

MetLife®



Metropolitan (MET-619, MET-769)

befektetési egységekhez kötött életbiztosítás feltételei

Budapest, 2015. május 20.

TARTALOMJEGYZÉK

Tájékoztató a Metropolitan befektetési egységekhez kötött életbiztosításról	6
A MetLife Biztosító Zrt. Metropolitan (MET-619, MET-769) befektetési egységekhez kötött életbiztosításainak feltételei	
1. § A biztosítási szerződés alanyai	13
2. § A biztosítással kapcsolatos általános fogalmak	13
3. § A befektetési egységalapokkal kapcsolatos fogalmak és eljárások	14
4. § A biztosított	17
5. § A biztosítás tartama	17
6. § Biztosítási esemény	17
7. § Biztosítási szolgáltatások	17
8. § A biztosítás díja	18
9. § Késedelmes díjfizetés	18
10. § A szerződés ismételt hatályba léptetése (reaktiválás)	18
11. § Az értékkövetés (indexálás)	19
12. § A biztosítási díj egyedi módosítása	19
13. § A biztosítási szerződés létrejötte és módosítása	19
14. § A biztosítási szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete	21
15. § Várakozási idő	21
16. § Közlési kötelezettség	21
17. § Bejelentési kötelezettség	22
18. § A biztosító teljesítése	22
19. § A biztosító mentesülése	23
20. § Kizárt kockázatok	23
21. § A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése	24
22. § Díjmentesítés	24
23. § Rendszeres pénzkivonás	24
24. § Felmondás	25
25. § Visszavásárlás	25
26. § Részleges visszavásárlás	25
27. § Befektetési egységalapok és egységek módosítása	25
28. § Áthelyezés és a díj megosztásának módosítása	26
29. § A biztosítás megszűnése	26
30. § Díjfizetés szüneteltetése	27
31. § Elévülés	27
32. § A biztosítási és az üzleti titok	27
33. § A személyes adatok kezelése	29
34. § Adózással kapcsolatos jogszabályok	30
35. § Tájékozódás és tájékoztatás	30
36. § Illetékes bíróság, illetékes panaszforum	31
A Portfólió Plusz befektetési egységekhez kötött életbiztosítást kiegészítő biztosítás (MET-P31, MET-EP7) feltételei	
2. számú melléklet: A Metropolitan költségeinek és minimális díjainak hatályos értékei	34
3. számú melléklet: Választható biztosítási összegek, limitek, biztosítási díjak	36
4. számú melléklet: Ügyfélbónusz és a szerződés legfontosabb paraméterei	39
5. számú melléklet: Díjkezelési tájékoztató	42

6. számú melléklet: Tájékoztató a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokról	46
Kiegészítő biztosítási csomag Metropolitan termék általános feltételeihez	48
A főbiztosított halálesetére szóló (kockázati) kiegészítő biztosítás (MET-281, MET-291) feltételei	51
A további biztosított halálesetére szóló (kockázati) kiegészítő biztosítás (MET-K34, MET-EZ1) feltételei	52
A baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás (MET-H19, MET-EH8) feltételei	53
A baleseti maradandó rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás (MET-R57, MET-ER7) feltételei	54
A Critical Care kiegészítő biztosítás (MET-C 14, MET-C 15, MET-C 16, MET-C64, MET-C65, MET-C66) feltételei	56
A csonttörés és égési sérülés esetére szóló kiegészítő biztosítások (MET-F07, MET-EF1) feltételei	62
A balesetből származó kórházi ellátásra (MET-N07, MET-EN1) és műtéti beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosítások (MET-S07, MET-ES1) feltételei	64
A balesetből vagy betegségből származó kórházi ellátás esetén, napi térítésre (MET-N57, MET-EN2) és műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítások (MET-S57, MET-ES2) feltételei	66
Szerződési feltételek MyMetlife internetes felület használatára	71
Cégismertető	75

TÁJÉKOZTATÓ A METROPOLITAN BEFEKTETÉSI EGYSÉGEKHEZ KÖTÖTT ÉLETBIZTOSÍTÁSRÓL



Kérdés

Kinek szól az ajánlatunk?

A biztosítást azon ügyfeleknek ajánljuk, akik forint vagy euró alapú rendszeres megtakarítási programjuk befektetési eszközalapjainak összetételét szabadon szeretnék meghatározni. A Metropolitan befektetési egységekhez kötött életbiztosítást nem csak egyéni ügyfeleinknek ajánljuk, hiszen védelmi csomagjai révén a család felnőtt tagjai, vagy akár egy kisebb cég vezetői is biztosíthatók egy szerződés keretén belül. Olyan ügyfeleknek ajánljuk, akik a rendszeres megtakarításon felül eseti díjakat is szeretnének befektetni. A rendszeres és eseti díjakat a Metropolitan szerződésekben befektetési egységekből álló eszközalapokban tartjuk nyilván. A befektetési egységek értéke a pénz-, tőke- és részvénytőkepiac változásait követve emelkedhet, illetve csökkenhet. A befektetés árfolyam-ingadozásainak nem kívánt hatásai elleni védelmét teremti meg a MyMetLife ügyfélportálon igényelhető **Őrszem árfolyamfigyelő szolgáltatás**, amely a Metropolitan főbiztosításhoz és az eseti díjak befektetésére szolgáló Portfólió Plusz kiegészítő biztosításhoz egyaránt kapcsolódik.

Kik a biztosításban érintett személyek?

A *biztosított* személy az, akinek az életével vagy az egészségével kapcsolatos biztosítási eseményre a szerződés létrejön. Biztosított az lehet, aki a biztosítási szerződés létrejöttkor 16. életévénél idősebb, de a 75. életévét még nem töltötte be.

- Főbiztosított: az a személy, akihez a főbiztosítás befektetési egységei és az eseti díjak befektetésére szolgáló Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás befektetési egységei tartoznak. A főbiztosítottra kiegészítő biztosítások is választhatók. A főbiztosított személye a tartam során nem változtatható.
- További biztosítottak: a szerződéshez maximum 4 további biztosított kapcsolható. A további biztosítottakra személyre szabott kiegészítő biztosítások választhatók. A további biztosítottak köre a tartam során változtatható.

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.

A biztosított életben léte esetén nyújtandó szolgáltatások kedvezményezettje alapértelmezetten maga a biztosított, a halál esetére szóló szolgáltatás kedvezményezettje a szerződő által megnevezett személy (ha az ajánlaton a szerződő nem nevez meg haláleseti kedvezményezettet, akkor a biztosított törvényes örököse jogosult a biztosító szolgáltatására).

(Részletek az 13. oldalon.)

Milyen hosszú a biztosítás tartama?

A főbiztosítás határozatlan tartamú, vagy határozatlan, de határozott tartamúvá tehető. A szerződés legkorábban a 10. évfolyóra tehető határozottá.

(Részletek a 17. oldalon.)

A kiegészítő biztosítások tartama 1 év, mely minden évfolyadon automatikusan meghosszabbodik, amíg a biztosított el nem éri a 65. életévét (a kórházi napi térítés és műtéti térítés kiegészítő biztosítások esetén a 60. életévét). A biztosított 65. (a kórházi napi térítés és műtéti térítés kiegészítő biztosítások esetén a 60.) születésnapja utáni biztosítási évfolyadon a kiegészítő biztosítások megszűnnek.

(Részletek a 48. oldalon.)

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

– Szolgáltatás a főbiztosított halála esetén:

Ha a főbiztosított a biztosítás tartama alatt életét veszti, a biztosító a technikai biztosítási összeg és a befektetési egységek aktuális értéke közül a magasabb összeget fizeti ki a haláleseti kedvezményezett részére. Mivel a technikai haláleseti biztosítási összeg fixen 10 000 Ft, illetve 40 €, így már az első díj beérkezésekor is nagy eséllyel a befektetési egységek értéke a magasabb, tehát praktikusán a főbiztosítás szolgáltatása a befektetési egységek aktuális értéke.

Ha a szerződésre a szerződő fizetett eseti díjat – ami a Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás alszámláin kerül befektetésre –, akkor a főbiztosított halála esetén a Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás alszámláin nyilvántartott befektetési egységek aktuális értéke szintén kifizetésre kerül.

A főbiztosítottra választható halál esetére szóló kiegészítő biztosítás is. A főbiztosított halála esetén a főbiztosított halálesetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összege kerül kifizetésre.

Kérdés

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

Válasz

A főbiztosított halála esetén a főbiztosítás és a kiegészítő biztosítások szolgáltatásai összeadódnak.

A halál eseti szolgáltatás a haláleseti kedvezményezett részére kerül kifizetésre.

A főbiztosított halála esetén a főbiztosítás megszűnésével a szerződés minden biztosított vonatkozásában megszűnik.

**Példa**

Ügyfelünk 500 000 Ft-ot fizet évente Metropolitan szerződésének főbiztosítási részére. Úgy gondolja, hogy a főbiztosítási szolgáltatás nem lesz elegendő védelem családjá számára, ezért további életbiztosítási védelem céljából halál esetére szóló kiegészítő biztosítást is köt. Ha a kiegészítő életbiztosítási védelemre 3 000 000 Ft a választott biztosítási összeg (amelynek díját a főbiztosításra fizetendő éves 500 000 Ft-on felül kell befizetni), és a biztosítottal váratlan tragédia történik, a szerződés 3. évében, amikor a főbiztosítás aktuális értéke például 1 285 700 Ft, akkor a tragédia bejelentését követően a biztosító a főbiztosításra kifizet 1 285 700 Ft-ot (a 10 000 Ft technikai biztosítási összeg és a szerződés aktuális értéke közül a nagyobb), továbbá kifizeti a kiegészítő biztosítás biztosítási összegét is, azaz 3 000 000 Ft-ot a haláleseti kedvezményezett részére. A kifizetéssel a szerződés megszűnik.

– **Szolgáltatás a további biztosított halála esetén:**

A további biztosított halála esetén a további biztosított halála esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegét fizeti ki a biztosító a további biztosított haláleseti kedvezményezettje részére.

A további biztosított halála esetén az adott további biztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosítások megszűnnek, de a főbiztosítás és a többi biztosítottra vonatkozó biztosítási védelem továbbra is megmarad.

**Példa**

Előző példában szereplő ügyfelünk 500 000 Ft-ot fizet évente Metropolitan szerződésének főbiztosítási részére. Úgy gondolja, hogy a főbiztosítási szolgáltatás nem lesz elegendő védelem családjá számára, ezért további életbiztosítási védelem céljából halál esetére szóló kiegészítő biztosítást is köt. De a családot akkor is nagy veszteség érné, ha a feleségét elveszítenék, ezért a feleségére is köt haláleseti kiegészítő biztosítást 3 000 000 Ft biztosítási összeggel. A szerződésre két csekket kapnak: az egyiket fizetik a főbiztosítás díját, amely a megtakarításukat gyarapítja, a másik csekk a kockázati díjat tartalmazza, amely a biztosítási védelem költsége.

Ha a további biztosítottként szereplő feleség veszíti életét, a további biztosított halálesetére szóló kiegészítő biztosítás alapján a biztosító kifizeti a 3 000 000 Ft-ot. Ebben az esetben a szerződésnek csak a további biztosítottra vonatkozó része szűnik meg, a főbiztosítás és a főbiztosítottra vonatkozó biztosítási védelem továbbra is megmarad.

– **A baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás**

Mind a fő-, mind a további biztosítottra választható kiegészítő biztosítási elem.

Ha egy baleset következtében a biztosított a baleset időpontjától számított 180 napon belül életét veszti, a biztosító kifizeti a baleseti halál esetére meghatározott biztosítási összeget.

**Példa**

Ügyfelünk autóbalesetet szenvedett és a kórházba szállítást követően életét veszítette. Ilyen esetben a biztosító a főbiztosítás haláleseti szolgáltatásán és a halál esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegén felül kifizeti a baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegét is a haláleseti kedvezményezett részére. Tehát ha például az előző példában szereplő főbiztosított baleset következtében veszíti életét, és a 3 000 000 Ft-os biztosítási összegű halál esetére szóló kiegészítő biztosításon felül baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítást is választott 6 000 000 Ft-os biztosítási összeggel, akkor a baleseti halál esetén történő kifizetés összesen 10 285 700 Ft lesz, hiszen a haláleseti szolgáltatás és a baleseti halál esetére járó szolgáltatás összeadódik.

(Részletek a 53. oldalon)

Kérdés

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

Válasz

- **A baleseti maradandó rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás**
Mind a fő-, mind a további biztosítottra választható kiegészítő biztosítási elem.
 - A baleseti maradandó **teljes** rokkantság azt jelenti, hogy a biztosított egy baleset következményeként olyan maradandó rokkantságot (egészségkárosodást) szenved, amelynek következtében képtelenné válik bármely foglalkozásnak vagy szakmai tevékenységnek a végzésére, és így keresőképtelenné válik legalább 12 egymást követő hónapon át, valamint ez az állapot maradandónak, véglegesnek és visszafordíthatatlannak minősül. Ilyen esetben a biztosító a biztosítási összeget fizeti ki a kedvezményezett részére.
 - Ha a biztosított egy baleset következményeként maradandó **részleges** rokkantságot szenved, a biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összegből a maradandó részleges rokkantság mértékének megfelelő összeget fizeti ki. A részleges rokkantság mértékét a feltételekben található Térítési táblázat alapján a biztosító orvosa állapítja meg.

**Példa**

Autóbalesetet szenvedett ügyfelünk a személygépkocsi vezetőjeként sérült. Koponyasérülést, bordatörést, mindkét oldali csipőcsont törést, tüdősérülést szenvedett el. Az agyi károsodás miatt féloldali bénulás és 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, tehát maradandó teljes egészségkárosodást szenvedett el. Munkaképtelensége a 12. hónap végén is fennállt, ezért a biztosítási összeg 100%-a került kifizetésre. Tehát ha például 9 000 000 Ft volt a baleseti maradandó rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összege, akkor 9 000 000 Ft-ot szolgáltat a biztosító. A főbiztosítás és a többi kiegészítő biztosítás továbbra is hatályban maradnak.

Ha az előző példában leírt autóbalesetben a biztosított nem sérült volna ilyen súlyosan, hanem csak a jobb alkarját törte volna és a radiális ideg teljes bénulását szenvedte volna el, akkor – mivel a jobb alkar radiális idegének teljes bénulását eredményező baleset esetén 20%-os térítés jár – például 9 000 000 Ft-os biztosítási összeg esetén 1 800 000 Ft-ot fizet ki a biztosító.

(Részletek az 54. oldalon)

– **Critical Care kiegészítő biztosítás**

Mind a fő-, mind a további biztosítottra választható kiegészítő biztosítási elem. A Metropolitan befektetési egységekhez kötött életbiztosítást kötni kívánó, illetve Metropolitan szerződéssel rendelkező ügyfelünk háromféle Critical Care kiegészítő biztosítás közül választhat.

- Critical Care 1 kiegészítő biztosítás választása esetén a biztosító kifizeti a biztosítási összeget, ha a biztosítottnál rosszindulatú daganatot diagnosztizáltak.
- Critical Care 7 kiegészítő biztosítás választása esetén a Critical Care kiegészítő biztosítás feltételeinek 2. §-ában 1) – 7) sorszám alatt felsorolt betegségek valamelyikét diagnosztizálják, a biztosító kifizeti a biztosítási összeget.
- Critical Care 32 kiegészítő biztosítás választása esetén a Critical Care kiegészítő biztosítás feltételeinek 2. §-ában 1) – 32) sorszám alatt felsorolt betegségek valamelyikét diagnosztizálják, a biztosító kifizeti a biztosítási összeget.

**Példa**

48 éves férfi ügyfelünknel előzmény nélkül erős mellkasi fájdalom jelentkezett, mely miatt sürgősséggel kórházi felvétel történt és EKG készült. Az EKG akut szívinfarktust igazolt. A kórházban koszorúérfestés történt, mely beavatkozás során koszorúér tágitást végeztek. Biztosítottunk állapota azóta gyógyszeres kezelés mellett stabil, és a munkáját teljes értékűen ellátja. A biztosító az orvosi dokumentumok megvizsgálása után kifizette a Critical Care 7 kiegészítő biztosításhoz tartozó biztosítási összeget. A szerződés kötések az ügyfél 5 000 000 Ft-ot választott biztosítási összegként. A szerződésből eltelt 4 év alatt, mivel az ügyfél élt az értékkövetés lehetőségével, a biztosítási összeg 6 077 531 Ft volt a betegség felfedezésekor, így a biztosító 6 077 531 Ft-ot szolgáltatott. A szolgáltatással a Critical Care 7 kiegészítő biztosítás megszűnt, a főbiztosítás és a többi kiegészítő biztosítás továbbra is hatályban maradt.

45 éves nő ügyfelünknel rutin ultrahang vizsgálat során észlelték a bal emlő elváltozását. Diagnosztikus vizsgálat az emlő többgócú rosszindulatú daganatát mutatta ki. Sebészeti ellátás során a bal emlő eltávolításra került a környező megnagyobbodott nyirokcsomókkal együtt. A szövettani vizsgálat a rosszindulatú sejtek egészséges szövetek közé terjedését írta le, ezért a biztosító rosszindulatú daganat címén szolgáltatást teljesített. Ügyfelünk állapota jelenleg folyamatos ellenőrzés mellett kielégítő. Ajánlatfelveletkor az ügyfél 3 000 000 Ft biztosítási összeget választott és az évek során elutasította az értékkövetést, így a biztosító a betegség diagnosztizálásakor 3 000 000 Ft-ot szolgáltatott.

(Részletek az 56. oldalon)

Kérdés

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

Válasz

- **Csonttörés és égési sérülés esetére szóló kiegészítő biztosítások**
Mind a fő-, mind a további biztosítotttra választható kiegészítő biztosítási elem.
- Csonttörés esetén a csonttörés fajtájától függ a szolgáltatás mértéke.

**Példa**

Ha a biztosított például korcsolyázás közben eltöri a kezét, mivel egyszerű zárt törés esetén a biztosító a térítési táblázat alapján a biztosítási összeg 15%-át fizeti ki, 100 000 Ft-os biztosítási összeg választása esetén a biztosító 15 000 Ft-ot szolgáltat. Tehát már a legkisebb biztosítási összeg választása esetén is jelentős a biztosító térítése!

(Részletek a 62. oldalon)

- Égési sérülés esetén az égési sérülés mélységétől és az égéssel érintett bőrfelület nagyságától függ a szolgáltatás mértéke.

**Példa**

Ha a biztosított vacsorafőzés közben megégeti a kezét és a bal alkarját, amennyiben a megégett terület a bőrfelület 4,5%-át teszi ki és másodfokú az égési sérülés, a biztosító a biztosítási összeg 16%-át fizeti ki, azaz pl. 100 000 Ft biztosítási összeg választása esetén 16 000 Ft lesz a kártérítés.

(Részletek a 62. oldalon)

- **A balesetből származó kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosítások**

Mind a fő-, mind a további biztosítotttra választható kiegészítő biztosítási elem.

- Baleseti kórházi napi térítés szolgáltatás esetén akkor térít a biztosító, ha a biztosított legalább 1 éjszakát kórházban töltött. A szolgáltatási összeg a kórházban töltött napok számát a biztosítási összeggel szorozva alakul ki. Ha a biztosított intenzív ellátásban részesül, az intenzív ellátás napjaira jutó térítés összege a normál ellátás összegének másfélszerese.
- Baleseti műtéti térítés esetén akkor nyújt szolgáltatást a biztosító, ha a balesetet szenvedett biztosítottat kórházba utalják és orvos által előírt műtetet végeznek el rajta.

**Példa**

A biztosított egy kirándulás alkalmával megcsúszott és jobb alkarjára esett. Az orsósont darabosan, a singcsont elmozdulás nélkül törött. Az orsósont törését műtéti ellátás során karmos lemezzel rögzítették. A biztosított 4 napot töltött kórházban. A biztosító térítése: az orsósont műtéti ellátása 25%-os műtéti kategória, azaz a biztosítási összeg 25%-a kerül kifizetésre, valamint a 4 kórházban töltött nap miatt a kórházi napi térítés biztosítási összegének négyszerese, tehát pl. 500 000 Ft biztosítási összegű műtéti térítés és 10 000 Ft biztosítási összegű kórházi napi térítés esetén összesen 165 000 Ft. Ha volt az ügyfélnek csonttörés és égési sérülés kiegészítő biztosítása, akkor arra is szolgáltat a biztosító.

(Részletek a 64. oldalon)

- **A balesetből vagy betegségből származó kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosítások**

Mind a fő-, mind a további biztosítotttra választható kiegészítő biztosítási elem.

- Baleseti vagy betegségi kórházi napi térítés szolgáltatás esetén akkor térít a biztosító, ha a beteg, vagy balesetet szenvedett biztosított legalább 1 éjszakát kórházban töltött. A szolgáltatási összeg a kórházban töltött napok számát a biztosítási összeggel szorozva alakul ki. Ha a biztosított intenzív ellátásban részesül, az intenzív ellátás napjaira jutó térítés összege a normál ellátás összegének másfélszerese. A biztosító a napi térítés összegén felül rehabilitációra szóló térítésként a kórházi napokra megállapított térítés összegének ötven százalékát teljesíti.

**Példa**

Ha a biztosított egy hetet kórházban tölt, amiből 2 napot intenzív osztályon fekszik és a biztosítási összeg 5 000 Ft, akkor a biztosító szolgáltatása (5 000 Ft * 5 nap + 7 500 Ft * 2 nap + 2 500 Ft * 7 nap) összesen 57 500 Ft.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

- Baleseti műtéti térítés esetén akkor nyújt szolgáltatást a biztosító, ha a beteg, vagy a balesetet szenvedett biztosítottat kórházba utalják és orvos által előírt műtétet végeznek el rajta.



Példa

Ha a biztosított egy hetet kórházban tölt, mialatt mandulaműtétet végeznek, akkor kórházi napi térítésre $7 \times 10\,000$ Ft-ot, azaz 70 000 Ft-ot (ha például 10 000 Ft a biztosítási összeg) fizet ki a biztosító, plusz kifizet 35 000 Ft-ot rehabilitációra szóló térítésként. Műtéti térítésre további 125 000 Ft-ot szolgáltat a biztosító 500 000 Ft-os biztosítási összeg választása esetén, mivel a mandulaműtét a műtéti beavatkozások százalékos térítésének táblázata alapján 25%-os műtétnek minősül. A biztosító összes szolgáltatása a mandulaműtét után: 230 000 Ft.

(Részletek a 66. oldalon.)

Fontos!

A biztosítási védelem kialakítható egyénileg, teljesen ügyféligényre szabva, vagy előre összeállított biztosítási csomagok közül is választhat az egyszerű és gyors megoldásokat kereső ügyfelünk.



Mikor kell a díjat megfizetni?

Az első biztosítási díjat a szerződés megkötésével 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.

Forint alapú szerződés esetén a biztosítási díj fizethető csoportos beszedéssel, csekken, átutalással is, euró alapú szerződés esetén a díjat átutalással lehet fizetni.

(Részletek a 18. oldalon.)

A kiegészítő biztosítás díját a főbiztosítás díjával együtt kell fizetni. Évestől eltérő díjfizetési gyakoriság esetén a biztosító díjfizetési pótlékot számíthat fel.

A főbiztosítás díjáról és a kiegészítő biztosítási csomag díjáról a szerződő külön csekket kap.

(Részletek a 48. oldalon.)

Hogyan őrzi meg a biztosítás az értékét?

A rendszeres díjas biztosítás inflációval szembeni értékállóságának megőrzésére – indexálás – évente egy alkalommal van lehetőség a vonatkozó díjak növelésével, a termékfeltételekben részletezett módon.

(Részletek a 19. oldalon.)

Hogyan jön létre a biztosítás?

A biztosítás a szerződő ajánlatának biztosító általi elfogadása által jön létre.

(Részletek a 19. oldalon.)

Mikortól érvényes a biztosítás?

A biztosítási védelem balesetek vonatkozásában az első díj megfizetését követő nap 0. órájától kezdődik. A biztosító a többi szolgáltatásra várakozási időt ír elő. A haláleseti szolgáltatás esetében legfeljebb 15 nap a várakozási idő; a Critical Care betegségbiztosításra vonatkozóan a biztosító 3 hónapos várakozási időt ír elő; a betegség miatti kórházi ellátás és műtéti térítések esetén a szerződés hatálybalépését követő első 60 napon belül szükségessé vált ellátásokra nem térít a biztosító, míg a mandulaműtét és orrpolip eltávolítását célzó műtét, és kórházi gyógykezelés esetén csak a szerződés hatálybalépését követő 180 napon túli ellátásokra térít a biztosító.

(Részletek a 21. 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.

15 napon belül kell a biztosítónak bejelenteni, ha a biztosított foglalkozása, munkaköre vagy rendszeres szabadidős tevékenysége megváltozik.

(Részletek a 21. 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 30 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 22. oldalon.)

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 mentesülések eseteit és a részletes kizárásokat a termékfeltételek tartalmazzák. (Részletek a 22. oldalon.)

