatás megállapítása óta történt orvosi vizsgálatok, kezelések dokumentumainak a másolata
- Az egészségkárosodás véglegesítésekor készült kezelőorvosi állapotleírás
- Rokkantság utáni orvosi jelentés formanyomtatvány

Munkaképesség-csökkenés, rokkantsági, illetve rehabilitációs ellátás esetén (díjmentesítés rokkantság esetén):

- Munkaképesség-csökkenés megállapításra jogosult szerv, illetve az egészségi állapot mértékét meghatározó rehabilitációs hatóság által kiadott és a hozzá benyújtott orvosi dokumentumok, határozatok, minősítések másolata (Rokkantsági határozat feltétlenül szükséges)
- A rokkantságot megállapító hatósági jegyzőkönyv másolata
- Orvosi nyilatkozat*
- Rokkantság utáni orvosi jelentés formanyomtatvány

Halál, baleseti halál esetén:

- Hitelesített halotti anyakönyvi kivonat
- Halottvizsgálati bizonyítvány másolata
- Boncjegyzőkönyv másolata (amennyiben készült)
- Halotti epikrízist tartalmazó kórházi zárójelentés
- Jogerős öröklési bizonyítvány vagy jogerős hagyatékátadó végzés másolata (abban az esetben kell csatolni, ha korábban a kedvezményezettet név szerint nem nevezték meg)
- Gyámhatósági határozat (kiskorú kedvezményezett esetén)
- Eredeti, érvényben lévő biztosítási kötvény vagy a kötvény elvesztésére vonatkozó nyilatkozat két tanú aláírásával
- Orvosi nyilatkozat*
- Haláleset utáni orvosi jelentés formanyomtatvány

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

A **Lóci óriás lesz** gyermekek egyes súlyos betegségeire és baleseteire szóló kiegészítő biztosítás esetén a kiegészítő biztosítási feltételekben meghatározott dokumentumok benyújtása szükséges.

Budapest, 2014. május 1.

MEB-275, MEB-276

A METLIFE BIZTOSÍTÓ ZRT. NELSON DÍJKEDVEZMÉNYES KOCKÁZATI ÉLETBIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

A Nelson életbiztosítási szerződés (a továbbiakban: biztosítás) a jelen különös feltételek, valamint a MetLife Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) életbiztosítási szerződéseinek általános feltételei (a továbbiakban: általános feltételek) alapján jön létre a biztosító, valamint a szerződő között. Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér az általános feltételekben foglaltaktól, a különös feltételek rendelkezései az irányadók.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § Biztosított

- (1) Biztosított az lehet, aki a biztosítási szerződés létrejöttkor a 18. életévénél idősebb, de a 65. életévét még nem töltötte be.
- (2) A biztosított életkora a biztosítás tartamának lejártakor nem haladhatja meg a 75 évet.

Milyen hosszú a biztosítás tartama?



2. § A biztosítás tartama

- (1) A biztosítási szerződés a szerződő ajánlatának a biztosító által történő elfogadásával a szerződő által választott határozott tartamra jön létre, rendszeres díjfizetéssel.
- (2) A biztosítás tartama 5 és 25 év között bármely egész év lehet, figyelemmel az 1. § (2) bekezdésében foglaltakra.
- (3) A lejárat napja a biztosítási tartam utolsó évének biztosítási évfordulója.

3. § A biztosítási díj

- (1) A biztosító e főbiztosításnak az általános feltételek 9. § (1) bekezdése szerint a kiegészítő biztosításokkal együtt számított díjából a biztosítás teljes tartamára a díj nagyságától függő díjkedvezményt nyújt.
- (2) A díjkedvezményt a feltételek mellékletében foglaltak szerint kell meghatározni.

(3) A kedvezményes sávok határait a biztosító minden naptári év május 1-jétől az alábbiak szerint meghatározott indexszel növeli.

- a) A biztosító az indexet úgy határozza meg, hogy az a minden év május 1-jén érvényes, a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett, az előző naptári évre vonatkozó, decembertől decemberig számított fogyasztói árindextől legfeljebb 5 százalékponttal térjen el.
- b) A biztosító az új indexet azon szerződések tekintetében alkalmazza, amelyek biztosítási évfordulója május 1-jét követi.
- c) Az indexálást követően megváltozó értékekről a biztosító minden évben a biztosítási évfordulót megelőzően értesítést küld.

4. § Technikai kamatláb

A technikai kamatláb mértéke 2,9%.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító halál esetén?



5. § Biztosítási esemény

Biztosítási esemény: a biztosítottnak a tartamon belül bekövetkező halála.

6. § Haláleseti szolgáltatás

- (1) A biztosított tartam alatt bekövetkező halála esetén a biztosító a kedvezményezett részére a tartozásokkal csökkentett aktuális biztosítási összeget fizeti ki.
- (2) A szolgáltatás tartalmazza az utolsó töredékév töredék bónusza alapján számított többletösszeget is az általános feltételek 1. számú mellékletének (10) bekezdése szerint.

7. § Maradékjogok

A biztosítás nem rendelkezik maradékjogokkal.

8. § Egyéb rendelkezések

- (1) A biztosítási szerződés megszűnik:
 - a) lejáratkor, kifizetés nélkül,
 - b) ha az 5. §-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezik,

c) ha a szerződő a biztosítást az általános feltételek 3. § (18) bekezdése alapján a szerződés létrejöttétől számított 30 napon belül felmondja,
 d) a díjjal fedezett biztosítási időszak végén, ha a szerződő a biztosítást az általános feltételek 19. § alapján

írásban felmondja,
 e) a késedelmes díjfizetéssel összefüggésben az általános feltételek 10. § (2) bekezdésében meghatározott esetekben.

Melléklet a Nelson díjkedvezményes kockázati életbiztosítás különös feltételeihez

A kedvezményes díjsávok és a díjkedvezmény meghatározásának módja

Módozat neve	Alapdíj	Kedvezmény
Nelson (MEB-275, MEB-276)	116 900 Ft és 365 500 Ft között	a 116 900 Ft feletti díjrész 65%-a
	365 500 Ft felett	161 590 Ft és a 365 500 Ft feletti díjrész 50%-a

Budapest, 2014. május 1.

MEB-277

A METLIFE BIZTOSÍTÓ ZRT. ADMIRAL KOCKÁZATI ÉLETBIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

Az Admiral életbiztosítási szerződés (a továbbiakban: biztosítás) a jelen különös feltételek, valamint a MetLife Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) életbiztosítási szerződéseinek általános feltételei (a továbbiakban: általános feltételek) alapján jön létre a biztosító, valamint a szerződő között. Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér az általános feltételekben foglaltaktól, a különös feltételek rendelkezései az irányadók.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § Biztosított

- (1) Biztosított az lehet, aki a biztosítási szerződés létrejöttkor a 18. életévénél idősebb, de a 65. életévét még nem töltötte be.
- (2) A biztosított életkora a biztosítás tartamának lejártakor nem haladhatja meg a 75 évet.

Milyen hosszú a biztosítás tartama?



2. § A biztosítás tartama

- (1) A biztosítási szerződés a szerződő ajánlatának a biztosító által történő elfogadásával a szerződő által választott határozott tartamra jön létre.
- (2) A biztosítás tartama 5 és 20 év között bármely egész év lehet, figyelemmel az 1. § (2) bekezdésében foglaltakra.
- (3) A lejárat napja a biztosítási tartam utolsó évének biztosítási évfordulója.

3. § A biztosítási díj

- (1) A biztosítás rendszeres díjfizetésű.
- (2) A biztosítás díja a biztosítás tartamának végéig vagy annak a biztosítási hónapnak a végéig esedékes, amelyben a biztosított halála bekövetkezik.

4. § Technikai kamatláb

A technikai kamatláb mértéke 2,9%.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító halál esetén?



5. § Biztosítási esemény

Biztosítási esemény: a biztosítottnak a tartamon belül bekövetkező halála.

6. § Haláleseti szolgáltatás

- (1) A biztosított tartam alatt bekövetkező halála esetén a biztosító a kedvezményezett részére a tartozásokkal csökkentett aktuális biztosítási összeget fizeti ki.
- (2) A szolgáltatás tartalmazza az utolsó töredékév töredék bónusza alapján számított többletösszeget is az általános feltételek 1. számú mellékletének (10) bekezdése szerint.

7. § Maradékjogok

A biztosítás nem rendelkezik maradékjogokkal.

8. § Egyéb rendelkezések

- (1) A biztosítási szerződés megszűnik:
 - a) lejáratkor, kifizetés nélkül,
 - b) ha az 5. §-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezik,
 - c) ha a szerződést önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személy szerződő a biztosítást az általános feltételek 3. § (18) bekezdése alapján a szerződés létrejöttéről szóló jognyilatkozat kézhezvételétől számított 30 napon belül felmondja,
 - d) a díjjal fedezett biztosítási időszak végén, ha a szerződő a biztosítást az általános feltételek 19. § alapján írásban felmondja,
 - e) a késedelmes díjfizetéssel összefüggésben az általános feltételek 10. § (2) bekezdésében meghatározott esetben.

Budapest, 2014. május 1.

MEB-W03, MEB-W04, MEB-W05

A METLIFE BIZTOSÍTÓ ZRT. DÍJMENTESÍTÉS ROKKANTSÁG ESETÉN KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

A díjmentesítés rokkantság esetén kiegészítő biztosítási szerződés (a továbbiakban: kiegészítő biztosítás) e feltételek, a baleset- és betegségbiztosítási általános feltételek, valamint a MetLife Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) életbiztosítási szerződéseinek általános feltételei (a továbbiakban: általános feltételek) alapján jön létre a biztosító, valamint a szerződő között. Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér az általános feltételekben foglaltaktól, e feltételek rendelkezései az irányadóak. A biztosító külön belső utasításban állapítja meg, hogy mely főbiztosításai mellé és milyen feltételekkel köthető a kiegészítő biztosítás.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § Biztosított

- (1) Biztosított az lehet, aki a biztosítási szerződés létrejöttkor a 18. életévénél idősebb, de a 60. életévét még nem töltötte be.
- (2) Nem lehet biztosított a kiegészítő biztosítás vonatkozásában az a személy, aki a kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdetekor vagy a kockázatviselés kezdetét megelőzően I., II. vagy III. csoportú rokkantként van, illetve volt nyilvántartva, ilyen minősítést eredményező állapota megelőzte a kockázatviselés kezdetét vagy a kockázatviselés kezdetét megelőzően 3 éven belül ilyen irányú kérelmet nyújtott be.
- (3) Nem lehet biztosított a kiegészítő biztosítás vonatkozásában az a személy, aki a kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdetekor vagy a kockázatviselés kezdetét megelőzően rehabilitációs vagy rokkantsági ellátásra jogosult, illetve a kockázatviselés kezdetét megelőzően 3 éven belül ilyen irányú kérelmet nyújtott be.

Milyen hosszú a biztosítás tartama?



2. § A kiegészítő biztosítás tartama

- (1) A kiegészítő biztosítás a biztosító valamely rendszeres díjas főbiztosítása mellé köthető, amennyiben a biztosító a szerződő kiegészítő biztosításra tett ajánlatát elfogadja. A kiegészítő biztosítás önállóan nem

köthető, és a főbiztosítás megszűnésével a kiegészítő biztosítás is megszűnik.

- (2) Meglévő főbiztosításhoz a kiegészítő biztosítás a főbiztosítás biztosítási évfordulója előtt legalább 1 hónappal felvett ajánlat révén a biztosítási évfordulóval, mint kezdettel tartam közben is megköthető. Ennek feltétele, hogy a biztosító az ajánlatot elfogadja, a főbiztosítás a biztosítási évforduló után érvényben maradjon, és a díjfizetési tartam folytatódjon.
- (3) A kiegészítő biztosítás a főbiztosítás díjfizetési tartamával megegyező díjfizetési tartamra jön létre, kivéve, ha a főbiztosítás díjfizetési tartama a biztosított 65 éves kora után jár le. Ez esetben a kiegészítő biztosítás díjfizetési tartama lejár azon a naptári évre eső biztosítási évfordulón, amely naptári évben a biztosított betölti a 65. életévét.
- (4) A díjmentesítés lehetősége csak a kiegészítő biztosítás díjfizetési tartama alatt áll fenn, a díjmentesítés azonban fennmarad a főbiztosítás teljes díjfizetési tartamára.
- (5) A kiegészítő biztosítást a főbiztosítástól függetlenül nem lehet felmondani.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító?



3. § Biztosítási esemény

- (1) Biztosítási esemény a biztosítottnak a kiegészítő biztosítás tartama alatt bekövetkező megrokkánása.
- (2) E kiegészítő biztosítás szempontjából rokkantságnak minősül a biztosítottnak a kiegészítő biztosítás tartama alatt bekövetkezett, a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól szóló 2011. évi CXCI. törvény szerinti
 - a) rokkantsági ellátásra jogosult, ha az egészségkárosodás a kockázatviselés kezdetétől számított 6 hónapon túl keletkezett, és az egészségkárosodás nem baleseti eredetű, vagy
 - b) rehabilitációs vagy rokkantsági ellátásra jogosult, ha a baleseti eredetű egészségkárosodás a biztosítási tartam alatt bármikor keletkezett.
- (3) A biztosítási esemény időpontja az egészségkárosodás rehabilitációs hatóság határozatában megjelölt időpont.
- (4) A (2) bekezdésben meghatározott rokkantságot és annak kezdetét a biztosító a vonatkozó jogszabályban

megjelölt, a rokkantságot, illetőleg az azt eredményező egészségkárosodás tényét és mértékét minősítő, illetve a rokkantsági, illetve rehabilitációs ellátást elrendelő intézmények határozatai alapján állapítja meg.

