

TARTALOMJEGYZÉK

Tájékoztató a Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosításokról	2
Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei	5
1. § A biztosítási szerződés alanyai	5
2. § A biztosítással kapcsolatos fogalmak	5
3. § A biztosítási szerződés kezdete és időtartama	6
4. § Kockázatviselés kezdete	6
5. § Díjfizetés módja és esedékessége	7
6. § Közlési kötelezettség.	7
7. § Bejelentési kötelezettség	8
8. § Biztosított lista	8
9. § A biztosító mentesülése	8
10. § Kizárások a biztosítási védelemből	9
11. § A szolgáltatási igény bejelentése és a biztosító teljesítése	10
12. § A biztosítás megszűnése	11
13. § A biztosítási és az üzleti titok	11
14. § A személyes adatok kezelése	13
15. § Panasztételi lehetőség	14
16. § Illetékes bíróság	14
Cégismertető.	15
1. számú melléklet: Tájékoztató a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokról	16

TÁJÉKOZTATÓ A CSOPORTOS ÉLET-, BALESET- ÉS BETEGSÉGBIZTOSÍTÁSOKRÓL



Kérdés

Válasz

Kinek szól az ajánlatunk?

Azon ügyfeleinknek ajánljuk, akik életbiztosítási védelmet, és/vagy balesetek, betegségek esetére biztosítási védelmet keresnek alkalmazottaik (vagy más biztosított csoport) részére.

Kik a biztosításban érintett személyek?

A **szerződő** az a jogi személy, aki, illetve amely a biztosítási szerződést megkötö a biztosított(ak) javára, és a biztosítási díjak fizetésére kötelezettséget vállal. A **biztosított** az a természetes személy, akinek az életével, testi épségével, illetve egészségével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön. A biztosított a biztosítási szerződésben meghatározott csoport tagja, vagy akinek a neve szerepel a szerződő által jóváhagyott – és a biztosítónak rendszeresen megküldött – biztosítottak listáján. A biztosított halál esetére **kedvezményezett** jelölhet meg, ennek hiányában a biztosított örököse(i) a halál esetére járó szolgáltatás kedvezményezettje(i). A biztosított életbenléte esetére járó szolgáltatások kedvezményezettje alapértelmezetten maga a biztosított.
(Részletek az 5. oldalon.)



Magyarázat

Biztosítást köthet például egy cég az alkalmazottaira. Ilyen esetben a biztosítottak listája az alkalmazottak felsorolását jelenti. Az alkalmazottak köre természetesen változhat; a szerződő kötelessége negyedévente bejelenteni a be- és kilépőket és évente új biztosított listát küldeni, és az új munkavállalók alkalmazotti jogviszonyának kezdetét, illetve munkaviszony megszűnése esetén a megszűnés időpontját is feltüntetni a listán. A biztosító a személyi változásokat figyelembe véve állapítja meg a következő időszak biztosítási díját, az adott időszak változások utólagos elszámolásával. Biztosítást köthet például egy szervezőiroda egy adott rendezvényen részt vevőkre. Ilyen esetben a biztosítottak csoportjába azok az emberek tartoznak, akik jegyet váltanak a rendezvényre. Ilyen esetben a szerződő biztosított lista helyett a rendezvényen résztvevők létszámát tudja megadni a biztosító részére.

Mikortól és milyen tartamra érvényes a biztosítás?

A biztosítási szerződés a kötvény első oldalán megjelölt napon kezdődik, egy éves biztosítási időszakra szól, és minden évfordulón újabb egy évvel meghosszabbodik, ha a felek fel nem mondják a biztosítást. A biztosítási szerződés lehet egy évnél rövidebb tartamú is (például ha egy rendezvény idejére kötik). Ilyen esetben a biztosítási szerződés kezdete és vége a kötvényen kerül feltüntetésre. A kockázatviselés kezdete a biztosított csoport tekintetében a szerződésben megjelölt időpont. Az egyes biztosítottak vonatkozásában a biztosító attól a naptól vállalja a kockázatot, mely napon a biztosított a biztosított csoport tagjává válik, azaz, amikor felkerül a biztosított listára.
(Részletek a 6. oldalon.)

Mikor és kinek kell a biztosítási díjat megfizetni?

A biztosítás díját a szerződő fizeti. A biztosítás első díja a szerződés hatályba lépésének napján esedékes. Minden további díj annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik. A biztosítás rendszeres díjfizetésű, a díjfizetés történhet éves, féléves, negyedéves vagy havi részletekben.
(Részletek a 7. oldalon.)

Az ügyfélnek milyen kötelezettségei vannak?

A szerződőnek és a biztosítottak közlési kötelezettsége is van, ami azt jelenti, hogy köteles a biztosító által feltett kérdésekre valóságnak megfelelő és hiánytalan válaszokat adni. A közlési kötelezettség megsértése esetén a biztosító nem teljesít szolgáltatást. Bejelentési kötelezettség: a biztosított és a szerződő kötelesek 8 napon belül bejelenteni a biztosítónak, ha az ajánlatban megjelölt és a biztosító által elfogadott foglalkozása, üzleti- vagy egyéb tevékenysége megváltozik.
(Részletek a 7. oldalon.)

Kérdés

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?

Válasz

Mentesülések

A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosítási esemény például a kedvezményezett szándékos magatartásának következménye.

Fontos!

A mentesülések eseteit az általános feltételek 9. § tartalmazza. Kérjük, feltétlenül olvassa el!



(Részletek a 8. oldalon.)

Életbiztosításra vonatkozó kizárások

A biztosító nem nyújt szolgáltatást, ha a biztosított például bűncselekményben való részvétel közben veszíti életét.

Fontos!

Az életbiztosításra vonatkozó kizárásokat az általános feltételek 10. §-ának (1) bekezdése tartalmazza. Kérjük, feltétlenül olvassa el!



(Részletek a 9. oldalon)

Balesetbiztosításokra vonatkozó kizárások

A biztosító nem nyújt szolgáltatást, ha a biztosított például alkoholos befolyásoltágú állapotban szenved balesetet.

Fontos!

A balesetbiztosításra vonatkozó kizárásokat az általános feltételek 10. §-ának (2) bekezdése tartalmazza. Kérjük, feltétlenül olvassa el!