A kiegészítő biztosításokra a főbiztosítási feltételekben felsorolt kizárt eseményeken kívül is vonatkoznak kizárások. Kifejezetten az egyes kiegészítő biztosításokra vonatkozó kizárásokat a kiegészítő biztosítások különös feltételei tartalmazzák.

(Részletek a 49. oldalon, a Critical Care kiegészítő biztosításra vonatkozó további kizárások eseteiről részletek a 61. oldalon, a csonttörés és égési sérülésre vonatkozó további kizárások eseteiről részletek a 63. oldalon, a baleseti kórházi ellátás eseteire és baleseti műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosításokra vonatkozó további kizárásokról részletek a 64. oldalon, a kórházi napi térítés és műtéti térítés kiegészítő biztosításokra vonatkozó további kizárásokról részletek a 66. oldalon.)

Fontos!

Kérjük, mindenképpen olvassa el a szerződéses feltételek 19. §-ában felsorolt mentesülések eseteit és a 20. §-ában felsorolt kockázatviselésből kizárt eseményeket!



Mikor szűnik meg a biztosítás?

A biztosítás a következő esetekben szűnik meg:

- ha a főbiztosított halála esetén, vagy a határozott tartamúvá tett szerződés lejáratát követően a biztosító teljesít,
- ha a szerződést önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személy szerződő a biztosítást a szerződés létrejöttéről szóló jognyilatkozat kézhezvételétől számított 30 napon belül felmondja,
- ha a szerződő a biztosítást felmondja,
- ha a szerződő a biztosítást visszavásárolja,
- a késedelmes díjfizetés esetén 3 hónap díjjal nem fedezett tartam elteltével, ha a szerződés nem felel meg a díjmentesítés feltételeinek, illetve, ha a díjmaradás tartama alatt a szerződés aktuális értéke nem nyújt fedezetet a számláját terhelő költségekre,
- a díjmentesített, a díjfizetés szüneteltetése, illetve a pénzkivonás időszakában lévő szerződés azon a biztosítási hónapfordulón szűnik meg, amelyen a befizetési egységek aktuális értéke nem nyújt fedezetet a szerződő számláját terhelő rendszeres költségek érvényesítésére.

(Részletek a 26. oldalon.)

A kiegészítő biztosítások a következő esetekben szűnnek meg:

- amikor a főbiztosítás bármely okból megszűnik, a kiegészítő biztosítás díjjal fedezett tartamának végén;
- ha a szerződő a kiegészítő biztosítások díját az esedékességkor nem fizeti meg, a biztosító a díjmaradás 30. napján a szerződő felet – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – 30 napos póthatáridő kitűzésével a teljesítésre írásban felszólítja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a kiegészítő biztosítások
 - a főbiztosítás 3. évfordulója előtt a 61. napon megszűnnek;
 - a főbiztosítás 3. évfordulója után a biztosító a kiegészítő biztosítások díját megkísérli levonni a főbiztosítás felhalmozási befektetési egységeiből, ha a főbiztosítás felhalmozási egységei nem nyújtanak fedezetet a kiegészítő biztosítások díjára, a kiegészítő biztosítások megszűnnek.
- amikor a biztosítottat ideg-, illetve elmebetegségére való tekintettel cselekvőkép-telennek nyilvánítják;
- amikor a biztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) katonai szolgálatot teljesít, bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres erejénél;
- amikor a biztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) kisegítő (nem harcoló) egység tagjaként polgári szolgálatot teljesít, bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres ereje mellett.

(Részletek az 50. oldalon, a Critical Care kiegészítő biztosításra vonatkozó további megszűnés eseteiről részletek a 61. oldalon.)

Mit tesz a biztosító az adataim biztonságá érdekében?

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

(Részletek a 27. oldalon.)

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

A biztosítóra vonatkozó panaszt szóban vagy írásban a következő elérhetőségek bármelyikén elő lehet terjeszteni:
Központi ügyfélszolgálatunk az alábbi elérhetőségeken áll rendelkezésre:
– 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 30. 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, valamint pl. eszközalapokkal kapcsolatos tranzakciók kezdeményezésére és a váratlan árfolyamváltozások hatásai ellen védelmet nyújtó Őrszem funkció beállítására is. Az elérés igénylésével kapcsolatban további tájékoztatást talál a termékfeltételekben, illetve tanácsadójához is fordulhat.
Központi ügyfélszolgálatunk az alábbi elérhetőségeken áll rendelkezésre:
MetLife Biztosító Zrt., 1138 Budapest, Népfürdő u. 22.; info@metlife.hu
telefonszám: 06-40-444-445, telefax: 06-1-391-1660
(Részletek az 71. oldalon.)

Milyen költségei vannak a szerződésnek?

A termékfeltételek 2. számú melléklete részletesen tartalmazza a befektetési egységekhez kötött életbiztosítási szerződésével kapcsolatos költségek mértékét. Az egyes költségek részletes leírását a 2.§-ban találja.
(Részletek az 34. oldalon.)

Melyek a szerződéssel kapcsolatos kiemelten fontos ismeretek?

A termékfeltételek 4. számú mellékletéből az alábbiakkal kapcsolatban tájékozódhat:
– a Metropolitan főbiztosításhoz kapcsolódó ügyfélbónuszról,
– a kezdeti költségelvonás mértékéről,
– a visszavásárlás esetén a visszavásárlási érték meghatározásához alkalmazott kulcsokról, valamint
– az egyszerű befektetési döntést segítő, választható mintaportfoliókról
(Részletek az 39. oldalon.)

Milyen részletes szabályok vonatkoznak a díjfizetésre, díjkezelésre?

A biztosító meghatározott szabályok alapján azonosítja, kezeli, írja jóvá és fekteti be a rendszeres, egyszeri, eseti és előrefizetett díjakat. A díjfizetés módjairól, a banki átutaláshoz szükséges bankszámla számokról a termékfeltételek 5. számú mellékletéből tájékozódhat.
(Részletek az 42. 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 6. sz. mellékletében.
(Részletek a 46. 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 Céginformációból részletesen tájékozódhat az anyavállalatról és a MetLife Biztosító Zrt-ről.
(Részletek az 75. oldalon.)

Budapest, 2015. május 20.

A MetLife Biztosító Zrt. Metropolitan (MET-619, MET-769) befektetési egységekhez kötött életbiztosításainak feltételei

Jelen szerződési feltételekben foglaltak a MetLife Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) befektetési egységekhez kötött életbiztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítás) érvényesek, feltéve, hogy a szerződést a felek ezen feltételekre hivatkozással kötötték. A jelen feltételekben 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) Főbiztosított: az a biztosított, akinek az életére, vagy az életével kapcsolatos biztosítási eseményre a főbiztosítás létrejön. A biztosítási szerződés csak akkor szolgálhat hitel fedezetül, ha a szerződő és a főbiztosított személye azonos.

(4) További biztosított(ak): azon biztosított(ak), aki(k)nek az életére, vagy életével kapcsolatos biztosítási eseményekre kiegészítő biztosítás(ok) köthető(k). A kiegészítő biztosítások biztosítottai lehetnek a főbiztosítottól eltérő természetes személyek is.

(5) A biztosított(ak) belépési korát a biztosító úgy állapítja meg, hogy a szerződés megkötésének, illetőleg a további biztosítottra vonatkozó ajánlat beérkezésének évéből levonja a biztosított születésének az évét.

(6) A biztosított aktuális kora:

a) a szerződés első évében megegyezik a biztosított belépési korával,

b) a következő években úgy kerül megállapításra, hogy a biztosító a biztosítási évfordulón az aktuális évből levonja a biztosított születésének évét és ez a kor a következő évfordulóig érvényes.

(7) Kedvezményezett: az a természetes vagy jogi személy, aki a biztosító szolgáltatására jogosultságot nyer. Haláleseti kedvezményezett lehet a szerződésben megnevezett személy, vagy a biztosított örököse akkor, ha a szerződő által írásban tett, a biztosítóhoz eljuttatott nyilatkozaton más kedvezményezettet a biztosítási ese-

mény bekövetkezéséig nem nevezett meg. A biztosított életben léte esetén járó biztosítási szolgáltatások kedvezményezettje maga a biztosított, kivéve, ha a szerződésben a biztosítási szolgáltatásra más név szerinti kedvezményezett került megjelölésre.

2. § A biztosítással kapcsolatos általános fogalmak

(1) Biztosítási ajánlat: a szerződőnek a biztosítási szerződés megkötésére irányuló írásbeli nyilatkozata, amely tartalmazza a biztosítás elvállalásához vagy elutasításához szükséges összes adatot, 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) Kiegészítő biztosítás: e biztosítás mellé köthető, a szerződő által választható biztosítási termék.

(4) 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.

(5) Rendszeres díj: a szerződő által fizetett, egy-egy biztosítási időszak elején esedékes díjrészlet.

(6) Eseti díj: a rendszeres díjon felül fizetett díj.

(7) Előrefizetett díj: rendszeres díjas biztosítás esetén, esedékesség előtt megfizetett azon rendszeres díj, amelyet a Díjkezelési tájékoztató (5. számú melléklet) ad 2) pontja akként határoz meg.

(8) Biztosítási esemény: olyan esemény, amelyet a biztosítási feltételek ilyenként határoznak meg, és amely a biztosító szolgáltatását kiváltja.

(9) Biztosítási időszak: a rendszeres díjas biztosítások esetén a díjfizetés esedékességétől a következő díjfizetés esedékességéig terjedő időszak.

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

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

(10) 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.

(11) Biztosítási év: a tartamon belül egy év időtartam, amely egy naptári évnek a biztosítás hatálybalépésének

naptári hónapjával és napjával megegyező időponttól a következő naptári év ugyanezen naptári hónapjának ugyanezen naptári napjáig tart.

a) Amennyiben a (9), (10) és (11) bekezdések szerint adott naptári hónapban nem létezik olyan nap, ami 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 biztosítási évet kell érteni.

(12) Biztosítási hónapforduló: a biztosítási hónap vége, azaz új biztosítási hónap kezdete.

(13) Biztosítási évforduló: a biztosítási év vége, azaz új biztosítási év kezdete.

(14) Kezdeti biztosítási díj: a szerződés létrejöttékor érvényben lévő 2. számú melléklet alapján, az ajánlattételkor választott, az első biztosítási évre vonatkozó biztosítási díj.

(15) Technikai haláleseti biztosítási összeg: a főbiztosítás haláleseti biztosítási összege, értékét a 3. számú melléklet tartalmazza, és amelynek az értéke a tartam során kizárólag az értékkövetés (11. §) mértékének megfelelően változhat.

(16) Kiegészítő biztosítások kezdeti biztosítási összegei: a szerződés létrejöttékor érvényben lévő, az ajánlattételkor választott kiegészítő biztosítások biztosítási összegei (a választható minimális és maximális biztosítási összegeket a 3. számú melléklet tartalmazza).

(17) Kiegészítő biztosítások kezdeti biztosítási díja: a kiegészítő biztosítások kezdeti biztosítási összegeihez tartozó biztosítási díjak összege.

(18) Kiegészítő biztosítások aktuális biztosítási összege: a tartamon belül egy adott időpontban aktuális, a különböző biztosítási eseményekre nyújtandó szolgáltatások kiszámításának alapjait képező összegek.

(19) Aktuális biztosítási díj: az értékkövetés (11. §) vagy a biztosítási díj egyedi módosítása (12. §) révén megváltozott, rendszeres biztosítási díj.

(20) 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.

(21) Különleges adat: a faji eredetre, a nemzeti és etnikai kisebbséghez tartozásra, a politikai véleményre vagy pártállásra, a vallásos vagy más világnézeti meggyőződésre, az érdekképviselői szervezeti tagságra,

egészségi állapotra, a kóros szenvedélyre, a szexuális életre vonatkozó, valamint a bűnügyi személyes adat.

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

(23) 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.

(24) Ügymenet kiszervezése: a biztosító biztosítási tevékenysége valamely részének végzésére mászt 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) Hirdetmény: a biztosítónak a szerződésre vonatkozó közleményei, amelyeket elektronikus úton a www.metlife.hu internetes oldalon történő megjelentetéssel hoz nyilvánosságra, és teszi bárki által elérhetővé.

(28) Maradékjog: az életbiztosítási szerződés feltételeiben meghatározott azon jogok, amelyek a díjfizetés elmaradása, illetve a szerződésnek a biztosítási összeg kifizetése nélküli megszűnése esetében fennmaradnak. Jelen feltételben részletezett módosítási lehetőségek közül maradékjognak minősül:

- a) díjmentesítés (22. §),
- b) rendszeres pénzkivonás (23. §),
- c) visszavásárlás (25. §),
- d) részleges visszavásárlás (26. §).

3. § A befektetési egységalapokkal kapcsolatos fogalmak és eljárások

(1) Befektetési egységalap (eszkőzalap): a befektetési egységekhez kötött életbiztosítások – a biztosítási szerződésben meghatározott levonásokkal csökkentett – díjából tőkebefektetés céljából létrehozott eszközálmány. A választható befektetési egységalapok befektetési politikáját az 1. számú melléklet tartalmazza.

(2) Bruttó eszközérték: egy befektetési egységalap eszközeinek piaci értéke.

(3) Befektetési egységalapot terhelő közvetlen költség: a befektetési egységalap befektetett eszközeinek vétele, eladása, kezelése és értékelése során felmerülő költség.

(4) Letétkezelési díj: Az eszközalapok letétkezelését végző intézménynek az eszközalapban lévő eszközök letéti őrzéséért és egyéb kapcsolódó szolgáltatásaiért

fizetett díj. Ezt a díjat a biztosító a nettó eszközértéken keresztül naponta időarányosan érvényesíti. Mértékét a 2. számú melléklet tartalmazza, változásáról a biztosító hirdetmény útján nyújt tájékoztatást.

(5) Alapkezelési díj: a közvetlen költségekkel csökkentett bruttó eszközértékkel arányos díj, amely minden értékelési napon az utolsó értékelési nap óta eltelt idővel arányosan kerül levonásra és mértéke a befektetési egységalap értékének legfeljebb évi kettő százaléka. Aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

(6) Nettó eszközérték: egy befektetési egységalap bruttó eszközértékének a befektetési egységalapot terhelő közvetlen költségekkel, így különösen a letétkezelési díjjal és az alapkezelési díjjal csökkentett értéke.

(7) Befektetési egység: a befektetési egységalapban azonos értékű részesedést megtestesítő elszámolási egység.

(8) Szerződő alszámlája: a biztosító minden egyes általa felkínált befektetési egységálaphoz egy alszámlát hoz létre a szerződő számláján, amelyen a biztosító az adott befektetési egységálaphoz tartozó befektetési egységek számát tartja nyilván öt tizedesjegy pontossággal.

(9) Szerződő számlája: a szerződő alszámláinak összessége, amely a szerződő összes befektetési egységeinek nyilvántartására szolgál az egyes befektetési egységálapok szerint elkülönítve.

(10) Az értékelési nap: az a nap, amelyen a biztosító minden befektetési egységálap aktuális bruttó és nettó eszközértékét, illetőleg a befektetési egységek vételi és eladási árát meghatározza. Az értékelésre – a külső feltételek függvényében – minden munkanapon, de hetenként legalább egyszer kerül sor.

(11) A biztosító fenntartja a jogot arra, hogy amennyiben az eszközalapok értékelése, illetve befektetési egységek árfolyamának meghatározása a mögöttes eszközalapok forgalmazásának felfüggesztése miatt, vagy más, előre nem látható, a biztosító érdekkörén kívül álló elháríthatatlan okból (így különösen hatósági intézkedés vagy a kibocsátó, alapkezelő döntése, helyzete miatt) valós értéken nem lehetséges, akkor az érintett eszközök értékelését, és az érintett eszközalapokra vonatkozó visszavásárlási, részleges visszavásárlási, egységáthelyezési, szolgáltatásra vonatkozó ügyféligények teljesítését elhalassza a felfüggesztésre okot adó körülmény megszűnéséig.

(12) Befektetési egység vételi ára: egy befektetési egységre eső nettó eszközérték, amelyet a biztosító a befektetési egységek biztosítási szolgáltatássá való átszámítására és a szerződő számláját terhelő költségek elszámolása során, a befektetési egységálapokból levonandó egységek számának meghatározására alkalmaz. A biztosító a befektetési egységálapok nettó eszközértékének, és ezen keresztül a befektetési egységek vételi

árának ártértékelése révén írja jóvá a szerződő számláján az előző értékelési nap óta megszolgált hozamot.

(13) Befektetési egység eladási ára: a befektetési egység vételi áránál a vételi és az eladási ár közti különbséggel magasabb ár. A biztosító a befizetett biztosítási díjakat a befektetési egységek eladási árán számítja át befektetési egységekké.

(14) Vételi és eladási ár közti különbség: azon mérték, amellyel a biztosító által meghatározott eladási ár meghaladja a vételi árat, az eladási ár legfeljebb öt százaléka, aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

(15) Befektetési egységek aktuális értéke: a szerződő egyes alszámláin nyilvántartott befektetési egységek számának és az értékelési napon érvényes, ugyanazon alszámlához tartozó vételi ár szorzatának összege, amely a biztosítás szolgáltatásainak alapja.

(16) Díj megosztása: a rendszeres díjat, valamint – a szerződő ellenkező értelmű nyilatkozata hiányában – az eseti díjat a biztosító a szerződő által korábban választott arálynak megfelelően osztja meg a szerződő alszámlái között.

(17) Díj jóváírása és átváltása:

- a) A biztosító az első rendszeres díjat a szerződés létrejöttkor (13. §) írja jóvá a szerződőnek.
- b) A biztosító számlájára azonosítható módon beérkezett, már esedékes rendszeres díjak jóváírására a befizetés beérkezésének napján kerül sor.
- c) A biztosító a számlájára azonosítható módon beérkezett előrefizetett, valamint eseti díjakat az alábbiak szerint írja jóvá:
 - a beérkezés napján kerül sor az esetleges díjelmaradás miatt korábban vagy éppen esedékessé vált díjak levonására és jóváírására;
 - a fennmaradó összeg, illetőleg levonás hiányában a teljes beérkezett összeg jóváírására a beérkezést követő első munkanapon kerül sor.
- d) A biztosító számlájára azonosítható módon beérkezett előrefizetett, valamint eseti díjak tekintetében a beérkezés napja a következő munkanap.
- e) A nem azonosítható módon beérkezett befizetések esetében a beérkezés napja az azonosítás napja. E befizetéseket az azonosítás megtörténteig a biztosító kamatmentes letétként kezeli.
- f) A jóváírt díjak befektetési egységekké való átváltása – a díj befektetési egységálapok közötti megosztására vonatkozó nyilatkozatnak megfelelően – a befektetési egységálapok befektetési egységeinek eladása révén, a díj jóváírását követő értékelési napon érvényes aktuális eladási áron történik. A biztosító az eladott befektetési egységek darabszámát írja jóvá a szerződő számláján.
- g) A díj kezelésére vonatkozó részletes tájékoztatást az 5. számú melléklet tartalmazza.

(18) Kezdeti fedezeti díj: megegyezik a kezdeti éves biztosítási díjjal.

(19) Kezdeti befektetési egységek: az első, második és harmadik évben esedékes biztosítási díj kezdeti fedezeti díjrészből jóváírt befektetési egységek.

(20) Felhalmozási befektetési egységek: a kezdeti befektetési egységeken felül vásárolt befektetési egységek.

(21) A szerződő számláját terhelő rendszeres költségek az alábbi a) pontban meghatározott költségek, amelyeket a biztosító a b) és c) pontokban foglaltaknak megfelelően von le a befektetési egységalapokból.

a) A szerződő számláját a szerződés létrejöttkor a kockázatviselés kezdetére visszamenő hatállyal, illetőleg minden további biztosítási hónapfordulón:

- a nyilvántartási díj terheli, illetőleg
- a havi kockázati díj terhelheti.

b) A befektetési egységalapok között a szerződő alszámláin lévő befektetési egységek értékével arányosan szétosztott költségeket a biztosító a befektetési egységek vételi árán váltja át befektetési egységekké és azokat vonja le a befektetési egységalapokból.

c) Ameddig a költségek érvényesítésére elegendő felhalmozási befektetési egység áll rendelkezésre, addig a biztosító a költségeket felhalmozási befektetési egységekből vonja le. Ellenkező esetben a biztosító a költségek érvényesítéséhez szükséges kezdeti befektetési egységeket felhalmozási befektetési egységekké váltja át a még el nem számolt kezdeti költség azonnali érvényesítésével.

(22) Nyilvántartási díj: a biztosítás nyilvántartásának fedezetére szolgáló költség. A biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – a 11. §-ban foglaltaknak megfelelő mértékkel indexálja a nyilvántartási díjat. Aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

(23) Kockázat alatt álló összeg (kockázatnak kitett összeg): a főbiztosításhoz tartozó alszámlákon nyilvántartott befektetési egységek aktuális értékével csökkentett, a főbiztosítottra vonatkozó technikai haláleseti biztosítási összeg pozitív egyenlege. A főbiztosítottra vonatkozó technikai haláleseti biztosítási összeg mértéke a 3. számú mellékletben található.

(24) Havi kockázati díjrátá: a 3. számú mellékletben a normál kockázatra meghatározott, 1 forint vagy 1 euró kockázat alatt álló összegért fizetendő havi díj. A biztosító fenntartja a jogot, hogy a szerződés ötödik évfordulóját követően a „halandósági viszonyok jelentős változása” esetén az új halandósági táblát használva újrakalkulálja a havi kockázati díjrátá értékét. A biztosítási szerződés havi kockázati díjrátájának kiszámítása, a biztosított életkorának, egészségi állapotának, foglalkozásának és egyéb kockázati tényezőknek a figyelembevételével történik. A biztosító ezen információkat az ajánlatból, az egészségi nyilatkozatból, az orvosi vizsgálati jelentésből és esetlegesen a szerződőtől bekért egyéb dokumentumokból szerzi meg. A „halandósági viszonyok jelentős változása” alatt azt kell érteni, hogy

a 18-75 közötti korosztályban legalább 6 korév esetén a KSH által publikált legfrissebb néphalandósági táblából számolható halálozási valószínűség legalább 5%-kal eltér a legutóbbi újrakalkuláció idején aktuális KSH által publikált néphalandósági táblából számolható halálozási valószínűségtől. Első újrakalkuláció esetén az aktuális adatokat az eredetileg alapul vett néphalandósági táblához kell viszonyítani.

(25) Havi kockázati díj: a kockázat alatt álló összeg és a havi kockázati díjrátá szorzata.

(26) Kiegészítő biztosítások havi díja: a kiegészítő biztosítások aktuális biztosítási összegéhez tartozó havi díj.

(27) Kezdeti költség: a biztosító a szerződéssel kapcsolatos kezdeti költségeinek fedezetére a biztosítás tartamának első 10 évében a kezdeti befektetési egységek számát évente a biztosítási évfordulón a 4. számú mellékletben meghatározott százalékkal csökkenti minden befektetési egységalapban. A 10 év letelte után a megmaradt kezdeti befektetési egységeket felhalmozási befektetési egységekké váltja át.

(28) Tranzakciós költség: a szerződő kérésére végrehajtott rendszeres pénzkivonás (23. §), a részleges visszavásárlás (26. §) és az áthelyezés (28. §) során érvényesített költségek, amelyeket a tranzakcióban érintett befektetési egységek értékéből von le a biztosító. Mértéke a tranzakcióban érintett befektetési egységek aktuális értékének a 2. számú mellékletben meghatározott százaléka, de legalább a biztosító által megállapított minimális és legfeljebb a biztosító által megállapított maximális költség. A biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – legfeljebb a 11. §-ban foglaltaknak megfelelő mértékkel indexálja a tranzakciós költségeket.

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

(30) 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 13. § (18) bekezdése alapján. A biztosító az orvosi vizsgálat költségeit a 13. § (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 kockázatelbírálási és kötvényesítési költségeit átalányjelleggel foglalja magá-

ban. A költségátalányt a biztosító a 13. § (18) bekezdés alapján történő elszámolás esetén a szerződőre hárítja, aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

4. § A biztosított

(1) Biztosított az lehet, aki a biztosítási szerződés létrejöttkor 16. életévénél idősebb, de a 75. életévét még nem töltötte be.

(2) Határozott tartamúvá tett szerződés esetén a biztosított életkora a szerződés tartamának lejáratakor nem haladhatja meg a 85 évet.

(3) A kiegészítő biztosításokra vonatkozó, az (1) és a (2) bekezdésben megjelölt kortól eltérő belépési és maximális lejáratú életkorokat az egyes kiegészítő biztosításokra vonatkozó különös feltételek szabályozzák.

Milyen hosszú a biztosítás tartama?



5. § A biztosítás tartama

(1) A biztosítási szerződés a szerződő ajánlatának a biztosító által történő elfogadásával határozatlan tartamra, de legalább 10 évre jön létre.

(2) A szerződés legkorábban a 10. évfordulóra a szerződő külön kérésére az évforduló előtt legalább 60 nappal beérkező írásbeli nyilatkozattal határozott tartamúvá alakítható, amely opció igénylését a szerződő ajánlattételkor jelzi.