(5) A biztosított köteles a határozat kézhezvételétől számított 30 napon belül igényét a biztosítónak bejelenteni.

4. § Szolgáltatás

(1) A főbiztosítás az eredeti szolgáltatási szint megtartásával díjmentessé válik, a kiegészítő biztosítások megszűnnek:

a) a biztosított megrokkánása esetén a főbiztosítás lejáratának időpontjáig abban az esetben, ha a biztosított egészségi állapota a rehabilitációs hatóság komplex minősítése alapján 60%-os vagy kisebb mértékű, és rokkantsági ellátásra jogosult,

b) a biztosított megrokkánása esetén arra az időszakra, amíg a biztosított egészségi állapota a rehabilitációs hatóság komplex minősítése alapján 60%-os vagy kisebb mértékű, és rehabilitációs ellátásra jogosult.

(2) A díjmentesítés kezdete a rokkantsági határozatban megjelölt rokkantsági kezdetet követő első biztosítási hónapforduló. A szerződő által a rokkantság kezdetét követő egész hónapokra befizetett biztosítási díjat a biztosító a szerződőnek visszatéríti.

(3) A díjmentesítés újbóli elbírálásra kerül, amennyiben a rokkantsági, illetve rehabilitációs ellátás megszüntetésre kerül. A biztosított köteles a rehabilitációs, illetve rokkantsági ellátás megváltozásának tényét a díjfizetés visszaállítása érdekében a biztosítónak a határozat kézhezvételétől számított 30 napon belül bejelenteni. A rehabilitációs, illetve rokkantsági ellátás új mértékét, vagy a felfüggesztését, illetőleg megszüntetését megállapító határozatban megjelölt kezdetet követő első biztosítási hónapfordulótól a szerződő díjfizetési kötelezettsége visszaáll és a fizetendő díj a főbiztosításra a díjmentesítés utolsó időpontjában érvényes díj.

(4) A szerződő a biztosítás tartama alatt késedelmi kamattal növelve köteles befizetni:

a) a rokkantsági díjmentesítés kezdeti biztosítási hónapjának fordulójáig esedékes, be nem fizetett díjat,

b) az arra az időszakra esedékes díjat, amelyre a biztosító a (3) bekezdésben meghatározott esemény bekövetkezéséről szóló értesítés elmaradása következtében díjmentességet adott, azonban a tények ismeretében annak nem lett volna helye.

(5) Amennyiben a szerződő a tartam során nem fizeti be a (4) bekezdésben meghatározott elmaradt díjat és annak késedelmi kamatát, akkor a biztosító levonja azt a biztosítás szolgáltatásából.

Mikor kell a díjat megfizetni?



5. § A kiegészítő biztosítás díja

(1) A kiegészítő biztosítás díjának alapja a főbiztosítás díja.

(2) A kiegészítő biztosítás díja a főbiztosítás díjával egyidejűleg fizetendő. A főbiztosítás díjfizetési gyakorisága szerint felszámított pótdíj a kiegészítő biztosítás díjára is vonatkozik.

6. § Értékkövetés, indexálás

(1) A kiegészítő biztosítás díja mindig a főbiztosítás díjával és szolgáltatásával megegyezően indexálódik a biztosítási évfordulón.

(2) A főbiztosítást és a kiegészítő biztosítást egymástól függetlenül, külön indexálni nem lehet.

(3) A rokkantsági díjmentesítés tartama alatt a biztosító a) a főbiztosítás biztosítási összegét a kedvezményes indexszel indexálja, ha a rokkantság bekövetkeztekor a szerződő rendelkezett az indexálás jogával,

b) az alapbónusszal emeli a főbiztosítás díjtartalmát, illetőleg ennek megfelelően a biztosítási összegét, ha a rokkantság bekövetkeztéig a szerződő már elvesztette a jogát az indexálásra.

7. § Mentesülés

Az általános feltételekben foglaltakon túlmenően – a díjmentesítés nem történik meg, és a kiegészítő biztosítás minden további feltétel nélkül megszűnik, ha a rokkantságot a szerződő vagy a biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő.

8. § Kizárások

A főbiztosításra vonatkozó kizárásokon túlmenően a biztosítási védelem nem terjed ki a kockázatviselés kezdete előtt már meglévő betegségekkel, egészségkárosodásokkal, illetve fogyatékoságokkal közvetve vagy közvetlenül összefüggő egészségkárosodásokra.

9. § Maradékjogok

Mikor szűnik meg a biztosítás?



10. § Egyéb rendelkezések

(1) A kiegészítő biztosítás megszűnik:

- a) a főbiztosítás megszűnésekor,
- b) a főbiztosítás díjfizetési tartamának végén,
- c) annak az évnek a biztosítási évfordulóján, amelyben a biztosított betölti a 65. életévét,
- d) a 7. § szerinti mentesülés esetén.

Budapest, 2014. május 1.

MEB-B43, MEB-B48, MEB-B63

A METLIFE BIZTOSÍTÓ ZRT. BALESETI HALÁLRA SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

A baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítási szerződés (a továbbiakban: kiegészítő biztosítás) a jelen különös feltételek, valamint a MetLife Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) életbiztosítási szerződéseinek általános feltételei (a továbbiakban: általános feltételek) alapján jön létre a biztosító, valamint a szerződő között. Amennyiben jelen feltételek bármely rendelkezése eltér az általános feltételekben foglaltaktól, e feltételek rendelkezései az irányadóak. A biztosító külön belső utasításban állapítja meg, hogy mely főbiztosításai mellé és milyen feltételekkel köthető a kiegészítő biztosítás.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § Biztosított

- (1) Biztosított az lehet, aki a biztosítási szerződés létrejöttkor a 18. életévénél idősebb, de a 60. életévét még nem töltötte be.
- (2) A biztosított életkora a kiegészítő biztosítás tartamának lejártakor nem haladhatja meg a 65 évet.

Milyen hosszú a biztosítás tartama?



2. § A kiegészítő biztosítás tartama

- (1) A kiegészítő biztosítás:
 - a) a biztosító valamely rendszeres díjas főbiztosítása mellé köthető, a főbiztosítás megkötésekor,
 - b) önállóan nem köthető, és a főbiztosítás megszűnésével a kiegészítő biztosítás is megszűnik.
- (2) Meglévő főbiztosításhoz a kiegészítő biztosítás a főbiztosítás biztosítási évfordulója előtt legalább 1 hónappal felvett ajánlat révén a biztosítási évfordulóval, mint kezdettel tartam közben is megköthető. Ennek feltétele, hogy a biztosító az ajánlatot elfogadja, a főbiztosítás a biztosítási évforduló után érvényben maradjon, és a díjfizetési tartam folytatódjon.
- (3) A kiegészítő biztosítás az ajánlatnak a biztosító által történő elfogadásával 1 éves tartamra jön létre, és a főbiztosítás biztosítási évfordulóján automatikusan újabb 1 évvel meghosszabbodik, ha a felek a főbiztosítás biztosítási évfordulóját megelőzően 1 hónappal másképp nem nyilatkoznak, feltéve, hogy a főbiztosítás is érvényben marad és a főbiztosítás díjfizetési tartama még nem ért véget.

ben marad és a főbiztosítás díjfizetési tartama még nem ért véget.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító?



3. § Biztosítási esemény

Biztosítási esemény: a biztosítottnak a kiegészítő biztosítás tartamán belül történt baleset miatt, a baleset időpontjától számított egy éven belül bekövetkezett halála.

4. § Szolgáltatás

- (1) A biztosító a biztosított baleset miatt bekövetkező halála esetén a kiegészítő biztosítás tartozásokkal csökkentett aktuális biztosítási összegét fizeti ki a kedvezményezett részére.
- (2) A kiegészítő biztosítás biztosítási összege nem nő az általános feltételek 1. számú mellékletének (10) bekezdése szerint számított utolsó töredék bónusz többletösszegével.
- (3) Amennyiben a biztosított ugyanazon balesetből kifolyólag már részesült a biztosító baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosításának szolgáltatásában, a baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás alapján kifizetendő biztosítási összegből a biztosító a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő

Mikor kell a díjat megfizetni?



5. § A kiegészítő biztosítás díja

A kiegészítő biztosítás díja a főbiztosítás díjával egyidejűleg fizetendő. A főbiztosítás díjfizetési gyakorisága szerint felszámított pótdíj a kiegészítő biztosítás díjára is vonatkozik.

6. § Értékkövetés, indexálás

- (1) A főbiztosítást és a kiegészítő biztosítást egymástól függetlenül, külön indexálni nem lehet.
- (2) A kiegészítő biztosítás díja és szolgáltatása mindig a főbiztosítás díjával és szolgáltatásával megegyezően indexálódik a biztosítási évfordulón.

(3) Ha a szerződő visszautasítja a főbiztosítás indexálását, akkor a kiegészítő biztosítás biztosítási összege nem változik.

7. § Maradékjogok

A kiegészítő biztosítás nem rendelkezik maradékjogokkal.

8. § A biztosító teljesítése

(1) A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a biztosítási eseményt a szolgáltatás igénylőjének be kell jelentenie a biztosító részére. A bejelentést a biztosító kárbejelentő nyomtatványán, írásban kell megtenni.

(2) A biztosító teljesítésének további feltétele, hogy
a) a benyújtott igény jogosságát alátámasztó egészségügyi intézményi, illetőleg hatósági dokumentumok és információk a biztosító rendelkezésére álljanak, illetőleg
b) a biztosító által kért a biztosítási eseménnyel, a bekövetkezett sérüléssel és a sérült személy magatartásával, illetőleg az egészségügyi ellátással összefüggő minden további dokumentumot és információt a biztosító kezéhez kapjon.

(3) A szolgáltatás igénylőjének fel kell kérnie, és fel kell hatalmaznia a balesettel foglalkozó egészségügyi intézményeket és hatóságokat a biztosító által kért felvilágosítások megadására.

(4) Amennyiben az irat beszerzéséhez adatvédelmi okok miatt az érintett hozzájárulása szükséges, a hozzájárulás beszerzése, illetőleg megadása a kedvezményezett kötelezettsége és az iratok beszerzésének költsége is a kedvezményezettet terheli.

(5) Amennyiben a biztosított a baleset időpontjától számított egy éven belül a baleset következtében meghal,

a biztosító maradandó egészségkárosodás jogcímen szolgáltatást nem teljesít. Amennyiben a biztosított ugyanazon balesetből kifolyólag már részesült a biztosító maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosításának szolgáltatásában, a baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás alapján kifizetendő biztosítási összegből a biztosító a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítás alapján kifizetett szolgáltatást levonja.

A kiegészítő biztosítás nem rendelkezik maradékjogokkal.

Mikor szűnik meg a biztosítás?



9. § Egyéb rendelkezések

(1) A kiegészítő biztosítás megszűnik:

- a) a 3. § szerinti biztosítási esemény bekövetkezésekor,
- b) a biztosítási év végén, kifizetés nélkül, ha a szerződő vagy a biztosító nem járul hozzá annak automatikus meghosszabbításához újabb 1 évre,
- c) a biztosítási év végén, ha a szerződő írásban felmondja a kiegészítő biztosítást,
- d) a főbiztosítás megszűnésekor,
- e) a főbiztosítás díjfizetési tartamának végén,
- f) annak az évnek a biztosítási évfordulóján, amelyben a biztosított betölti a 65. életévét.

Budapest, 2014. május 1.

MEB-B45, MEB-B49, MEB-B65

A METLIFE BIZTOSÍTÓ ZRT. BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁSRA SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítási szerződés (a továbbiakban: kiegészítő biztosítás) a jelen különös feltételek, valamint a MetLife Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) életbiztosítási szerződéseinek általános feltételei (a továbbiakban: általános feltételek) alapján jön létre a biztosító, valamint a szerződő között. Amennyiben jelen feltételek bármely rendelkezése eltér az általános feltételekben foglaltaktól, e feltételek rendelkezései az irányadóak. A biztosító külön belső utasításában állapítja meg, hogy mely főbiztosításai mellé és milyen feltételekkel köthető a kiegészítő biztosítás.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § Biztosított

- (1) Biztosított az lehet, aki a biztosítási szerződés létrejöttkor a 18. életévénél idősebb, de a 60. életévét még nem töltötte be.
- (2) A biztosított életkora a kiegészítő biztosítás tartamának lejártakor nem haladhatja meg a 65 évet.

2. § Kedvezményezett

A kiegészítő biztosítás kedvezményezettje a biztosított, ha a szerződő által írásban tett, a biztosítóhoz eljuttatott nyilatkozaton más kedvezményezettet nem neveztek meg.

Milyen hosszú a biztosítás tartama?