(Részletek a 9. oldalon)

Betegségbiztosításokra vonatkozó kizárások

A biztosító nem nyújt szolgáltatást például azokra a betegségekre, amelyekről a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt tudomása volt.

Fontos!

A betegségbiztosításra vonatkozó kizárásokat az általános feltételek 10. §-ának (3) bekezdése tartalmazza. Kérjük, feltétlenül olvassa el!



(Részletek a 10. oldalon)

Mit kell tenni, ha káresemény történik?

A biztosítási jogviszony alapján támasztott bármely igényt a biztosító részére írásban kell benyújtani, 8 napon belül. A szolgáltatási igény elbírálásához szükséges dokumentumok listáját az általános feltételek 15. oldalán található 1. sz. melléklet tartalmazza.

A kárigényt a biztosítóval szemben érvényesíteni a kár bekövetkeztétől számítva 5 éven belül lehet, mely időtartam elteltével a kárigény elévül.

(Részletek a 10. oldalon.)

Mikor szűnik meg a biztosítás?

Bármely biztosítottra vonatkozó védelem azonnal megszűnik:

- a biztosított halálakor,
- a szerződés érvényességi idejének lejáratakor,
- amikor a biztosított kikerül a megállapított kockázati (foglalkozási) osztályból, kivéve ha a tevékenység megváltoztatását bejelentették és a változást a biztosító elfogadta,
- a 70. vagy a különös feltételekben meghatározott életév elérésével,
- amikor a biztosított kikerül a biztosítotti listáról,
- ha a szerződő felmondja a szerződést.

A biztosítás megszűnése nem érinti a megszűnés előtt bekövetkezett biztosítási eseményekkel kapcsolatos, folyamatban lévő vagy függő károk elbírálását.

(Részletek a 11. oldalon.)

Mit tesz a biztosító az adataim biztonsága érdekében?

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

(Részletek a 11. oldalon.)

Kérdés

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

Válasz

A biztosítóra vonatkozó panaszt szóban vagy írásban a következő elérhetőségek 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: 06-1-391-1660
- MNB Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
- Pénzügyi Békéltető Testület: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

(Részletek a 14. 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 létrejötte esetén a biztosítási szolgáltatások teljesítésére kötelezettséget vállal.

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

(Részletek a 15. oldalon.)

Budapest, 2014. november 1.

CSOPORTOS ÉLET-, BALESET- ÉS BETEGSÉGBIZTOSÍTÁS ÁLTALÁNOS FELTÉTELEI

A MetLife Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) a jelen biztosítási feltételek alapján arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítás díja ellenében a biztosítási kötvényben meghatározott kockázatokra biztosítási védelmet nyújt. A biztosítási szerződés keretében, a szerződő ajánlata alapján az általános feltételekhez csatolt különös feltételekben meghatározott biztosítási eseményekre terjed ki a biztosítási védelem. A feltételekben nem rendezett kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadóak.

Kik a biztosításban érintett személyek?



1. § A biztosítási szerződés alanyai

(1) Biztosító: MetLife Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító), amely a biztosítási szerződést megkötő és a biztosítási díjak ellenében kötelezettséget vállal a biztosítási szolgáltatások teljesítésére.

(2) Szerződő: az a jogi személy, aki, illetve amely a biztosítási szerződést megkötő a biztosítóval a biztosított(ak) javára és a biztosítási díjak fizetésére kötelezettséget vállal.

(3) Biztosított: az a természetes személy, akinek az életével, testi épségével, illetve egészségével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön. Biztosításra jogosult az az 1. életévét betöltött, de 70. életévét (ha a különös feltételek másképp nem rendelkeznek) még be nem töltött személy, akire e szerződés alapján a biztosítás kiterjed, azaz akitől a biztosító a kockázatot átvállalja feltéve, hogy a biztosítást a 70. életév betöltése előtt (ha a különös feltételek másképp nem rendelkeznek) kötötték. A biztosító a szerződéssel kötött megállapodás alapján, a fenti életkori határoktól eltérően is meghatározhatja a biztosítottak körét. A biztosított olyan személy, aki a biztosítási szerződésben meghatározott csoport tagja, vagy akinek a neve szerepel a szerződő által jóváhagyott – és a biztosítónak rendszeresen megküldött – biztosított listán.

(4) Kedvezményezett: a biztosított halála esetére kedvezményezettet jelölhet. A kedvezményezett(ek) a biztosított örököse(i), ha a biztosított által írásban tett, a biztosítóhoz eljuttatott nyilatkozaton más kedvezményezettet nem neveztek meg. Minden egyéb szolgáltatás esetében a kedvezményezett maga a biztosított, ha a biztosított által írásban tett, a biztosítóhoz eljuttatott nyilatkozaton a biztosítási esemény bekövetkeztéig más kedvezményezettet nem neveztek meg.

Több kedvezményezett jelölése esetén minden egyes kedvezményezett vonatkozásában meg kell jelölni a kedvezményezés mértékét, ennek hiányában a kedvezményezés arányát egyenlőnek kell tekinteni. A biztosított az eredetileg jelölt kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával bármikor más kedvezményezettet nevezhet meg. Az új kedvezményezett állítás, a kérelemnek a biztosító kötvénykiállításra jogosult szervezeti egységéhez történő beérkezésének időpontjától hatályos, feltéve, hogy ez az időpont megelőzi a biztosítási esemény bekövetkezésének az időpontját. A kedvezményezett jelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal.

2. § A biztosítással kapcsolatos fogalmak

(1) Területi hatály: a biztosítás az egész világon érvényes. Ha a kötvényen ettől eltérő területi hatály kerül feltüntetésre, akkor a kötvényen megjelölt területi hatály hatályos a szerződésre.

(2) Időbeli hatály: a biztosító kockázatviselése folyamatosan 24 órán át és évi 365 napon keresztül az egész díjjal fedezett biztosítási időszak során fennáll. Ha a kötvényen ettől eltérő időbeli hatály kerül feltüntetésre, akkor a kötvényen megjelölt időbeli hatály hatályos a szerződésre.

(3) Biztosítási szerződés: a biztosítási szerződés részét képezi az általános és különös biztosítási feltételek, a szerződő biztosítási ajánlata, az ajánlathoz csatolt nyilatkozatok, az egyes biztosítottak biztosítási nyilatkozatai, az egészségi nyilatkozatok és orvosi vizsgálati jelentések (amennyiben ilyenek vannak) és a szerződésről kiállított biztosítási kötvény.