(3) A szerződés határozott tartamúvá történő alakítása után a lejárat (elérés) napja a biztosítási tartam utolsó évének biztosítási évfordulója.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?



6. § Biztosítási esemény

(1) Biztosítási eseménynek minősül:

- a) a főbiztosított halála, vagy
- b) a tartam határozottá válása után (5. § (2) bekezdés) a főbiztosítottnak a biztosítási tartam lejáratkor való életben léte, vagy
- c) az az esemény, amelyet a kiegészítő biztosítások különös feltételei annak minősítenek.

(2) Az (1) bekezdés c) pontja szerinti kiegészítő biztosításoknál, azok különös feltételeinek eltérő rendelkezése hiányában, a biztosítási esemény meghatározása szempontjából balesetnek minősül a biztosított akaratától

független, hirtelen fellépő külső behatás, amely 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.

7. § Biztosítási szolgáltatások

(1) Ha a főbiztosított a biztosítás tartama alatt elhalálozik, a biztosító az alábbi a), illetve b) pont közül a nagyobb szolgáltatást fizeti ki egy összegben és a biztosítási esemény bekövetkeztével egy időben a szerződés minden biztosított vonatkozásában megszűnik:

- a) a technikai haláleseti biztosítási összeget,
- b) a szerződő számláján az írásbeli haláleseti bejelentésnek a biztosítóhoz való beérkezése napját követő értékelési napon nyilvántartott befektetési egységek aktuális értékének megfelelő összeget,
- c) valamint a kiegészítő biztosítások feltételeiben meghatározott haláleseti szolgáltatást.

(2) Ha a főbiztosított a biztosítási ajánlat átvétele és a biztosítás létrejötté (13. §) közötti időszakban a biztosító az (1) bekezdés a) pontjában meghatározott szolgáltatást teljesíti, valamint kifizeti a szerződő által megfizetett, a szerződés létrejöttéig letétként kezelt díjelőleget, a biztosítónak a szerződés létrejöttkor a 3. § (21) bekezdés a) pontja szerint járó költségekkel csökkentve.

(3) Ha a biztosított a határozott tartamúvá tett (5. § (2)) szerződés lejáratának napján (5. § (3) bekezdés) életben van, a biztosító a szerződő számláján a lejárat napját követő értékelési napon nyilvántartott befektetési egységek aktuális értékét az elérési kedvezményezett részére a kedvezményezett választásától függően

- a) egy összegben kifizeti, vagy
- b) egy részéből vagy egészéből járadékszolgáltatást indít, a fennmaradó összeget egy összegben kifizeti, vagy
- c) egy részéből vagy egészéből rendszeres pénzkivonást (23. §) indít, a fennmaradó összeget egy összegben kifizeti.

(4) Ha a biztosított a határozott tartamúvá tett (5. § (2) bekezdés) szerződés lejáratának napján (5. § (3) bekezdés) életben van, az elérési kedvezményezett hozzájárulásával a szerződő a biztosítóhoz intézett és a lejárat napja előtt 60 nappal beérkezett írásbeli nyilatkozattal kérheti a tartamnak egész számú évvel történő meghosszabbítását. Tartamhosszabbítás esetén a (3) pontban részletezett lejáratú szolgáltatások közül a módosított lejáratú időpontban választhat az elérési kedvezményezett.

(5) A kiegészítő biztosítások különös feltételei szerint biztosítási eseménynek minősülő esemény bekövetkeztekor a biztosító a megfelelő kiegészítő biztosítás fel-

tételeiben meghatározott szolgáltatást teljesíti egy összegben. Kiegészítő biztosítás biztosítottjának halálával a rá vonatkozó kiegészítő biztosítások megszűnnek, de a főbiztosítás a többi kiegészítő biztosítással együtt érvényben marad.

(6) A főbiztosítottra vonatkozó haláleseti biztosítási esemény bekövetkeztekor a szerződő által igazolhatóan már megfizetett, de még át nem váltott biztosítási díjak is kifizetésre kerülnek.

(7) A biztosítási szerződés megkötését követően a biztosító évente írásban tájékoztatja a szerződőt a szerződésében foglalt szolgáltatások értékéről.

(8) Az Ügyfélbónusz szolgáltatást a 4. számú melléklet 1. pontja tartalmazza.

Mikor kell a díjat megfizetni?



8. § A biztosítás díja

(1) A biztosítás díját a szerződő a szerződés megkötésekor meghatározott gyakorisággal fizeti.

(2) A díjfizetés gyakorisága lehet éves, féléves, negyedéves vagy havi.

(3) Az első rendszeres díjjal azonos összegű díjelőleg az ajánlat megtételekor fizetendő.

(4) Az első rendszeres díj az ajánlat megtételekor, minden későbbi rendszeres díj pedig annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre vonatkozik.

(5) A díjelőleget a biztosító az ajánlat 13. § (4) bekezdése alapján történő elutasítása esetén, azzal egy időben visszautalja a szerződőnek. Az ajánlat megtételétől a visszautalásig ezt az összeget a biztosító kamatmentes letétként kezeli.

(6) A biztosító az egyes biztosított(ak)ra vonatkozó halálesetre szóló -, baleset- vagy betegségbiztosítások díjait annak a biztosítási hónapnak a végéig vonja, amelyben az adott biztosított elhalálozott.

(7) A szerződőnek a rendszeres díjfizetésen túl lehetősége van eseti díjak befizetésére, illetve a rendszeres díj előrefizetésére is.

(8) Elmaradt rendszeres díj esetében a biztosító a szerződőtől a rendszeres díjas szerződésre beérkező eseti díjat a biztosítás elmaradt rendszeres díjainak megfelelő összeghatárig rendszeres díjként kezeli.

(9) Az elmaradt rendszeres díjat a biztosító a Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás alszámláiról történő automatikus átkönyveléssel rendezi. Amennyiben Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás alszámláinak aktuális értéke nem nyújt fedezetet az elmaradt díjak rendezésére, a biztosító a 9. § rendelkezéseinek megfelelően jár el.

(10) A szerződőnek a rendszeres díj előrefizetésére vonatkozó írásos nyilatkozata hiányában a biztosító az esedékes rendszeres díjak kivételével minden más díjat eseti díjnak tekint, kivéve, ha egyértelműen megállapítható, hogy egy vagy több biztosítási időszakra szóló rendszeres díjnak megfelelő összeg érkezik be a biztosító rendszeres díj befizetésére szolgáló számlájára.

(11) A biztosítónak jogában áll a rendszeres és az eseti díjak minimális értékét meghatározni, valamint 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.

(12) Csoportos beszedési megbízás esetén biztosító jogosult a rendszeres biztosítási díjat a szerződő folyószámlájáról az adott naptári hónapon belül a biztosítási díj esedékességéhez képest más időpontban lehívni.

(13) A szerződő folyószámlája rendszeres díjjal történő terhelésének aktuális időpontját a 2. számú melléklet tartalmazza. A biztosítónak jogában áll – a külső feltételek változása esetén – ezt az időpontot megváltoztatni.

(14) A biztosítónak a biztosítási díj kezelésével kapcsolatos egyes eljárási szabályait az 5. számú melléklet tartalmazza.

(15) A befizetett és az előírt díjnak a díjtúrészhatárnál kisebb különbözetével a biztosító rendelkezik.

9. § Késedelmes díjfizetés

(1) A biztosító a díjmaradás tartama alatt a 3. § (21) bekezdésében meghatározott szabályok szerint a szerződő számláját terhelő költségeket változtatlanul érvényesíti.

(2) A biztosító 60 nap díjjal nem fedezett tartam elteltével a szerződő felet – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felszólítja.

(3) A póthatáridő elteltével (azaz 90 nap díjjal nem fedezett időszak elteltével) a biztosító a biztosítást a 22. § szerint díjmentesíti, illetőleg, ha a biztosítás nem felel meg a díjmentesítés feltételeinek, akkor a biztosító a további díjnemfizetést a szerződő 25. § szerinti visszavásárlási szándékának vélelmezi.

(4) Amennyiben a biztosító nem tud eljárni az (1) bekezdésben foglaltaknak megfelelően, a szerződés kifizetés nélkül a biztosítási hónapforduló napjával megszűnik.

10. § A szerződés ismételt hatályba léptetése (reaktiválás)

(1) A biztosítási esemény nélkül, a 9. § (4) bekezdésben meghatározott módon megszűnt biztosítás az

eredeti feltételekkel újra hatályba lép, ha a szerződő a megszűnés napjától számított 180 napon belül az összes elmaradt díjat befizeti.

(2) A biztosító kockázatviselése a főbiztosítás tekintetében az elmaradt díjak befizetését követő nap 0. órájától folytatódik. Az újra hatályba léptetett főbiztosításhoz pozitív kockázatelbírálást követően ismét köthetők kiegészítő biztosítások.

(3) Ha a szerződő a megszűnés napjától számított 180 napon túl kéri a biztosítási esemény nélkül megszűnt biztosítás ismételt hatályba léptetését, ezt a kérelmet a biztosító új biztosítás megkötésére tett ajánlatként kezeli.

Hogyan őrzi meg a biztosítás az értékét?



11. § Az értékkövetés (indexálás)

(1) Amennyiben a rendszeres díjfizetésű szerződés rendelkezik az indexálás jogával, a biztosító minden biztosítási évfordulón felajánlja a szerződőnek, hogy a biztosítási összegeket és a főbiztosítás rendszeres díját a (2) bekezdésben meghatározott módon növelje.

(2) A biztosító az indexet úgy határozza meg, hogy az a minden év február 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. A biztosító az indexet azon szerződések tekintetében alkalmazza, amelyek évfordulója a május 1-jét követő időpontra esik.

(3) A kiegészítő biztosítások biztosítási összege és díja is növekszik, ha a szerződő az (5) bekezdésben foglaltak szerint az indexálást nem utasította el. A balesetbiztosítások biztosítási összege és díja azonos arányban növekszik, a halál esetére szóló kiegészítő biztosítás és a betegségbiztosítási kiegészítő biztosítások díja a biztosítási összeg növekedésénél nagyobb arányban növekszik, mert az új díjtétel kiszámítása biztosított aktuális életkorának figyelembevételével történik.

(4) Az indexálásról a biztosító a szerződőt legkésőbb 2 hónappal a biztosítási évfordulót megelőzően értesíti. Az értesítő levél az évfordulót követően érvényes biztosítási összegeket és biztosítási díjat tartalmazza. A biztosítási évfordulótól kezdődően a biztosítási jogviszony a megemelt biztosítási összegekkel és biztosítási díjjal folytatódik, ha a szerződő az (5) bekezdésben foglaltak szerint az indexálást nem utasította vissza.

(5) A szerződő az indexálásról szóló értesítés kézhezvételétől számított 30 napon belül írásban értesítheti a biztosítót, hogy az indexálást elutasítja. Elutasítás esetén a biztosítás változatlan feltételekkel hatályban marad.

(6) Ha a biztosítási évben a szerződő az értesítőlevél kiküldését megelőzően élt a biztosítási díj egyedi növelésével (12. §), a biztosító az indexált érték kiszámításánál a megváltozott értékből indul ki. Ha a díjnövelési igény az értesítőlevél kiküldését követően, de még az évfordulót 5 nappal megelőzően érkezik be, a biztosító a szerződő kérésének megfelelő értéket tekinti érvényesnek a biztosítási évfordulótól. Amennyiben a szerződő által módosított biztosítási díj alacsonyabb az indexált értéknél, a biztosító az indexálást elutasítottnak, ellenkező esetben elfogadottnak tekinti. Ha a szerződő igénye az évfordulót megelőző 5 napon belül érkezik be, a biztosító azt az évfordulót követően hajtja végre.

12. § A biztosítási díj egyedi módosítása

(1) A szerződő a biztosítási szerződés megkötésétől számított három év díjjal fedezett tartam elteltével írásban kérheti a rendszeres díj növelését, illetve csökkentését. A módosított biztosítási díj az arra vonatkozó nyilatkozatnak a biztosítóhoz történő beérkezését követő 5. naptól számított első biztosítási időszakról érvényes.

(2) A biztosító a rendszeres biztosítási díj növelését minimális díjváltozáshoz kötheti, amelynek aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

(3) A biztosító a rendszeres biztosítási díj csökkentését elfogadáshoz köti és a mindenkor minimáldíj mértékéig engedélyezi, amelynek mértékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

Hogyan jön létre a biztosítás?



13. § A biztosítási szerződés létrejötte és módosítása

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

(2) A biztosítási szerződés megkötésének előfeltétele a szerződő biztosítási 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 15 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 átadásának időpontjára visszamenő hatállyal jön létre.

(7) A díjelőleg csak a biztosítási szerződés létrejöttével minősül fizetett díjnak.

(8) A szerződő az ajánlat megtétele előtt írásban, aláírásával igazolva tesz nyilatkozatot arról, hogy a biztosításközvetítő az igényeit felmérte és a megadott információk alapján pontosította azokat, 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 főbiztosított visszavonó nyilatkozatával a biztosítási időszak végével megszűnik, kivéve, ha a biztosított a szerződő fél írásbeli hozzájárulásával a szerződésbe lép. A kiegészítő biztosítás biztosítottja visszavonó nyilatkozatával az adott biztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosítások szűnnek meg.

(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 összege 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. Amennyiben több biztosított jogosult a szerződő helyébe lépni, a biztosító az elsőként beérkezett biztosított nyilatkozatát tekinti érvényesnek.

(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 alapját a biztosító az alábbiak szerint állapítja meg:

a szerződés első díjából vásárolt egységek száma szorozva a befektetési egységeknek a kockázatviselés megszűnése napján érvényes vételi árfolyamával és ez növelve a befizetett díj befektetése során elvont vételi és eladási ár közötti különbözettel.

b) Az elszámolás során a biztosító az elszámolás alapjául szolgáló összeget csökkenti az alábbiakkal:

- 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 kiegészítő biztosítások díjának a kockázatviselés kezdetétől a megszűnésig eltelt időszakra számított időarányos részével.

c) A b) pontban felsorolt csökkentő tényezők együttes összege nem haladhatja meg a kezdeti biztosítási díj tizenketted részét.

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

e) A biztosító a kockázatviselés kezdetétől a megszűnésig eltelt időszakra időarányosan számított kockázati díjat úgy határozza meg, hogy a szerződésben vállalt technikai haláleseti biztosítási összeget (HBÖ) megszorozza a havi kockázati díjrátá (KDR) tizenkétszeresével (3. számú melléklet), majd veszi annak 365-öd részének annyszorosát, ahány napig a biztosító az adott szerződés vonatkozásában kockázatban állt ($HBÖ \cdot KDR \cdot 12 \cdot \text{kockázatban eltöltött napok száma} / 365$).

f) A biztosító a kiegészítő biztosításoknak a kockázatviselés kezdetétől a megszűnésig eltelt időszakra időarányosan számított díját úgy határozza meg, hogy a kiegészítő biztosítások kedvezményektől és pótlékoktól mentes éves díjának 365-öd részét megszorozza a kockázatviselés napjainak számával (kiegészítő biztosítások aktuális éves díja $\cdot$ kockázatban eltöltött napok száma/365).

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

Mikortól érvényes a biztosítás?



14. § A biztosítási szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete

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

(2) A biztosító kockázatviselése a biztosítás első díjának megfizetését követő nap 0. órájától kezdődik, feltéve, hogy az életbiztosítási szerződés a 13. § rendelkezéseivel összhangban már létrejött vagy utóbb létrejön.

(3) Amennyiben a felek a díj megfizetésére vonatkozóan írásban halasztásban állapodnak meg, a kockázatviselés e megállapodás napján megkezdődik, feltéve, hogy az életbiztosítási szerződés a 13. § rendelkezéseivel összhangban már létrejött vagy utóbb létrejön.

15. § Várakozási idő

(1) A biztosító a biztosítási eseményre vállalt biztosítási szolgáltatást a kockázelbírálás idő-

igényessége okából csak a várakozási idő eltelté után nyújtja. A várakozási idő megegyezik az adott biztosítás kockázelbírálási 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.

Az ügyfélnek milyen kötelezettségei vannak?



16. § Közlési kötelezettség

(1) A szerződő, illetőleg a biztosított(ak) köteles(ek) 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 biztosított(ak)t; 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(ak) eleget tesz(nek) közlési kötelezettségnek.

(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 esetében 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 és a főbiztosítás tekintetében visszavásárlási összeg kifizetésére köteles, valamint a kiegészítő biztosítások kifizetés nélkül megszűnnek. Ha a közlési kötelezettség megsértése miatt a biztosító a kiegészítő biztosítás biztosítottjával kapcsolatban mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, akkor kifizetés nélkül megszüntetheti az adott biztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosításokat.

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

17. § 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 terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról 3. § r) pont) személyét érintően bekövetkezett változásról.

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

(4) A (3) bekezdés szerint bejelentett változás esetén a biztosító jogosult a jelentősen megváltozott kockázat fennállásának időtartamára a kockázati díjnak a kockázat változásával arányos növelését, illetve csökkentését kezdeményezni. 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.

(5) Amennyiben a szerződő a bejelentési kötelezettségének nem tesz eleget, a biztosító a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályokat alkalmazza.

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 a bejelentési kötelezettségét nem, vagy késedelmesen teljesíti, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.

(2) A kedvezményezett kötelezettsége, hogy a pénzmosás 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 és a 6. számú mellékletben megjelölt iratokat, illetve mindazon olyan okiratot, amely a jogosultság igazolásához, illetőleg a biztosítási esemény megállapításához szükséges.

(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) A biztosítás díjmentesítéséhez, illetőleg a visszavásárlási összeg kifizetéséhez a következő iratokat kell a biztosító részére bemutatni, illetőleg átadni:

- a biztosítási kötvényt,
- a főbiztosított és a szerződő közös nyilatkozatát a díjmentesítésről, illetve visszavásárlásról.

(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 30 napon belül – tekintettel a 3. § (11) bekezdésében foglaltakra – teljesíti vagy elutasítja.

Mit kell tenni, ha káresemény történik?



18. § A biztosító teljesítése

(1) A biztosítási eseményt a bekövetkezésétől számított 30 napon belül a biztosítónak be kell jelenteni, és

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?



19. § A biztosító mentesülése

(1) A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosítási esemény a biztosított

halála esetén a kedvezményezett szándékos magatartásának következménye. Ebben az esetben az írásbeli halálesi bejelentésnek a biztosítóhoz való beérkezése napját követő értékelési napon érvényes visszavásárlási összeg a biztosított örököseit illeti meg és a kedvezményezett abból nem részesülhet.

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

(3) A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól és a főbiztosítás esetében 7. § (1) bekezdés b) pontjában meghatározott összeget fizeti ki, amennyiben bizonyítja, hogy a biztosítási esemény a)

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, vagy öngyilkossági kísérlet következménye, tekintet nélkül a biztosított tudatállapotára.

(4) Amennyiben a biztosított a szerződéskötéstől számított két éven túl elkövetett öngyilkosság, vagy öngyilkossági kísérlet következtében hal meg, a biztosító a főbiztosítás esetében a 7. § (1) bekezdésében meghatározott halálesi szolgáltatást fizeti ki, kivéve, ha az öngyilkosságot, vagy öngyilkossági kísérletet megelőző két éven belül a halálesi biztosítási összeg egyedi emelésére került sor. Ebben az esetben a biztosító az emelés előtti halálesi biztosítási összeg figyelembevételével számított halálesi szolgáltatást fizeti ki.

(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.

20. § Kizárt kockázatok

(1) A biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynak 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 hivatásszerű 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 hegyi kerékpározással (Mountain bike), a canyoninggal, 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,

e) bármiféle légi jármű, repülő szerkezet, vagy ejtőernyő pilótaként vagy utasként történő 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, minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt,

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 sztrájkjal, 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 közlekedésrendszeti szabályt is megszegett és a biztosítási esemény ezzel okozati összefüggésben következett be,

m) bekövetkeztek a biztosított ittas állapotban (legalább 0,8‰ véralkohol szint) vezetett gépjárművet és egyúttal egyéb közlekedésrendszeti szabályt is megszegett és a biztosítási esemény ezzel okozati összefüggésben következett be,

n) bekövetkeztek a biztosított kábító, bódító szerek, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatt állott, vagy egyéb vegyi anyagot bódító szerként alkalmazott, és a káresemény ezzel okozati összefüggésben következett be, kivéve, ha a fenti állapot egészségügyi intézmény vagy személy

utasítása 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 a biztosítási esemény ezzel okozati összefüggésben következett be.

(2) Az (1) bekezdésben meghatározott esetek miatt bekövetkező halál esetén a főbiztosítás esetén a biztosító az írásbeli haláleseti bejelentésnek a biztosítóhoz való beérkezése napját követő értékelési napon érvényes visszavásárlási összeget fizeti ki.

(3) Az (1) bekezdésben meghatározott esetek miatt bekövetkező halál esetén a kiegészítő biztosítások kifizetés nélkül megszűnnek.

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

21. § 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.

22. § Díjmentesítés

(1) **Rendszeres díjas biztosítás** esetén a biztosítási szerződés megkötésétől számított **három év díjjal fedezett tartam elteltével** a szerződő írásbeli nyilatkozatban kérheti, hogy a biztosító a biztosítást a nyilatkozatnak a biztosítóhoz történő beérkezését követő 5. naptól számított első biztosítási hónapfordulóval díjmentesítse. A szerződő további díjfizetési kötelezettsége ezzel megszűnik, de eseti díjak fizetésére való jogosultsága változatlanul megmarad.

(2) A biztosító a díjmentesítés napjától a kezdeti költségeket a rendszeres díjfizetésű szerződések kezdeti költségelvonási szabályai szerint folytatja (3. § (27) bekezdés).

(3) **A díjmentesítés feltétele, hogy a szerződés visszavásárlási értéke elérje a biztosító által a 2. számú mellékletben meghatározott minimális összeget, melynek mértékét a biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – legfeljebb a 11.**

§-ban foglaltaknak megfelelő mértékkel módosíthatja.

(4) A díjmentesítés után a technikai haláleseti biztosítási összeg és a kiegészítő biztosítások biztosítási összegei nem változnak, a biztosító továbbra is érvényesíti a biztosítási összegekhez tartozó kockázati díjakat. Azon a biztosítási hónapfordulón, amelyen a befektetési egységek aktuális értéke nem nyújt fedezetet a szerződő számláját terhelő rendszeres költségek érvényesítésére, a biztosítás és a kiegészítő biztosítások megszűnnek.

(5) A szerződőnek a díjmentesítés után is lehetősége van a kiegészítő biztosítások biztosítási összegeinek csökkentésére, illetve a kiegészítő biztosítások megszüntetésére.

(6) A biztosítás díjmentesítés után is visszavásárolható. Díjmentesített biztosítás visszavásárlásakor a biztosító a biztosítás fennmaradt kezdeti befektetési egységeit felhalmozási befektetési egységekké váltja át az el nem számolt kezdeti költségek azonnali érvényesítésével.

(7) Díjmentesített biztosítás esetén a szerződő írásban kérheti a rendszeres díjfizetés visszaállítását.

23. § Rendszeres pénzkivonás

(1) **A biztosítási szerződés hatálya alatt, 3 év díjjal fedezett tartam elteltével a szerződő írásban kérheti, hogy a biztosító havi rendszerességgel, de legalább két alkalommal azonos összegű pénzt fizessen ki számára a számlájáról (rendszeres pénzkivonás). Erre a szerződő alszámláin nyilvántartott felhalmozási befektetési egységek arányos eladása révén, a szerződő kérelmének a biztosítóhoz történt beérkezését követő 5. nap utáni első biztosítási hónapfordulótól kerül sor, minden esetben a hónapforduló napján - mint értékelési napon - érvényes vételi árfolyamon – tekintettel a 3. § (11) bekezdésében foglaltakra.**

(2) Az (1) bekezdésben meghatározott kifizetés további feltétele, hogy a havonta kivont összeg nem lehet kevesebb, mint az aktuális minimális éves díj tizenkettede.

(3) A rendszeres pénzkivonás a szerződőnek a pénzkivonás megszüntetésére irányuló kérelmének a biztosítóhoz történő beérkezését követő 5. naptól számított első biztosítási hónapfordulóig, vagy legfeljebb az (5) bekezdésben és a (6) bekezdés a) és b) pontjaiban meghatározott biztosítási hónapfordulóig tart.

(4) A rendszeres pénzkivonás havi költsége megegyezik a 3. § (28) bekezdésben meghatározott tranzakciós költséggel, amelyet a biztosító a kifizetendő összegből von le. A költség aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

(5) Rendszeres pénzkivonásra addig van lehetőség, amíg

a) arra a szerződő számláján nyilvántartott felhalmozási befektetési egységek aktuális értéke fedezetet nyújt, illetőleg

b) a szerződés első 10 évében az utolsó pénzkivonás után a fennmaradó biztosítás aktuális visszavásárlási összege eléri a 2. számú mellékletben meghatározott minimális összeget, melynek mértékét a biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – legfeljebb a 11. §-ban foglaltaknak megfelelő mértékkel módosíthatja.