3. § A kiegészítő biztosítás tartama

- (1) A kiegészítő biztosítás
 - a) a biztosító valamely rendszeres díjas főbiztosítása mellé köthető, a főbiztosítás megkötésekor,
 - b) önállóan nem köthető, és a főbiztosítás megszűnésével a kiegészítő biztosítás is megszűnik.
- (2) Meglévő főbiztosításhoz a kiegészítő biztosítás a főbiztosítás biztosítási évfordulója előtt legalább 1 hónappal felvett ajánlat révén a biztosítási évfordulóval, mint

kezdettel tartam közben is köthető. Ennek feltétele, hogy a biztosító az ajánlatot elfogadja, a főbiztosítás a biztosítási évforduló után érvényben maradjon és a díjfizetési tartam folytatódjon.

- (3) A kiegészítő biztosítás az ajánlatnak a biztosító által történő elfogadásával 1 éves tartamra jön létre, és a főbiztosítás biztosítási évfordulóján automatikusan újabb 1 évvel meghosszabbodik, ha a felek a főbiztosítás biztosítási évfordulóját megelőzően 1 hónappal másképp nem nyilatkoznak, feltéve, hogy a főbiztosítás is érvényben marad, és a főbiztosítás díjfizetési tartama még nem ért véget.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító?



4. § Biztosítási esemény

- (1) A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási esemény: a biztosítottnak a kiegészítő biztosítás tartamán belül történt baleset miatt, a baleset időpontjától számított két éven belül bekövetkezett, 31 %-os vagy annál magasabb mértékű maradandó egészségkárosodása.
- (2) A biztosítási eseményre hivatkozással két éven túl kárigény nem nyújtható be.
- (3) A maradandó egészségkárosodás e kiegészítő feltételekben: a test élettani funkcióiban vagy struktúráiban (a test anatómiai részeiben) bekövetkezett, a populációs standardhoz viszonyított, olyan mértékű változásai, melyek a biztosított tevékenységeinek, illetve az egyes élethelyzetekben való közreműködésének (részvételének) állandó és maradandó akadályozottságához vezetnek.
 - a) Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha az szakorvosilag kialakultnak tekinthető.
 - b) Az egészségkárosodás megállapítása szempontjából önmagukban nem képezhetik szolgáltatási igény alapját:
 - a munkaképesség megváltozása;
 - a sport, vagy bármely hobbitevékenység abbahagyásának kényszere;
 - a baleset következtében kialakuló hátrányos esztétikai következmények és egyéb hátrányok.
 - c) A maradandó egészségkárosodás tényét és mértékét – figyelembe véve a mellékelt tájékoztató táblázatban foglaltakat is – a biztosító szakorvosa állapítja meg.

- Az egészségkárosodásnak a biztosító orvosa által megállapítandó fokánál az orvosszakértői intézet (munkaképesség-csökkenés megállapítására jogosult szerv) szakvéleményében, az egészségi állapot mértékét meghatározó rehabilitációs hatóság komplex minősítésében, illetve a nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv határozatában megállapított, vagy hivatkozott egészségkárosodás mértéke nem irányadó, továbbá az orvost más orvosszakértői testületek határozata vagy szakértők szakvéleménye sem köti.
- Ha a baleset olyan testrészt, vagy testi funkciót érintett, amely már korábban is károsodott volt, a biztosító orvosa a szolgáltatás kiszámításának alapjául szolgáló károsodási fokot csökkenti a már korábban megállapított maradandó egészségkárosodási fokkal.

5. § Szolgáltatás

(1) A biztosító a biztosítottnak a 4. §-ban meghatározott egészségkárosodása esetén a kiegészítő biztosítás tartozásokkal csökkentett, a biztosítási esemény bekövetkezőkor érvényben lévő aktuális biztosítási összegének az egészségkárosodás fokával megegyező százalékát fizeti ki a biztosított részére. A biztosító kifizetése a biztosítási összeg 100 százalékát nem haladhatja meg.

(2) A kiegészítő biztosítás biztosítási összege nem nő az általános feltételek 1. számú mellékletének (10) bekezdése szerint számított utolsó töredék bónusz többletösszegével.

Mikor kell a díjat megfizetni?



6. § A kiegészítő biztosítás díja

A kiegészítő biztosítás díja a főbiztosítás díjával egyidejűleg fizetendő. A főbiztosítás díjfizetési gyakorisága szerint felszámított pótdíj a kiegészítő biztosítás díjára is vonatkozik.

7. § Értékkövetés, indexálás

(1) A főbiztosítást és a kiegészítő biztosítást egymástól függetlenül, külön indexálni nem lehet.

(2) A kiegészítő biztosítás díja és szolgáltatása mindig a főbiztosítás díjával és szolgáltatásával megegyezően indexálódik a biztosítási évfordulón.

(3) Ha a szerződő visszautasítja a főbiztosítás indexálását, akkor a kiegészítő biztosítás biztosítási összege nem változik.

8. § Maradékjogok

A kiegészítő biztosítás nem rendelkezik maradékjogokkal.

9. § A biztosító teljesítése

(1) A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a biztosítási eseményt a szolgáltatás igénylőjének be kell jelentenie a biztosító részére. A bejelentést a biztosító kárbejelentő nyomtatványán, írásban kell megtenni.

(2) A biztosító teljesítésének további feltétele, hogy

a) a benyújtott igény jogosságát alátámasztó egészségügyi intézményi, illetőleg hatósági dokumentumok és információk a biztosító rendelkezésére álljanak, illetőleg
b) a biztosító által kért – a biztosítási eseménnyel, a bekövetkezett sérüléssel és a sérült személy magatartásával, illetőleg az egészségügyi ellátással összefüggő – minden további dokumentumot és információt a biztosító kézhez kapjon.

(3) A szolgáltatás igénylőjének fel kell kérnie, és fel kell hatalmaznia a balesettel foglalkozó egészségügyi intézményeket és hatóságokat a biztosító által kért felvilágosítások megadására.

(4) Amennyiben az igény elbírálásához orvosi vélemény szükséges, a biztosított köteles magát alávetni a szükséges orvosi vizsgálatoknak. Abban az esetben, ha orvosi vizsgálat nem szükséges, továbbá, ha szükséges ugyan, de a biztosított a vizsgálatnak nem veti magát alá, a biztosító jogosult a rendelkezésre álló orvosi iratok és egyéb dokumentáció alapján a kárigényt elbírálni. Az esetleges orvosi szakvéleménnyel szemben a biztosított panasszal élhet.

(5) Amennyiben az irat beszerzéséhez adatvédelmi okok miatt az érintett hozzájárulása szükséges, a hozzájárulás beszerzése, illetőleg megadása a kedvezményezett kötelezettsége és az iratok beszerzésének költsége is a kedvezményezettet terheli.

(6) A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítésének kötelezettsége alól, amennyiben bebizonyosodik, hogy a baleset után nem vettek haladéktalanul orvosi segítséget igénybe, illetőleg nem folytatták az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig, vagy nem gondoskodtak a megfelelő ápolásról, valamint a baleset következményeinek lehetőség szerinti elhárításáról és enyhítéséről.

(7) Amennyiben a biztosított a baleset időpontjától számított egy éven belül a baleset következtében meghal, a biztosító maradandó egészségkárosodás jogcímen szolgáltatást nem teljesít. Amennyiben a biztosított ugyanazon balesetből kifolyólag már részesült a biztosító maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosításának szolgáltatásában, a baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás alapján kifizetendő biztosítási összegből a biztosító a baleseti eredetű maradandó egész-

séggkárosodásra szóló kiegészítő biztosítás alapján kifizetett szolgáltatást levonja.

10. § Kizárások

Nem terjed ki a biztosítási védelem a kockázatviselés kezdete előtt már meglévő betegségekkel, egészségkárosodásokkal, illetve fogyatékosságokkal közvetve vagy közvetlenül összefüggő balesetekre, valamint balesetből eredő egészségkárosodásokra.

Mikor szűnik meg a biztosítás?



11. § Egyéb rendelkezések

(1) A kiegészítő biztosítást csak abban az esetben lehet a főbiztosításhoz megkötni, ha ugyanehhez a főbiztosításhoz kötött baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás érvényben van, vagy a szerződő ezzel egyidejűleg baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítást is köt a főbiztosításhoz.

(2) E kiegészítő biztosítás biztosítási összege nem lehet nagyobb, mint ugyanahhoz a főbiztosításhoz kötött

baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összege.

(3) Ha a főbiztosítás biztosítási tartamán belül a baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás megszűnik, akkor minden további feltétel nélkül e kiegészítő biztosítás is megszűnik.

(4) A (3) bekezdésben említetten kívül a kiegészítő biztosítás megszűnik:

a) több egymást követő biztosítási eseményből eredő szolgáltatási igény teljesítését követően akkor, ha a biztosító által megállapított egészségkárosodás foka a 100%-ot elérte,

b) a biztosítási év végén, kifizetés nélkül, ha a szerződő vagy a biztosító nem járul hozzá annak automatikus meghosszabbításához újabb 1 évre,

c) a biztosítási év végén, ha a szerződő írásban felmondja a kiegészítő biztosítást,

d) a főbiztosítás megszűnésekor,

e) a főbiztosítás díjfizetési tartamának végén,

f) annak az évnek a biztosítási évfordulóján, amelyben a biztosított betölti a 65. életévét.

Budapest, 2014. május 1.

TÁJÉKOZTATÓ TÁBLÁZAT A MARADANDÓ EGÉSZSÉGHÁRÓSODÁS ÉRTÉKELÉSÉHEZ

A táblázat – hangsúlyozottan a teljesség igénye nélkül – néhány testrész, végtag maradandó egészségkárosodásának, illetőleg elvesztésének a funkciók teljessége, illetőleg a teljes test működőképessége szempontjából történő értékeléséhez ad irányokat a biztosító kárigényeket elbíráló szakértői számára. Az értékek ezen alapesetekben a sérüléssel nem feltétlenül együttjáró károsodott végállapot zavartalan (következmény, illetve szövődménymentes) kialakulására vonatkoznak.

Megnevezés	Károsodás mértéke
A) A felső végtagot érhető egyes veszteségek, teljes funkcióvesztések:	
Mindkét felkar	100%
Egy felkar	80%
Egy alkar	70%
Egy kéz csuklóízülettől	65%
Hüvelykujj teljes hiánya	30%
II. ujj (mutató) teljes hiánya	20%
III. ujj (középső) teljes hiánya	10%
IV. ujj (gyűrűs) teljes hiánya	10%
V. ujj (kis) teljes hiánya	10%
B) Az alsó végtagot érhető egyes veszteségek, teljes funkcióvesztések:	
Mindkét comb	100%
Egy comb, ellenoldali lábszár	100%
Két oldali lábszár	80%
Egy comb	80%
Térdízület	80%
Egy lábszár	70%
Láb bokaízülettől	40%
Lábfej	40%
I. (első) ujj teljes hiánya	10%
II.-III.-IV.-V. ujjak bármelyikének teljes hiánya	5%
C) Adott érzékelő szerveket érhető egyes veszteségek, teljes funkcióvesztések:	
Egy szem sérüléssel hiánya	50%
Mindkét szem sérüléssel eredetű hiánya	100%
Mindkét oldali teljes halláskiesés	50%
A beszélnélképesség teljes elvesztése	50%
A szaglólóérzék teljes elvesztése	5-10%
Az ízlésélőképesség teljes elvesztése	5-10%
D) Egyes – maradandó egészségkárosodással is járható – törések	
Arckoponya csontjainak törése (műtetet nem indokló deformitás nélkül)	15%
Állkapocs törése fogak sérülésétől függően	15-30%
Alkar, illetve felkar törései	15-30%
A kezujjak csontjainak törései	0-10%
Sorozat bordatörés (legalább 4 vagy több)	10%
Medence törései	15-25%
Combnyaktörés	40%
Térdkalács törés	0-10%
Lábszár csontok komplett törése	20%
Kül- vagy belboka törése	10%
A lábujjak csontjainak törései	5%

Budapest, 2014. május 1.

MEB-B46, MEB-B66, MEB-B76

A METLIFE BIZTOSÍTÓ ZRT. LÓCI ÓRIÁS LESZ GYERMEKEK EGYES SÚLYOS BETEGSÉGEIRE ÉS BALESETEIRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI ÉS MELLÉKLETEI

A Lóci óriás lesz kiegészítő biztosítási szerződés (a továbbiakban: kiegészítő biztosítás), a kiegészítő biztosításban együttbiztosított gyermek egyes súlyos betegségeire, súlyos baleseteire, valamint halálára szól, és e feltételek, továbbá a MetLife Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) életbiztosítási szerződéseinek általános feltételei (a továbbiakban: általános feltételek), valamint a főbiztosítás különös feltételei alapján jön létre a biztosító és a szerződő között.

1. § Meghatározások

(1) Baleset:

- a) baleset alatt a főbiztosítás 5. § (3) és (4) bekezdésében meghatározottak értendők,
b) a balesetek köréből az a baleset, amely a 3. és a 4. számú mellékletekben meghatározott súlyos fogyatékosságot, súlyos törést, illetőleg halált okoz.