(4) Biztosítás kezdete: a szerződés létrejöttének időpontja, amely a kötvényen szerepel.

(5) Várakozási idő:

a) A betegségből származó biztosítási események tekintetében várakozási időszak van érvényben, melynek tartama az adott különös feltételekben meghatározott időtartam. Ha a biztosítási esemény időpontja a várakozási időszakra esik, az adott betegséggel kapcsolatban a biztosító nem nyújt szolgáltatást.

b) Nem vonatkozik várakozási időszak olyan biztosítási eseményre, melynél a biztosítási esemény oka baleset.

(6) Biztosítási év: két egymást követő biztosítási évforduló között eltelt időszak.

(7) Biztosítási évforduló: a biztosítás kezdetét követő, a biztosítás kezdetének napjával és hónapjával megegyező évforduló, feltéve, hogy a biztosítás hatályban van.

(8) Biztosítási esemény: a különös feltételekben, illetve a szerződésben meghatározott esemény, amelynek a biztosítás hatálya alatt történő bekövetkezésekor a biztosító a szerződésben szabályozott módon biztosítási szolgáltatást teljesít.

(9) Biztosítási összeg: a kötvényben feltüntetett, az adott biztosítási esemény bekövetkezésekor a szerződés feltételei szerint a biztosítási szolgáltatás alapját képező összeg.

(10) Kockázati (foglalkozási) osztály: a biztosítottnak a jelen szerződés megkötésének időpontjában, illetve a szerződés érvényességi ideje alatt ténylegesen gyakorolt foglalkozása vagy tevékenysége alapján megállapított kockázati osztályba sorolása.

(11) Munkavállaló: olyan személy, aki a szerződőtől munkaszerződés alapján, munkaviszony keretében rendszeresen munkabért kap (munkajogi állományban van).

(12) Aktív dolgozó: csoportos biztosítási szerződés vagy ahhoz csatolt kiegészítő biztosítás alapján a munkavállaló abban az időpontban válik biztosítottá, amely időpontban aktívan dolgozik és egyébként is megfelel a biztosíthatóság feltételeinek.

(13) Hozzájárulás nélküli illetve hozzájárulásos biztosítás: a biztosítási szerződés szerint a biztosítás lehet hozzájárulás nélküli vagy hozzájárulásos biztosítás. A hozzájárulás nélküli biztosítás azt jelenti, hogy a biztosítás díját teljes egészében a szerződő fizeti. A hozzájárulásos biztosítás azt jelenti, hogy a biztosítás fizetendő díjához a biztosított a szerződésben meghatározottak szerint saját hozzájárulást fizet.

(14) A baleset fogalma: baleset jelen feltételek szempontjából a kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett, a biztosított akaratan kívül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében és bármely más októl függetlenül a biztosított a baleset időpontjától számított 180 napon belül a szerződésben meghatározott biztosítási eseményt szenved el.

(15) A betegség fogalma: bármely, a biztosított egészségi állapotában bekövetkező egészségkárosodás feltéve, hogy:

- az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli,
 - ez a változás a biztosítási időszakon belül, a szerződésben szereplő biztosítási eseményre vonatkozik és a biztosítás időhatálya alatt következik be,
 - a biztosított engedéllyel rendelkező, az adott betegség ellátására szakosodott orvos gyógykezelésének veti alá magát,
 - az adott betegség nem tartozik a kizárások körébe.
- A terhesség, a szülés és a terhességmegszakítás – okától függetlenül – nem minősül betegségnek.

(16) Kórház: a kórház azt a létesítményt jelenti, amely mindenben megfelel az alábbi követelményeknek:

- kórházi működésre vonatkozó engedéllyel rendelkezik (ha az ilyen engedély hatósági előírás),

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

(17) Orvos: az – a biztosítottól vagy annak közeli hozzátartozóitól eltérő személy –, aki a jogszabályban meghatározott vizsgákkal és engedéllyel rendelkezik az igény alapjául szolgáló baleseti sérülés gyógyítására.

(18) Sérülés: baleseti testi sérülést jelent és a biztosítási szerződés érvényességi ideje alatt a nevezett biztosítottra vonatkozik.

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

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

Mikortól és milyen tartamra érvényes a biztosítás?



3. § A biztosítási szerződés kezdete és időtartama

(1) A biztosítási szerződés a kötvényen megjelölt napon kezdődik és a szerződésben foglalt biztosítás(ok) egy éves biztosítási időszakra szól(nak). Amennyiben a biztosítási évforduló előtt 30 nappal sem a biztosító, sem a szerződő nem intéz a másik félhez ellenkező tartalmú írásbeli nyilatkozatot, a biztosítás időtartama további egy évvel meghosszabbodik. A biztosítási tartam a szerződő és a biztosító egyetértése esetén folyamatosan, többször is meghosszabbítható.

(2) A szerződés létrejöhet egy évnél rövidebb tartamra is. Ebben az esetben a biztosítási szerződés kezdete és vége a kötvényen kerül feltüntetésre.

4. § Kockázatviselés kezdete

(1) A kockázatviselés kezdete a biztosított csoport tekintetében a szerződésben megjelölt időpont.

(2) Az egyes biztosítottak vonatkozásában a biztosító attól a naptól vállalja a kockázatot, amely napon a biztosított a biztosított csoport tagjává válik; és addig a napig vállalja a kockázatot, amíg a biztosított a biztosított csoport tagja. A biztosított csoport tagjait felsoroló lista a biztosítási szerződés része. A biztosítottak listájának változásáról a szerződő negyedévente írásban tájékoztatja a biztosítót. Biztosított lista hiányában a szerződő a biztosítottak létszámát is megadhatja. Ilyen esetben egyértelmű meghatározást kell adnia a szerződőnek arra vonatkozólag, hogy kik tartoznak a biztosított csoportba (például egy rendezvényre jegyet váltott, a rendezvény ideje alatt a rendezvény helyszínén tartózkodó emberek).