(6) A szerződés

a) tizedik évfordulójáig azon a biztosítási hónapfordulón, amelyen a felhalmozási befektetési egységek aktuális értéke nem nyújt fedezetet a rendszeres pénzkivonás teljes összegének kifizetésére, a biztosító a részletek további kifizetését leállítja,

b) tizedik évfordulóját követően azon a biztosítási hónapfordulón, amelyen a befektetési egységek aktuális értéke nem nyújt fedezetet a rendszeres pénzkivonás teljes összegének kifizetésére, a biztosító a befektetési egységeknek a kifizetés költségével csökkentett aktuális értékét fizeti ki. A kifizetéssel a biztosítás és a kiegészítő biztosítások megszűnnek.

24. § Felmondás

(1) A szerződő bármely biztosítási hónapfordulóra, legalább a hónapfordulót 30 nappal megelőzően a szerződést írásban felmondhatja.

(2) Felmondás esetén a biztosító a szerződés megszűnésekor érvényes visszavásárlási összeget fizeti ki.

(3) Felmondás esetén a kiegészítő biztosítások tekintetében a biztosító kockázatviselése a kiegészítő biztosítás díjjal fedezett tartamának végén szűnik meg.

25. § Visszavásárlás

(1) A visszavásárlási igény bejelentése esetén a szerződő írásbeli nyilatkozatának a biztosítóhoz történő megérkezését követő nap 0. órájától a biztosító kockázatviselése megszűnik.

(2) A biztosító a kockázatviselés megszűnésének napjától számított 8 napon belül – tekintettel a 3. § (11) bekezdésében foglaltakra – a kockázatviselés megszűnése napján érvényes visszavásárlási összeget fizeti ki a szerződő részére.

(3) A biztosítási szerződés megkötésétől számított három év díjjal fedezett tartamon belül a visszavásárlási összeg meghatározásához a biztosító a meg nem képzett kezdeti befektetési egységek mértékéig a felhalmozási befektetési egységeket kezdeti befektetési egységekként kezeli.

(4) A visszavásárlási összeg a szerződő számláján nyilvántartott kezdeti és felhalmozási befektetési egységek, igény bejelentését követő első értékelési napon megál-

lapított vételi áron számított összértékének a 4. számú mellékletben meghatározott százaléka.

(5) A visszavásárlási összeg számítása szempontjából csak a díjjal fedezett időszak vehető figyelembe. A díj-fizetéssel fedezett időszak számítása során a 8. § (7) és (8) bekezdéseinek rendelkezéseit kell megfelelően alkalmazni.

(6) A biztosítási szerződés megkötését követően a biztosító évente írásban tájékoztatja a szerződőt szerződése aktuális visszavásárlási értékéről.

(7) A visszavásárolt biztosítás nem helyezhető újra érvénybe.

(8) A szerződés visszavásárlása esetén a kiegészítő biztosítások tekintetében a biztosító kockázatviselése a kiegészítő biztosítás díjjal fedezett tartamának végén szűnik meg.

26. § Részleges visszavásárlás

(1) A szerződő a biztosítási szerződés megkötésétől számított **három év díjjal fedezett tartam elteltével** írásban kérheti, hogy a biztosító pénzt fizessen ki a számlájáról. Erre, ha a szerződő külön írásban nem rendelkezik az alapokból kivenni kívánt összegekről, a szerződő alszámláin nyilvántartott felhalmozási befektetési egységek – a szerződő kérelmének beérkezését követő első értékelési napon megállapított vételi árfolyamon történő – arányos eladása révén kerül sor, 8 napon belül – tekintettel a 3. § (11) bekezdésében foglaltakra.

(2) A részleges visszavásárlás feltétele, hogy a fennmaradó biztosítás aktuális visszavásárlási összege elérje a 2. számú mellékletben meghatározott minimális összeget, melynek mértékét a biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – legfeljebb a 11. §-ban foglaltaknak megfelelő mértékkel módosíthatja.

(3) A részleges visszavásárlás esetenkénti költsége megegyezik a 3. § (28) bekezdésben meghatározott tranzakciós költséggel, melyet az igényelt összegből von le a biztosító. A költség aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

27. § Befektetési egységalapok és egységek módosítása

(1) A biztosítónak jogában áll, hogy befektetési egységialapot létrehozzon, valamint meglévőt megszüntessen; illetve hogy a meglévő befektetési egységialapok nevét és befektetési politikáját, valamint az alapkezelők körét megváltoztassa.

(2) A biztosító a befektetési egységialap

a) tervezett megszüntetése előtt legalább 30 nappal írásban értesíti a szerződőt, egyúttal elküldi az aktuálisan választható befektetési egységialapok befektetési politikáját,

b) tervezett létrehozása előtt hirdetmény útján tájékoztatja a szerződőt.

(3) A biztosító felajánlja a megszűnő befektetési egységalap befektetési egységeinek bármely más működő befektetési egységalap befektetési egységeire való, valamint a megszűnő befektetési egységalapok befektetési egységeinek a létrejövő befektetési egységalap befektetési egységeire való költségmentes áthelyezését.

(4) Amennyiben a szerződő az értesítés kézhezvételétől számított 30 napon belül nem rendelkezik a megszűnő befektetési egységalap befektetési egységeinek áthelyezéséről, azokat a biztosító az általa meghatározott befektetési egységalapba helyezi.

(5) A biztosítónak joga van befektetési egységek felosztására vagy összevonására, ami megváltoztatja a befektetési egységek számát és a befektetési egységek értékét. A befektetési egységek felosztása vagy összevonása nem befolyásolja a szerződő érintett alszámláin nyilvántartott összes befektetési egység aktuális értékét.

(6) Amennyiben a befektetési egységalapot érintő változás kizárólag az egységalap elnevezésére, alapkezelőjére és befektetési politikájára vonatkozik, de nem érinti annak kockázati besorolását és alapvető célját, akkor a biztosító a szerződőt az egységalap megváltozott befektetési politikájáról annak hatályba lépése előtt az ügyfélszolgálatokon kifüggesztett hirdetmény és a www.metlife.hu internetes oldalon közzétett hírlevél útján tájékoztatja.

(7) Amennyiben a befektetési egységalapot érintő változás érinti annak kockázati besorolását és alapvető célját, akkor a biztosító a módosítás hatálybalépése előtt 30 nappal írásban értesíti a szerződőt, valamint felajánlja a változtatott befektetési egységalap befektetési egységeinek bármely más működő befektetési egységalap befektetési egységeire való költségmentes áthelyezését.

28. § Áthelyezés és a díj megosztásának módosítása

(1) A szerződő kérheti a biztosítót, hogy a valamely alszámláján nyilvántartott befektetési egységeket, vagy azok egy részét más alszámlára helyezze át (áthelyezés).

(2) A befektetési egységek áthelyezése során a biztosító a szerződő nyilatkozatában foglalt tranzakciót az adott munkanap

a) 15 óra előtt beérkező nyilatkozat esetében a rákövetkező első munkanapon rögzíti rendszerében és a rögzítést követő napon dolgozza fel,

b) 15 óra után beérkező nyilatkozat esetében a rákövetkező második munkanapon rögzíti rendszerében és a rögzítést követő napon dolgozza fel.

(3) A szerződő az áthelyezési és díj megosztásának módosítására irányuló kérelmét a MyMetLife online ügyfélszolgálaton is kezdeményezheti. Ilyen esetben a biztosító a tranzakciót kedvezményes díjtétellel (2. számú melléklet) hajtja végre.

(4) A tranzakció a feldolgozás napján megállapított árfolyamon történik – tekintettel a 3. § (11) bekezdésében foglaltakra.

(5) A biztosító évente egyszer jogosult a feldolgozás időpontjának meghatározását módosítani. A módosításról a biztosító a szerződőt a 2. számú mellékletben tájékoztatja.

(6) Évente az első 5 áthelyezés költségmentes.

(7) Újabb áthelyezés esetén a biztosító tranzakciós költséget von le az áthelyezett befektetési egységek értékéből. A költség aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

(8) A szerződő kérheti a díj megosztásának módosítását (3. § (16) bekezdés). A díj új megosztása a szerződő arra vonatkozó nyilatkozatának a biztosítóhoz történő beérkezését követő díjfizetésekre érvényes.

Mikor szűnik meg a biztosítás?



29. § A biztosítás megszűnése

(1) A biztosítás megszűnik:

– ha az 6. § (1) bekezdés a) vagy b) pontjában meghatározott biztosítási esemény bekövetkezését követően a biztosító teljesít,

– ha a szerződést önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személy szerződő a biztosítást a 13. § (18) bekezdése alapján a szerződés létrejöttéről szóló jognyilatkozat kézhezvételétől számított 30 napon belül felmondja,

– ha a szerződő a biztosítást a 24. § (1) bekezdése alapján felmondja,

– a pénzkivonással összefüggésben a 23. § (6) bekezdés b) pontjában meghatározott esetben,

– ha a szerződő a biztosítást a 25. § szerint visszavásárolja,

– a késedelmes díjfizetéssel összefüggésben a 9. § (3) és (4) bekezdésében meghatározott esetekben,

– a díjmentesítéssel összefüggésben a 22. § (4) bekezdésben meghatározott esetben,

– a díjfizetés szüneteltetésével összefüggésben a 30. § (4) bekezdésben meghatározott esetben.

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

30. § Díjfizetés szüneteltetése

(1) A biztosítási szerződés megkötésétől számított három év díjjal fedezett tartam elteltével a szerződő írásbeli nyilatkozatban kérheti, hogy a biztosító a szerződés díjjal fedezett dátumától 1 éves időtartamra szüneteltesse a díjfizetési kötelezettséget. A szerződő további díjfizetési kötelezettsége ezzel 1 éves időtartamra megszűnik, de eseti díjak fizetésére való jogosultsága változatlanul megmarad.

(2) A díjfizetési kötelezettség szüneteltetése a költségelvonási szabályokat nem érinti.

(3) A díjfizetés szüneteltetésének feltétele, hogy a szerződés visszavásárlási értéke elérje a biztosító által a 2. számú mellékletben meghatározott minimális visszavásárlási összeget, melynek mértékét a biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – legfeljebb a 11. §-ban foglaltaknak megfelelő mértékkel módosíthatja.

(4) A díjfizetés szüneteltetésének időtartama alatt a kiegészítő biztosítások biztosítási összegei nem változnak, a biztosító továbbra is vonja a biztosítási összegekhez tartozó kockázati díjat. Azon a biztosítási hónapfordulón, amelyen a befektetési egységek aktuális értéke nem nyújt fedezetet a szerződő számláját terhelő rendszeres költségek érvényesítésére, a biztosítás és a kiegészítő biztosítások megszűnnek.

(5) A szerződőnek a szüneteltetés után is lehetősége van a kiegészítő biztosítás feltételei szerinti biztosítások biztosítási összegeinek csökkentésére, illetve a kiegészítő biztosítások megszüntetésére.

(6) A szüneteltetett díjfizetésű biztosítás is visszavásárolható a díjjal rendezett időtartamhoz tartozó, kezdeti befektetési egységekre vonatkozó visszavásárlási százalékok figyelembevételével.

(7) A díjfizetés szüneteltetését a szerződő legfeljebb háromszor kérheti a szerződés tartama alatt. Két szüneteltetési időszak között legalább 1 éves díjnak kell befolynia a főbiztosításra.

(8) Amennyiben a díjfizetés szüneteltetésének 1 éves időtartamának leteltét követően a díjfizetés nem folytatódik, a biztosító a 9. § rendelkezéseinek megfelelően jár el.

31. § 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.

Mit tesz a biztosító az adataim biztonsága érdekében?



32. § 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 biztosító 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 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 összefü­gő, 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) 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 adattovábbí­rás, 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 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; Microsoft Corporation – Egyesült Királyság), illetve viszontbiztosítója részére, az anyavállalat és a regionális központok, illetve 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 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 biztosítót, a független biztosításközvetítőt, 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.

(18) A biztosító (megkereső biztosító) – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a biztosítási szolgáltatás teljesítése során, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz (megkeresett biztosító) a megkeresett biztosító által kezelt meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, hogy a szerződő ehhez történő hozzájárulása rögzítésre került. A megkeresés tényéről és a továbbításra került adatokról a biztosító a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti a szerződőt.

33. § 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 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 a telefonon vagy interneten történő, az ügyfelet, illetőleg szerződését érintő tevékenysége során gondoskodik a személyes és különleges adatok kezelésére, valamint a biztosítási titokvédelemre vonatkozó szabályok maradéktalan érvényesítéséről.

34. § 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 szolgáltatások 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?



35. § Tájékozódás és tájékoztatás

A szerződő saját szerződéseit egyes fő adatainak változásáról az alábbi módokon tájékozódhat:

(1) A szerződő a biztosító internetes honlapján (www.metlife.hu) tájékozódhat az egyes befektetési egységalapok befektetési egységeinek aktuális vételi áráról.

(2) A szerződő saját szerződéseit befektetési egységeinek aktuális vételi áráról és számáról, valamint a 2. számú mellékletben szereplő adatokról az alábbi módokon tájékozódhat:

- a biztosító személyes ügyfélszolgálatán (1138 Budapest, Népfürdő u. 22. fsz.) hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, keddtől péntekig tartó munkanapokon 9 és 17 óra között,
- a biztosító kék telefonszámán (06 40 444 445) hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, keddtől péntekig tartó munkanapokon 8 és 17 óra között,
- VIP ügyfelek hétfőtől péntekig tartó munkanapokon 9 és 17 óra között a biztosító kék telefonszámán (06 40 888 847)

(3) A biztosítási szerződés megkötését követően a biztosító évente legalább egyszer írásban tájékoztatja ügyfelét életbiztosítási szerződése szolgáltatási értékéről, aktuális visszavásárlási értékéről, a befektetési egységeinek aktuális vételi áráról és számáról, illetőleg ezeknek az előző értékelés óta bekövetkezett változásairól.

(4) Amennyiben a biztosítási szerződés feltétele a leendő ügyfél orvosi vizsgálata, akkor az ügyfél az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.

(5) Amennyiben a szerződő rendelkezik MyMetLife hozzáféréssel, amelynek feltétele a MyMetLife szerződés megkötése, akkor a szerződő a MyMetLife internetes ügyfélportal oldalán is tájékozódhat a saját szerződése befektetési egységeinek aktuális vételi áráról és számáról, valamint aktuális visszavásárlási értékéről.

36. § 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 kizárólagosan a Budapesti II. és III. Kerületi Bíróság illetékes. Az illetékes felügyeleti szerv a Magyar Nemzeti Bank (1013 Budapest, Krisztina krt. 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. fsz.) 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, az 1138 Budapest, Népfürdő u. 22. címen,

b) e-mailben a (3) bekezdésben foglalt címre küldve, vagy

c) faxon a (3) bekezdésben foglalt fax számon.

(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.

Jelen szerződési feltételek kizárólag a jelzett mellékletekkel együtt érvényesek.

1. számú melléklet: A választható eszközalapok befektetési politikái

2. számú melléklet: A Metropolitan költségeinek és minimális díjainak hatályos értékei

3. számú melléklet: Választható biztosítási **összegek**, limitek, biztosítási díjak

4. számú melléklet: Ügyfélbónusz és a szerződés legfontosabb paraméterei

5. számú melléklet: Díjkezelési tájékoztató

6. számú melléklet: Tájékoztató a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokról

Budapest, 2015. május 20.

A PORTFÓLIÓ PLUSZ BEFEKTETÉSI EGYSÉGEKHEZ KÖTÖTT ÉLETBIZTOSÍTÁST KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-P31, MET-EP7) FELTÉTELEI

A Portfólió Plusz befektetési egységekhez kötött életbiztosítást kiegészítő biztosítási szerződés (a továbbiakban: kiegészítő biztosítás) feltételei azonosak a befektetési egységekhez kötött életbiztosítás (a továbbiakban: főbiztosítás) feltételeiben, valamint annak mellékleteiben foglalt rendelkezésekkel, az alábbi eltérésekkel:

1. § A kiegészítő biztosítás létrejötte és tartama

- (1) E kiegészítő biztosítás megköthető a főbiztosításra tett ajánlat megtételével egyidejűleg, vagy a főbiztosítás tartama alatt bármikor.
- (2) A kiegészítő biztosítás az ajánlatnak a biztosító által történő elfogadásával a főbiztosítás következő biztosítási évfordulójáig szóló tartammal jön létre, és a főbiztosítás minden biztosítási évfordulóján automatikusan újabb egy évvel meghosszabbodik, feltéve, hogy a felek a főbiztosítás biztosítási évfordulóját egy hónappal megelőzően másképpen nem nyilatkoznak.
- (3) A főbiztosítás megszűnésével a kiegészítő biztosítás is megszűnik.

2. § Biztosítási esemény

A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási eseménynek minősül:

- a) határozott tartamúvá tett főbiztosítás esetén a biztosítottnak a biztosítási tartam lejártakor való életben léte,
- b) a biztosítottnak a kiegészítő biztosítás tartamán belül bekövetkezett halála.

3. § Biztosítási szolgáltatások

- (1) Ha a biztosított a határozott tartamúvá tett főbiztosítás lejáratának napján életben van, a biztosító a főbiztosítás elérési kedvezményezettje részére egy összegben kifizeti a kiegészítő biztosítás alszámláin a lejárat napját követő értékelési napon nyilvántartott egységek aktuális értékét.
- (2) Ha a biztosított a kiegészítő biztosítás tartama alatt elhalálozik, a biztosító a főbiztosítás haláleseti kedvezményezettje részére egy összegben kifizeti a kiegészítő biztosítás alszámláin az írásbeli haláleseti bejelentésnek a biztosítóhoz való beérkezése napját követő értékelési napon nyilvántartott befektetési egységek aktuális értékét és a szerződő által igazolhatóan már megfizetett, de még jóvá nem írt biztosítási díjakat.

4. § A kiegészítő biztosítás díja

(1) E kiegészítő biztosításra kizárólag eseti díj fizethető.

(2) A főbiztosításra tett ajánlat megtételével egyidejűleg megkötött kiegészítő biztosításra eseti díj a szerződés hatályba lépését követő naptól, a főbiztosítás tartama alatt megkötött kiegészítő biztosításra eseti díj az ajánlat elfogadását követő első főbiztosítási hónapfordulót követő naptól fizethető.

(3) Az eseti díj minimális összegét a főbiztosításnak a befizetés időpontjában hatályos vonatkozó melléklete határozza meg.

(4) A biztosító minden egyes általa felkínált befektetési egységálaphoz egy alszámlát hoz létre a szerződő kiegészítő biztosításhoz tartozó számláján, amelyen a biztosító a kiegészítő biztosítás adott befektetési egységálapjához tartozó befektetési egységek számát tartja nyilván öt tizedesjegy pontossággal.

(5) A szerződő eltérő rendelkezése hiányában a főbiztosítás díjkezelési tájékoztatója szerint eseti díjnak minősülő összeget a biztosító az e kiegészítő biztosításra befizetett eseti díjnak tekinti, amelyet a jelen kiegészítő biztosításra érvényben lévő díjmegosztási arányok figyelembevételével fektet be.

(6) Az (5) bekezdésben meghatározott befektetési eljárástól eltérő szándék esetén a szerződő írásbeli nyilatkozattal kérheti a befizetett eseti díjnak a főbiztosítás feltételeiben meghatározott eseti díjként történő kezelését.

(7) A szerződő írásbeli nyilatkozattal kérheti, hogy a biztosító a befizetett eseti díjat a főbiztosítás díjmegosztási arányától eltérő arányban fektesse be.

(8) A biztosító a befizetett eseti díjat kizárólag akkor kezeli a (6) és (7) bekezdésben foglalt rendelkezéseknek megfelelően, ha a szerződő erre irányuló nyilatkozata legalább egy értékelési nappal az eseti díjnak a biztosító számláján történő jóváírása előtt érkezik meg.

5. § Díjmentesítés

Díjmentesítéskor az e kiegészítő biztosítás alszámláin nyilvántartott befektetési egységek száma változatlan marad. E kiegészítő biztosításra eseti díjfizetés a főbiztosítás díjmentesítése után is teljesíthető.

6. § Rendszeres pénzkivonás

E kiegészítő biztosítás befektetési egységei terhére rendszeres pénzkivonás nem teljesíthető.

7. § Visszavásárlás, részleges visszavásárlás

(1) Visszavásárlásnak minősül a kiegészítő biztosításra befizetett díjakból vásárolt befektetési egységeknek a főbiztosítással együtt történő teljes visszavásárlása.

(2) A kiegészítő biztosítás visszavásárlási összege a szerződő kiegészítő biztosításhoz tartozó számláján nyilvántartott befektetési egységek, az igény bejelentését követő első értékelési napon – tekintettel a főbiztosítás feltételeinek 3. § (11) bekezdésében foglaltakra – megállapított, vételi áron számított összértékének 100 százaléka.

(3) Az e kiegészítő biztosításra befizetett díjakból vásárolt befektetési egységek terhére a szerződő bármikor kérhet részleges visszavásárlást.

(4) Ha az e kiegészítő biztosítás alszámláin nyilvántartott befektetési egységek értéke a kért részleges visszavásárlás teljes összegére fedezetet nyújt, a biztosító e befektetési egységek terhére hajtja végre a kifizetést. Ha az igényelt összeg nagyobb, mint amekkora a kiegészítő biztosítás terhére teljesíthető, a biztosító erről írásban értesíti a szerződőt, akinek írásban a főbiztosítás terhére is külön kérnie kell a részleges visszavásárlást.

(5) Amennyiben a részleges visszavásárlás csak e kiegészítő biztosítás terhére történik, a főbiztosítás részleges visszavásárlásra vonatkozó időbeli korlátozásait figyelmen kívül kell hagyni.

(6) A kiegészítő biztosítás terhére igényelt részleges visszavásárlás minimális összege

- a főbiztosításnak a szerződő részleges visszavásárlási kérelmének a biztosítóhoz való beérkezése napján hatályos vonatkozó mellékletében meghatározott minimális eseti díj és

- a kiegészítő biztosítás alszámláin a szerződő részleges visszavásárlási kérelmének a biztosítóhoz való beérkezése napját követő értékelési napon nyilvántartott befektetési egységek aktuális értéke közül a kisebb.

(7) A részleges visszavásárlás további feltétele, hogy a tranzakció után a kiegészítő biztosítás alszámláin nyilvántartott befektetési egységek értéke elérje a főbiztosításnak a szerződő részleges visszavásárlási kérelmének a biztosítóhoz való beérkezése napján hatályos vonatkozó mellékletében meghatározott minimális eseti díjat, vagy ezek értéke nulla legyen.

(8) A részleges visszavásárlás költsége megegyezik a főbiztosításnak a részleges visszavásárlás értéknapján hatályos havi nyilvántartási díjának a kétszeresével.

8. § Áthelyezés

(1) A szerződő kérheti a biztosítót, hogy a kiegészítő biztosítás valamely alszámláján nyilvántartott befektetési egységeket vagy azok egy részét a kiegészítő biztosítás más alszámlájára helyezze át (áthelyezés).

(2) Évente az első 5 áthelyezés költségmentes, függetlenül attól, hogy az a főbiztosítás vagy a Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás alszámláit érinti.

(3) Újabb áthelyezés esetén, amennyiben az a kiegészítő biztosítás alszámláit érinti, a biztosító tranzakciós költséget von le az áthelyezett befektetési egységek értékéből, amelynek mértéke az áthelyezett befektetési egységek aktuális értékének a főbiztosítás feltételeinek 2. számú mellékletében meghatározott százaléka, de legalább a biztosító által forintban vagy euróban megállapított minimális, és legfeljebb a biztosító által megállapított maximális költség. A költség aktuális értékét a főbiztosítás feltételeinek 2. számú melléklete tartalmazza.

(4) Az áthelyezés további szabályai azonosak a főbiztosítás feltételeinek vonatkozó rendelkezéseivel.

(5) E szakasz rendelkezései alapján kizárólag e kiegészítő biztosítás befektetési egységei között helyezhetők át a befektetési egységek.

(6) E kiegészítő biztosítás befektetési egységeiből a főbiztosítás befektetési egységeibe a Díjkezelési tájékoztató (a főbiztosítás 5. számú melléklete) 4. pontja szerint helyezhetők át befektetési egységek.

9. § Egyéb rendelkezések

A kiegészítő biztosítás megszűnik:

- a főbiztosítás bármilyen okból történő megszűnése esetén, vagy
- a főbiztosítási évfordulón, ha a felek valamelyike egy hónappal előtte írásban felmondja a kiegészítő biztosítást.

Melléklet

A Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás költségeinek és minimális díjainak hatályos értékei

Főbiztosítási termékmódzat:	MET-619	MET-769
Vételi és eladási ár közötti különbség:	2%	2%
Éves alapkezelési díj:	1,75%	1,75%
kivéve Hosszú futamidejű magyar kötvény forint eszközalap esetén:	1,0%	
Likviditási euró eszközalap esetén:		0,5%

Budapest, 2015. május 20.