(2) Súlyos betegség:

- a) súlyos betegség a feltételek 2. számú mellékletében tételesen felsorolt, diagnosztizált betegség vagy betegségcsoport, valamint egyes betegségek vonatkozásában annak jelen feltételekben meghatározott ideig történő fennmaradása;
b) a biztosító szolgáltatását jelen feltételekben meghatározott esetekben a betegség bekövetkezése és az adott életkorban elvárható önellátó képesség adott betegséggel együtt járó súlyos zavarainak együttese, vagy a betegség jelen feltételekben meghatározott ideig tartó kezelése váltja ki.

(3) Az életkornak megfelelő önellátó képesség súlyos zavara:

- a) e feltételben azt jelenti, hogy a kezelő orvos megállapítása szerint a biztosított személy a feltételekben meghatározott egyes betegségek (rosszindulatú daganatok, agyvelőgyulladás, agyhártyagyulladás, valamint az arckoponya súlyos sérülései) esetében, azzal összefüggésben, egyes mindennapi tevékenységeknek az adott életkorban elvárható önálló elvégzésére visszavonhatatlanul és teljesen képtelenné válik;
b) e feltételekben a 36 hónapos kor betöltését követően akkor állapítható meg, ha a meghatározott súlyos betegséggel legalább három, a zavarra utaló jellemző együtt jár a biztosítás tartama alatt a 36. vagy a 42. hónapot követő kezdettel, legalább hat egymást követő hónapon keresztül.

Az önellátó képesség zavarát jelenti, ha a biztosított legalább 36 hónapos és segítséggel sem képes:

- fürdeni, zuhanyozni, illetőleg általában önmaga tisztán tartására;
- felöltözni, illetve levetkőzni;
- a lakáson belül közlekedni (az egyik szobából a másikba egyedül átmenni; felkelni az ágyból, lefeküdni az ágyba; a székbe leülni, vagy onnan felállni);
- önállóan étkezni.

A 42. hónap betöltését követően az önellátó képesség zavarát jelenti a fentiekén túl az is, ha a biztosított nem képes:

- használni a WC-t és ügyelni a személyes higiéniájára;
- az ürítést kontrollálni.

Az előzőektől függetlenül önmagában is az önellátó képesség zavarát jelenti az, ha a legalább 36 hónapos biztosított legalább 6 hónapon keresztül:

- mentális okok miatt veszélyeztetni saját, vagy mások testi épségét, vagy
- állandóan ágyban fekszik, segítség nélkül nem tud onnan felkelni,

és ezen okok miatt állandó felügyeletre szorul.

(4) Kezelő orvos: a beteg adott betegségével, illetve egészségi állapotával kapcsolatos vizsgálati és terápiás tervet meghatározó, továbbá ezek keretében beavatkozásokat végző orvos (a feltételekben a szakmai megnevezésével jelölt szakorvos is), aki a beteg gyógykezeléséért felelősséggel tartozik; aki nem azonos a szerződővel, a törvényes képviselővel, illetve a biztosítottal, valamint azok közeli hozzátartozójával.

(5) Egészségügyi szolgáltató: a tulajdoni formától és a fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély alapján jogosult jogi személy, jogi személyiség nélküli szervezet és minden olyan természetes személy, aki a szolgáltatást saját nevében nyújtja.

(6) Kórház: fekvőbeteg ellátást nyújtó, kórházi ellátásra jogosított, és ekként nyilvántartott egészségügyi szolgáltató (ideértve a klinikákat is).

**Kire vonatkozik
a biztosítási védelem?**



2. § Biztosított, törvényes képviselő

(1) Jelen feltételek alapján létrejövő kiegészítő biztosításban biztosított lehet

a) az a gyermek, aki a kockázatviselés kezdetekor 6 hónapnál idősebb, de a kockázatviselés kezdetét megelőző naptári év végéig még nem töltötte be a 8. életévét;
b) a már biztosított gyermek azon biztosítási év végéig, amelyben a 18. életévét betölti.

(2) Törvényes képviselő: a gyermek felett felügyeletet gyakorló szülő, gyám vagy eseti gondnok. A törvényes képviselő a kiegészítő biztosítás vonatkozásában felmerülő – a gyermekkel kapcsolatos – jogai gyakorlásán túl, közreműködik a szerződés teljesítésében.

(3) A kiegészítő biztosítás létrejöttének érvényességi feltétele a törvényes képviselő hozzájáruló nyilatkozata a gyermek biztosítottként történő megnevezéséhez, a szerződéskötéshez, valamint nyilatkozata a szerződés feltételei megismeréséről és annak teljesítésében való közreműködési kötelezettségének elfogadásáról.

(4) A kiegészítő biztosítás tartama alatt a törvényes képviselő személyében történő változás bejelentése a szerződő kötelezettsége.

(5) A törvényes képviselő személyében bekövetkezett változást követően a kiegészítő biztosítás érvényességi feltétele az új törvényes képviselőnek a kiegészítő biztosításra és a szerződés teljesítésében történő személyes közreműködésére vonatkozó elfogadó nyilatkozata.

(6) A törvényes képviselő további jogait és kötelezettségeit e feltételek 3. §-a, a 4. § (3) és (4), az 5. § (2), (3), (4) és (5), a 8. § (1) és (2), valamint a 10. § (1) bekezdései tartalmazzák.

(7) E kiegészítő biztosításban a biztosítottként megnevezett személy a főbiztosítási szerződésben biztosított természetes személlyel együttlébiztosított.

3. § Kedvezményezett

A szolgáltatások kedvezményezettje minden esetben a biztosítottnak az ajánlaton, vagy a 2. § (2) és (4) bekezdése szerint megnevezett törvényes képviselője.

Milyen hosszú a biztosítás tartama?



4. § A kiegészítő biztosítás létrejötte, tartama, várakozási idő

(1) A kiegészítő biztosítás a biztosító valamely rendszeres díjas főbiztosítása mellé köthető a főbiztosítás megkötésekor. A kiegészítő biztosítás önállóan nem köthető, és a főbiztosítás megszűnésével a kiegészítő biztosítás is megszűnik.

a) Egy biztosítottra csak egy kiegészítő biztosítás köthető.

b) Egy főbiztosítás mellé több kiegészítő biztosítás köthető.

(2) Meglévő főbiztosításhoz e kiegészítő biztosítás kötése a főbiztosítás tartama alatt tett ajánlattal kezdeményezhető. A kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete az ajánlat elfogadását követő első biztosítási évforduló.

(3) A törvényes képviselő az ajánlaton nyilatkozik:

a) a gyermek biztosítottként történő megnevezéséről,

b) a szerződés megkötéséhez való hozzájárulásáról,

c) a szerződés feltételeinek megismeréséről és az abban foglalt közreműködési kötelezettsége elfogadásáról, valamint

d) az általános feltételek és a főbiztosítás különös feltételei érvényességének e kiegészítő biztosításra történő kiterjesztésének tudomásul vételéről.

(4) A törvényes képviselő az egészségi nyilatkozaton

a) tesz eleget a biztosított egészségi állapotával, és az előírt védőoltásokban való részesítésének igazolásával kapcsolatos közzéi kötelezettségének;

b) nyilatkozik az orvosok és egészségügyi intézmények orvosi titoktartás alóli, a biztosítóval szembeni felmentéséről.

(5) E kiegészítő biztosítás az ajánlatnak a biztosító által történő elfogadásával 5 éves időtartamra jön létre, de legfeljebb a főbiztosítás díjfizetési tartamának végéig.

(6) A biztosító a díjszabást 5 éves tartamokra garantálja.

a) Az 5 év elteltével a biztosító a díjszabását felülvizsgálja és a feltételekben meghatározott biztosítási események bekövetkezési valószínűségeinek változása esetén a díjszabását újrakalkulálhatja.

b) Az adott kiegészítő biztosításra vonatkozó új díjszabás az 5. évfordulótól kerül alkalmazásra.

(7) A tartam meghosszabbodik

a) a kiegészítő biztosítás minden 5. biztosítási évfordulóján automatikusan újabb 5 évvel,

b) legfeljebb a főbiztosítás díjfizetési tartamának lejáratáig, illetve

c) a biztosított 18. életévének betöltését követő évfordulóig,

d) feltéve, hogy a felek az évfordulót megelőzően másfépp nem nyilatkoznak.

(8) A biztosító változtatási szándéka esetén legkésőbb 2 hónappal az évfordulót megelőzően értesíti a szerződőt a kiegészítő biztosítást érintő változásokról.

a) A biztosítási jogviszony újabb 5 évre fennmarad, amennyiben a szerződő a levélben foglaltakat írásban, legkésőbb az értesítést követő 30 napon belül nem utasította vissza.

b) Visszautasítás esetén a kiegészítő biztosítás a biztosítási évfordulón megszűnik.

(9) A biztosító értesítésének hiánya esetén a kiegészítő biztosítás a következő 5 évben is változatlan feltételekkel és díjszabással marad érvényben.

(10) A várakozási idő:

a) ha a biztosított a kiegészítő biztosítás kockázatviselés kezdetének időpontjában 12 hónaposnál fiatalabb,

akkor a kockázatviselés kezdetétől számított 6 hónap, de legfeljebb a biztosított 15 hónapos korát követő első hónapfordulóig tart,

b) a 12. hónap betöltését követően pedig a kockázatviselés kezdetétől számított 3 hónap.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító?



5. § Szolgáltatás az egyes biztosítási események bekövetkezése esetén

(1) A szolgáltatás meghatározása

A biztosító a feltételekben megnevezett súlyos betegségek, balesetből eredő súlyos fogyatékoságok és súlyos törések, valamint a biztosított halála esetén az adott esetre vonatkozó aktuális biztosítási összeg 1. számú mellékletben meghatározott hányadát fizeti ki.

(2) Nem nyújt szolgáltatást a biztosító az általános feltételeknek a közlési kötelezettségre, a biztosító mentesülésére, valamint a kizárt kockázatokra vonatkozó paragrafusaiiban foglaltakon túl akkor, ha

a) a biztosított megbetegedése, balesete, illetőleg halála öngyilkossági kísérlettel összefüggésben, alkoholizmus, illetőleg kábítószer-fogyasztás, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként való alkalmazása következtében alakult ki, illetőleg következett be;

b) a törvényes képviselő sértette meg a közlési kötelezettséget;

c) a biztosított az életkorának megfelelő kötelező védőoltásokat nem kapta meg;

d) a biztosított állapota a törvényes képviselőnek felróható magatartása következtében áll be; és a bekövetkezett biztosítási esemény a fenti okok bármelyikével okozati összefüggésbe hozható.

(3) Szolgáltatás súlyos betegségek esetén

a) A súlyos betegséget a biztosító orvosa állapítja meg a kezelést végző egészségügyi szolgáltató által kiállított és a törvényes képviselő által benyújtott dokumentumok, valamint a 2. számú melléklet alapján.

b) A biztosító a kárigény elfogadása esetén a súlyos betegségekre vonatkozó aktuális biztosítási összeg 1. számú mellékletben meghatározott hányadának megfelelő biztosítási szolgáltatást nyújtja.

c) A biztosító akkor teljesít súlyos betegségre – a 2. számú mellékletben az adott betegség eseteire meghatározott feltételek fennállása mellett – szolgáltatást, ha a biztosított a kezdeti diagnózist követő 28. napon túl életben van.

(4) Szolgáltatás balesetből eredő súlyos fogyatékoságok esetére

a) Súlyos fogyatékoság e feltételek vonatkozásában a 3. számú mellékletben meghatározott testrészeknek a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesetet követő két éven belül bekövetkező elvesztése.

b) A fogyatékoságot a biztosító orvosa állapítja meg a kezelést végző egészségügyi szolgáltató által kiállított és a törvényes képviselő által benyújtott dokumentumok, valamint a 3. számú mellékletben közölt táblázat alapján.

c) A biztosítási tartam során a balesetből eredő súlyos fogyatékoságra vonatkozó védelem megszűnik a biztosítási hónapfordulón akkor, ha a súlyos fogyatékoságokra teljesített, az egyes kifizetések számítási alapjául szolgáló (adott szolgáltatások mértékeinek az aktuális biztosítási összegekhez viszonyított arányait meghatározó, a 3. számú mellékletben közölt) arányszámok összege eléri a 100 %-ot.

d) A balesetből eredő súlyos fogyatékoságra nyújtandó szolgáltatás alapja a súlyos betegségre vonatkozó aktuális biztosítási összeg 20 %-a. A biztosító a súlyos fogyatékoságra benyújtott kárigény elfogadása esetén ezen összeg 3. számú mellékletben meghatározott hányadát fizeti ki.

e) A biztosító e szolgáltatást a várakozási idő alatt is nyújtja.