(3) Amennyiben a biztosított csoportot jogi személy, vagy jogi személyiség nélküli gazdasági társaság alkalmazottai alkotják, akkor **az egyes munkavállalók azon a napon válhatnak biztosítottá, amely napon felkerülnek a biztosítottak listájára, feltéve, hogy azon a napon az adott munkavállaló keresőképes.** Ha az alkalmazott azon a napon, amelyen felkerül a biztosítottak listájára keresőképtelen állományban van, azon a napon kezdődik a biztosító kockázatviselése, amely napon újból keresőképesé válik.

Mikor és kinek kell a biztosítási díjat megfizetni?



5. § Díjfizetés módja és esedékessége

(1) A biztosítási díjak fizetését a szerződő teljesíti a biztosító részére. Hozzájárulásos biztosítás esetén a biztosított hozzájárulást a biztosított teljesíti a biztosító részére.

(2) A biztosítási díj az az összeg, amelynek fizetésére a szerződő kötelezettséget vállal a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási szolgáltatások ellenértékéért. A biztosítási díj kiszámítása a biztosított kockázati (foglalkozási) osztályba sorolásának, a biztosítási összeg nagyságának és – élet- és betegségbiztosítások esetén – a biztosított életkorának a figyelembevételével történik. A biztosított belépési kora a biztosítás kezdetekor betöltött életkor alapján kerül megállapításra.

(3) A biztosítás első díja a szerződés hatályba lépésének napján esedékes. Amennyiben az első díjat nem fizetik meg, a biztosítás nem lép hatályba. Minden további díj annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.

(4) A biztosítás rendszeres díjfizetésű, a díjfizetés módja lehet éves, féléves, negyedéves és havi díjfizetés. A féléves, negyedéves és havi díjrészeket kiszámítása esetén a biztosító az éves díjhoz képest pótdíjat számíthat fel, amelynek mértékét minden egyes szerződés vonatkozásában évente állapítja meg.

(5) Egy évnél rövidebb tartamú szerződések egyszeri díjfizetésűek.

(6) A biztosító a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő díj(ak) esedékességéről nem köteles a szerződőt az esedékességet megelőzően értesíteni. Az értesítés elmaradása az ügyfél követelést nem alapíthat.

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

(8) Hozzájárulásos biztosítás esetén, ha a munkavállaló besorolásának a változása következtében nagyobb biztosítási fedezetre válna jogosulttá, de a besorolásváltozástól számított 30 napon belül (illetve 30 napon túli keresőképtelenség esetén a keresőképesé válását követő első napon) a biztosított nem fizeti meg az esedékes magasabb összegű munkavállalói hozzájárulást, a magasabb biztosítási fedezetre vonatkozó változás nem lép hatályba. Ilyen esetben a biztosítási fedezet emelésére a későbbiek során mindaddig nincs lehetőség, ameddig a biztosított nem nyújt be a biztosító számára elfogadható írásbeli bizonyítékot a biztosíthatóságáról (egészségi állapotáról).

(9) Amennyiben a szerződő a díjat az esedékességkor nem egyenlíti ki, a biztosító a díjelmaradás 30. napján a szerződőt – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – 30 napos póthatáridő kitűzésével a teljesítésre írásban felszólítja (tűrelmi idő). A biztosító a kockázatot a tűrelmi idő lejártáig viseli. Ezen tűrelmi időn belül a szerződő az elmaradt díj befizetését pótolhatja. A tűrelmi idő elteltével, a 61. napon a szerződés valamennyi biztosított vonatkozásában megszűnik.

Az ügyfélnek milyen kötelezettségei vannak?



6. § Közlési kötelezettség

Közlési kötelezettség és megsértésének következményei

(1) A biztosított és a szerződő a szerződéskötéskor kötelesek a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval a valóságnak

megfelelően és hiánytalanul közölni, amelyekre a biztosító írásban kérdést tett fel, és amelyeket ismertek vagy ismerniük kellett.

(2) A közlési kötelezettség megsértése esetén a biztosító teljesítési kötelessége nem áll be, kivéve ha:

a) bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy nem a valóságnak megfelelően közölt körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, illetve az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében;

b) a biztosítás már legalább 2 éve megszakítás nélkül fennállott, arra 2 évi díj befizetésre került, és bizonyítják, hogy a közlési kötelezettség megsértése nem szándékosan történt;

c) a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.

(3) A közlési kötelezettségre vonatkozó szabályok érvényesek abban az esetben is, ha a biztosítási összeg emelésére kerül sor, de csak a megemelt és a régi biztosítási összeg különbözetére vonatkozóan, és csak azon tények és körülmények tekintetében, amelyekre a biztosító az összegemelés kapcsán írásban kérdéseket tett fel.

(4) Amennyiben a biztosító tudomására jut, hogy a szerződés szerint biztosított valamely biztosított életkorát helytelenül adták meg, a kötvény szerint fizetendő díjakat a biztosított valóságos életkorának megfelelően módosítani kell, feltéve, hogy a munkavállaló biztosítási fedezetének mértéke vagy az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási díj függ a biztosított életkorától.

(5) Amennyiben a téves korbevallás a biztosított halála után jut a biztosító tudomására, úgy a kötvény szerint fizetendő bármely szolgáltatás összegét arányosan helyesbíteni kell a ténylegesen befizetett díj és azon díj közötti különbség alapján, amelyet a biztosított valóságos életkora szerint a biztosításra fizetni kellett volna.

7. § Bejelentési kötelezettség

(1) A biztosított és a szerződő kötelesek 8 napon belül bejelenteni a biztosítónak, ha a biztosított ajánlatban megjelölt és a biztosító által elfogadott foglalkozása, üzleti- vagy egyéb tevékenysége megváltozik. Amennyiben a biztosítási esemény a változás után következik be, az ilyen megváltozott foglalkozásból, üzleti- vagy egyéb tevékenységből eredő kárigényeket a jelen biztosítás nem fedezi, kivéve, ha a változást a biztosító a káresemény bekövetkezése előtt elfogadta és az esetleg megállapított többletdíjat a szerződő elfogadta és a díjemelésről szóló értesítés kézhezvételét követő 30 napon belül megfizette.

(2) Ha a biztosító a változás tekintetében nem vállalja a kockázatviselést, úgy az egyéni kockázatviselést 30 napra – a szerződő és a biztosított figyelmének egyidejű felhívása mellett – írásban felmondja és az egyéni kockázatviselésre befizetett díjat a felmondási időszak lejártát követő 30 napon belül visszatéríti.