2. SZÁMÚ MELLÉKLET

Milyen költségei vannak a szerződésemenek?



A Metropolitan költségeinek és minimális díjainak hatályos értékei

	forint alapú Metropolitan MET-619	euró alapú Metropolitan MET-769
Elszámolások és fizetési kötelezettségek pénzneme:	forint	euró
Vételi és eladási ár közti különbség főbiztosítás esetén az eladási ár százalékában:	5%	3%
Éves alapkezelési díj:	1,75%	1,75%
kivéve Hosszú futamidejű magyar kötvény forint eszközalap esetén:	1,0%	
Likviditási euró eszközalap esetén:		0,5%
A letétkezelési díj mértéke éves szinten:	a nettó eszközérték maximum 0,07%-a	a nettó eszközérték maximum 0,07%-a
Nyilvántartási díj:	640 Ft/hó	2,4 €/hó
Minimális éves díj (a kiegészítő biztosítások díja nélkül):	200 000 Ft	800 €
Minimális havi díj (a kiegészítő biztosítások díja nélkül):	18 000 Ft	70 €
Kiegészítő biztosítások összesített minimális éves díja:	30 000 Ft	100 €
Kiegészítő biztosítások összesített minimális féléves díja:	15 270 Ft	51 €
Kiegészítő biztosítások összesített minimális negyedéves díja:	7 725 Ft	26 €
Kiegészítő biztosítások összesített minimális havi díja:	2 597 Ft	9 €
Minimális eseti díj:	20 000 Ft	-
Biztosítási díj növelésének minimális értéke:	30 000 Ft/év	120 €/év
Tranzakciós költség:	0,3%	0,3%
minimum	670 Ft	2,3 €
maximum	6 725 Ft	29,6 €
Tranzakciós költség MyMetLife ügyféldalán kezdeményezett egy- ségáthelyezés esetén:	0,2%	0,2%
minimum	295 Ft	1,1 €
maximum	5 585 Ft	22,7 €
	Portfólió Plusz	Portfólió Plusz
	295 Ft	1,1 €
A rendszeres pénzkivonásra, részleges visszavásárlásra, valamint díj- mentesítésre előírt minimális fennmaradó visszavásárlási összeg:	200 000 Ft	800 €
A díjfizetés szüneteltetésére előírt minimális visszavásárlási összeg:	100 000 Ft	650 €
Díjtűrőhatár:	300 Ft	2 €

A szerződés létrehozása érdekében felmerült költségek:		
A típusú orvosi vizsgálat	8 000 Ft + ÁFA	28 € + ÁFA
B típusú orvosi vizsgálat	3 300 Ft + ÁFA	11 € + ÁFA
C típusú orvosi vizsgálat	3 300 Ft + ÁFA	11 € + ÁFA
E típusú orvosi vizsgálat	14 800 Ft + ÁFA	51 € + ÁFA
F típusú orvosi vizsgálat	22 600 Ft + ÁFA	78 € + ÁFA
G típusú orvosi vizsgálat	11 400 Ft + ÁFA	39 € + ÁFA
H típusú orvosi vizsgálat	12 200 Ft + ÁFA	42 € + ÁFA
Költségátalány	2 000 Ft	8 €

A befektetési egységek áthelyezésének rendje

Adott munkanapon	15 óra előtt beérkezett nyilatkozat (MyMetLife ügyféldoldalon történő kezdeményezés esetén 24 óra előtt beérkezett nyilatkozat)	15 óra után beérkezett nyilatkozat (MyMetLife ügyféldoldalon történő kezdeményezés esetén 24 óra után beérkezett nyilatkozat)
Tranzakció rögzítése	rákövetkező első munkanap	rákövetkező második munkanap
Feldolgozás napja és használt árfolyam	a tranzakció rögzítését követő nap	a tranzakció rögzítését követő nap

A díj lehívásának időpontja a folyószámláról:	A folyószámla terhelésének lehetséges kezdődátumai a biztosító által bankoknak átadott állomány alapján a következők: 2015.05.13. 2015.06.11. 2015.07.15. 2015.08.13. 2015.09.11. 2015.10.13. 2015.11.12. 2015.12.11. 2016.01.14. 2016.02.11. 2016.03.11. 2016.04.13. 2016.05.12. A biztosító kizárja a felelősséget a saját tevékenységi körén kívül bekövetkező esetleges eltérésekért.
---	--

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

Budapest, 2015. május 20.

3. SZÁMÚ MELLÉKLET

1. A főbiztosításhoz tartozó biztosítási összeg

A főbiztosítottra vonatkozó technikai haláleseti biztosítási összeg: 10 000 Ft / 40 €

2. A kiegészítő biztosítások választható biztosítási összegei

A szerződő a biztosítási ajánlaton az alábbi biztosítási összegek közül választhat.

A szerződés létrejöhet kiegészítő biztosítások nélkül is, az 1. pontban meghatározott technikai biztosítási összeggel.

A szerződő a főbiztosítás ajánlatán választhatja a főbiztosítottra vonatkozó Komfort és Prémium csomag biztosítási védelmet, vagy a Főbiztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosítási csomag nyomtatványon egyénileg összeállíthatja a főbiztosítottra vonatkozó biztosítási védelmet.

A további biztosított(ak) biztosítási védelmének kialakítására szintén két lehetőség van: csomagok választásával, vagy az egyéni igényekhez igazított biztosítási összegek megadásával.

A biztosítási összegek kialakításánál a következő biztosítási összeg határokat és együttkötési szabályokat kell figyelembe venni:

A főbiztosított és a további biztosított halálesetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 250 000 Ft / 850 €
- maximuma: 50 000 000 Ft / 170 000 €

Baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 500 000 Ft / 1 700 €
- maximuma: 50 000 000 Ft / 170 000 €

Baleseti maradandó rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 500 000 Ft / 1 700 €
- maximuma: a baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének négyszerese, de maximum 50 000 000 Ft / 170 000 €
- a baleseti maradandó rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás az adott biztosítottra vonatkozó baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás nélkül nem köthető

Critical Care kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 1 000 000 Ft / 3 300 €
- maximuma: 50 000 000 Ft / 170 000 €

Balesetből származó kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 2 000 Ft / 7 €
- maximuma: 16 000 Ft / 53 €
- a balesetből származó kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás az adott biztosítottra vonatkozó baleseti műtői térítésre szóló kiegészítő biztosítás nélkül nem köthető

Kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 2 000 Ft / 7 €
- maximuma: 16 000 Ft / 53 €
- a kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás az adott biztosítottra vonatkozó műtői térítésre szóló kiegészítő biztosítás nélkül nem köthető

Baleseti műtői térítésre szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 100 000 Ft / 330 €
- maximuma: 800 000 Ft / 2 700 €
- a baleseti műtői térítésre szóló kiegészítő biztosítás az adott biztosítottra vonatkozó baleseti kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás nélkül nem köthető

Műtői térítésre szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 100 000 Ft / 330 €
- maximuma: 800 000 Ft / 2 700 €
- a műtői térítésre szóló kiegészítő biztosítás az adott biztosítottra vonatkozó kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás nélkül nem köthető

Csonttörés és égési sérülés esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 100 000 Ft / 330 €
- maximuma: 800 000 Ft / 2 700 €
- a csonttörés és égési sérülés esetére szóló kiegészítő biztosítás az adott biztosítottra vonatkozó baleseti halál és baleseti maradandó rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás nélkül nem köthető

3. Limitek

A biztosítottak maximális száma: 5 fő

4. Kockázatelbírálási összeghatárok

Amennyiben a rendszeres díjas szerződéshez kapcsolódó halál esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összege 250 000 Ft / 850 € és csak balesetbiztosítási kiegészítő biztosítások kerülnek kiválasztásra, és a biztosított egészségi állapota megfelel a biztosítási ajánlaton tett egészségi állapotra vonatkozó nyilatkozatnak, akkor a biztosító eltekint további egészségi nyilatkozat kitöltésétől. Azonban, ha a biztosított egészségi állapota miatt nem jogosult az ajánlaton szereplő nyilatkozat aláírására, úgy szükségessé válik az egészségi nyilatkozat kitöltése.

Kiegészítő biztosítás választása esetén a biztosítási fedezet vállalásához egészségügyi kockázatelbírálás szükséges. A szerződés létrejöttékor hatályos kockázatelbírálási összeghatárokat a lenti táblázat tartalmazza:

Forint és euró alapú szerződések létrejöttéhez szükséges orvosi vizsgálatok (Belépési korok és biztosítási összegek szerint)								
Belépési kor (év)	Összeg (Ft/€)							
	250 000 - 1 400 000 Ft / 850-5 000 €	1 400 001 - 4 000 000 Ft / 5 001 - 15 000 €	4 000 001 - 14 000 000 Ft / 15 001 - 50 000 €	14 000 001 - 22 000 000 Ft / 50 001 - 80 000 €	22 000 001 - 25 000 000 Ft / 80 001 - 90 000 €	25 000 001 - 28 000 000 Ft / 90 001 - 100 000 €	28 000 001 - 140 000 000 Ft / 100 001 - 500 000 €	140 000 000 Ft-nál / 500 000 €-nél nagyobb
16-45	egészségi nyilatkozat	egészségi nyilatkozat	egészségi nyilatkozat	egészségi nyilatkozat	A + E	A + E	A + B + F	A + B + C + F
46-54	egészségi nyilatkozat	egészségi nyilatkozat	egészségi nyilatkozat	A + E	A + B + E	A + B + E	A + B + C + F	A + C + F + G
55-65	egészségi nyilatkozat	egészségi nyilatkozat	A + E	A + B + E	A + B + E	A + B + F	A + C + F + G	A + C + F + G + H
66 felett	egészségi nyilatkozat	A + E	A + B + E	A + B + E	A + B + E	A + B + C + F	A + C + F + G	A + C + F + G + H

5. Havi kockázati díjráták

1 Ft vagy 1€ kockázat alatt álló összegért, illetve 1 Ft vagy 1€ haláleseti biztosítási összegért fizetendő havi díj normál kockázatú biztosított esetén

Életkor	Havi kockázati díjrátá	Életkor	Havi kockázati díjrátá
16	0,000051	59	0,002361
17	0,000051	60	0,002508
18	0,000051	61	0,002653
19	0,000056	62	0,002794
20	0,000061	63	0,002942
21	0,000065	64	0,003110
22	0,000067	65	0,003310
23	0,000067	66	0,003538
24	0,000070	67	0,003788
25	0,000072	68	0,004061
26	0,000074	69	0,004363
27	0,000076	70	0,004700
28	0,000079	71	0,005059
29	0,000083	72	0,005433
30	0,000091	73	0,005847
31	0,000101	74	0,006315
32	0,000112	75	0,006859
33	0,000126	76	0,007777
34	0,000141	77	0,008271
35	0,000161	78	0,008852
36	0,000181	79	0,009537
37	0,000201	80	0,010344
38	0,000227	81	0,011291
39	0,000258	82	0,012403
40	0,000297	83	0,013704
41	0,000344	84	0,015230
42	0,000397	85	0,017006
43	0,000459	86	0,019074
44	0,000528	87	0,021474
45	0,000609	88	0,024244
46	0,000704	89	0,027429
47	0,000813	90	0,031074
48	0,000929	91	0,035213
49	0,001050	92	0,039882
50	0,001170	93	0,045098
51	0,001292	94	0,050865
52	0,001418	95	0,057161
53	0,001545	96	0,063928
54	0,001676	97	0,071077
55	0,001809	98	0,078470
56	0,001943	99	0,085925
57	0,002079	100	0,093227
58	0,002218		

Budapest, 2015. május 20.

4. SZÁMÚ MELLÉKLET

Melyek a szerződéssel kapcsolatos kiemelten fontos ismeretek?



Ügyfélbónusz és a szerződés legfontosabb paraméterei

1. Metropolitan Ügyfélbónusz

5, 8, 12 és 15 díjjal fedezett biztosítási év elteltével – bele nem értve a díjmentesítés és a díjfizetés szüneteltetése időszakát –, amennyiben a szerződő nem élt a főbiztosítás tekintetében a részleges visszavásárlás vagy a rendszeres pénzkivonás lehetőségével és a szerződés díjfizetés mellett hatályban van, a szerződő Ügyfélbónuszra jogosult.

Az Ügyfélbónusz alapja a bónusz kifizetés évéig a főbiztosításra átlagosan fizetett 1 éves díj meghatározott %-a, de legfeljebb a főbiztosításra fizetett kezdeti éves díj meghatározott %-a. Az Ügyfélbónusz alapjába a kiegészítő biztosításokra fizetett díj nem számít bele.

Esedékessége	Mértéke 300 000 Ft / 1 200 € átlagosan fizetett 1 éves díj alatt	Mértéke 300 000 Ft / 1 200 € átlagosan fizetett 1 éves díjtól
5 díjjal fedezett biztosítási évet követő biztosítási évfordulón	10%	20%
8 díjjal fedezett biztosítási évet követő biztosítási évfordulón	10%	20%
12 díjjal fedezett biztosítási évet követő biztosítási évfordulón	20%	30%
15 díjjal fedezett biztosítási évet követő biztosítási évfordulón	110%	110%

Az Ügyfélbónuszt a biztosító a szerződéshez kapcsolódó Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás alszámláin írja jóvá az eseti díjra vonatkozó vételi és eladási ár közötti különbség érvényesítése mellett, az Ügyfélbónusz jóváírás időpontjában érvényben lévő, a kiegészítő biztosítás vonatkozásában érvényben lévő díjmegosztási aránynak megfelelően és a Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás felhalmozási egységeire vonatkozó rendelkezési szabályok alapján hozzáférhető.

2. Kezdeti költségelvonás nagysága

Módozat	Kezdeti költségelvonás
MET-619/769	8,99%

3. Visszavásárlási százalékok kezdeti befektetési egységekre

	MET-619/769
Az első biztosítási évben:	0%
A második biztosítási évben:	0%
A harmadik biztosítási évben:	10%
A negyedik biztosítási évben:	15%
A ötödik biztosítási évben:	30%
A hatodik biztosítási évben:	40%
A hetedik biztosítási évben:	50%
A nyolcadik biztosítási évben:	60%
A kilencedik biztosítási évben:	70%
A tizedik biztosítási évben:	85%
A további években:	100%

4. Visszavásárlási százalék a felhalmozási befektetési egységekre mindig 100%.

5. Választható portfóliók

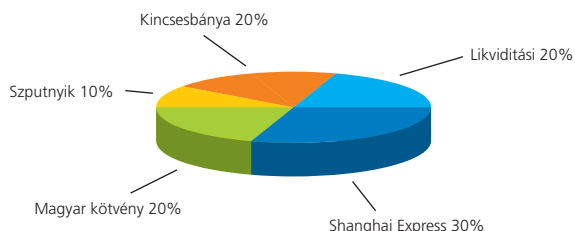
Ha az egyes eszközalapok részletes leírásai másként nem rendelkeznek, az eszközalapok sem tőke-, sem hozamgaranciát, továbbá tőke- vagy hozamvédelmet nem nyújtanak. Valamennyi portfólió hordoz befektetési kockázatot, némely eszközalap devizaárfolyam-kockázattal is rendelkezhet. A befektetési egységek értéke a pénzpiac változásait követve emelkedhet, illetve csökkenhet, ezért a múltban elért hozamok nem jelentenek garanciát az eszközalapok jövőbeli eredményére. Felhívjuk ügyfeleink figyelmét, hogy a részvény-, illetve egyéb értékpapír befektetések során pénzügyi veszteség is felmerülhet.

Forint alapú portfóliók MET-619 termékhez

(1) Dinamikus portfólió

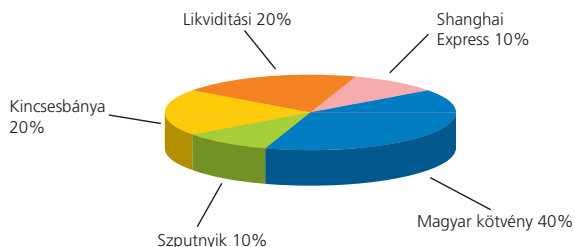
Dinamikus portfólió-összeállításunkat a magas kockázatvállalási hajlandósággal rendelkező ügyfeleinknek

ajánljuk, akik a magas hozam reményében magas befektetési kockázattal számolnak. A Dinamikus portfólió papírai között egyrészt a fejlődő országok és régiók papírjait, másrészt diverzifikációs céllal árfolyamgarantált és élelmiszerekbe, mezőgazdasági cikkekbe fektető befektetési jegyeket találhatunk meg.



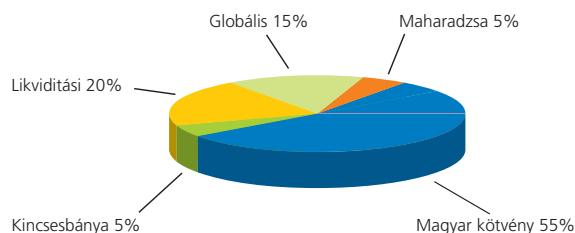
(2) Kiegyensúlyozott portfólió

Kiegyensúlyozott portfólió-összeállításunkat a közepes kockázatvállalási hajlandósággal rendelkező ügyfeleinknek ajánljuk, akik a magasabb hozam reményében magasabb befektetési kockázattal számolnak, viszont érzékenyek a rövid távú árfolyam-ingadozásokra. A Kiegyensúlyozott portfólió papírai közé egyrészt válogatott régiók, országok és iparágak papírjait, másrészt az egyszerű részvény-befektetéseknél kiegyensúlyozottabb megoldást jelentő, akár kifejezetten alacsony kockázatú eszközöket (kötvény és pénzüpiaci, valamint árfolyamgarantált befektetések) válogattunk.



(3) Megfontolt portfólió

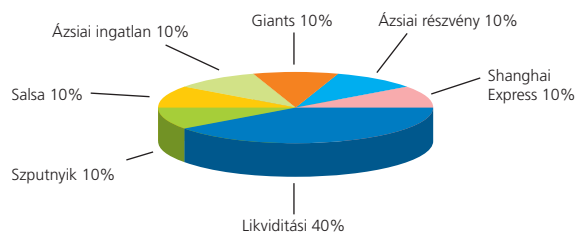
Megfontolt portfólió-összeállításunkat az alacsony kockázatvállalási hajlandósággal rendelkező ügyfeleinknek ajánljuk, akik érzékenyek a rövid távú árfolyam-ingadozásokra. Céljuk tehát a stabil, infláció fölötti növekedés elérése hosszú távon. A Megfontolt portfólió papírjait a válogatott befektetési eszközök (kötvény és pénzüpiaci, valamint árfolyamgarantált befektetések) uralják. Kisebbségi arányban – a várható eredmények maximalizálása érdekében – az összeállítás a globális részvényt piacokra fókuszál.



Euró alapú portfóliók MET-769 termékhez

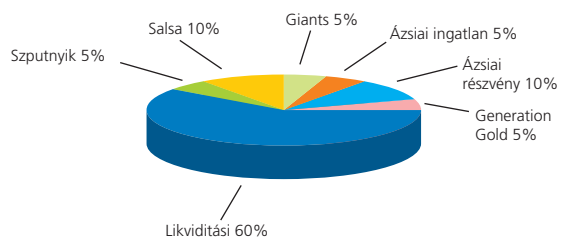
(1) Dinamikus portfólió

Dinamikus befektetési összeállításunk hosszú távon magas hozamot nyújthat ügyfeleinknek. Mivel az összeállítás gerincét magas kockázatot képviselő eszközalapok adják, ezért azoknak az ügyfeleinknek ajánljuk, akik tisztában vannak azzal, hogy a magasabb hozam reményében magasabb befektetési kockázattal kell számolniuk. Az összeállításban szereplő eszközalapok elsődlegesen a feltörekvő régiókra fókuszálnak. Az összeállításban az ázsiai, kelet-európai és latin-amerikai régió egyaránt megtalálható. Az összeállítást a hosszú befektetési időhorizontban gondolkodó ügyfeleinknek ajánljuk.



(2) Kiegyensúlyozott portfólió

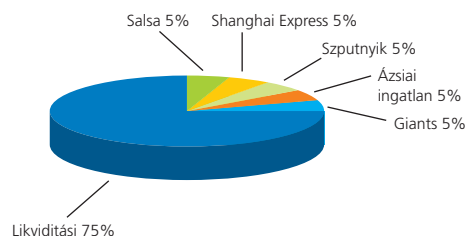
Kiegyensúlyozott befektetési összeállításunkat a közepes kockázatvállalási hajlandósággal rendelkező ügyfeleinknek ajánljuk. Az összeállítás 60 százalékát pénzüpiaci befektetés alkotja, 40 százalékban pedig magas kockázatú eszközalapokat tartalmaz, amelyek esetén rövid távú árfolyam-ingadozás előfordulhat, azonban hosszú távon magas hozamot biztosíthat. Az átlagos kockázatú befektetési összeállítás tehát a biztonságot ötvözi a magasabb hozam lehetőségével. Az összeállítást a közép- és hosszú befektetési időhorizontban gondolkodó ügyfeleinknek ajánljuk.



(3) Megfontolt portfólió

Megfontolt befektetési összeállításunkat alacsonyabb kockázatvállalási hajlandósággal rendelkező ügyfeleinknek ajánljuk, akik érzékenyek a rövid távú árfolyam-ingadozásokra. Céljuk tehát a stabil, infláció fölötti növekedés elérése hosszú távon. Az óvatos összeállítás döntő részét a Likviditási eszközalap alkotja. Kisebb arányban

(25 százalék) – a várható eredmények maximalizálása érdekében – az összeállítás a feltörekvő részvénytőzsiákra, az ázsiai ingatlanszektorra fókuszál. Az óvatos befektetési összeállítást már rövid befektetési időhorizontban gondolkodó ügyfeleinknek is ajánljuk.



Budapest, 2015. május 20.

5. SZÁMÚ MELLÉKLET

Milyen részletes szabályok vonatkoznak a díjfizetésre, díjkezelésre?



Díjkezelési tájékoztató

1. Elszámolások és fizetési kötelezettségek pénzneme

Jelen szerződésben a felek megállapodnak abban, hogy a

- MET-619 módozat és kiegészítő biztosításai esetében forint
- MET-769 módozat és kiegészítő biztosításai esetében euró

a fizetési kötelezettségeik teljesítésének, valamint a szerződéshez kapcsolódó díjak biztosító általi nyilvántartásának pénzneme.

Az euró alapú módozatok esetén

- a szerződő a díjat forintban is megfizetheti, ebben az esetben az esedékes díjnál 10%-kal több díj befizetése ajánlott az átváltásból fakadó költségek és az árfolyamváltás fedezésére.
- a biztosító bármilyen jellegű kifizetést átutalással és euróban teljesít.

2. Átváltási költség

Az **euró alapú módozatok esetén** minden forintban történő kifizetés esetén az euróról forintra való átváltásból fakadó költség, amely nem lehet több, mint az átváltandó összeg 5 százaléka, és amelynek aktuális mértékét a 2. számú melléklet tartalmazza. Az átváltási költséget a biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – módosíthatja.

3. A beérkezett díjak kezelésének általános sémája

1) A befizetés azonosítása

A beérkezés napján kerül sor a befizetés azonosítására. A beérkezés napjának meghatározásáról a 3. § (17) bekezdése rendelkezik.

2) A befizetés rendeltetésének megállapítása

Az azonosított befizetések tekintetében ugyancsak a beérkezés napján kerül sor a befizetett összeg rendeltetésének vizsgálatára is.

3) A díj jóváírása

Ezt követi a díjnak a – befizetés rendeltetésétől függő – jóváírása.

4) A jóváírt díjak befektetése

A jóváírt díjak befektetésére a jóváírás napját követő értékelési napon érvényes eladási árfolyamon kerül sor.

ad 1) A befizetés azonosítása

A befizetett összeg és a biztosítási szerződés egymáshoz rendelése (a befizető és az érintett szerződés azonosítása) a befizetés beérkezésének napján történik meg. Kérjük a kötvényszámot, vagy az ajánlat sorszámát a „közlemények” rovatban adja meg, ennek hiányában a befizetés nem azonosítható. A kötvényszámon kívül a „közlemények” rovatban kérjük, tüntesse fel a befizetett összeg rendeltetését és eseti díjfizetés esetében a díjmegosztási arányt. Első díj befizetése esetén a „díjelőleg” megjegyzést is fel kell tüntetni.

A befizetett összeget 30 munkanap után visszautaljuk, ha a befizetés azonosításához szükséges adatok ezen időtartam alatt nem érkeztek meg, vagy azokat nem tudtuk beszerezni, és ezért a befizetés, valamint a szerződés nem rendelhető egymáshoz. A befizetett összeget az azonosításig, illetve a visszautalásig kamatmentes letétként kezeli a biztosító (3. § (17) e) pontja).

A befizetések azonosításakor a biztosító vizsgálja a díjfizetőnek a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvény szerinti azonosításának megtörténtét. Amennyiben a díjfizető nem azonosított, a befizetést a biztosító az azonosítás megtörténtéig kamatmentes letétként kezeli.

ad 2) A befizetés rendeltetésének megállapítása

A szerződő a befektetési egységekhez kötött életbiztosításokra előírt rendszeres díjat, valamint eseti díjat fizethet be.