(5) Szolgáltatás balesetből eredő súlyos törések esetére

a) Súlyos törés a biztosított balesetéből eredő, a 4. számú mellékletben meghatározott testrészen, csontozaton a baleset során azonnal elszenvedett törés.

b) Nem terjed ki a súlyos törésre vonatkozó biztosítási védelem arra a biztosított személyre, aki osteogenesis imperfectában (törékenységet okozó betegségben) szenved, ha a biztosítási esemény ezzel összefüggésbe hozható.

c) A súlyos törés bekövetkezését a biztosító orvosa állapítja meg a kezelést végző egészségügyi szolgáltató által kiállított és a törvényes képviselő által benyújtott dokumentumok, valamint a 4. számú mellékletben közölt meghatározások alapján.

d) Amennyiben a baleset előtt már meglévő betegségek vagy fogyatékoságok közrehatottak a baleset következményeiben és a közrehatás legalább 25 százalékos, a biztosító a fizetendő összeget a közrehatás mértékével csökkenti. A közrehatást és mértékét a biztosító orvosa állapítja meg.

e) A biztosítási évben bekövetkező több baleset esetén is jár szolgáltatás, de a biztosító a biztosítási év során legfeljebb a súlyos törésekre meghatározott aktuális biztosítási összeget fizeti ki.

f) A balesetből eredő súlyos törésekre nyújtandó szolgáltatás alapja a súlyos betegségre vonatkozó aktuális biztosítási összeg 5 %-a. A biztosító a súlyos törésre benyújtott kárigény elfogadása esetén ezen összeg 4. számú mellékletben meghatározott hányadát fizeti ki.

g) A biztosító e szolgáltatást a várakozási idő alatt is nyújtja.

(6) Támogatás halál esetére

A biztosító a biztosítottnak a várakozási idő után bármely okból bekövetkező, illetőleg a várakozási idő alatt bekövetkező baleseti halála esetén a súlyos betegségekre vonatkozó aktuális biztosítási összeg 2%-ának megfelelő támogatást nyújt.

(7) A kiegészítő biztosítás biztosítási összege nem nő az általános feltételek 1. számú mellékletének 10. bekezdése szerint számított töredékbónusz többletösszegével.

Mikor kell a díjat megfizetni?



6. § A kiegészítő biztosítás díja. Indexálás

(1) A kiegészítő biztosítás díja a főbiztosítás díjával egyidejűleg fizetendő. A főbiztosítás díjfizetési gyakorisága szerint felszámított pótdíj a kiegészítő biztosítás díjára is vonatkozik.

(2) A főbiztosítást és a kiegészítő biztosítást egymástól függetlenül, külön indexálni nem lehet.

(3) A kiegészítő biztosítás díja és szolgáltatása mindig a főbiztosítás díjával és szolgáltatásával megegyezően indexálódik a biztosítási évfordulón.

(4) Ha a szerződő visszautasítja a főbiztosítás indexálását, akkor a kiegészítő biztosítás biztosítási összege nem változik.

7. § Maradékjogok

E kiegészítő biztosítás nem rendelkezik maradékjogokkal.

8. § A biztosító teljesítése

(1) A biztosítási események köréből a betegség diagnosztizálását az annak bekövetkezésétől számított 2 hónapon belül, a baleset bekövetkezésétől 15 napon belül a biztosítónak be kell jelenteni, és a biztosító által kért felvilágosításokat meg kell adni, valamint lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését. A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítésének kötelezettsége alól, ha e feltételek nem teljesülnek és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlennek válnak.

(2) A biztosító a szolgáltatási kötelezettségét az alábbi dokumentumok alapján bírálja el:

a) az adott biztosítási esemény bekövetkezését igazoló, a kezelést végző egészségügyi intézmény, illetőleg

kezelőorvos által készített és a törvényes képviselő által benyújtott dokumentumok;

b) a törvényes képviselő által benyújtott kárigény;

c) külföldi egészségügyi dokumentumok esetén, az eredeti dokumentumokhoz csatolt, a törvényes képviselő által beszerzett hiteles szakfordítás.

(3) A biztosító az elbíráláshoz szükséges, a megbetegedés vagy sérülés bekövetkeztét, illetőleg egyes esetekben a műtét vagy más beavatkozás, valamint a kezelés elvégzését igazoló és benyújtandó dokumentumokat az ezen esetek meghatározását is tartalmazó 2., 3. és 4. számú mellékletekben írja elő.

(4) Amennyiben az igény elbírálásához orvosi vélemény szükséges, a biztosított köteles magát alávetni a szükséges orvosi vizsgálatoknak. Abban az esetben, ha orvosi vizsgálat nem szükséges, továbbá ha szükséges ugyan, de a biztosított a vizsgálatnak nem veti magát alá, a biztosító jogosult a rendelkezésre álló orvosi iratok és egyéb dokumentáció alapján a kárigényt elbírálni. Az esetleges orvosi szakvéleménnyel szemben a biztosított panasszal élhet.

(5) Amennyiben az irat beszerzéséhez adatvédelmi okok miatt az érintett hozzájárulása szükséges, a hozzájárulás beszerzése, illetőleg megadása a kedvezményezett kötelezettsége és az iratok beszerzésének költsége is a kedvezményezettet terheli.

9. § Kizárások

Nem terjed ki a biztosítási védelem a kockázatviselés kezdete előtt már meglévő betegségekkel, egészségkárosodásokkal, illetve fogyatékosságokkal közvetve vagy közvetlenül összefüggő balesetekre, valamint balesetből eredő egészségkárosodásokra.

Mikor szűnik meg a biztosítás?



10. § Egyéb rendelkezések

(1) A kiegészítő biztosítás megszűnik:

a) a biztosítási hónapfordulón, ha a súlyos betegségekre teljesített, az egyes kifizetések számítási alapjául szolgáló (adott szolgáltatások mértékeinek az aktuális biztosítási összegekhez viszonyított arányait meghatározó) arányszámok összege eléri a 100%-ot;

b) a biztosított halála esetén;

c) ha a szerződő írásban felmondja a kiegészítő biztosítást;

d) a felmondás szabályai szerint, ha a törvényes képviselő a 2. § (3) bekezdése szerint tett hozzájáruló nyilatkozatát visszavonja;

e) a biztosítási évfordulón, ha a szerződő nem fogadja el a díjszabás változtatását;
f) a főbiztosítás megszűnésekor;
g) a főbiztosítás díjfizetési tartamának a végén;
h) azon biztosítási év végén, amelyben a kiegészítő biztosítás biztosítottja betölti 18. életévét;

i) ha bebizonyosodik, hogy a szerződő, vagy a törvényes képviselő közlési vagy bejelentési kötelezettséget sértett;
j) díjnemfizetés miatt.

Budapest, 2014. május 1.

LÓCI ÓRIÁS LESZ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS 1. SZÁMÚ MELLÉKLETE

Szolgáltatások összefoglaló táblázata

A) Betegségek

A biztosítási esemény bekövetkezése, illetőleg a kárigény elfogadása esetén a biztosító szolgáltatásként az ajánlattételkor választott szolgáltatásnak megfelelő aktuális biztosítási összeget, vagy annak alábbiakban meghatározott hányadát fizeti ki, a 2. számú melléklet rendelkezései szerint.

Biztosítási esemény (részletesebben ld. a 2. számú mellékletben)

Szolgáltatás

I. Rosszindulatú daganatok, leukémiák (fehérvérűség)

- a) A betegség bekövetkezése és az életkornak megfelelő önellátó képesség súlyos zavarai esetén 100%
 b) Amennyiben a betegség olyan következményekkel jár, amelyre az e kiegészítő biztosításban foglalt biztosítási védelem kiterjed, úgy a biztosító az ott meghatározott feltételek teljesülése esetén az ott meghatározott szolgáltatást teljesíti

II. Agyhártyagyulladás (meningitis)

- a) A betegség bekövetkezése és az életkornak megfelelő önellátó képesség súlyos zavarai esetén 100%
 b) Amennyiben a betegség olyan következményekkel jár, amelyre az e kiegészítő biztosításban foglalt biztosítási védelem kiterjed, úgy a biztosító az ott meghatározott feltételek teljesülése esetén az ott meghatározott szolgáltatást teljesíti

III. Agyvelőgyulladás (encephalitis)

- a) A betegség bekövetkezése és az életkornak megfelelő önellátó képesség súlyos zavarai esetén 100%
 b) Amennyiben a betegség olyan következményekkel jár, amelyre az e kiegészítő biztosításban foglalt biztosítási védelem kiterjed, úgy a biztosító az ott meghatározott feltételek teljesülése esetén az ott meghatározott szolgáltatást teljesíti

IV. Csontvelő-elégtelenség (aplasticus anaemia)

- a) Többszöri transzfúzió valamely vérkészítménnyel, min. 2 hónapon keresztül 100%
 b) Rendszeres, legalább 1 hónapon keresztül folytatott immunszuppresszív kezelés 50%
 c) Csontvelő átültetés 100%

V. Vírus hepatitisek (vírusos májgyulladás: hepatitis B, C, D, E – kivéve Hepatitis A)

A májenzimek adott életkori normálértékekhez viszonyított min. 4-szeres emelkedése, amelynek a kezelést követően is legalább 6 hónapon keresztül fenn kell állnia 100%

VI. Epilepszia (központi idegrendszer visszatérő görcsös rohamokkal, tudatzavarokkal járó megbetegedése)

- a) Több, mint heti egy alkalommal ismétlődő „nagy” roham, amely a megfelelőnek tartott kezelés ellenére több, mint 2 éve tart 100%
 b) Több, mint havi egy, de kevesebb, mint heti egy alkalommal ismétlődő „nagy” roham, amely a megfelelőnek tartott kezelés ellenére több, mint 2 éve tart 20%

VII. Krónikus, szerzett szívbetegségek

- a) A kiváltó betegség adekvát kezelése ellenére, 6 hónapon túl is megállapítható, NYHA (Amerikai Kardiológus Társaság; New York Heart Association) 50% (II. III.)
 klasszifikációja szerint II. fokozatú vagy súlyosabb és 100% (IV.)
 b) Az adott kiváltó betegség gyógyultnak nyilvánítása után legalább 6 hónappal 50% (II. III.)
 még fennálló, NYHA II. fokozatú vagy ennél súlyosabb kardiológiai szövődmény és 100% (IV.)

VIII. Bénulások

- a) A gerincvelő valamely betegségének következtében kialakult, egy végtag (teljes kar, vagy teljes láb) állandó, tartós bénulása 50%
 b) A gerincvelő valamely betegségének következtében kialakult, teljes egyoldali, vagy kétoldali, vagy minden végtagot érintő bénulás 100%

IX. Vakság

- a) Akut betegség következtében kialakult maradandó látáskiesés egy szemben 50%
 b) Akut betegség következtében kialakult maradandó látáskiesés két szemben 100%

X. Siketség

- a) Akut betegség következményeképpen kialakult teljes, végleges halláskiesés minden hangfrekvencia tartományban egy fülben 20%
 b) Akut betegség következményeképpen kialakult teljes, végleges halláskiesés minden hangfrekvencia tartományban mindkét fülben 50%

XI. Vérkészítmény következtében kialakult HIV fertőzés

AIDS, illetve HIV fertőzés, amely bizonyíthatóan valamely olyan humán vérkészítmény beadása következtében alakult ki, amelyet a biztosított a kockázatviselés kezdete után kapott 100%

XII. Veseelégtelenség

Ún. „végállapotú” veseelégtelenség, amely mindkét vese működésének krónikus, már vissza nem fordítható elégtelenségét jelenti 100%

XIII. Inszulin dependens diabetes mellitus (DM-I)

Legalább már 3 hónapja inzulin kezelésre szoruló DM-I, kórházak vagy klinikák zárójelentése alapján 60%

B) Balesetből eredő súlyos fogyatékoságok

A biztosítási esemény bekövetkezése, illetőleg a kárigény elfogadása esetén a biztosító a súlyos betegségekre vonatkozó aktuális biztosítási összeg 20%-ának a 3. számú melléklet rendelkezései szerint meghatározott hányadát fizeti ki.

C) Balesetből eredő súlyos törések

A biztosítási esemény bekövetkezése, illetőleg a kárigény elfogadása esetén a biztosító a súlyos betegségekre vonatkozó aktuális biztosítási összeg 5%-ának a 4. számú melléklet rendelkezései szerint meghatározott hányadát fizeti ki.

D) Halálozás

A biztosítási esemény bekövetkezése, illetőleg a kárigény elfogadása esetén a biztosító a súlyos betegségekre vonatkozó aktuális biztosítási összeg 2%-át fizeti ki.

Budapest, 2014. május 1.

LÓCI ÓRIÁS LESZ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS 2. SZÁMÚ MELLÉKLETE

Súlyos betegségek

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

A rák: rosszindulatú sejteknek a gazdaszervezet ellenőrzése nélkül való kóros burjánzása, amely a normális szövetek tönkremeneteléhez vezet. A kórképek magukban foglalják a Hodgkin-betegséget és az ún. non-Hodgkin lymphomákat is.

A biztosítási esemény akkor következik be, ha a betegség a diagnosztizálást követően olyan következményekhez vezet, amelyre az ezen mellékletben foglalt biztosítási védelem kiterjed, vagy ha a betegség az életkornak megfelelő önellátó képesség súlyos zavaraihoz vezetett. A kárigény elbírálásához kórházi zárójelentés és az önellátó képesség súlyos zavarait igazoló ideggógyász szakvélemény szükséges!

1. Amennyiben a diagnosztizált rák olyan betegséget idéz elő, amelyre az e kiegészítő biztosításban foglalt biztosítási védelem kiterjed, úgy a biztosító az ott meghatározott feltételek teljesülése esetén az ott meghatározott szolgáltatást nyújtja.

2. Diagnosztizált rák és a biztosított életkorának megfelelő önellátó képesség súlyos zavara esetén a szolgáltatás az aktuális biztosítási összeg 100%-a.