8. § Biztosítotti lista

(1) A szerződő a szerződés időtartama alatt a biztosító által megkívánt módon vezeti a biztosítotti listát, amely minden egyes biztosított biztosításának a lényeges adatait tartalmazza (mint például: név, életkor, jogosultság, biztosítás kezdete, biztosítási fedezet stb.).

(2) A szerződő – a biztosító formanyomtatványain évente – a biztosító rendelkezésére bocsátja a biztosítotti listát, amely tartalmazza a biztosításra jogosult biztosítottakra vonatkozó azon adatokat és információkat, amelyek a díjak megállapításához és a biztosítások egyéb adminisztrációjához szükségesek. A szerződőnek a biztosításra vonatkozó nyilvántartását úgy kell vezetnie, hogy az a biztosító számára szükség esetén hozzáférhető legyen.

(3) A szerződő negyedévente bejelenti az elmúlt negyedév során a be- és kilépett biztosítottakat és a belépett biztosítottakhoz tartozó adatokat (mint például: név, életkor, jogosultság, biztosítás kezdete, biztosítási fedezet stb.).

(4) A biztosítotti listában előforduló esetleges hibák nem érvénytelenítenek egyébként jogszerűen hatályban lévő biztosításokat és nem helyeznek újra érvénybe már jogszerűen megszűnt biztosításokat, de az ilyen hibák felfedezésekor a biztosítás díját megfelelően módosítani kell, feltéve, hogy az elkövetett hiba a fizetendő díj összegére kihatással volt.

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?



9. § A biztosító mentesülése

(1) A biztosító mentesül a szolgáltatási összeg kifizetése alól, ha a biztosítási esemény a biztosított halála esetén a kedvezményezett szándékos magatartásának következménye.

(2) Több haláleseti kedvezményezett esetén az (1) bekezdés rendelkezése nem vonatkozik azon kedvezményezettekre, akik nem hatottak közre a biztosított halálának előidézésében.

(3) A biztosító mentesül az életbiztosítási szolgáltatási összeg kifizetése alól, amennyiben bizonyítja, hogy a biztosítási esemény

a) a biztosított jogellenes vagy szándékos magatartásának következménye,

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

(4) Amennyiben a biztosított a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított két éven túl elkövetett öngyilkosság következtében hal meg, a

biztosító a főbiztosítás esetében a haláleseti biztosítási összeget fizeti ki, kivéve, ha az öngyilkosságot megelőző két éven belül a haláleseti biztosítási összeg egyedi emelésére került sor. Ebben az esetben a biztosító az emelés előtti haláleseti biztosítási összeg figyelembevételével számított haláleseti szolgáltatást fizeti ki.

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

10. § Kizárások a biztosítási védelemből

(1) Életbiztosításra vonatkozó kizárások

a) AIDS kizárás

i. A biztosító nem nyújt szolgáltatást, ha a biztosított halálát a jelen bekezdés ii. pontja szerinti opportunist fertőzés vagy rosszindulatú daganatképződés okozta, feltéve, hogy a halál bekövetkezésekor a biztosított kimutathatóan fertőzött volt a humán immunhiányt okozó vírussal (HIV) és/vagy szervezetében kialakult a szerzett immunhiány szindróma (AIDS).

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

iii. Amennyiben a biztosító ezen kizárás szerint mentesül a szolgáltatás kifizetése alól a szerződésben biztosított személy halála esetén, a biztosított fedezetére ténylegesen befizetett összes díjat viszatéríti a szerződő részére. (Hozzájárulásos biztosítás esetén a biztosított által fizetett díjakat a kedvezményezett részére fizeti vissza a biztosító.)

b) Bűncselekményekben való részvételre vonatkozó kizárás

Nem minősül biztosítási eseménynek és a csoportos biztosítási szerződés vagy az ahhoz csatolt bármilyen kiegészítő biztosítás nem nyújt fedezetet olyan eseményre, amely közvetlenül vagy közvetve, teljesen vagy részben a biztosítottnak bűncselekményben vagy jogellenes tevékenységben való tevőleges (aktív) részvételével összefüggésben következett be, ide értve a ténylegesen elkövetett vagy megkísérelt jogellenes cselekményeket vagy a biztosítottnak a letartóztatással szembeni ellenállását.

c) Háborús kizárás

A biztosító nem nyújt szolgáltatást, amennyiben a biztosítási eseményt közvetlenül vagy közvetve háború (két ország közötti fegyveres szembenállás, a hadüzenet tényétől függetlenül), polgárháború, bármilyen hadművelet vagy invázió, külföldi erők ellenséges hadműveletei, idegen erő beavatkozása, háborús állapot, katonai és egyéb bitorló erők műveletei, statárium, ostromállapot, forradalom, vagy harci cselekményben, felkelésben, lázadásban, zavargásban, zendülésben való részvétel (függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételtől van szó) okozza.

d) A biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek, ha az esemény a biztosított elme- vagy tudatzavarával okozati összefüggésben következett be.

(2) Balesetbiztosításokra vonatkozó kizárások

A biztosítás nem terjed ki azon baleseti sérülésekre, amelyek oka közvetlenül vagy közvetve, egészben vagy részben:

a) az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés,

b) veleszületett rendellenességek és az ebből fakadó következmények,

c) a biztosítottnak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota, kivéve, ha ezeket egészségügyi hatóság előírására alkalmazzák,

d) a biztosított alkoholos befolyásoltságú állapota, amennyiben véralkoholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedésrendészeti szabályokban megengedett határértéknél,

e) a biztosított öngyilkossága, öncsonkítása vagy ezek kísérlete, az elmeállapota való tekintet nélkül,

f) bármilyen betegség, bakteriális fertőzések,

g) bármely idegi vagy elmebeli rendellenesség, elnevezésüktől vagy osztályozásuktól függetlenül (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezavar),

h) bármely sérvet, lumbagot vagy sciaticat (az ülő-ideg zsába egyedi formáját) okozó sérülés.