- Az **előírt rendszeres díj** a választott díjfizetési gyakoriság szerint következő biztosítási időszak első napján esedékes.
- A biztosító lehetőséget biztosít az előírt díj esedékesség előtti befizetésére is, ez az **előrefizetett – rendszeres – díj**. **Előrefizetett díjnak** tekintjük azt a befizetést, amikor egy vagy több biztosítási időszakra szóló, még nem esedékes, rendszeres díj érkezik be a biztosító rendszeres díj befizetésére szolgáló számlájára.
- Az **eseti díjak** tetszőleges időpontban és gyakorisággal fizethetők be.

A szerződőnek a díj előrefizetésére vonatkozó írásos nyilatkozata hiányában a biztosító az esedékes rendszeres díjak kivételével minden más díjat eseti díjnak tekint, kivéve, ha egyértelműen megállapítható, hogy egy vagy több biztosítási időszakra szóló rendszeres díjnak megfelelő összeg érkezik be a biztosító rendszeres díj befizetésére szolgáló számlájára.

Amennyiben a szerződéshez kötöttek Portfólió Plusz kiegészítő biztosítást, és a szerződő másképp nem rendelkezik, minden eseti díj a Portfólió Plusz kiegészítő biztosításra könyvelendő.

A befizetett összeg rendeltetéséről a szerződő írásos nyilatkozatban való rendelkezéssel is dönthet. Az írásos nyilatkozatot legkésőbb az összeg befizetésekor kell a biztosító vezérigazgatóságára, a Díjkönyvelési Csoporthoz eljuttatni (1138 Budapest, Népfürdő u. 22.).

Ha az azonosított szerződésen díjmaradás van, és a befizetett összeg legalább egy biztosítási időszaktot fedez, akkor a már esedékes díjnak megfelelő összeget – az összeg rendeltetésétől függetlenül – a beérkezés napján rendszeres díjként **írjuk jóvá**.

A befizetés rendeltetésének vizsgálata a **díjfizetés módjának** függvényében történik.

Az egyes módozatok tekintetében az alábbi díjfizetési módok választhatók:

Díjfizetési mód	Forint alapú módozatok	Euró alapú módozatok
Folyószámla közvetlen terhelése	✓	✗
Postai / postai (bianco) csekkes befizetés	✓	✗
Ügyfél által kezdeményezett banki átutalás	✓	✓

a) Folyószámla közvetlen terhelése

A szerződő folyószámlájának a szerződő felhatalmazásával történő közvetlen terhelése esetén társaságunk kizárólag az esedékes rendszeres díjjal, és az esetleges, terheléskor már ismert díjmaradással terheli meg a folyószámlát.

b) Postai csekkes befizetés

Ha a szerződő előre nyomtatott postai csekken fizeti a díjat, akkor a rendszeres díj befizetésére kiállított, előrenyomtatott összeget tartalmazó csekken érkezett befizetést rendszeres díjnak, az extra csekken történő befizetést eseti díjnak tekintjük.

c) Ügyfél által kezdeményezett banki átutalás

A befizetett összeg rendeltetéséről a biztosító annak alapján dönt, hogy a szerződő a biztosítónak mely bankszámlájára kezdeményezte a befizetést. Ettől a szerződő írásos nyilatkozatban való rendelkezéssel eltérhet. Az írásos nyilatkozatot legkésőbb az összeg befizetésekor kell a biztosító vezérigazgatóságára, a Díjkönyvelési Csoporthoz eljuttatni (cím a Cégismertetőben).

A szerződő által kezdeményezett banki átutalás esetén:

- az UniCredit Banknál vezetett „rendszeres díj” megjelölésű bankszámlára beérkezett összeget rendszeres díjnak tekintjük,
- az UniCredit Banknál vezetett „eseti díj” megjelölésű bankszámlára beérkezett összeget eseti díjnak tekintjük.
- Az UniCredit Bank nemzetközi bankazonosító SWIFT kódja BACXHUHB.

A biztosítási díj rendeltetése	Bankszámlaszám	IBAN formátumú bankszámlaszám
Forint devizanemű díjbevétel számla		
Rendszeres díj	10918001-00000005-07640011	HU96 1091 8001 0000 0005 0764 0011
Eseti díj	10918001-00000005-07640028	HU25 1091 8001 0000 0005 0764 0028
Euró devizanemű díjbevétel számla		
Rendszeres díj	10918001-00000005-07640190	HU16 1091 8001 0000 0005 0764 0190
Eseti díj	10918001-00000005-07640217	HU63 1091 8001 0000 0005 0764 0217

A rendszeres díjként befizetett összeg kezelése bármely díjfizetési mód esetén az alábbiak szerint történik:

Ha a befizetett összeg	A befizetett összeg kezelése
kevesebb, mint az előírt díj, akkor	– ha a díjtűrőhatárnál kisebb a különbség, akkor a díjat jóváírjuk és befektetjük. – ha a díjtűrőhatárnál nagyobb a különbség, akkor bekérjük a különbözetet. Ha nem érkezik meg 30 munkanapon belül, akkor visszautaljuk/visszaküldjük az összeget arra a számlára/címre, ahonnan érkezett. Az utalásból eredő veszteség az ügyfelet terheli. Euró alapú módzatok esetében a visszautalás abban a pénznemben történik, amelyben a befizetés érkezett és az átváltásból eredő veszteség az ügyfelet terheli.
meg egyezik az előírt díjjal, akkor	jóváírjuk és befektetjük.
nagyobb, mint az előírt díj, akkor	– a díjat vagy annak többszörösét jóváírjuk és befektetjük, a maradék összeget pedig – amennyiben kisebb, mint az előírt díj, de a díjtűrőhatárnál nagyobb az összeghatártól függően ➢ forint alapú módzatok esetében visszautaljuk vagy díjkülönbözetet kérünk be ➢ euró alapú módzatok esetében eseti díjként jóváírjuk vagy díjkülönbözetet kérünk be. (Az eseti díjként jóváírt különbözetek nem adódhatnak össze egy későbbi díjjá.)

ad 3) A díj jóváírása

A már esedékes, rendszeres díjakat a beérkezés napján írjuk jóvá. Az előrefizetett és eseti díjakat a beérkezést követő munkanapon írjuk jóvá.

A befizetések jóváírására vonatkozó részletes szabályokat a 3. § (17) bekezdése tartalmazza.

ad 4) A jóváírt díjak befektetése

A jóváírt díjak befektetési egységekké való átváltása – a díj befektetési egységalapok közötti megosztására vonatkozó nyilatkozatnak megfelelően – a befektetési egységalapok megfelelő számú befektetési egységének a szerződő számára történő eladása révén **a díj jóváírását követő értékelési napon érvényes aktuális eladási áron történik.** A biztosító az eladott befektetési egységek darabszámát írja jóvá a szerződő számláján.

4. Díjátkönyvelés

a) A szerződő írásbeli nyilatkozatban kérheti a díjmaradás, illetve az esedékes díj kiegyenlítését a Portfólió Plusz befektetési egységekhez kötött életbiztosítást kiegészítő biztosítás alszámláin nyilvántartott befektetési egységek terhére. Erre, ha a szerződő külön írásban nem rendelkezik az eszközalapokból kivenni kívánt összegekről, a szerződő alszámláin nyilvántartott felhalmozási befektetési egységek értékével arányosan kerül sor, a nyilatkozat biztosítóhoz történő beérkezését követő 8 napon belül.

b) Az átkönyvelés során a biztosító az alábbiak szerint jár el:

– a Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás alszámláin nyilvántartott befektetési egységeket a szerződő kérelmének beérkezését követő első értékelési napon megállapított eladási árfolyamon kivonja, majd

– a főbiztosítás alszámláin történő jóváírásra a szerződő kérelmének beérkezését követő második értékelési napon megállapított eladási árfolyamon kerül sor.

c) Az átkönyvelés végrehajtásának feltétele, hogy a Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás alszámláin nyilvántartott befektetési egységek fenti módon számított értéke fedezze a díjmaradás, illetőleg az esedékes díj összegét.

5. Automatikus díjátkönyvelés

a) A főbiztosításra fizetendő rendszeres díj elmaradása esetén a biztosító az esedékes díjat kiegyenlíti a befektetési egységekhez kötött életbiztosítást kiegészítő Portfólió Plusz befektetési egységekhez kötött életbiztosítást kiegészítő biztosítás alszámláin nyilvántartott befektetési egységek terhére. Erre a szerződő alszámláin nyilvántartott felhalmozási befektetési egységek értékével arányosan kerül sor az esedékesség napjától számított 80. napon.

b) Az átkönyvelés során a biztosító az alábbiak szerint jár el:

– a Portfólió Plusz befektetési egységekhez kötött életbiztosítást kiegészítő biztosítás alszámláin nyilvántartott befektetési egységeket a rendszeres díj elmaradását **követő első értékelési napon megállapított eladási árfolyamon kivonja, majd**

– a főbiztosítás alszámláin történő jóváírásra a rendszeres díj elmaradását **követő második értékelési napon megállapított eladási árfolyamon kerül sor.**

6. Számlázási rend

Kibocsátott számlán szereplő dátumok / A díj rendeltetése szerint	Teljesítés ideje	Számla kelte	Fizetési határidő
Első rendszeres díj	A kötvényesítés napja		A számla keltét követő 8. nap
További rendszeres díj	A számla kiállításának napja, 20 nappal az aktuális díj esedékessége előtt		Az aktuális díj esedékességének napja
Előrefizetett rendszeres díj	A díj jóváírásának napja		A díjjal kiegyenlített biztosítási időszak kezdő dátuma
Portfólió Plusz alszámlákra fizetett első eseti díj - kötvényesítés előtt	Az eseti díj jóváírásának értéknapja		A számla keltét követő 8. nap
Portfólió Plusz alszámlákra fizetett további eseti díjak - kötvényesítés után			
Főbiztosításra fizetett eseti díj - kötvényesítés előtt			
Főbiztosításra fizetett eseti díj - kötvényesítés után			

Budapest, 2015. május 20.

6. 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 kárbejelentő nyomtatványát
- 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
- 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)

Csonttörés, égési sérülés esetén:

- 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
- a sérült testrésszel kapcsolatban, a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően felállított, orvosi

diagnózisok, vizsgálatok, gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentációk másolatait, (ha létezik ilyen)

- továbbá mindazon okiratokat, amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek

Critical Care esetén:

- 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
- a biztosító által a bejelentést követően meghatározott egyéb iratot vagy dokumentumot, illetve vizsgálati eredményt

Kórházi ellátás esetén:

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

Baleseti rokkantság esetén:

- az orvosi jelentést valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával illetőleg az egészségkárosodás mértékének igazolásával
- továbbá mindazon okiratokat, amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek

Halál, baleseti halál esetén:

- hitelesített halotti anyakönyvi kivonat
- halottvizsgálati bizonyítvány másolata
- boncjegyzőkönyv másolata (amennyiben készült)
- háziorvosi betegkarton másolata

- azon okiratokat, amelyek a kedvezményezetti jogosultság (személyazonosítás, illetve kedvezményezetti vagy örökös státusz) igazolásához szükséges
- 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)
- eredeti, érvényben lévő biztosítási kötvény vagy a kötvény elvesztésére vonatkozó nyilatkozat két tanú aláírásával
- orvosi nyilatkozat*
- haláleset utáni orvosi jelentés formanyomtatvány

- továbbá mindazon okiratokat, amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek

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

Budapest, 2015. május 20.

KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI CSOMAG METROPOLITAN TERMÉK ÁLTALÁNOS FELTÉTELEIHEZ

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

A kiegészítő biztosítás biztosítottja a főbiztosításban fő- vagy további biztosítottként megnevezett természetes személy.

Mikortól érvényes a biztosítás és milyen hosszú a biztosítás tartama?



2. § A biztosítás tartama, kockázatviselés kezdete, korhatárok

- (1) A kiegészítő biztosítás köthető:
 - a) a főbiztosítással együtt, amennyiben a biztosító a szerződő főbiztosításra és kiegészítő biztosításra tett ajánlatát egyaránt elfogadja;
 - b) már érvényben lévő főbiztosítás mellé, a főbiztosítás biztosítási évfordulója előtt legalább 15 és legfeljebb 30 nappal felvett ajánlat elfogadása révén.
- (2) A kiegészítő biztosítás az ajánlatnak a biztosító által történő elfogadásával jön létre.
- (3) A kiegészítő biztosítás tartama 1 év.
 - a) A kiegészítő biztosítás a főbiztosítás biztosítási évfordulóján automatikusan, újabb 1 évvel hosszabbodik meg, ha a felek a főbiztosítás biztosítási évfordulóját megelőzően 30 nappal másképp nem nyilatkoznak.
 - b) Az automatikus hosszabbítás esetén feltétel, hogy a főbiztosítás is hatályban maradjon és a biztosított még ne töltsen be a 65. életévét.
 - c) Az automatikus hosszabbítás esetén feltétel, hogy a főbiztosítás is hatályban maradjon és a balesetből származó kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás eseteire szóló kiegészítő biztosítások, valamint a balesetből vagy betegségből származó kórházi ellátás esetén, napi térítésre és műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítások esetén a biztosított még ne töltsen be a 60. életévét.
- (4) A kiegészítő biztosítás 16 és 64 éves kor között lévő személyekre köthető, de a biztosított életkora a lejáratkor nem haladhatja meg a 65. életét; a balesetből származó kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás eseteire szóló kiegészítő biztosítások, valamint a balesetből vagy betegségből származó kórházi ellátás esetén, napi

térítésre és műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítások esetén a kiegészítő biztosítás 16 és 59 éves kor között lévő személyekre köthető, de a biztosított életkora lejáratkor nem haladhatja meg a 60. életét.

(5) A befektetési egységekhez kötött főbiztosítás megszűnésével a kiegészítő biztosítás is megszűnik.

(6) A kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete:

- a) amennyiben a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatot a főbiztosítással együtt nyújtották be, akkor a kockázatviselés kezdete megegyezik a főbiztosítás kockázatviselésének kezdetével;
- b) amennyiben a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatot már a főbiztosítás hatálybalépését követően nyújtották be, akkor a kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete az azt követő biztosítási évforduló, amikor a biztosító kockázatbírálásra jogosult szerve a benyújtott kiegészítő ajánlatot elfogadta.

Mikor kell a díjat megfizetni?



3. § Díjfizetés

- (1) A biztosítás díja a főbiztosítás díjával együtt fizetendő a biztosítás lejáratáig, vagy az adott biztosított halálát közvetlenül követő díjesedékeség időpontjáig.
- (2) Amennyiben a kiegészítő biztosítási csomag díját a szerződő a főbiztosítás 3. évfordulója után nem fizeti be, vagy a főbiztosítás díjmentesítésre, vagy díjfizetés szüneteltetése állapotába kerül, a kiegészítő biztosítás elmaradt díjai a főbiztosítás felhalmozási befektetési egységeinek terhére kiegyenlítésre kerülnek, amennyiben a főbiztosítás fennmaradó visszavásárlási értéke meghaladja a 2. számú mellékletben meghatározott értéket.

4. § Fogalmak

a) Baleset

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

b) Betegség

Olyan egészségkárosodást jelent, amelyet a biztosított a kiegészítő biztosítás hatálybalépését követően, első alkalommal szenved el.

c) **Várákzási idő**

A biztosító a biztosítási eseményre vállalt biztosítási szolgáltatást csak várákzási idő után nyújtja. A várákzási idő az ajánlat megtételétől számított 60 napig tart. A várákzási idő nem vonatkozik az ezen időszak alatt bekövetkező baleseti eseményből eredő szolgáltatásokra való jogosultságokra.

d) **Csonttörés**

A jelen szerződéses feltételekben használt csonttörés kifejezés a csont balesetből származó töréses sérülését jelenti függetlenül attól, hogy a törés maradandó rokantságot eredményez-e vagy sem.

e) **Patológias törés**

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

f) **Többszörös törés**

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

g) **Teljes törés (Komplett törés)**

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

h) **Nyílt törés**

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

i) **Stressz törés (Fáradásos törés)**

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

j) **Égési sérülés**

A jelen feltételekben használt égési sérülés a bőrnek hőenergiával, alacsony hőmérséklettel, illetve kémiai anyagokkal való érintkezéséből eredő sérülése, függetlenül attól, hogy a sérülés maradandó-e vagy sem.

k) **Bennfekvő beteg**

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

l) **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.

m) **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.

n) **Orvos**

Az orvos az, a biztosítottól vagy annak közeli hozzátartozótól eltérő személy, aki a jogszabályban meghatározott vizsgákkal és engedéllyel rendelkezik az igény alapjául szolgáló baleseti sérülés vagy betegség gyógyítására.

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?



5. § Kizárások

A kiegészítő biztosítások szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek, és a biztosítási összeg nem kerül kifizetésre, ha a biztosítási esemény közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:

- a) a szerződés hatályba lépése előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés vagy betegség,
- b) baleseti eredetű kiegészítő biztosítások esetén bármilyen betegség vagy bakteriális fertőzés (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzések kivételével), gyógyászati vagy sebészeti gyógykezelések,
- c) a biztosított alkoholos befolyásoltságú állapota, amennyiben véralkoholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedésrendészeti szabályokban megengedett határértéknél,
- d) a biztosított öngyilkossága, öncsonkítása, illetve ezeknek a kísérlete (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori elme- és tudatállapotára),
- e) bármely idegi vagy elmebeli rendellenesség, elnevezésüktől vagy osztályozásuktól függetlenül (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezavar),
- f) bármely sérvet, lumbagot vagy sciaticat (az ülő-ideg zsába egyedi formáját) okozó sérülés,
- g) bármely olyan káresemény, amelynek oka közvetve vagy közvetlenül a HIV (Emberi Immunhiányt Okozó Vírus) és / vagy bármely HIV-val kapcsolatos betegség, beleértve az AIDS-t (Szerzett Immunhiányos Szindróma), és / vagy annak bármi mutáns származékát vagy változatát,

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

- h) a biztosított hivatásos sportolói minőségben végzett sporttevékenysége,
- i) a biztosított részvétele bármely olyan versenyben vagy versenyre való felkészülésben, amely motoros meghajtású szárazföldi-, vízi- vagy légi jármű használatával jár,
- j) amennyiben a biztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vagy motorcsónakot vezet, vagy azon utazik,
- k) a biztosított aktív szolgálata bármely nemzet vagy nemzetközi szervezet bármely fegyveres erejénél.

Továbbá a főbiztosítás feltételeiben meghatározott kizárások a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.

Mikor szűnik meg a biztosítás?



6. § A biztosítás megszűnése

(1) A kiegészítő biztosításokat a szerződő (biztosított) bármely díjesedéesség időpontjára – 30 nappal az esedéesség előtt – írásban felmondhatja. A felmondó nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt. A kiegészítő biztosítás nélküli szerződésről a biztosító módosított kötvényt állít ki.

(2) A kiegészítő biztosítás és a biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik:

- a) amikor a főbiztosítás bármely okból megszűnik, a kiegészítő biztosítás díjjal fedezett tartamának végén,

de legkésőbb annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 65. (baleseti eredetű kórházi napi térítés és műtéti térítés, valamint baleseti és betegségi eredetű kórházi napi térítés és műtéti térítés kiegészítő biztosítások esetén a 60.) életévét betölti;

b) az adott biztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosítás megszűnik az adott biztosított halálával;

c) ha a szerződő a kiegészítő biztosítások díját az esedéességkor nem fizeti meg, a biztosító a díjelmaradás 30. napján a szerződő felet – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felszólítja. A póthatáridő eredménytelen elteltével

- a főbiztosítás 3. évfordulója előtt: a 61. napon a kiegészítő biztosítások megszűnnek,
- a főbiztosítás 3. évfordulója után: amikor a főbiztosítás felhalmozási egységei nem nyújtanak fedezetet a kiegészítő biztosítások díjának kiegyenlítésére, a kiegészítő biztosítások megszűnnek;
- d) amikor a biztosítottat ideg-, illetve elmebetegségre való tekintettel cselekvőképtelennek nyilvánítják;
- e) amikor a biztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) katonai szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres erejénél;
- f) amikor a biztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) kiegészítő (nem harcoló) egység tagjaként polgári szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres ereje mellett.

7. § Maradékjogok

A kiegészítő biztosítási csomag maradékjogokkal nem rendelkezik.

Budapest, 2015. május 20.

A FŐBIZTOSÍTOTT HALÁLESETÉRE SZÓLÓ (KOCKÁZATI) KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-281, MET-291) FELTÉTELEI

A főbiztosított halálesetére szóló (kockázati) kiegészítő biztosítás a MetLife Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás feltételei az irányadók.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek az irányadók.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1.§ A biztosított személye

A jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja a főbiztosításban főbiztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

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

A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződésben (kötvényben) meghatározott biztosítási összeget fizeti. Ha a biztosított él a biztosítás lejáratakor, a biztosítás kifizetés nélkül megszűnik.

Budapest, 2015. május 20.

A TOVÁBBI BIZTOSÍTOTT HALÁLESETÉRE SZÓLÓ (KOCKÁZATI) KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-K34, MET-EZ1) FELTÉTELEI

A további biztosított halálesetére szóló (kockázati) kiegészítő biztosítás a MetLife Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás feltételei az irányadók.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek az irányadók.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

A jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja a főbiztosításban további biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

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

A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződésben (kötvényben) meghatározott biztosítási összeget fizeti. Ha a biztosított él a biztosítás lejáratakor, a biztosítás kifizetés nélkül megszűnik.

Budapest, 2015. május 20.

A BALESETI HALÁL ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-H19, MET-EH8) FELTÉTELEI

A baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás a MetLife Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás feltételei az irányadók. Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek az irányadók.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

A jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja a főbiztosításban fő-, vagy további biztosítottként megjelölt természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

A jelen feltételek szempontjából balesetnek minősül a biztosított akaratán kívül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében és bármely más októl függetlenül a biztosított a baleset időpontjától számított 180 napon belül meghal.

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

3. § A biztosító teljesítése

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

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

Budapest, 2015. május 20.

A BALESETI MARADANDÓ ROKKANTSÁG ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-R57, MET-ER7) FELTÉTELEI

A baleseti maradandó rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás a MetLife Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás feltételei az irányadók.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek az irányadók.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

A jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja a főbiztosításban fő-, vagy további biztosítottként megjelölt természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

A jelen feltételek szempontjából balesetnek minősül a biztosított akaratán kívül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében és bármely más októl függetlenül a baleset időpontjától számított 180 napon belül maradandó rokkantságot szenved.