3. A biztosító nem nyújt szolgáltatást az alábbi esetekre:

- a) Az ún. premalignusnak leírt, de nem egyértelműen a rosszindulatúság tulajdonságait hordozó kórképekre, beleértve az ún. in situ carcinomát is.
- b) Szövettani vizsgálattal meghatározott, 1,5 mm max. vastagságot nem meghaladó festékes anyajegyek-melanomákra, amelyek a Clark szerinti besorolás szerint a 3-as fokozatnál kisebb mértékű mélyégi inváziót mutatnak.
- c) A bőr basaliomái és a hyperkeratosiok minden formájára (igen lassú növekedés).
- d) A bőr elszarusodó sejt carcinomájának bármely formájára, amely nem terjed más szövetbe.
- e) Minden AIDS-szel, illetve HIV-fertőzéssel kapcsolatos daganatra, beleértve a Kaposi sarcomát is.
- f) Lymphoid leukaemia krónikus formájára.

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

- Bármely régebbi daganatos, vagy pre-malignus elváltozás,
- a) hólyag papilloma,
- b) vastagbél polyposis,

- c) Crohn betegség,
- d) colitis ulcerosa,
- e) haematuria (vérvizelés),
- f) véres széklet,
- g) vérköpés,
- h) nyirokcsomó-megnagyobbodás (lymphadenopathia),
- i) lépmegegyobbodás (splenomegalia).

5. A csoportba tartozó és nem kizárt betegségek diagnosztizálása, illetőleg a szolgáltatásból nem kizárt esetek bekövetkezése esetén a biztosító az aktuális biztosítási összeg 10%-ának megfelelő gyógyulási támogatást ad:

- a) az erre vonatkozó dokumentumok benyújtását és a betegség kezelőorvos általi igazolásának elfogadását követően, függetlenül attól, hogy a biztosító a betegség fennmaradásával összefüggésben a biztosítási szolgáltatást később teljesíti-e, vagy attól eláll;
- b) mely támogatást levonja az ugyanezen eseményre esetleg később teljesítésre kerülő biztosítási szolgáltatásból.

II. Agyhártagygyulladás (meningitis)

Az agyburkok baktériumok, vírusok, ritkábban gombák vagy protozoonok által kiváltott gyulladása, amelynek során az agyvízben fehérvérsejtek szaporodnak fel. A kórkép következményeként esetenként változó súlyosságú idegrendszeri károsodás alakul ki. Megkülönböztetünk primer (elsődleges), post infectiosus (igazoltan a lezajlott fertőzés utóképeként alakul ki az idegrendszeri károsodás), illetve para-infectiosus (elsődlegesen más szerv fertőzéséhez csatlakozóan, vele egy időben zajlik az idegrendszer megbetegedése) formákat. A besorolásnál mindezen formák figyelembe veendőek.

A biztosítási esemény akkor következik be, ha a betegség a diagnosztizálást követően olyan következményekhez vezet, amelyre az ezen mellékletben foglalt biztosítási védelem kiterjed, vagy ha a betegség az életkornak megfelelő önellátó képesség súlyos zavaraihoz vezetett. A kárigény elbírálásához fekvőbeteg-gyógyintézet zárójelentése és az önellátó képesség súlyos zavarait igazoló ideggógyász szakvélemény szükséges!

1. Amennyiben a diagnosztizált agyhártagygyulladás olyan betegséget idéz elő, amelyre az e kiegészítő biztosításban foglalt biztosítási védelem kiterjed, úgy a biztosító az ott meghatározott feltételek teljesülése esetén az ott meghatározott szolgáltatást nyújtja.

2. Diagnosztizált agyhártagygyulladás és a biztosított életkorának megfelelő önellátó képesség súlyos zava-

ra esetén a szolgáltatás az aktuális biztosítási összeg 100%-a.

3. A biztosító nem nyújt szolgáltatást a HIV-fertőzéssel kapcsolatosan kialakuló meningitisre.
4. A csoportba tartozó és nem kizárt betegségek diagnosztizálása, illetőleg a szolgáltatásból nem kizárt esetek bekövetkezése esetén, amennyiben a betegség és az önellátó képesség betegséggel összefüggésbe hozható súlyos zavarai legalább 3 hónapja fennállnak, a biztosító az aktuális biztosítási összeg 10%-ának megfelelő gyógyulási támogatást ad:
 - a) az erre vonatkozó dokumentumok benyújtását és a betegség kezelőorvos általi igazolásának elfogadását követően, függetlenül attól, hogy a biztosító a betegség fennmaradásával összefüggésben a biztosítási szolgáltatást később teljesíti-e, vagy attól eláll;
 - b) mely támogatást levonja az ugyanezen eseményre esetleg később teljesítésre kerülő biztosítási szolgáltatásból.

III. Agyvelőgyulladás (encephalitis)

Az agyvelő különböző részeinek (beleértve agyféltekék, agytörzs, kisagy) leggyakrabban vírusok okozta gyulladása, következményes idegrendszeri károsodással. A meningitishez hasonlóan megkülönböztetünk elsődleges-, para- és postinfekciós formákat.

A biztosítási esemény akkor következik be, ha a betegség a diagnosztizálást követően olyan következményekhez vezet, amelyre az ezen mellékletben foglalt biztosítási védelem kiterjed, vagy ha a betegség az életkornak megfelelő önellátó képesség súlyos zavaraihoz vezetett. A kárigény elbírálásához fekvőbeteg-gyógyintézeti zárójelentés és az önellátó képesség súlyos zavarait igazoló, a betegség kezdetétől számított 3 hónap elmúltával beszerzett ideggyógyász szakvélemény szükséges!

1. Amennyiben a diagnosztizált agyvelőgyulladás olyan, a szolgáltatás nyújtását megelőzően legalább 3 hónapig fennálló betegséget idéz elő, amelyre az e kiegészítő biztosításban foglalt biztosítási védelem kiterjed, úgy a biztosító az ott meghatározott feltételek teljesülése esetén az ott meghatározott szolgáltatást nyújtja.
2. Diagnosztizált agyvelőgyulladás és a biztosított életkorának megfelelő önellátó képesség súlyos zavara esetén a szolgáltatás az aktuális biztosítási összeg 100%-a.
3. A biztosító nem nyújt szolgáltatást az alábbi esetekre:
 - a) akut cerebellaris ataxia,
 - b) Guillain-Barré-szindróma,
 - c) HIV-fertőzés kapcsán kialakult encephalitis.

IV. Csontvelő-elégtelenség (Aplasticus anaemia)

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

A kárigény akkor nyújtható be, ha a diagnosztizálást követően transzfúzióra vagy transzplantációra került sor az 1. pontban meghatározott módon.

A kárigény elbírálásához a biztosító által előírt, a szakorvosi véleményben írásban rögzítendő diagnosztikus kritérium: csontvelőpunkciós vagy biopsziás lelet, a serumban: WBC < 500/μl; PLT < 20.000/μl. 20.000 vonatkoztatott reticulocytaszám kisebb, mint 1%.

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

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

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

- a) iatrogen,
- b) non-steroid gyulladásgátló-,
- c) sugár- vagy
- d) kemoterápia következtében kialakult csontvelő-károsodás,
- e) veleszületett aplasticus anaemia,
- f) krónikus anaemia.

3. A biztosító előre kifizeti a transzplantációra járó aktuális biztosítási összeget akkor, ha dokumentumokkal igazolható, hogy a transzplantáció megvalósulása ezzel előbbre hozható, és az összeget erre fordítják.

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

A kárigény benyújtása idején a gyermeknél a fertőzés tényét már igazolni kell.

A kárigény elbírálásához a biztosító által előírt, a szakorvosi véleményben írásban rögzítendő diagnosztikus kritérium: a májenzimek adott életkori normálértékekhez viszonyított min. 4-szeres emelkedése (GPT, GOT), amelynek a kezelést követően is legalább 6 hónapon keresztül fenn kell állnia, beleértve még a kárigény bejelentésének időpontját is. A szolgáltatás azonban a májenzim értékétől függetlenül akkor is jogosnak tekintendő, amennyiben a vírus hepatitisz interferonnal való kezelését követően a beteg nem gyógyult meg, és a vírus jelenléte még egy évvel az interferonkezelés befejezése után is igazolható.

1. A szolgáltatás az elfogadott kárigények esetén minden esetben az aktuális választott biztosítási összeg 100%-a.
2. Kizárandó: Hepatitis A

VI. Epilepszia

Az agyműködés átmeneti, rohamokban megnyilvánuló rendellenessége. A kárigény csak az ún. „nagy rohamokra” terjed ki, és akkor nyújtható be, ha a rohamok a megfelelőnek tartott kezelés ellenére több mint 2 éve tartanak.

A kárigény elbírálásához a biztosító által előírt, a szakorvosi véleményben írásban rögzítendő diagnosztikus kritérium: kóros EEG görbe. A rohamoknak a háziorvos vagy ideggyógyász által kellően dokumentálnak kell lenniük, ezen túl a kárigény alátámasztásához csak kórházi zárójelentés fogadható el. Az elbíráláshoz neurológus szakvélemény is benyújtandó!

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

- a) traumás agysérülések,
- b) agyműtétek,
- c) szülés alatti hypoxia,
- d) encephalitis.

2. A biztosítási védelem a „nagy rohamokra” az alábbiak szerint terjed ki:

- a) A „nagy roham” több mint heti egy alkalommal ismétlődő roham, a vázizmok összességére kiterjedő tonusos-clonusos görcsrel társuló eszméletvesztéssel.
- b) A biztosító szolgáltatása az igazolt és megfelelőnek tartott kezelés ellenére több, mint 2 éve tartó, egy-nél többszöri heti gyakoriságú «nagy roham» esetén az aktuális biztosítási összeg 100%-a.
- c) A biztosító szolgáltatása az igazolt és megfelelőnek tartott kezelés ellenére több, mint 2 éve tartó, egy-nél többszöri havi, de heti egy-nél kisebb gyakoriságú „nagy roham” esetén az aktuális biztosítási összeg 20%-a.

VII. Krónikus, szerzett szívbetegségek

A kárigény benyújtása akkor lehetséges, ha:

- a) igazolható az adott kiváltó betegség gyógyultnak nyilvánítása után legalább 6 hónappal még fennálló, NYHA II. fokozatú vagy ennél súlyosabb kardiológiai szövődmény;
- b) vagy a kiváltó betegség adekvát kezelése ellenére, 6 hónapon túl is megállapítható olyan kardiológiai utókép, amely a NYHA klasszifikációja szerint II. fokozatú, vagy súlyosabb osztályba sorolható.

A kárigény elbírálásához a biztosító által előírt, a szakorvosi véleményben írásban rögzítendő diagnosztikus kritérium: kardiológus szakorvos által felállított, echocardiographiás vizsgálattal megerősített diagnózis.

1. A szolgáltatás mértéke a szívbetegség NYHA által meghatározott súlyossági stádiumai szerint

- a) ha a panaszok minősítése minimum NYHA II. vagy III., akkor a biztosító szolgáltatása az aktuális biztosítási összeg 50%-a;
- b) ha a panaszok minősítése NYHA IV., akkor a biztosító szolgáltatása az aktuális biztosítási összeg 100%-a.

2. Kizárandó a biztosítási védelembe vett szívbetegségek köréből:

- a) a kizárólag alkohol vagy drogfogyasztás következtében kialakult szívbetegség, egyéb kiváltó ok nélkül;
- b) a kizárólag veleszületett kamrai vagy pitvari sövényhiba következtében kialakult másodlagos szívbetegség, egyéb kiváltó ok nélkül;
- c) a reumás láz talaján kialakult krónikus szívbetegség (amennyiben a szerződéskötést megelőzően diagnosztizálták).

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

- a) hipertónia (kétes esetben 24 órás méréssel igazolva),
- b) angina pectoris,
- c) bizonyítható arteriosclerosis, vagy koszorúér-betegség,
- d) ritmuszavar,
- e) detektálható, abnormális EKG eltérés,
- f) az adott életkorban normálisnak elfogadottnál magasabb szérumszint cholesterin vagy triglicerid szint.

VIII. Bénulások

A végtagnak, vagy végtagoknak a gerincvelő valamely betegsége következtében kialakult állandó, teljes bénulása. A végtag definíció a teljes kart vagy lábat jelenti. A kárigény elbírálásához a biztosító által előírt, neurológus szakorvosi véleményben írásban rögzítendő kritérium: a kórállapot állandó és tartós voltának megállapítása. A kárigényhez kórházi zárójelentés benyújtása is szükséges!

1. A szolgáltatás az elfogadott kárigények esetén:

- a) Egy teljes kar vagy teljes láb bénulására az aktuális biztosítási összeg 50%-a;
- b) teljes egyoldali vagy kétoldali, vagy minden végtagot érintő bénulásra az aktuális biztosítási összeg 100%-a.

2. Kizárandó:

- a) veleszületett bénulás,
- b) a végtagok részleges bénulása.

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

- a) sclerosis multiplex,
- b) egyéb agyi vagy gerincvelőt érintő megbetegedés,
- c) egyéb idegrendszeri betegség,
- d) pszichológiai kórállapotok (pseudo-paralysis).

IX. Vakság

Akut betegség következtében legalább egy szemén kialakult maradandó és teljes látáskiesés. A kárigény elbírálásához a biztosító által előírt, szemész szakorvosi véleményben írásban rögzítendő kritérium: a vakság maradandó voltának megállapítása. A kárigényhez kórházi zárójelentés benyújtása is szükséges!