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

i) a biztosított hivatásszerű részvétele bármely sporttevékenységben,

j) a biztosított részvétele bármely olyan versenyben vagy versenyre való felkészülésben, amely motoros meghajtású szárazföldi-, vízi- vagy légi jármű használatával jár,

k) amennyiben a biztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vagy motorcsónakot vezet, vagy azon utazik,

l) amennyiben a biztosított fizető utasként utazik olyan légi járművön, amely nem tartozik egyetlen légitársasághoz sem és nincs megfelelő bejegyzése ill. engedélye fizető utasok szállítására rendszeres és közzétett menetrend szerinti útvonalon,

m) a biztosított aktív szolgálata bármely nemzet bármely fegyveres erejénél,

n) a biztosított által jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidézett esemény,

o) mialatt a biztosított pilótaként vagy utasként gyakorlásra vagy egyéb célból sárkányrepülő, vitorlázó- vagy egyéb könnyűszerkezetű repülőgépet ill. ejtőernyőt használ vagy nem utas minőségben bármilyen légi járművel utazik,

p) bármely, radioaktív energia vagy maghasadás által működtetett vagy működtetésre alkalmas fegyver vagy eszköz használata, minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt,

q) háború (két ország közötti fegyveres szembenállás, a hadüzenet tényétől függetlenül), polgárháború bármilyen hadművelet vagy invázió, külföldi erők ellenséges hadműveletei, idegen erő beavatkozása, háborús állapot, katonai és egyéb bitorló erők műveletei, statárium, ostromállapot, forradalom, vagy harci cselekményben, felkelésben, lázadásban, zavargásban, zendülésben való részvétel (függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételtől van szó).

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

s) bármely olyan kezelés vagy gyógy mód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben, rehabilitációs vagy utókezelő központban végeznek.

(3) Betegségbiztosításokra vonatkozó kizárások

Betegségbiztosítási kockázatviselések esetén a biztosítás nem terjed ki azon betegségből származó biztosítási eseményekre, amelyek oka közvetlenül vagy közvetve, egészében vagy részben:

a) a biztosított alkoholos vagy kábítószeres befolyásoltsága, kivéve ha az utóbbit szakképzett orvos utasítására alkalmazzák,

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

c) bármely idegi vagy elmebeli rendellenesség kezelése, elnevezésüktől vagy osztályozásuktól függetlenül (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezavar),

d) bármely időszakos kontrolvizsgálat vagy megfigyelés, függetlenül attól, hogy a jelen biztosítás hatálybalépése előtt vagy után bekövetkező betegséggel kapcsolatban állnak vagy sem,

e) mindenfajta gyógy mód és hosszú idejű gyógykezelés gyógyintézményben való benntartózkodással (nyugdíjas otthonok, utókezelési központok, detoxikáló központok stb.),

f) valamennyi, a biztosítás hatálybalépése előtt bekövetkezett betegség, vagy olyan betegséggel kapcsolatos, amely miatt a biztosított egészségügyi intézményben kezelés vagy megfigyelés alatt állt, és/vagy amelyről a jelen biztosítás kezdete előtt tudomása volt, és/vagy amelynek tünetei már jelentkeztek nála vagy diagnosztizálták azokat a jelen biztosítás érvénybe lépését megelőzően,

g) bármely olyan kezelés vagy gyógy mód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben, rehabilitációs vagy utókezelő központban végeznek.

Mit kell tenni, ha káresemény történik?



11. § A szolgáltatási igény bejelentése és a biztosító teljesítése

(1) A biztosítási jogviszony alapján támasztott bármely igényt a biztosító részére írásban kell benyújtani, a biztosítási eseménytől számított 8 napon belül.

(2) Ennek elmulasztása esetén a biztosító annyiban mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, amennyiben emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké váltak.

(3) A biztosító által igényelt minden igazolást, nyilatkozatot és bizonyítékot a biztosítónak az általa meghatározott formában és tartalommal, a kötvényszámra való hivatkozással kell benyújtani. Az ezzel kapcsolatos költségeket a biztosító nem téríti meg.

(4) A biztosító kérésére és költségére a biztosított orvosi vizsgálaton köteles megjelenni bárminemű testi sérülés vagy betegség kivizsgálása céljából.

(5) Bármilyen testi sérülés vagy betegség bekövetkeztét követően a biztosítottnak a lehető legrövidebb időn belül gyakorló szakorvoshoz kell fordulnia és kárenyhítési kötelezettségéből adódóan annak orvosi tanácsait köteles pontosan betartani. A biztosító nem felelős azokért a következményekért, amelyek a biztosítottnak a biztosítási esemény káros következményei elhárítására illetve enyhítésére vonatkozó kötelezettségeinek elmulasztásából erednek.

(6) A biztosító a szolgáltatást a kárigény elbírálásához szükséges utolsó dokumentum beérkezését követő 30 napon belül teljesíti.

(7) A teljesítéssel a biztosító mentesül minden további kötelezettség alól a biztosítási igényt vagy annak következményeit illetően.

(8) A biztosításból eredő igények elévülési ideje a szolgáltatás esedékességétől számított 5 év.

Mikor szűnik meg a biztosítás?



12. § A biztosítás megszűnése

- (1) Bármely biztosított biztosítása azonnal megszűnik:
 - a) a biztosított halálakor,
 - b) a szerződés érvényességi idejének lejáratakor (az 5. § (9) bekezdésében részletezett türelmi idő figyelembevételével)
 - c) amikor a biztosított kikerül a megállapított kockázati (foglalkozási) osztályból, kivéve ha a tevékenység megváltoztatását bejelentették és a változást a biztosító elfogadta,
 - d) a 70. vagy a különös feltételekben meghatározott életév eléréseivel,
 - e) amikor a biztosított kikerül a biztosított listáról,
 - f) felmondással (évforduló előtt 30 nappal),
 - g) kiegészítő biztosítás esetén a főbiztosítás megszűnésével.
- (2) A biztosítás megszűnése nem érinti a megszűnés előtt bekövetkezett biztosítási eseményekkel kapcsolatos, folyamatban lévő vagy függő károk elbírálását.

Mit tesz a biztosító az adataim biztonsága érdekében?



13. § 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 csőd-eljárás, 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 nyilatkozással kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli),
 - f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálat,
 - g) a biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselővel, ezek érdekképviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
 - h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,

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

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

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

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

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

n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesí­téséhez szükséges adatok tekintetében a Kártalanítási Számlát, illetve a Kártalanítási Alapot kezelő szervezet­tel, a Nemzeti Irodával, a Levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel és a kárrendezé­si megbízottal és a kárképviselővel, illetve károkozóval, amennyiben az önrendelkezési jogával élve a közúti köz­lekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javí­tási adataihoz kíván hozzáférni,

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

p) fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés fel­tételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott kö­vetelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel,

q) feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával szemben,

r) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és In­formációs szabadság 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 megjelölé­set, 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, biztosítás­közvetítő és a biztosítási szaktanácsadó az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedé­sek végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott be­jelentési kötelezettségének tesz eleget.