Baleseti maradandó teljes rokkantság

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

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

mindkét szem látóképességének teljes elvesztése 100%

mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése 100%
 a beszédképesség teljes elvesztése 100%
 az alsó állkapocs eltávolítása 100%
 mindkét kar vagy mindkét kéz teljes elvesztése 100%
 mindkét láb vagy mindkét lábfej teljes elvesztése 100%
 egy kar, illetve kéz és egy láb, illetve lábfej teljes elvesztése 100%

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

Baleseti maradandó részleges rokkantság

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

A rokkantság mértékét a következő táblázat szerint kell megállapítani:

Testrészek egészségkárosodása	Térítés %	
Fej		
Veszteség a koponya csontállományának vastagságában:		
- legalább 6 cm ² felületen	40%	
- 3-6 cm ² felületen	20%	
- kevesebb mint 3 cm ² felületen	10%	
Alsó állkapocs részleges eltávolítása, a felsőállkapocscsont teljes vagy részleges eltávolítása (csonkolása)	40%	
Egy szem látóképességének teljes elvesztése	40%	
Egy fül hallóképességének teljes elvesztése	30%	
Felső végtagok	Jobb	Bal
Egy kar vagy egy kéz teljes elvesztése	60%	50%
A kar csontállományának lényeges vesztesége (meghatározott és gyógyíthatatlan sérülés)	50%	40%
A felső végtag teljes bénulása (az idegek gyógyíthatatlan sérülése)	65%	55%
A circumflex ideg teljes működéséptelensége	20%	15%
Váll ízületmerevsége (ankylosis)	40%	30%
Könyök ízületmerevsége		
- kedvező állapotú (15 fokos mozgás jobb szögben)	25%	20%

- kedvezőtlen állapotú	40%	35%
Az alkarok csontállományának nagyfokú csökkenése (meghatározott és gyógyíthatatlan sérülés)	40%	30%
A medianus ideg teljes működésképtelensége	45%	35%
A radiális ideg teljes működésképtelensége	40%	35%
Az alkar radiális idegének teljes bénulása	30%	25%
A kéz radiális idegének teljes bénulása	20%	15%
A cubitális ideg teljes bénulása	30%	25%
Csukló ízületmerevsége (ankylosis) kedvező állapotban (kiegyenesítés, behajlítás)	20%	15%
Csukló ízületmerevsége kedvezőtlen állapotban (hajlított, feszítve kinyújtott vagy ernyedtt állapotban)	30%	25%
Hüvelykujj teljes elvesztése	20%	15%
Hüvelykujj teljes ízületmerevsége (ankylosis)	20%	15%
Mutatóujj teljes amputációja	15%	10%
Hüvelykujj és mutatóujj egyidejű teljes amputációja	35%	25%
Hüvelykujj és egy másik ujj teljes elvesztése (a mutatóujj kivételével)	25%	20%
Két ujj teljes elvesztése (a hüvelykujj és a mutatóujj kivételével)	20%	15%
Négy ujj teljes elvesztése (beleértve a hüvelykujjat)	45%	40%
Négy ujj teljes elvesztése (a hüvelykujj kivételével)	40%	35%
Alsó végtagok		
Comb teljes elvesztése (combtól)	60%	
Comb és láb teljes elvesztése comb-középtől	50%	
Lábfej teljes elvesztése (ízületi csonkolás a sípcsont és lábtőcsontok között)	45%	
Lábfej részleges elvesztése (ízületi csonkolás a külső bokacsont és a lábtőcsontok között)	40%	
Lábfej részleges elvesztése (ízületi csonkolás a lábtőcsontok között)	35%	
Lábfej részleges elvesztése (ízületi csonkolás a lábtőcsontok és a lábközépcsontok között)	30%	
Alsó végtag teljes bénulása (gyógyíthatatlan idegsérülés)	60%	
Külső térdhajlító ülőideg (nervus tibialis) teljes bénulása	30%	
Belső térdhajlító ülőideg (nervus communis) teljes bénulása	20%	
Külső és belső térdhajlító ülőidegek (nervus ischiadicus) teljes bénulása	40%	
Csípő teljes ízületmerevsége	40%	
Térd teljes ízületmerevsége	20%	

Comb csontállományának vagy a láb két csontjának csökkenése (gyógyíthatatlan állapotban)	60%
Térdkalács csontállományának csökkenése felismerhető szilánkosodással és a láb tényleges megerőltető mozgásával	40%
Térdkalács csontállományának vesztesége nyugalmi állapotban	20%
Alsó végtag megrövidülése	
- legalább 5 cm-rel	30%
- 3-5 cm között	20%
- 1-3 cm között	10%
Összes lábujj teljes amputációja	25%
Négy lábujj teljes amputációja, beleértve a nagylábujjat	20%
Négy lábujj teljes elvesztése (a nagylábujj kivételével)	10%
Nagylábujj teljes elvesztése	10%

Abban az esetben, ha a biztosított balkezes és ezt az ajánlaton külön feltünteteti vagy ez a tény bizonyított, a felső végtagokra meghatározott arányok fordítottját kell alkalmazni.

A táblázatban nem említett maradandó egészségkárosodások a táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján, súlyosságukkal arányosan kerülnek elbírálásra a biztosított foglalkozásának figyelmen kívül hagyásával. Szükség esetén a maradandó részleges rokkantság mértékét az igényelbírálás tartama alatt a biztosító orvos szakértője állapítja meg, aki e döntését más orvos szakértői testület megállapításától függetlenül hozza meg.

3. § A biztosító teljesítése

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

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

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

Budapest, 2015. május 20.

A CRITICAL CARE KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-C14, MET-C15, MET-C16, MET-C64, MET-C65, MET-C66) FELTÉTELEI

A Critical Care elnevezésű, kritikus betegségek esetére szóló kiegészítő biztosítás a MetLife Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás rendelkezései az irányadók.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek az irányadók.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

A jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja a főbiztosításban fő-, vagy további biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?



2. § Biztosítási esemény és biztosítási szolgáltatás

(1) A szerződő biztosítási ajánlaton történő választása és díjfizetése alapján a kockázatviselés a 3. §-ban meghatározott és leírt betegségek, állapotok, műtéti beavatkozások három csoportjára terjedhet ki.

A **Critical Care-1** (MET-C14, MET-C64) elnevezésű csoport választása esetén a kockázatviselés a jelen szerződés 4. §-ában az 1) sorszám alatt meghatározott betegségekre terjed ki.

A **Critical Care-7** (MET-C15, MET-C65) elnevezésű csoport választása esetén a kockázatviselés a jelen szerződés 4. §-ában az 1)-től 7)-ig terjedő sorszámok alatt meghatározott betegségekre, állapotokra és műtéti beavatkozásokra terjed ki.

A **Critical Care-32** (MET-C16, MET-C66) elnevezésű csoport választása esetén a kockázatviselés a jelen szerződés 4. §-ában az 1)-től 32)-ig terjedő sorszámok alatt meghatározott betegségekre, állapotokra és műtéti beavatkozásokra terjed ki.

(2) A biztosítottnak a biztosítás lejárata előtt, a kockázatviselés kezdetétől számított 3 hónap várakozási idő eltelte után a kockázatviselés hatálya alá tartozó (a jelen szerződés 3. §-ában, 1) vagy 1)-7) vagy 1)-32) sorszám alatt meghatározott és leírt) betegségek,

állapotok, egyikének első alkalommal történő elszívása vagy a kockázatviselés hatálya alá tartozó (a jelen szerződés 3. §-ában, 1) vagy 1)-7) vagy 1)-32) sorszám alatt meghatározott és leírt) műtéti beavatkozások egyikének első alkalommal történő végrehajtása esetén a biztosító a biztosított részére kifizeti a szerződésben (biztosítási kötvényen) meghatározott biztosítási összeget, feltéve, hogy a betegség vagy állapot pontos diagnózisának megállapítását, illetve a műtét elvégzését követően a biztosított legalább 30 napig életben van.

(3) A szolgáltatási összegből az esedékes, de meg nem fizetett díjak levonásra kerülnek. A kifizetést követően a szerződés megszűnik. A jelen biztosítási szolgáltatás alapján a biztosítási összeg csak egy ízben és egyszeresen kerülhet kifizetésre. Több betegség, illetve műtéti beavatkozás egyidejű, vagy egymást követő fellépése esetén a biztosító nem teljesít többszöri kifizetést.

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

3. § A kockázatviselés hatálya alá tartozó betegségek, egészségi rendellenességek, sérülések és műtéti beavatkozások meghatározása

1) Rosszindulatú daganat

A rosszindulatú daganat (malignus tumor) a rosszindulatú sejtek korlátlan osztódása és az egészséges szövetek közé terjedése, utóbbiak elpusztításával. A rosszindulatú daganat diagnózisát szövettani vizsgálattal onkológus vagy kórboncnok állítja fel.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakban felsoroltakra:

- Helyben ülő (in situ) rosszindulatú elváltozások, a szövettanilag premalignus vagy noninvazív, a környezetét nem elárasztó daganatok, ideszámítva az insitu mell-daganatokat és a CIN-1, CIN-2, CIN-3 osztályú méhnyaki diszpláziákat;
- Hiperkeratózisos, bazalióma és pikkelyes bőrrákok, áttét nélküli melanómák, ha a tumor vastagsága (Breslow-féle osztályozás szerint) 1,5 mm alatt van, vagy a Clark szerinti osztályozás szerint 3 szint alatti;
- A TNM osztályozás szerint szövettanilag igazolt T1a vagy T1b típusú prosztaták vagy más stádium besorolás esetén a TNM-mel azonos vagy alacsonyabb besorolású prosztaták, a pajzsmirigy 1 cm-nél kisebb átmérőjű T1N0M0 besorolású papilláris mikrokarcinómája,

a hólyag papilláris mikrokarcinómája, RAI 3 stádiumnál alacsonyabb besorolású krónikus limfoid leukémia;

– AIDS megbetegedés illetve HIV fertőzöttség mellett megjelenő bármely rosszindulatú daganat.

2) Szívizominfarktus

A szívizominfarktus a szívizom egy részének az elhalása a szívizomzat elégtelen vérellátása következtében. A diagnózisnak legalább három, egyidejűleg fennálló tényen kell alapulnia az alábbi öt közül:

- típusos klinikai tünetek (mellkasi fájdalom) a kórtörténetben;
- az infarktust igazoló jellegzetes EKG elváltozások;
- a CK-MB szívizomenzim koncentrációjának jelentős emelkedése;
- a Troponin T vagy I koncentráció típusos emelkedése;
- az eseményt követő 3 hónap után a bal kamra EF kisebb, mint 50 %.

3) Agyi érkatasztrófa

Agyi érkatasztrófa olyan, agyi szövetelhalást okozó hirtelen fellépő idegrendszeri esemény, amit agyi értrombózis, illetve embólia vagy-, koponyán belüli vérzés (állományi, illetve pókhálókátrá alatti) okoz. A diagnózis felállításához MRI (Mágneses rezonancia vizsgálat), CT (Komputertomográfia) vagy más megbízható képalkotó eljárással készült vizsgálati eredmény szükséges, valamint neurológiai szakvélemény, amely az eseményt követő 6 hét után, az eseménnyel okozati összefüggésben álló maradandó, káros idegrendszeri károsodást állapít meg.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakban felsoroltakra:

- TIA Transient Ischemic Attack (átmeneti, 24 óránál rövidebb ideig tartó, maradandó tüneteket nem okozó agyi keringési zavarok);
- Baleseti sérülés, fertőzés, érgyulladás vagy gyulladásos betegség következtében kialakult agykárosodás;
- A szemet vagy látóideget érintő érbetegség;
- Az egyensúly rendszert érintő iszkémiás eltérések.

4) Szívkoszorúér műtét

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

5) Veseelégtelenség

A veseelégtelenség mindkét vese működésének tartós, krónikus, visszafordíthatatlanul beszűkült, végállapotot

jelző károsodása, amelynek a kezelése rendszeres dialízist vagy veseátültetést igényel.

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

6) Aplasztikus Anémia (csontvelő elégtelenség)

Krónikus, tartós csontvelő elégtelenség amely anémiában (vérszegénységben), neutropéniában (csökkent neutrofil fehérvérsejt. szám) és thrombocitopéniában (csökkent thrombocitaszám) nyilvánul meg, és kezelése az alábbiak közül legalább egy beavatkozást igényel:

- Vérvérvétel átömlesztése (vérátömlesztés);
- Csontvéló stimuláció;
- Immunszuppresszív (immunrendszert gátló) szerek alkalmazása;
- Csontvéló átültetése.

A diagnózist hematológus által készített szakvéleménnyel kell alátámasztani.

7) Vakság

Mindkét szem látóképességének teljes, végleges és visszafordíthatatlan elvesztése betegség vagy baleset következtében. A súlyos látásgyengülés, csökkent fényérzékelés, látótér csökkenés vagy részleges vakság jelen feltételek szempontjából nem tekinthető biztosítási eseménynek.

Az állapot bekövetkezésének időpontja a teljes vakság diagnosztizálásának időpontja, amelyet szemész szakorvos véleménye igazol.

8) Szívbillentyű műtét

Nyitott mellkasban végzett műtét, a szívbillentyűk rendellenességének megoldására. A billentyűelégtelenség diagnózisát szívkatéteres és szívultrahang vizsgálattal kell igazolni, és a műtét szükségességét kardiológus szakvéleményével kell alátámasztani.

9) Aorta műtét

Nyitott mellkasban vagy hasban végzett nagyműtét, az aorta szűkületének, elzáródásának, az aorta aneurizma (verőértágulat) vagy az aorta dissectio (az aortafal belső rétegének berepedése, ami az aorta egész hosszában végigszaladhat) megszüntetése céljából. A jelen definíció szempontjából az aorta megfogalmazás a mellkasi és hasi aortát jelenti, az oldalágak nélkül.

A biztosítás nem terjed ki a nem nagy sebészeti megoldásokra, az endoszkópos vagy katéteres eljárásokra.

10) Egyéb súlyos szív-koszorúér betegség

A szív-koszorúér átmérőjének, koszorúér-festéssel igazolt, legalább 75 %-os beszűkülése, vagy másik két artéria 60 %-os lumen csökkenése, függetlenül attól, hogy műtéti beavatkozás történt-e. A jelen definíció

szempontjából a szív koszorú-érrendszer részei a következők: bal főtörzs, bal elülső leszálló ág (LAD, RDA), a körbefutó ág (RCX) és a jobb koszorúér (RCA, ACD). A diagnózis alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges:

- Csökkent fizikai aktivitás;
- Terheléses EKG ST depresszióval (minimum 2 mm 2 elvezetésben);
- Terheléses szívultrahang vizsgálattal alátámasztott, legalább két szívizom szegmensre kiterjedő mozgászavar.

11) Elsődleges kisvérköri hipertónia

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

- Az artéria pulmonális nyomása legalább 30 Hgmm vagy annál nagyobb;
- Az EKG jobb kamra hipertrófiát mutat (RV1 + SV5 > 1.05 mV);
- Nyugalmi állapotban csökkent a vér oxigén koncentrációja;
- Szívultrahang jobb kamra tágulatot mutat (d > 30 mm).

12) Végállapotú tüdőbetegség

A krónikus légzőszervi elégtelenség következtében kialakuló végállapotú tüdőbetegség. A diagnózis alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges:

- FEV1 teszt eredménye következetesen kevesebb mint 1 liter. A FEV1 az egy mp alatt erőltetett légzéssel kilégzett levegő mennyisége;
- Állandó oxigénpótló kezelés a hipoxémiára (vér oxigénhiányos állapotára);
- Artériás vérgáz vizsgálat során az oxigén parciális nyomása 55 Hgmm (higanymilliméter) vagy kevesebb (PaO₂ ≤ 55 Hgmm);
- Nyugalmi nehézlégzés.

A diagnózist tüdőgyógyász szakvéleményének kell alátámasztania. Az állapot bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

13) Végállapotú májbetegség

A végállapotú májbetegség diagnózisának alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges:

- Állandó sárgaság;
- Hasvízkór;
- Hepatoencephalopathia. (A májelégtelenség végső stádiumának a szövődménye, amikor a felszaporodott mérgezőanyagok következtében az agy és az idegrendszer

károsodik. Ennek következményeképpen kóma, vagy más fokú eszmélet változások, viselkedési zavarok és reflex zavarok alakulnak ki).

Az alkohol vagy gyógyszer, illetve kábítószer okozta másodlagos májbetegségekre a biztosítás nem terjed ki. Az állapot bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

14) Végállapotú betegség

Olyan betegség diagnózisának egyértelmű megállapítása, melynek következtében a biztosított halála 12 hónapon belül várhatóan bekövetkezik. A diagnózist szakorvos véleménye alapján a biztosító orvos szakértője állapítja meg.

Az AIDS megbetegedés, illetve HIV fertőzöttség mellett felállított végállapotú betegség diagnózisa nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosítás az ilyen eseményekre nem terjed ki.

15) Heveny, középsúlyostól súlyosig terjedő B, C hepatitis vírus okozta májgyulladás

Hepatitis vírus okozta, középsúlyostól a súlyosig terjedő jelentős májállomány elhalás, amely rohamosan vezet a máj működésének elégtelenségéhez. A szakorvos által felállított diagnózis alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges.

- A máj méretének gyors csökkenése;
- Az állományelhalás/szövetelhalás a teljes májlebensnyert elpusztítja, csak az összeesett kötőszöveti szerkezetet megtartva, a szerkezetkárosodott vázon;
- A májfunkciós tesztek gyors romlása;
- Mélyülő sárgaság;
- Hepato-encephalopathia. (A májelégtelenség végső stádiumának a szövődménye, amikor a felszaporodott mérgezőanyagok következtében az agy és az idegrendszer károsodik. Ennek következményeképpen kóma, vagy más fokú eszmélet változások, viselkedési zavarok és reflex zavarok alakulhatnak ki).

16) Szervátültetés

A szervátültetés olyan műtéti beavatkozást jelent, amelynek során a biztosított, mint szervet kapó (recipiens) testébe az adott szerv végállapotú károsodása miatt, más személy (donor) szervezetéből szív, tüdő, máj, vese vagy hasnyálmirigy kerül beültetésre. Nem minősül szervátültetésnek az összejt beültetés, kivéve az emberi csontvelő beültetést összejt beültetéssel, teljes csontvelő kiirtás után.

17) Kóma (eszméletvesztés)

Kómának minősülő állapot, amikor az eszméletvesztés legalább 96 óráig folyamatosan fenn áll. A diagnózist alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges.

- Legalább 96 óráig nincs válasz a külső ingerekre;
- Az életfontos funkciók műszeres fenntartása szükséges;
- A kóma bekövetkezése után legalább 30 nappal megállapítható maradandó agyi károsodás.

Közvetlenül az alkohol és drogfüggőség következtében kialakult eszméletvesztésre a biztosítás nem terjed ki. Az állapot bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

18) Vigil kóma (Apalliumos szindróma)

Az agykéreg általános elhalása, az agytörzs érintettsége nélkül. Az egyértelmű diagnózist egy erre a célra akkreditált kórház neurológusának és pszichiáter orvos szakértőjének együttes, egybehangzó szakvéleményével kell alátámasztani, az állapot legalább egy hónapja történő fennállását bizonyító orvosi dokumentumok benyújtásával egyidejűleg.

19) Agyvelőgyulladás

Az agy állományának (agyfélteke, agytörzs vagy kisagy) súlyos gyulladását okozó vírusfertőzés, amely tartós neurológiai károsodáshoz vezet. A tartós neurológiai károsodásnak minimum 6 hétig folyamatosan fenn kell állnia, és a diagnózist neurológus szakvéleményével kell alátámasztani.

A HIV vírus okozta agyvelőgyulladás a jelen feltételek szempontjából nem tekinthető biztosítási eseménynek.

20) Bakteriális agyhártyagyulladás

Bakteriális fertőzés, ami az agyhártyák és a gerincvelő gyulladásos folyamatainak keresztül súlyos és visszafordíthatatlan neurológiai károsodást okoz, és a károsodás már legalább hat hete folyamatosan fennáll. A diagnózist gerinccsapolással nyert gerinc-velőfolyadékban azonosított bakteriális fertőzéssel és neurológus szakorvosi véleményével kell alátámasztani.

A HIV fertőzött állapotban diagnosztizált bakteriális agyhártyagyulladás nem tekinthető biztosítási eseménynek.

21) A gerincvelő szürkeállományának gyulladása (Poliomyelitis-Gyermekbénulás)

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

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

22) Alzheimer kór/Súlyos szellemi leépülés (60 éves kor előtt)

Alzheimer kór vagy visszafordíthatatlan szervi rendellenesség következtében kialakult értelmi képesség hanyatlás, ami olyan magatartásváltozással jár, hogy a biztonságos mindennapi életvitel folyamatos külső

felügyeletet igényel. A funkciók beszűkülését klinikai értékelés és képalkotó eljárások is bizonyítják. A diagnózist a benyújtott orvosi dokumentumok és szakorvosi vélemények alapján a biztosító orvos szakértője állapítja meg.

A nem szervi eredetű megbetegedések, neurózisok, pszichiátriai betegségek, és az alkoholfüggőség okozta agyi károsodások nem minősülnek biztosítási eseménynek és a biztosítás az ilyen eseményekre nem terjed ki.

23) Parkinson kór

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

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

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

VII. Tisztálkodás képessége: a tisztálkodás képessége kádban vagy zuhanyzóban (beleértve a kádba és a zuhanyzóba való be és kiszállás képességét) vagy más eszközzel történő megfelelő tisztálkodás;

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

IX. Helyváltoztatás: az ágyból, karosszékből, tolésszékéből történő felállás és az azokra történő leülés képessége,

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

XI. Mellékhelyiség használata: széklet vagy vizeletürítése mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használata a személyes higiénié céljából;

XII. Táplálkozás: az elkészített vagy készen kapható étel önálló elfogyasztásának képessége.

A kábítószeres vagy egyéb mérgezés okozta Parkinsonizmus (Parkinson-szindróma) nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosítás az ilyen eseményekre nem terjed ki.

24) Súlyos fejsérülés

Baleset eredményeként bekövetkező fejsérülés, ami olyan tartós neurológiai károsodást okoz, amely a balesetet követő 6. hét után is egyértelműen megítélhető. A diagnózist neurológus szakorvos állapítja meg MRI (Mágneses rezonancia), CT (Komputertomográfia) vagy más megbízható képalkotó eljárással végzett vizsgálat egyértelmű eredménye alapján.

A baleset a jelen feltételek szempontjából kizárólag a biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő külső, erőszakos behatás, amely független minden más tényezőtől. A gerincvelő sérülései és a fej bármilyen más okból bekövetkező sérülései nem tekinthetők biztosítási eseménynek.

25) Szklerózis multiplex

A szklerózis multiplex vitathatatlan diagnózisát az alábbi körülmények és feltételek mindegyikének teljesülése, illetve fennállása támasztja alá:

- Összetett neurológiai károsodások, amelyek legalább folyamatosan 6 hónapja fenn állnak;
- Jól dokumentált kórtörténet a tünetek és az idegrendszeri károsodások leírásával, a javulások és a visszaesések stádiumaival;
- A szakorvos által felállított diagnózis, amelyet az elemzett és értékelt vizsgálati eredmények egyértelműen alátámasztanak.

Idegrendszeri károsodásokat okozó egyéb betegségekre (mint SLE, HIV) a biztosítás nem terjed ki.

26) Végtagbénulás

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

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

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

27) Beszédképesség elvesztése

A beszédképesség teljes és visszafordíthatatlan elvesztése, a hangszalagok betegség vagy baleset okozta károsodása miatt. A beszédképtelenségnek folyamatosan 12 hónapig fenn kell állnia, és a diagnózist fül-orr-gégész szakorvosnak kell alátámasztania.

A pszichiátriai betegségekkel összefüggésben kialakult beszédképtelenségre a biztosítás nem terjed ki.

28) Siketség

Mindkét fül hallóképességének teljes, végleges és visszafordíthatatlan elvesztése betegség vagy baleset

következtében. A diagnózist audiometriás és hallásküszöb vizsgálattal fül-orr-gégész szakorvosnak kell megállapítani.

A teljes hallóképesség elvesztése a hallás minden frekvenciatartományában a legalább 80 decibeles halláscsökkenést jelenti. Az állapot bekövetkezésének időpontja a hallóképesség teljes, végleges és visszafordíthatatlan diagnosztizálásának időpontja, amelyet szakorvos véleménye igazol.

29) Nagyfokú égési sérülés

Harmadfokú (teljes bőrvastagságot érintő) égési sérülés, amely a biztosított testfelületének legalább 20%-t érinti. Az állapot bekövetkezésének időpontja a harmadfokú égési sérülés bekövetkezésének időpontja, amelyet szakorvos véleménye igazol.

30) Jóindulatú agydaganat

A diagnózist neurológus vagy idegsebész szakorvos állítja fel, mágneses rezonanciás (MRI), komputertomografiás (CT) vagy más megbízható képalkotó eljárással készült vizsgálati eredmény alapján. A diagnózis alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges:

- Az életfontos funkciókat veszélyezteteti;
 - Agykárosodást okoz;
 - Túlnőtt a műtéti eltávolíthatóság határain (inoperábilis);
 - Maradandó neurológiai károsodást okoz;
- A biztosítás nem terjed ki az alábbiakban felsoroltakra:
- Ciszták;
 - Granulomák;
 - Értrendellenesség;
 - Vérömleny;
 - Agyalapi mirigy és gerincvelő daganatai.

31) Előrehaladott bőrkérgesedés (Scleroderma progressiva)

A szisztémás kollagén-érrendszer megbetegedése, amely tovaterjedő kötőszövetes átalakulást okoz a bőrben, az erekben és a belső szervekben. A diagnózist biopsziás, és szerológiai vizsgálat egyértelmű eredményével kell alátámasztani és bizonyítani kell a szív, a tüdő vagy a vese érintettségét.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:

- Helyi bőrkérgesedés (scleroderma linearis, morphoea);
- Fascitis eosinophyllica;
- CREST szindróma.

32) Szisztémás lupus erythematosus nephritis-szel (SLE)

Több szervet érintő autoimmun megbetegedés, amit a saját veseszövet elleni auto-antitestek termelése jellemez. A jelen feltételek értelmében az SLE diagnózisát azokra az esetekre tartjuk fenn, amikor az SLE a veséket

éri (vesebiopsziával igazolt Class III – Class V lupus nephritis, a WHO osztályozás szerint).

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

A lupus nephritis WHO szerinti klasszifikációja:

Class I: lupus glomerulonephritis minimális elváltozással

Class II: mezangiális lupus glomerulonephritis

Class III: fokális szegmenseket érintő proliferatív lupus glomerulonephritis

Class IV: diffúz proliferatív lupus glomerulonephritis

Class V: membranózus lupus glomerulonephritis

Class VI: Előrehaladott szklerotikus glomerulonephritis

4. § A biztosító teljesítése

(1) A biztosítási eseményt, annak bekövetkeztétől számított 10 napon belül a biztosítónak írásban be kell jelenteni.

(2) A szolgáltatás igénybevételéhez a 6. számú mellékletben felsorolt iratokat kell a biztosító részére bemutatni, illetve átadni.