1. Kizárandó: bármely más mértékű látásromlás!

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

- a) diabetes mellitus,
- b) glaucoma (zöldhályog),
- c) trachoma,
- d) cataracta (szürkehályog).

3. Szolgáltatás:

- a) Ha végleges vakság alakul ki egy szemén, akkor a biztosító szolgáltatása az aktuális biztosítási összeg 50%-a.
- b) Ha végleges vakság alakul ki mindkét szemén, akkor a biztosító szolgáltatása az aktuális biztosítási összeg 100%-a.

X. Siketség

Akut betegség következményeképpen kialakult, kórházak vagy klinikák audiológus szakorvosa által diagnosztizált, objektív audiometriás méréssel megerősített, teljes, végleges halláskiesés minden hangfrekvencia-tartományban, legalább egy fülben. A kárigény elbírálásához a biztosító által előírt fül-, orr- és gégeszakorvosi véleményben írásban rögzítendő kritérium: a siketség maradandó voltának megállapítása. A kárigényhez kórházi zárójelentés benyújtása is szükséges!

1. Kizárandó: bármely más mértékű halláscsökkenés!

2. Nem jár a szolgáltatás abban az esetben, ha a biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetét követő 2 éven belül jelentkező olyan diagnózisból ered, amely az alább

felsorolt kórállapotokkal, illetőleg tünetekkel összefügg, és amelyek a szerződés megkötése előtt már jelentkeztek, és erről a törvényes képviselő bizonyíthatóan tudomással bírt vagy tudomással kellett volna bírnia:

- a) a közép- vagy belső fül krónikus gyulladása,
- b) korábbi halláscsökkenés.

3. Szolgáltatás:

- a) Ha végleges siketség a gyermek 2 éves korát követően alakul ki egy fülben, akkor a biztosító szolgáltatása az aktuális biztosítási összeg 20%-a.
- b) Ha végleges siketség alakul ki mindkét fülben, akkor a biztosító szolgáltatása az aktuális biztosítási összeg 50%-a.

XI. Vérvérzés következtében kialakult HIV-fertőzés

Kizárólag az az AIDS, illetve HIV-fertőzés, amely bizonyíthatóan valamely olyan humán vérvérzés következtében alakult ki, amelyet a biztosított a kockázatviselés kezdetét követően kapott. A kárigény benyújtásához csatolni kell a fertőzött vérvérzést beadó intézmény nyilatkozatát, amelyben ez irányú felelősségét hivatalosan elismeri, vagy a felelősséget megállapító, jogerős bírósági határozatot.

Jogosnak tekinthető a kárigény, ha a biztosított bizonyítottan nem haemophiliás és a vérvérzés beadása az egyéb módon nem kezelhető biztosítottat fenyegető akut életveszély elhárítása céljából történt.

A biztosító szolgáltatása elfogadott kárigény esetén az aktuális biztosítási összeg 100%-a.

XII. Veseelégtelenség

A biztosítási védelem az ún. „végállapotú” veseelégtelenségre terjed ki, amely mindkét vese működésének krónikus, már vissza nem fordítható működési elégtelenségét jelenti, és amely egyben rendszeres vesepótló krónikus dialízist (CAPD vagy haemodialysis) vagy vesetranszplantációt igényel.

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

- 1. A szolgáltatás az elfogadott kárigények esetén minden esetben az aktuális biztosítási összeg 100%-a.
- 2. Nem jár a szolgáltatás abban az esetben, ha a biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetét követő 2 éven belül jelentkező olyan diagnózisból ered, amely az alább felsorolt kórállapotokkal, illetőleg tünetekkel összefügg, és amelyek a szerződés megkötése előtt már jelentkez-

tek, és erről a törvényes képviselő bizonyíthatóan tudomással bírt vagy tudomással kellett volna bírnia:

- a) krónikus glomerulonephritis,
- b) polycystás vese,
- c) VUR következtében kialakult nephropathia,
- d) autoimmun nephropathia,
- e) húgyúti fejlődési rendellenesség talaján kialakuló krónikus pyelonephritis,
- f) öröklődő familiaris vesebetegségek,
- g) vesefejlődési rendellenességek,
- h) egyéb vesebetegség (Schönlein-Henoch-szindróma),
- i) hipertónia,
- j) diabetes mellitus.

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

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

XIII. Insulin dependens diabetes mellitus (inzulinhiány miatti súlyos anyagcserezavar; DM-I)

A biztosítási védelem a legalább már 3 hónapja inzulin-kezelésben részesülő biztosítottra terjed ki. A kárigény elbírálásához a biztosító által előírt szakorvosi véleményben írásban rögzítendő kritérium: a kórállapot krónikus voltának megállapítása és a diagnosztizálás óta eltelt 3 hónapos tartam és a folyamatos inzulin-kezelés igazolása. Ezen túl a kárigényhez a kórházi zárójelentések benyújtása is szükséges!

A szolgáltatás az elfogadott kárigények vonatkozásában az aktuális biztosítási összeg 60%-a.

Budapest, 2014. május 1.

LÓCI ÓRIÁS LESZ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS 3. SZÁMÚ MELLÉKLETE

Balesetből eredő súlyos fogyatékoságok

1. A kárigény megalapozásához a baleset e feltételek 8. § (2) pontjában meghatározott bejelentésén túl, a kezelés végével a kórházi zárójelentés is benyújtandó.
2. A szolgáltatás mértéke a balesetből eredő súlyos fogyatékoságokra fordítható aktuális biztosítási összeg %-ában az egyes esetekre az alábbi:

Mindkét felső végtag vállízülettől való teljes elvesztése	100%
Egy felső végtag csuklóízülettől és egy alsó végtag bokaízülettől való teljes elvesztése	100%
Egy felső végtag csuklóízülettől való teljes elvesztése	50%
Az összes ujj amputálása	40%
A hüvelykujj amputálása	20%
Két ujj (nem hüvelykujj) amputálása	10%
Egy alsó végtag térdízülettől való teljes elvesztése	50%
Mindkét alsó végtag bokaízülettől való teljes elvesztése	100%
Egy alsó végtag bokaízülettől való teljes elvesztése	40%
Az összes lábujj amputálása	25%
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Egy szem látóképességének teljes elvesztése	50%
Hallás teljes elvesztése	50%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	20%
A pénisz elvesztése	40%
Két here elvesztése	30%
Egy here elvesztése	10%
Egy tüdőfél elvesztése	50%
Két vese elvesztése	100%
Egy vese elvesztése	50%
Lép elvesztése	10%

Budapest, 2014. május 1.

LÓCI ÓRIÁS LESZ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS 4. SZÁMÚ MELLÉKLETE

Balesetből eredő súlyos törések

1. A kárigény megalapozásához a baleset e feltételek 8. § (2) pontjában meghatározott bejelentésén túl, a kezelés végeztével a kórházi zárójelentés is benyújtandó.
2. A súlyos törés típusai:
 - **Impaktált** (beékelődött) **törés**, amikor a tört végék elmozdulással, részben egymásba csúsznak.
 - **Nyílt törés**, amikor valamely tört vég a bőrön kívül helyezkedik el. A szolgáltatás csak a mellékletben rögzített olyan nyílt törések után jár, amelyek a bőr kiterjedt sérülésével járnak, egyben károsítva az izmokat, inakat, idegeket és/vagy az ereket.
 - **Szilánkos törés**, amikor a csont szerkezetében károsodik, zúzódik, darabosan vagy szilánkosan törik.
3. Amennyiben a baleset során egyidejűleg a következő táblázatban felsoroltak közül egynél több csonttörés következik be, a biztosító az adott törésekre meghatározott szolgáltatási mértékek (%-ok) összegének megfelelő, de legfeljebb a súlyos törésekre meghatározott aktuális biztosítási összeget fizeti ki.
4. A szolgáltatás mértéke az egyes esetekre a balesetből eredő súlyos törésekre fordítható aktuális biztosítási összeg %-ában az alábbi:

Megnevezés		Szolgáltatás (%)
Agy vagy arckoponyacsont törése (kivéve orr, fog, zygomaticus, maxilla, mandibula),	amennyiben legalább egy végtag teljes bénulásával jár, vagy az önellátó képesség súlyos zavarához vezet:	100%
	szilánkos és nyílt:	70%
	szilánkos vagy nyílt:	50%
Nyaki vagy ágyéki gerinctörés,	amennyiben legalább egy végtag teljes bénulásához vezet:	100%
Háti (thoracicus) gerinctörés,	amennyiben legalább egy végtag teljes bénulásához vezet:	100%
Medencecsont-törés,	az acetabulum szilánkos törése esetén:	80%
	stabil és instabil törés:	40%
Combnyaktörés, vagy kulcscsonttörés, amely a vállizületet is érinti,	impaktált, nyílt és szilánkos:	80%
	impaktált és szilánkos:	70%
	nyílt és szilánkos:	60%
Femur distalis törései, tibia-fej törések, humerus distalis törései, radius fejes törés,	amennyiben az ízületet is involválja, szilánkos, nyílt és impaktált:	60%
	amennyiben involválja az ízületet, szilánkos és impaktált:	50%
	izületi érintettséggel, szilánkos vagy impaktált:	40%
Tibia, radius, ulna distalis törései, calcaneus törés,	izületi érintettséggel, szilánkos, nyílt és impaktált:	50%
	izületi érintettséggel, szilánkos és impaktált:	40%
Bokatörés, malleolaris fracturák, bokacsont-törés, csuklótörés,	szilánkos, nyílt és impaktált:	50%
	szilánkos és impaktált:	40%
Scapula vagy felkarfej törés,	vállizületi érintettséggel, szilánkos, nyílt és impaktált:	80%
	vállizületi érintettséggel, szilánkos és impaktált:	70%
	vállizületi érintettséggel, nyílt vagy szilánkos:	60%
Könyök (oelcranon) törés,	szilánkos, nyílt és impaktált:	60%
	szilánkos és impaktált:	50%
	nyílt vagy szilánkos:	40%

Budapest, 2014. május 1.

Hogyan juthatok kényelmesen a biztosítással kapcsolatos információkhoz?



SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK MYMETLIFE INTERNETES FELÜLET HASZNÁLATÁRA

1. § A MyMetLife kiegészítő szerződés jelen feltételek aláírásával és a biztosító által történő elfogadásával jön létre. Az elfogadásról a biztosító elektronikus üzenetben (e-mail útján) értesíti a szerződőt.

2. § A MyMetLife olyan internetes kezelőfelület, amelynek segítségével a szerződő elektronikusan – ügyfélszolgálat, illetőleg közvetítő (függő és független biztosításközvetítő, alkusz) igénybevétele nélkül – az érvényesen létrejött és hatályban lévő, vagy még reaktiválható szerződésen a biztosítási feltételek szerinti változtatásokat eszközölhet, illetőleg ilyet kezdeményezhet.

3. § Jelen szerződés létrejötte esetén a szerződő az általa megadott e-mail címre elektronikus üzenetben felhasználónevet és elsődleges elérési kódot kap, amellyel szerződésének adatait éri el a www.metlifelife.hu/mymetlife oldalon. Az első belépéskor az elsődleges elérési kódot a szerződő köteles megváltoztatni, annak hiányában a MyMetLife kezelőfelület nem érhető el. A felhasználónév az első, valamint azt követően bármely belépéskor szabadon megváltoztatható.

4. § Az elsődleges elérési kód megváltoztatása esetén, valamint minden belépéskor a biztosító SMS-ben másodlagos elérési kódot küld a szerződő részére, az általa megadott telefonszámra, amelynek használatával a szerződő valamennyi szerződése a kezelőfelületen elérhetővé válik.

5. § A szerződő felel azért, hogy az elérési kódokat más személy ne ismerhesse meg, így a szerződéseken változtatásra kizárólag a szerződő akarata alapján kerülhessen sor. A biztosító kizárja a felelősséget azokért a károkért, amelyek amiatt következtek be, hogy az elérési kód a szerződőn kívüli más személy tudomására jutott, kivéve, ha erre a biztosító gondatlansága miatt került sor.

6. § (1) A szerződő a MyMetLife kezelőfelület segítségével áttekintheti szerződésének korábbi tranzakcióit, aktuális adatait, továbbá a fő- és kiegészítő biztosítás szerződési feltételei szerint egyes adatok megváltozását eszközölheti az alábbi korlátozással:

(2) Nem lehet megváltoztatni olyan adatokat,
- amelyek módosításához más személy (biztosított, gyámhatóság, pénzügyintézet, vagy záradékban megjelölt más személy) hozzájárulása szükséges;

- amelyek rögzítéséhez a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvényben előírt okmányok bemutatása szükséges.

7. § Azon esetekben, amelyekben a szerződés adatainak megváltoztatását a szerződő közvetlenül nem tudja eszközölni, a módosításra a MyMetLife nyomtatványt biztosít, amelyhez a hozzájárulásokat, illetőleg az adatok igazolását a szerződőnek közvetlenül kell beszerezni.