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

(9) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét

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

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

(10) A biztosító az esetleges kiszervezett tevékenységet végző személyek, valamint az orvosszakértői véleményt készítő szakorvosok számára az ügyfelek személyes és különleges adatait továbbíthatja abból a kizárólagos célból, hogy azok szolgáltatásaikat a szerződő számára közvetlenül ajánlhassák fel, illetőleg a kiszervezett tevékenységet maradéktalanul elláthassák. A biztosító az ügyfelek személyes adatait, valamint a biztosítási szerződés pénzügyi és aktuáriusi adatait pedig a szerződés fenntartása és kezelése, illetve a szerződésben foglaltak teljesítése céljából és érdekében a 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, viszontbiztosítók, 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 cé-

lokból 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.

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

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

(11) A biztosító 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.

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



15. § Panasztételi lehetőség

A biztosító magatartására, tevékenységére, szolgáltatására vagy mulasztására vonatkozó panaszát a szerződő szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen, postai levél útján, telefaxon vagy elektronikus levélben), a jelen pontban megjelölt elérhetőségek bármelyikén előterjesztheti a biztosító ügyfélszolgálati osztálya részére. Levélben a MetLife Biztosító Zrt. Ügyfélszolgálati Osztálya címen (H-1138 Budapest, Népfürdő u. 22.), elektronikus üzenet útján: info@metlife.hu e-mail címen, telefonon: hétfőn 8:00 és 20:00 között, keddtől péntekig 9:00 és 17:00 között a 06-40-444-445 telefonszámon, telefaxon: a 06-1-391-1660 számon, személyesen: a MetLife Biztosító Ügyfélszolgálatán (1138 Budapest, Népfürdő u. 22., Duna Torony) nyitvatartási időben (hétfőn 8:00 és 20:00 között, keddtől péntekig 9:00 és 17:00 között). A szerződő továbbá folyamatosan tájékozódhat a biztosító szolgáltatásairól a www.metlife.hu címen.

Amennyiben a szerződő az általa tett bejelentésnek a biztosító által történő kezelésével vagy annak eredményével elégedetlen, úgy panasza jellegetől függően a Magyar Nemzeti Bankhoz (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.), a Pénzügyi Békéltető Testülethez (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.) vagy bírósághoz fordulhat.

16. § Illetékes bíróság

A biztosítási szerződésből eredő igények érvényesítésére indított valamennyi perre a Budapesti II. és III. Kerületi Bíróság a kizárólagosan illetékes bíróság.

Budapest, 2014. november 1.

Mit érdemes tudni a biztosítóról?



CÉGISMERTETŐ

A MetLife Inc. bemutatkozója

A MetLife, Inc. (NYSE: MET) leányvállalatain és tagvállalatain keresztül („MetLife”) a világ egyik legnagyobb életbiztosító társasága. Az 1868-ban alapított MetLife világszerte kínál életbiztosítási és életjáradék programokat, alkalmazotti juttatásokat valamint vagyonkezelői szolgáltatásokat. A mintegy 100 millió ügyfelet kiszolgáló MetLife közel 50 országban van jelen, és piacvezető szerepet tölt be az Egyesült Államokban, Japánban, Latin-Amerika, Ázsia, Európa és a Közel-Kelet országában.

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. További információért látogassa meg a www.metlife.hu honlapot.

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.

1. 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 biztosító erre a célra szolgáló kitöltött és aláírt szolgáltatási igény bejelentő nyomtatványát,
- a biztosítási eseményt okozó eseményre vonatkozó (annak bekövetkezésében szerepet játszó baleset), illetve az azt követő valamennyi ellátás orvosi dokumentációja, kezelések, vizsgálatok iratai, kórházi zárójelentések, szövettani eredmények, műtéti leírások, szakorvosi iratok másolatait,
- házi orvosi betegkarton másolatát,
- hatósági eljárás esetén a tényállás megállapítására alkalmas hiteles hatósági okiratot, vádindítványt vagy vádiratot, bírósági ítéletet vagy az eljárást befejező/elutasító határozatot, 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 fordítását,
- a baleset tényét és körülményeit igazoló rendőrhatalósági jegyzőkönyv vagy más hatósági jelentés másolatát (amennyiben ilyen készült),
- továbbá mindazon okiratokat, amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek.

A haláleseti biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a következő iratokat kell a biztosító részére bemutatni, illetve átadni:

- a hitelesített halotti anyakönyvi kivonatot,
- a halottvizsgálati bizonyítvány másolatát,
- a baleset tényét és körülményeit igazoló rendőrhatalósági jegyzőkönyv vagy más hivatalos jelentés másolatát (amennyiben ilyen készült),
- hatósági eljárás esetén a határozatot,
- boncjegyzőkönyv másolatát, amennyiben boncolás történt,

- halotti epikrízist tartalmazó kórházi zárójelentést,
- a kedvezményezett személyét azonosító hivatalos okiratot,
- jogerős öröklési bizonyítvány vagy jogerős hagyaték-átadó végzés másolatát (abban az esetben kell csatolni, ha korábban a kedvezményezettet név szerint nem nevezték meg)
- orvosi nyilatkozatot*,
- haláleset utáni orvosi jelentés formanyomtatványt.