(3) A biztosító által meghatározott, a szolgáltatás igénybevételének elbírálásához szükséges iratokat legkésőbb a diagnózis megállapítását, illetve a kórházból történő elbocsátást követő 30 napon belül be kell nyújtani a biztosító részére. Ennek elmulasztása esetén a biztosító annyiban megtagadhatja a szolgáltatás teljesítését, amennyiben emiatt lényeges körülmények utóbb kideríthetetlenekké válnak.

(4) Az igényelbírálás tartama alatt a biztosító jogosult a saját költségén és az általa megnevezett orvosokkal a biztosítottat megvizsgáltatni. A biztosítási esemény megállapítása érdekében a biztosító szükség esetén egyéb okiratokat vagy igazolásokat is bekérhet, illetve bizonyos kérdések tisztázására maga is beszerezhet adatokat. Amennyiben a biztosított megtagadja a szükséges orvosi vizsgálatok elvégzését vagy a benyújtott vizsgálati eredmények elégtelenek a kárigény megítéléséhez a biztosító annyiban megtagadhatja a szolgáltatás teljesítését, amennyiben emiatt lényeges körülmények utóbb kideríthetetlenekké válnak.

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

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?



5. § Kizárások

A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon megbetegedésekre, illetve műtétekre, amelyek

bekövetkezése közvetlenül vagy közvetve okozati összefüggésben van az alábbiakkal:

a) a biztosított által szándékosan okozott sérülés vagy megbetegedés (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori tudatállapotára);

b) a biztosított gyógyszerekkel vagy tudatmódosító szerekkel történő visszaélése;

c) a biztosított mértéktelen alkohol fogyasztása, illetve alkoholbetegsége;

d) a biztosított bűncselekményben vagy erőszakos cselekedetekben vagy zavargásban történő jogellenes részvétele;

e) a biztosított AIDS betegsége vagy HIV-vírussal való fertőzöttsége;

f) maghasadás, illetve radioaktív vagy egyéb ionizáló sugárzás, kivéve, ha az ilyen sugárzást jogszabályban feljogosított egészségügyi intézmény vagy orvos utasítására gyógyászati céllal alkalmazták;

g) mérgező vagy maró anyagok bevétele, illetve gázok, gőzök vagy füst belélegzése, amennyiben a belélegzett anyagok koncentrációja a jogszabályban meghatározott egészségügyi határértéket meghaladja;

h) a szerződés hatályba lépése előtt bekövetkezett bármely testi sérülés, betegség vagy egészségi rendellenesség. (Amennyiben a biztosított a szerződéskötés előtt a jelen szerződésben meghatározott betegségek, egészségkárosodások valamelyikében már szenvedett, a biztosító kockázatviselése ezen betegségre, illetve azok kezelésre nem terjed ki.).

Mikor szűnik meg a biztosítás?



6. § A biztosítási szerződés megszűnése

A kiegészítő biztosítások általános feltételeiben meghatározottakon túl a biztosítás automatikusan megszűnik:

a) a biztosítási összeg kifizetésével;

b) a három hónapos várakozási időn belül bekövetkezett biztosítási esemény esetén a díj visszafizetésével.

Budapest, 2015. május 20.

A CSONTTÖRÉS ÉS ÉGÉSI SÉRÜLÉS ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK (MET-F07, MET-EF1) FELTÉTELEI

A jelen kiegészítő biztosítás a MetLife Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás feltételei az irányadók.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek az irányadók.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

A jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja a főbiztosításban fő- vagy további biztosítottként megjelölt természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

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

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

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

A térítési táblázatban nem említett egészségkárosodások (törések, égési sérülések) a táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján, súlyosságukkal arányosan kerülnek elbírálásra. A térítés mértékét a biztosító orvos szakértője állapítja meg. Amennyiben a baleseti eredetű törés vagy égési sérülés mértéke a táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján nem éri el az 1 %-ot, a biztosító biztosítási szolgáltatást nem teljesít.

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

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

Térítési tábla

Az egészségkárosodás jellege	A biztosítási összeg %-a
CSONTTÖRÉSEK	
Medence törések (farkcsont törés nélkül):	
- Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	100%
- Minden egyéb nyílt törés	50%
- Többszörös törések (legalább egy teljes törés)	30%
- Egyszerű zárt törések	20%
Combcsont vagy sarokcsont törései:	
- Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	50%
- Minden egyéb nyílt törés	40%
- Többszörös törések (legalább egy teljes törés)	30%
- Egyszerű zárt csonttörések	18%
Koponya alapi törések	50%
A sípcsont, felkarcsont, orsócsont vagy csukló törései:	
- Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	40%
- Minden egyéb nyílt törés	30%
- Többszörös törés (legalább egy teljes törés)	20%
- Egyszerű zárt csonttörések	15%
Felső vagy alsó állkapocs, külső boka, belső boka singcsont törései:	
- Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	30%
- Minden egyéb nyílt törés	20%
- Többszörös törés (legalább egy teljes törés)	16%
- Egyszerű zárt törések	10%
Lapocka, kulcscsont, térdkalács, szegycsont, lábtő-, lábközépcsontok törései:	
- Nyílt törések	20%
- Zárt törések	13%

Gerinc törések (farkcsont törés kivételével):	
- Csigolyatestek kompressziós törése	20%
- Tövisnyúlvány, harántnyúlvány, ízületi nyúlvány törései	7%
Homlok, halánték, falcsonat vagy nyakszirtecsont törései:	
- csontszilánkok benyomódásával	30%
- csontszilánkok benyomódása nélkül	10%
Borda vagy bordák, arccsont, farkcsont vagy szárcapocscsont (kivéve boka) törései:	
- Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	16%
- Minden egyéb nyílt törés	12%
- Többszörös törés (legalább egy teljes törés)	8%
- Egyszerű zárt csonttörések	5%
Kézujj és lábujj törések:	
- Nyílt törések	5%
- Zárt törések	3%

ÉGÉSI SÉRÜLÉSEK	
A bőr másodfokú és harmadfokú égései, amelyek a testfelület legalább 27 %-át érintik	100%
A bőr másodfokú és harmadfokú égései, amelyek a testfelület 18-26 %-át érintik	60%
A bőr másodfokú és harmadfokú égései, amelyek a testfelület 9-17 %-át érintik	30%
A bőr másodfokú és harmadfokú égései, amelyek a testfelület 4,5-8 %-át érintik	16%

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?



3. § Kizárások

A főbiztosítás feltételeiben és a kiegészítő biztosítási csomag Metropolitan termék általános feltételeiben felsorolt kizárásokon túl a biztosítás nem terjed ki azon törésekre és égési sérülésekre, amelyek oka közvetlenül vagy közvetve, egészében vagy részben:

- a) veleszületett rendellenességek és az ebből fakadó következmények,
- b) bármilyen betegség, egészségi rendellenesség, előrehaladott kórfolyamat vagy bakteriális fertőzés (a baleseti sérülésből származó

pyogenikus fertőzések kivételével), gyógyászati vagy sebészeti gyógykezelések,
 c) bármely betegségre visszavezethető csontgyengülés, patológiás csonttörések,
 d) a rendszeres túlterhelés eredményeként fellépő törések (stressz törések).

Budapest, 2015. május 20.

A BALESETBŐL SZÁRMAZÓ KÓRHÁZI ELLÁTÁSRA (MET-N07, MET-EN1) ÉS MŰTÉTI BEAVATKOZÁS ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK (MET-S07, MET-ES1) FELTÉTELEI

A balesetből származó kórházi ellátásra és műtéti beavatkozásra szóló kiegészítő biztosítás a MetLife Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás feltételei az irányadók.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek az irányadók.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

A biztosított a főbiztosításban fő- vagy további biztosítottként megjelölt természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

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

Balesetből származó kórházi ellátásra szóló napi térítés

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

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

A kórházi ellátás tartamának legalább 1 napos megszakítása esetén a biztosító a következő kórházi ellátás(oka)

t a korábbi kórházi ellátás(ok)tól függetlenül, új kórházi ellátásként veszi figyelembe.

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

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

Balesetből származó műtét esetén fizetendő térítés

Ha a biztosított személy a biztosítási szerződés hatályba lépése után bekövetkezett baleseti testi sérülés következtében kórházi ellátásban részesül és orvos által elvégzendő műtéti eljárás alá utalják, a biztosító a szerződés rendelkezéseinek megfelelően műtéti térítést fizet, melynek összegét a műtéti táblázatban (a jelen szerződés 1. számú melléklete) az adott eljárásra megállapított százalékos érték és a szerződésben meghatározott biztosítási összeg alapján állapítja meg.

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

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

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?



3. § Kizárások

(1) A főbiztosítás feltételeiben és a kiegészítő biztosítási csomag Metropolitan termék általános feltételeiben felsorolt kizárásokon túl a biztosítás nem terjed ki azon baleseti testi sérülésből származó kórházi ellátásra és műtéti térítésre, amely oka közvetlenül vagy közvetve, részben vagy egészében:

- a) bármilyen betegség, bakteriális fertőzések (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzések kivételével),
- b) kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,
- c) a kórházi ellátás tartama alatt elszenvedett bármilyen fertőzés,
- d) bármely olyan kezelés vagy gyógy mód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben, rehabilitációs vagy utókezelő központban végeznek,

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

Budapest, 2015. május 20.

A BALESETBŐL VAGY BETEGSÉGBŐL SZÁRMAZÓ KÓRHÁZI ELLÁTÁS ESETÉN, NAPI TÉRÍTÉSRE (MET-N57, MET-EN2) ÉS MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK (MET-S57, MET-ES2) FELTÉTELEI

A jelen kiegészítő biztosítás a MetLife Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás feltételei az irányadók.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek az irányadók.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

A jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja a főbiztosítan fő- vagy további biztosítottként megjelölt természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

Kórházi ellátásra szóló napi térítés

Amennyiben a biztosított személy, a biztosítási szerződés hatályba lépése után bekövetkezett sérülés vagy első alkalommal bekövetkezett betegség következtében bennfekvőként kórházi ellátásban részesül, a biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott kórházi napi térítési összeget fizeti a biztosítottnak a kórházi ellátás 1. napjától az ellátás tartama alatt, de legfeljebb 90 naptári napig.

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

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

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

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

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

Műtéti térítés

Ha a biztosított személy a biztosítási szerződés hatályba lépése után bekövetkezett sérülés vagy első alkalommal bekövetkezett betegség következtében kórházi ellátásban részesül és orvos által elvégzendő műtéti eljárás alá utalják, a biztosító a szerződés rendelkezéseinek megfelelően műtéti térítést fizet, melynek összegét a műtéti táblázatban az adott eljárásra megállapított százalékos érték és a szerződésben meghatározott biztosítási összeg alapján állapítja meg.

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

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

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?



3. § Kizárások

A főbiztosítás feltételeiben és a kiegészítő biztosítási csomag Metropolitan termék általános feltételeiben felsorolt kizárásokon túl a kórházi ellátásra és/vagy műtéti térítésre szóló biztosítási szolgáltatások szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a szolgáltatási összeg nem kerül kifizetésre, ha a biztosított kórházi és/vagy műtéti ellátását okozó baleset vagy betegség köz-

vetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:

- születési rendellenességek és az ebből fakadó következmények,
- terhesség, szülés, elvetélés, koraszülés, vagy abortusz,
- a szerződés hatályba lépését követő első 60 napon belül bekövetkezett bármilyen betegség miatt szükségessé vált kórházi ellátás és műtéti beavatkozás,
- a szerződés hatályba lépését követő első 180 nap alatt végrehajtott, a mandula, ill. orrpolip eltávolítását célzó műtét, ill. kórházi gyógykezelése,
- kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,
- orvosi rutin vizsgálat vagy egyéb vizsgálat, ha nincsen egészségromlásra utaló tényleges tüneti jel, továbbá laboratóriumi diagnózis és röntgen vizsgálat, kivéve a megelőző orvosi vizsgálat során megállapított, egészségkárosodás következtében alkalmazott ilyen jellegű vizsgálatot,
- elmebeli és idegi rendellenességek és gyógykezelésük, valamint alkohol és hallucinogén anyag függőségi elvonókúra és gyógykezelésük,
- a kórházi ellátás tartama alatt elszenvedett bármilyen fertőzés,
- bármely olyan kezelés vagy gyógy mód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben, rehabilitációs vagy utókezelő központban végeznek.

4. § A biztosító teljesítése

Eljárási rend a kórházi ellátásra szóló napi térítés és a műtéti térítés esetén:

A biztosítási eseményt annak bekövetkezésétől számított 8 napon belül a biztosítónak be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben ezen kötelezettségeket nem teljesítik és emiatt utóbb lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a 6. számú mellékletben felsorolt iratokat kell a biztosító részére benyújtani.

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

Budapest, 2015. május 20.

MŰTÉTI BEAVATKOZÁSOK SZÁZALÉKOS TÉRÍTÉSÉNEK TÁBLÁZATA a balesetből vagy balesetből és betegségből származó kórházi ellátás esetén, napi térítésre és műtéti térítésre szóló biztosításokhoz	
MŰTÉTI BEAVATKOZÁS LEÍRÁSA	A maximális szolgáltatási összeg %-a
FEJ, NYAK	
Pajzsmirigy eltávolítása	75%
Száj daganatának műtéti ellátása	25%
Fültőmirigy daganat	50%
Thyreoglossus ciszta vagy tályog kimet- szése	50%
MELLKAS, MELL	
Mellkas megnyitása, mellkas plasztika	100%
Tüdő vagy tüdőlebeeny eltávolítása	100%
Echinococcus ciszta eltávolítása a tüdőből	75%
Nyelőcsőműtét	75%
Szív vagy aortaműtét	100%
Egy - vagy kétoldali radikális melleltá- volítás	75%
Egy - vagy kétoldali egyszerű melleltá- volítás	50%
Mell részleges eltávolítása	25%
Melldaganat vagy ciszta kimetszése	25%
Légcsőmetszés	25%
Becsővezés mellkas csapoláshoz	25%
Mellkas csapolás	10%
Mediasztinum daganat eltávolítása a szegycsont felvágásával	75%
Mellhártya összenövésének felszabadí- tása	25%
Tüdőbeékelődés eltávolítása	50%
Légmellkezelés a mellkas megnyitásával	50%
Diagnosztikus mellkas feltárás	50%
Hörgő- vagy légcsősztent behelyezése	50%
Hörgő ciszta vagy tályog eltávolítása	50%
HAS	
Has feltárása	50%
Vakbélműtét	25%
Hasi tályog becsővezése	25%
Sérvek műtéti ellátása: bubonokéle, omphalokéle, merokéle, hidrokéle, cirsokéle, heresérv, hasfali sérv, műtét utáni sérv	25%

Teljes vagy részleges gyomoreltávolítás, vagotómia, pylorus plasztika, nyombél-fekély	50%
Fekély perforációjának elvarrása	50%
Béltávolítás	50%
Hasüregi daganat eltávolítása	75%
Végbél eltávolítás hasi behatolással	100%
Végbél előreesés műtéti ellátása hasi behatolással	75%
A végbél záró izomzatának berepedése, tályog vagy ciszta	25%
Aranyérműtét	25%
Májtaályog (feltárással)	50%
Echinococcus ciszta a májban	75%
Részleges májtávolítás	75%
Epehólyag eltávolítása	75%
Hasnyálmirigyműtét	100%
Lép eltávolítása	75%
Vastagbél-, vékonybél-, hólyag sztóma készítése	50%
Bél anasztomózis	50%
Teljes vastagbél eltávolítás	75%
Záróizom plasztika, epevezeték beszájztatása	75%
Azonos hasi metszésből végzett két vagy több sebészeti beavatkozás egyetlen műtétnek számít.	
NYIROKCSOMÓK	
Nyirokcsomó eltávolítása hónaljából vagy lágyékból	50%
HÚGY ÉS IVARSZERVEK	
Vese eltávolítása	75%
Daganat, kő, húgycső, húgyhólyag eltávolítása:	
– sebészeti úton	75%
– endoszkóppal	25%
Prostata eltávolítása	75%
Prostata eltávolítása a húgycsővön keresztül	50%
Here vagy mellékhere eltávolítása	25%
Húgycsőműtét	25%
Hólyageltávolítás, szeméremcsont fölötti behatolással	75%
Húgyhólyag teljes eltávolítása	100%
Vese, húgycső, vesemedence plasztika	50%
Vesekő, epekő vagy húgycsőben lévő kő zúzása	50%
Pig-Tail katéter felhelyezése	10%
Barlangos test plasztika	50%

Részleges húgyvezeték eltávolítás áthidalással	50%
Teljes pénisz eltávolítás a nyirokcsomó eltávolításával	100%
Teljes prosztatata eltávolítás medencei nyirokcsomó eltávolítással	100%
Körülmetelés	10%
Ondózsínör lekötése	25%
Hólyag diverticulum eltávolítása	50%
ORTOPÉDIAI MŰTÉTEK	
Hosszú csöves csontok korrekciós műtéti ellátása	50%
Egyéb csontok korrekciós műtéti ellátása	25%
Törések egyszerű rögzítése	10%
Kulcscsont, bordák, ujjpercek, csukló, kézközépcsontok, lábtő és lábközépcsontok, csontnyúlványok, csigolyák törésének rögzítése	10%
Izületi metszés, beleértve az ízületi szabadtest eltávolítását	50%
Ganglion eltávolítása	10%
Csontkinövés eltávolítása	25%
Alagút szindróma műtéti ellátása	25%
Váll-, könyök-, csukló-, boka-, csípő-, térdícam rögzítése	10%
Térdkalács ficamának rögzítése	10%
Patella sebészeti eltávolítása	50%
Ujjícam rögzítése	10%
Meniszkusz eltávolítás arthroszkóppal	50%
Ujjamputáció (bármely ujj)	25%
Lábközépcsont, kézközépcsont amputációja	25%
Amputáció a csuklótól vagy a lábtőcsontoktól felfelé	75%
Ínhüvely bemetszése (tendosynovitis okozta szűkület felszabadítása)	10%
Kalapácsujj, ujj deformitás, lábközépcsont deformitás korrekciós műtétje	25%
Inak vagy idegek összevarrása	25%
Arthroszkópos térd vagy vállműtét	50%
Csípő- vagy egyéb hosszú csöves csont csontvessése	75%
Achilles-ín szakadása	50%
Közepes ízületek merevítése (pl. boka)	50%
Könyök, térd, váll ízületbehatoló vagy supracondylaris törései	50%
Csípő, térd vagy váll teljes ízületi plasztikája	100%

Gerinctörés sebészeti ellátása vagy elmerevítése	100%
VÉNÁK	
Varicosus véna eltávolítása (visszérműtét)	
– egy lábon	25%
– mindkét lábon	50%
Varicosus vénák leköttetése	10%
Véna elvarrása sérülés után	25%
Vénás thrombus eltávolítása	25%
FÜL - ORR – GÉGE	
Külső-, vagy középfül műtét	25%
Mandulaeltávolítás - adenoid vegetáció eltávolítása	25%
Légcsőmetszés	25%
Gége kiirtása	75%
Hangszalagműtét	25%
Nyelvcsap eltávolítása	25%
Légcsőmetszés, sztóma készítése	25%
Tubus vagy lélegeztető cső eltávolítása	10%
Rekesztályog, vérömleny bemetszése	10%
Fülpolip eltávolítása	10%
Mandula körüli tályog kimetszése	10%
Nyelvfék átvágása	10%
Dobhártya bemetszése és tubus behelyezése	10%
Külső hallójáratokból csontkinövés vagy csontdaganat eltávolítása	25%
Teljes vagy részleges állkapocs eltávolítás	75%
Gége-, garat-, nyelőcső eltávolítás	75%
Egyensúlyozó ideg kimetszése	75%
Kengyel eltávolítása	50%
Dobhártya plasztika	50%
Labirintus szerv eltávolítása	50%
Ékcsonton keresztüli rostacsont eltávolítása	50%
Teljes fültőmirigy eltávolítás	75%
Koponyalékelés az üregek felől	50%
Hangszalag eltávolítása	75%
Plasztikai beavatkozás az ajkakon	25%
Nyelvfék kimetszése	10%
Fültőmirigy eltávolítása	75%
DIAGNOSZTIKUS BEAVATKOZÁSOK	
Gégetükrözés	10%
Hörgő-, nyelőcső-, vastagbél-, szigmbél-, végbéltükrözés, húgyhólyagtükrözés	10%

Laparoszkópia,	25%
ÉRSEBÉSZETI MŰTÉTEK	
Érplasztika (katéteres tágitás)	50%
Hasi aortatágulat, csípőaorta vagy combaorta műtét	100%
Hasi aortaműtét	100%
Szívkoszorúér festés	50%
Aorto-carotis vagy aorto- arteria subclavia áthidaló műtét	100%
Artériás vérrög eltávolítása	50%
Arteria carotis endarterektómia	75%
ÁLTALÁNOS SEBÉSZET	
Körömetávolítás	5%
Tályog bemetszése	5%
Polip eltávolítása a bélből	25%
KÜLÖNLEGES MŰTÉTEK	
Csontvelő átültetés	100%
BŐRGYÓGYÁSZAT	
Bőrbioopszia	5%
Faggyúciszta bemetszése	5%
Szemölcs eltávolítása	5%
NŐI NEMI SZERVEK	
Teljes méheltávolítás	75%
Részleges méheltávolítás	50%
Petevezeték eltávolítása	50%
Petefészek eltávolítása	50%
Myoma eltávolítása	50%
Méhnyak polip eltávolítása	10%
Bartholin-mirigy ciszta kimetszése vagy kivarrása	25%
Méhnyak csonkolása	25%
Hüvelypasztika	25%
Vulva teljes kimetszése	50%
Méhkürtplasztika	50%
Petefészek ékrezekciója	25%
Endoszkópia (invazív laparoszkópia)	50%
Endoszkópia (invazív hisztéroszkópia)	25%
SZEMÉSZET	
Szaruhártya varrat	10%
Kötőhártya varrat	10%
Elülső üvegtest műtét	10%
Hátsó üvegtest műtét	50%
Jégárpa eltávolítása	10%
Szürkehályog eltávolítása	50%
Zöldhályog műtét	25%

Szem eltávolítása	50%
Röphártya kimetszése	10%
Szemhéj be vagy kifordítása műtétileg	25%
Retinaleválás műtéti ellátása	50%
Könnycsatorna kimetszése	25%
Szivárványhártya eltávolítása vagy bemetszése	25%
Szaruhártya bemetszése asztigmia miatt	25%
Kancsalság műtéti ellátása	50%
Könnytömlő kimetszése	50%
Inhártyaplasztika	50%
Szemlencse beültetése vagy eltávolítása	50%
Kötőhártya átültetése	25%
Kötőhártya felszínes sérülésének ellátása	10%
Szemhéj plasztika	10%
A szaruhártya fedőhám lekaparása	10%
Lencse plasztika (első kamra bemetszése, másodlagos szürkehályogműtét)	25%
Membráneltávolítás	10%
PLASZTIKAI SEBÉSZET	
Hegkimetszés	10%
Bőrlebeny kimetszése átültetésre	25%
Többszörös ín és idegvarrat	50%
Arcideg dekompresziós műtétje	75%
Homlok vagy arccsont csontvése	100%
IDEGSEBÉSZET	
Koponyatörés műtéti ellátása	75%
Koponyaplasztika	100%
Diagnosztikus vagy tüneti koponyalékelés	100%
Agyi aneurizma eltávolítása	100%
Agyállományi műtét	100%
Agy vagy agyhártyák műtéti ellátása	100%
Meningeoma eltávolítása	100%
Koponyalékelés	100%
Rosszindulatú agyi érelváltozás	100%
Hallóideg műtét	75%
Gerincvelő daganatok	100%
Ideggyök kimetszése	50%
Idegvarrat	50%
Neurinóma kimetszése	50%
Szimpatikus ideg átmetszése	75%
DIAGNOSZTIKUS BEAVATKOZÁSOK	
Gégetükrözés	10%

Hörgő-, nyelőcső-, gyomor-, végbél-, szigmabél-, vastagbél-, húgyhólyagtükrözés	10%
Laparoszkópia	25%
Lumbalpunkció	10%
DAGANATOK	
Ugyanazon daganat műtéti ellátására és sugárkezelésére összességében fizethető szolgáltatási összeg megegyezik, a daganat sebészi eltávolításáért fizethető maximális szolgáltatási összeggel.	

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 létrejötté 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 követően 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 felmondásként kezel. Az írásbeli törlési kérelmet a biztosító a kérelem beérkezését követő második munkanap teljesíti.

Budapest, 2015. május 20.

Mit érdemes tudni a biztosítóról?



CÉGISMERTETŐ

A MetLife Inc. bemutatkozója

Az 1868-ban alapított MetLife leányvállalatain és társvállalatain keresztül világszerte kínál életbiztosítási és életjáradék programokat, alkalmazotti juttatásokat valamint vagyongazdálkodási szolgáltatásokat. A mintegy 100 millió ügyfelet kiszolgáló és a FORTUNE 100® közül 90 céggel együttműködő MetLife közel 50 országban van jelen, és piacvezető szerepet tölt be az Egyesült Államokban, Japánban, Latin-Amerika, Ázsia, Európa és a Közel-Kelet országaiiban.

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.