8. § A szerződő közvetlenül az alábbi tranzakciókat kezdeményezheti és tudja önállóan végrehajtani:

- **Őrszem árfolyamfigyelő szolgáltatás beállítása,**
- telefonszám megadása,
- e-mail cím módosítása,
- egységáthelyezés befektetési egységekhez kötött szerződéseken,
- díjmegosztási arány módosítása a befektetési egységekhez kötött szerződéseken,
- értékkövetés elutasítása (aktuális és végleges).

9. § A szerződő interaktív formanyomtatvány kitöltésével az alábbi tranzakciókat, illetőleg módosítások végrehajtását kezdeményezheti:

- díjfizetés változtatása,
- biztosítási összeg változtatása,
- díjmentes leszállítás,
- részleges visszavásárlás,
- rendszeres díj kiegyenlítése Portfólió Plusz számláról,
- kedvezményezett változása,
- személyes adatok módosítása:
 - cím,
 - lakcímkártya adatai,
 - személyi azonosító okmány adatai,
 - adóazonosító jel,
 - e-mail cím,
 - telefonszám.

10. § **Őrszem árfolyamfigyelő szolgáltatás beállítása**

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

(2) Az árfolyamfigyelő szolgáltatást eszközalaponként kell beállítani.

(3) Az Őrszem árfolyamfigyelő szolgáltatásnak két funkciója van. Egyrészt értesítést küld vagy automatikusan áthelyezi az adott eszközalapban lévő befektetési egységeket az ügyfél által előre megadott eszközalapba, ha a megfigyelt befektetési egységalap árfolyamának csökkenése elérte vagy meghaladta a szerződő által megadott határértéket; másrészt értesítést küld,

vagy automatikusan áthelyezi az adott eszközalapban lévő befektetési egységeket az ügyfél által előre megadott eszközalapba, ha az adott eszközalap – lokális minimumhoz képesti – árfolyam-növekedése elérte a szerződő által megadott százalékos mértéket vagy vételi árfolyama elérte a szerződő által előre megadott árfolyamot.

(4) A biztosító az SMS-t minden esetben a szerződő által megadott telefonszámra küldi. **A biztosító az SMS kézbesítésének sikertelenségéért és ebből adódó kárért vagy elmaradt haszonért a felelősséget kizárja.**

(5) Az Őrszem árfolyamfigyelő szolgáltatás használatával a szerződő kizárólagos lehetősége a személyes befektetési portfóliója összetételének igényeihez, kockázattűrő képességéhez igazodó beállítása, időbeli céljaival történő optimalizálása. A beállítások rendszeres figyelése és módosítása a szerződő felelőssége és kizárólagos kockázata, ezért hozzáférési kódja más részére át nem adható és nem tehető más részére egyéb módon sem hozzáférhetővé. A biztosításközvetítők kizárólagos felelőssége az eszközalapokhoz kapcsolódó kockázatokra való felhívás, továbbá az eddig elért hozamokról való tájékoztatás, konkrét befektetési tanácsadásra nem jogosultak, ezért az esetleges ilyen tevékenységük a szerződőnek a tranzakciók következményeire való felelősségét nem érinti.

(6) Az Őrszem automatikus funkciói által kiváltott egységáthelyezések költsége megegyezik a **MyMetLife kezelőfelületen** kezdeményezett egységáthelyezések tranzakciós költségével, melynek aktuális mértékét a Gyűjtőszámla befektetési egységekhez kötött kiegészítő biztosítás 1. számú melléklete tartalmazza.

(7) Az Őrszem árfolyamfigyelő szolgáltatás funkciói által kiváltott, illetve kezdeményezett egységáthelyezés az általános szerződési feltételekben meghatározott általános egységáthelyezés szabályainak megfelelően történik.

A) Stop loss funkció

(1) A stop loss funkció segítségével az egyes eszközalapokra vonatkozóan a szerződő árfolyamfigyelő szolgáltatást állíthat be.

(2) Az árfolyamfigyelő szolgáltatás stop loss funkciójának alaptípusai:

a) az **automatikus stop loss** figyelmeztetés és **automatikus** egységáthelyezés beállítása esetén a biztosító a szerződő előzetes rendelkezése alapján automatikus egységáthelyezést végez, amennyiben a befektetési egységalap árfolyamának csökkenése elérte vagy meghaladta a szerződő által megjelölt határértéket;

b) a **kézi stop loss** figyelmeztetés beállítása esetén a biztosító SMS-t küld a szerződőnek, amennyiben a befektetési egységalap árfolyamának csökkenése elérte vagy meghaladta a szerződő által megjelölt határérté-

ket. Ebben az időpontban automatikus áthelyezés nem történik.

(3) Az automatikus stop loss funkció az egységáthelyezés, illetve az SMS értesítés küldésének időpontjában elindítja a stop loss funkcióhoz kapcsolódó start buy funkciót, amely a megfigyelt eszközalap árfolyam-növekedését vizsgálja, amennyiben nincs aktív státuszú start buy beállítva az automatikus stop loss által indított egységáthelyezés időpontjában (B) (3) b), illetve c)).

(4) A stop loss funkció indításának módjai:

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

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

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

(5) Az árfolyamesés mértékének beállítása:

a) adott befektetési egységalapra történő abszolút ár beállítása esetén a stop loss funkció aktiválódik és a biztosító a (2) bekezdés szerinti szolgáltatást teljesíti, amennyiben a befektetési egységalap aktuális ára eléri a szerződő által beállított abszolút árat (fix érték vagy ár);

b) relatív százalékos érték beállítása esetén, amelyet a biztosító minden értékelési napon a megbízás megadásának napjától eltelt időszak legmagasabb árfolyam-értékéhez viszonyít, a stop loss funkció aktiválódik és a biztosító a (2) bekezdés szerinti szolgáltatást teljesíti, amennyiben az aktuális árfolyam csökkenése eléri, vagy meghaladja a szerződő által beállított értéket.

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

váltott tranzakcióval történő) 0-ra csökkenése után is érvényben marad oly módon, hogy amikor ismét egységek kerülnek a megfigyelt eszközalapba (nem start buy funkció által kiváltott tranzakcióval), a következő munkanapi vételi árfolyamhoz viszonyított, korábban beállított paramétereknek megfelelő limitárral indul újra az árfolyamfigyelés.

B) Start buy funkció

(1) A start buy funkció segítségével az egyes eszközalapokra vonatkozóan a szerződő árfolyamfigyelő szolgáltatást állíthat be.

(2) Az árfolyamfigyelő szolgáltatás start buy funkciójának alaptípusai:

a) a **kézi start buy** figyelmeztetés beállítása esetén a biztosító SMS-t küld a szerződőnek, amennyiben a befektetési egységalap árfolyamának emelkedése elérte vagy meghaladta a szerződő által megjelölt határértéket. Ezen opció választása esetén a szerződő az SMS-ben kapott értesítés alapján a **MyMetLife felületen** az egységeit más eszközalapba vagy eszközalapokba **helyezheti át**;

b) az **automatikus start buy** figyelmeztetés és automatikus egységáthelyezés beállítása esetén a biztosító a szerződő előzetes rendelkezése alapján automatikus egységáthelyezést végez, amennyiben a befektetési egységalap árfolyamának emelkedése elérte vagy meghaladta a szerződő által megjelölt határértéket.

(3) A start buy funkció indításának módjai:

a) a szerződő által a MyMetLife ügyfélportálon kezdeményezett start buy funkció beállítása esetén a szerződő bármely eszközalapra (0 Ft, illetve € aktuális értékkel bíró eszközalap(ok)ra is) beállíthatja az Őrszem árfolyamfigyelő szolgáltatás start buy funkcióját.

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

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

(4) Az árfolyam-emelkedés mértékének beállítása:

a) adott befektetési egységalapra történő abszolút ár beállítása esetén a start buy funkció aktiválódik és a biztosító a (2) bekezdés szerinti szolgáltatást teljesíti, amennyiben a befektetési egységalap aktuális ára eléri a szerződő által beállított abszolút árat (fix érték vagy ár);
b) relatív százalékos érték beállítása esetén - amelyet a biztosító minden értékelési napon a megbízás megadásának napjától eltelt időszak legalacsonyabb árfolyam-értékéhez viszonyít - a start buy funkció aktiválódik és a biztosító a (2) bekezdés szerinti szolgáltatást teljesíti, amennyiben az aktuális árfolyam növekedése eléri vagy meghaladja a szerződő által beállított értéket.

11. § A biztosító a szerződő által kezdeményezett közvetlen tranzakciók közül az egységáthelyezést (T-nap) a tranzakció kezdeményezését követő munkanapon regisztrálja (T+1 nap), az értékelési napot követő napon érvényes árfolyamon (T+2 nap) hajtja végre (amely eljárás egyezik a főbiztosítás és a kiegészítő biztosítás feltételeiben meghatározott rendelkezésekkel), míg a többi tranzakciót és a módosításokat a fő-, illetőleg a kiegészítő biztosítások feltételeiben meghatározott időtartamon belül hajtja végre.

12. § Egyes tranzakciók formanyomtatványon történő kezdeményezése esetén a biztosító ügyfélszolgálatától további adatok megadását, igazolásokat, hozzájárulásokat beszerzését igényelheti, adategyeztetést végezhet, illetőleg ilyen feladatokra a szerződés közvetítőjét felkérheti. Ilyen esetben a tranzakció végrehajtására, vagy a szerződés adatainak módosítására kizárólag a szükséges intézkedés végrehajtását követően kerülhet sor.

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

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

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

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

ségekhez kötött kiegészítő biztosítás 1. számú mellékletéből ismerhetők meg.

17. § A szerződő köteles az általa kezdeményezett változtatást a kezelőfelület folyamatban lévő tranzakciók ablakban, míg annak végrehajtását követően a szerződés aktuális adatainak ablakában ellenőrizni, mivel a tranzakciók visszavonására azok elküldését követően nincs lehetőség.

18. § A biztosító fenntartja a jogot, hogy a közvetlenül, illetőleg a formanyomtatványon kezdeményezhető tranzakciókat és módosítási lehetőségeket fejlessze és azokat a MyMetLife kezelőfelületébe beépítse. A módosításokról a biztosító a szerződő részére értesítést küld.

19. § A biztosító kizárja a felelősséget minden olyan károkozás esetén, amely az internetes szolgáltató üzemzavarára vezethető vissza, ideértve a MyMetLife elleni elektronikus támadásból eredő zavarokat is.

20. § A szerződő a MyMetLife használata mellett is igénybe veheti a biztosító telefonos ügyfélszolgálatát, továbbá a szerződés közvetítőjének segítségét is.

21. § Abban az esetben, amennyiben a szerződő a MyMetLife használata mellett a biztosító ügyfélszolgálatán, illetőleg a közvetítőjén keresztül is kezdeményez tranzakciót, illetőleg a szerződés adataiban módosítást, a biztosító elsődlegesen a MyMetLife felületen, azt kö-

vetően az ügyfélszolgálatra érkező, végül a papíralapon érkező kéréseknek tesz eleget. Amennyiben a szerződő szándéka a párhuzamos kezdeményezések alapján nem állapítható meg, a biztosító ügyfélszolgálat a szerződőt telefonon megkísérli elérni és az ellentmondásokat tisztázni. **Amennyiben az ellentmondások tisztázása egy munkanapon belül nem lehetséges, és nem állapítható meg egyértelműen a kérelmek beérkezésének időpontja, a biztosító jogosult a párhuzamos kérelmek bármelyike alapján eljárni és a többi kérelmet figyelmen kívül hagyni. A biztosító kizárja a felelősséget a szerződő egymásnak ellentmondó, párhuzamos kérelmeivel kapcsolatos döntéseiből eredő károkért. Amennyiben az egymásnak ellentmondó párhuzamos kérelmek beérkezésének időpontja egyértelműen megállapítható, a biztosító a későbbi időpontban beérkezett kérelem alapján jár el.**

22. § A szerződő a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal kérheti a MyMetLife regisztrációjának törlését, amelyet a biztosító a kiegészítő szerződés felmondásaként kezel. Az írásbeli törlési kérelmet a biztosító a kérelem beérkezését követő második munkanap teljesíti.

Budapest, 2014. május 1.

Mit érdemes tudni a biztosítóról?



CÉGISMERTETŐ

A MetLife Inc. bemutatkozója

A MetLife Inc. a világ vezető biztosítási programokat, életjáradék szolgáltatásokat és munkáltatói juttatásokat kínáló társasága. Leányvállalatain keresztül a MetLife vezető szerepet tölt be az Egyesült Államok, Japán, Latin-Amerika, Ázsia, Európa és a Közel-Kelet piacain. További információért látogassa meg a www.metlife.hu honlapot.

A MetLife Inc. számokban*

Alapítás:	1868
Világpozíció:	Vezető az életbiztosítások, életjáradék programok és munkáltatói juttatások területén
Éves díjbevétel:	45,7 milliárd amerikai dollár
Kezelt vagyon:	Közel 800 milliárd amerikai dollár
Munkatársak száma:	66 ezer

* 2011. évi adatok alapján

MetLife Biztosító Zrt.

A MetLife Biztosítónál a magyar életbiztosítási piacon is értékálló hozamokat nyújtó és hosszú távú pénzügyi biztonság megteremtésére alkalmas megoldásokat kínálunk. Számunkra fontos, hogy ügyfeleinknek az elvártnál jobb minőségű szolgáltatást nyújtsunk, amelyre a jól felkészült kollégák jelentik a garanciát.

Általános információk

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