A kritikus betegségek esetére szóló szolgáltatás igénybevételéhez a következő iratokat kell a biztosító részére bemutatni, illetve átadni:

- a biztosítási eseményt leíró és alátámasztó, szakorvos vagy intézmény által igazolt orvosi dokumentációt (zárójelentések, vizsgálati és szövettani eredmények),
 - szükség esetén a biztosítási eseményt alátámasztó, aktuálisan elvégzett szakorvosi vizsgálati eredményt.
- Rosszindulatú daganat esetén
 - határozott orvosi diagnózist (szövettani leletet) a rosszindulatúság igazolására,
 - szövettani bizonyítékot (leletet) arról, hogy a daganat a környező szöveteket elárasztotta vagy távolabbi áttétet képzett.
 - Szívinfarktus esetén
 - a típusos klinikai tünetek leírását tartalmazó orvosi dokumentumot;
 - az infarktust igazoló jellegzetes EKG elváltozások leletét;
 - a szívenzim értékek típusos emelkedését igazoló orvosi dokumentumot.
 - Agyi érkatasztrófa esetén
 - az esemény bekövetkeztét és a bekövetkezés időpontját megállapító dokumentumot (orvosi lelet, zárójelentés);
 - neurológiai szakvéleményt, amely az esemény után 45 nappal, az eseménnyel okozati összefüggésben álló kóros idegrendszeri tüneteket állapít meg.
 - Szívkoszorúér műtét esetén
 - a műtét szükségességének orvosi dokumentációját, beleértve a műtét előtt készített koszorúérfestés (coronariographia) leletét,
 - a műtét leírását tartalmazó zárójelentést.

Amennyiben a műtetre nem Magyarországon kerül sor, úgy a biztosítási esemény elfogadásának feltétele, hogy a biztosító orvosszakértőjének műtét előtti, a beavatkozás indokoltságát megállapító írásbeli véleményét beszerezzék.

- Szervátültetés esetén
 - a műtét szükségességének orvosi dokumentációját;
 - a műtét leírását tartalmazó zárójelentést.

Amennyiben a műtetre nem Magyarországon kerül sor, úgy a biztosítási esemény elfogadásának feltétele, hogy a

biztosító orvosszakértőjének műtét előtti, a beavatkozás indokoltságát megállapító írásbeli véleményét beszerezzék.

(6) Veseelégtelenség esetén

- a dialízis szükségességét igazoló leletet;
- a 60 napot meghaladó, rendszeres dialízis kezelés orvosi igazolását.

(7) Vakság esetén

- mindkét szem látóképességének betegség következtében történt teljes, végleges és visszafordíthatatlan elvesztését igazoló szakorvosi vélemény.

A gyermekszületés biztosítási szolgáltatás igénybevételehez a következő iratokat kell a biztosító részére bemutatni, illetve átadni:

- a) a biztosított gyermekének születési anyakönyvi kivonatának másolatát,
- b) a kórházi zárójelentés másolatát,
- c) emelt szintű biztosítási összeg igénylése esetén az emelt szintű családi pótlékra való jogosultság igazolásáról szóló dokumentumot,
- d) emelt szintű biztosítási összeg igénylése esetén a gyermek betegségére vonatkozó orvosi diagnózisok, vizsgálatok, gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentációk másolatait.

Betegségből és balesetből származó maradandó teljes rokkantság biztosítási eseményre járó szolgáltatás igénybevételehez:

- a) az orvosi jelentést az egészségkárosodás jellegének és mértékének leírásával illetve diagnózisával,
- b) a baleseti káresemény tényét és körülményeit igazoló rendőrhatalósági jegyzőkönyv vagy más hivatalos jelentés másolatát (amennyiben ilyen készült),
- c) az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet orvosi bizottságának az egészségkárosodás mértékét megállapító szakvéleményét (határozatát), (amennyiben ilyen készült),
- d) továbbá minden olyan iratot, amelyet a biztosító az igény elbírálásához szükségesnek tart.

Baleseti maradandó teljes, részleges, vagy súlyos rokkantság biztosítási eseményre járó szolgáltatás igénybevételehez:

- a) az orvosi jelentést valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával illetőleg az egészségkárosodás mértékének igazolásával,
- b) a sérült testrészrel kapcsolatban, a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően felállított orvosi diagnózisok, vizsgálatok, gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentációk másolatait (ha létezik ilyen).

Kórházi ellátásra és műtėti beavatkozás esetére járó szolgáltatás igénybevételehez:

- a) a kórházi tartózkodásról és ellátásról szóló magyar nyelvű orvosi dokumentáció (zárójelentés) másolatát

(külföldi kórházi zárójelentés esetén magyar nyelvű hiteles fordítással), amely tartalmazza a kórházi tartózkodás időtartamát, a kórtörténeti adatokat, a felállított diagnózisokat, az alkalmazott kezeléseket, illetve műtét esetén a műtėti beavatkozás pontos leírását, valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával,

- b) a sérült testrészrel kapcsolatban, a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően felállított, orvosi diagnózisok, vizsgálatok, gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentációk másolatait (ha létezik ilyen),
- c) ambuláns lapot, orvosi dokumentumok másolatát, hiteles magyar nyelvű fordítással,
- d) orvosi nyilatkozatot*,
- e) továbbá mindazon okiratokat, amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek.

Csonttörés, égési sérülés esetén:

- a) a kórházi tartózkodásról és ellátásról szóló dokumentáció (zárójelentés) másolatát, amely tartalmazza a kórházi tartózkodás időtartamát, a kórtörténeti adatokat, a felállított diagnózisokat, az alkalmazott kezeléseket, valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával,
- b) a sérült testrészrel kapcsolatban, a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően felállított, orvosi diagnózisok, vizsgálatok, gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentációk másolatait, (ha létezik ilyen),
- c) továbbá mindazon okiratokat, amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek.

7 napon túl gyógyuló baleseti sérülésre szóló kiegészítő biztosítás alapján járó szolgáltatás igénybevételehez:

- a) a balesetet követő első kezelést ismertető és a pontos diagnózist megállapító orvosi szakvélemény, az esetleges kórházi zárójelentés,
- b) bármilyen kapcsolódó orvosi szakvélemény és dokumentum a biztosított korábbi egészségi állapotára vonatkozóan.
- c) Amennyiben a megállapodott biztosítási összegnek alapja a biztosított igazolt jövedelme, be kell nyújtani a biztosított nettó jövedelmére vonatkozó igazolást is.

Táppénz kiegészítő biztosítás alapján járó szolgáltatás igénybevételehez

- a) orvosi igazolás keresőképtelen állományba vételről,
- b) orvosi igazolás folyamatos keresőképtelenségről,

- c) a pontos diagnózist megállapító orvosi szakvélemény,
- d) bármilyen kapcsolódó orvosi szakvélemény és dokumentum a biztosított korábbi egészségi állapotára vonatkozóan, továbbá
- e) jövedelemigazolás.

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

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

Budapest, 2014. november 1.