



MetLife®



MetLife Care

egyéni baleset- és betegségbiztosítás

Budapest, 2015. február 16.



TARTALOMJEGYZÉK

Tájékoztató a MetLife Care biztosítási termékről	4
A Metlife Biztosító Zrt. Metlife Care egyéni baleset- és betegségbiztosításának általános feltételei	9
1. § A biztosítás tárgya, területi és időbeli hatálya	9
2. § A biztosítási szerződés alanyai	9
3. § A biztosítással kapcsolatos fogalmak.	9
4. § A biztosítási szerződés létrejötte és módosítása	11
5. § A biztosítási szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete	11
6. § A biztosítás tartama	12
7. § A biztosítás megszűnése, felmondása	12
8. § Díjfizetés, fizetési késedelem, türelmi idő	12
9. § A biztosítás újra hatályba léptetése	13
10. § Indexálási opció	13
11. § Mentesség	14
12. § Kizárások a biztosítási védelemből	14
13. § A biztosítási esemény bejelentése és bizonyítása	15
14. § Közlési kötelezettség és megsértésének következményei	16
15. § Bejelentési kötelezettség	16
16. § A biztosítási és az üzleti titok	17
17. § A személyes adatok kezelése	19
18. § Jognyilatkozatok	20
19. § Panasztételi lehetőség	20
20. § Illetékes bíróság	20
21. § Elévülés.	20
Baleseti halál esetére szóló biztosítás (MET-813, MET-H20) különös feltételei	21
Baleseti maradandó teljes vagy részleges rokkantság esetére szóló biztosítás (MET-R20 MET-R21) különös feltételei	22
Baleseti súlyos maradandó rokkantság esetére szóló járadék szolgáltatási biztosítás (MET-J01, MET-J02) különös feltételei.	23
Balesetből származó csonttörés és égési sérülés esetére szóló biztosítás (MET-F08, MET-F09) különös feltételei	25
Balesetből eredő kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére szóló biztosítás (MET-N08, MET-N09, MET-S08, MET-S09) különös feltételei.	27
Balesetből vagy betegségből származó kórházi ellátás esetén, napi térítésre (MET-NA1, MET-NA2) és műtéti térítésre szóló biztosítások (MET-SA1, MET-SA2) feltételei.	28



METLIFE CARE

1. számú melléklet: Tájékoztató a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokról	33
2. számú melléklet: Egyes, a feltételekben meghatározott változók értékei	35
Szerződési feltételek MyMetlife internetes felület használatára	36
Cégismertető.	40



TÁJÉKOZTATÓ A METLIFE CARE BIZTOSÍTÁSI TERMÉKRŐL



Kérdés

Kinek szól az ajánlatunk?

Válasz

A biztosítást megkötheti minden felnőtt 18 és 69 éves kor közötti személy, aki egy biztosítási szerződés keretében gondoskodni szeretne a saját és/vagy családja anyagi biztonságáról az előre kiszámíthatatlan váratlan balesetek és betegségek előfordulása esetén.



Példa

Egy szerződésen belül az egész család biztosítható. Lehet például az apa a főbiztosított, akinek a felesége/élettársa együtt biztosított felnőttként, míg 1 évnél idősebb gyermekeik gyermekként biztosíthatók, mindaddig, amíg a gyermekeknek nincs önálló jövedelmük, vagy nem töltötték be a 24. életévüket.

Figyelem: Gyermekek biztosítottakra a biztosítást csak 1 és 17 éves kor között lehet megkötni!

Betegségi szolgáltatások esetén a biztosítást legfeljebb 59 éves korig lehet megkötni.

Fontos!

Családi biztosítás esetén mind a házastárs/élettárs biztosított, mind a gyermek biztosítottak részére a főbiztosított díjtételéhez képest 10% kedvezményt ad a biztosító.



Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosítás?

A MetLife Care termék segítségével a különböző baleseti- és/vagy betegségi eredetű, váratlan események jövőbeli előfordulásának számbavételével az Ügyfél maga választhatja ki az igényeire szabott, megfelelő biztosítási védelmet a következő szolgáltatások közül:

- *Baleseti sérülésből eredő halál* esetén a biztosítási összeg kifizetése



Magyarázat

Ha a választott biztosítási összeg 3 millió Ft, akkor a biztosított baleseti eredetű halála esetén a biztosító 3 millió Ft kifizetést teljesít.

(Részletek a 21. oldalon.)

- *Baleseti sérülésből eredő maradandó teljes megrokkulás* esetén a teljes biztosítási összeg kifizetése



Magyarázat

Ha a választott biztosítási összeg 6 millió Ft, akkor a biztosított baleseti eredetű, teljes (100%-os) és maradandó megrokkánása esetén a biztosító 6 millió Ft kifizetést teljesít. Például, mindkét szem látóképességének elvesztése, vagy mindkét láb, vagy mindkét kar elvesztése teljes (100%-os) rokkantságnak minősül.

(Részletek a 22. oldalon.)

- *Baleseti sérülésből eredő maradandó részleges megrokkulás* esetén a biztosítási összegből a rokkantság mértékének megfelelő összeg kifizetése



Magyarázat

Ha a választott biztosítási összeg 6 millió Ft, és a biztosított személy térd izülete baleseti sérülés következményeként maradandóan 50%-ban károsodik, akkor a biztosító a biztosítási összeg 10%-ának, azaz 600 000 Ft-nak a kifizetését teljesíti. A térd teljes, 100%-os ízületmérése esetén a feltételekben szereplő térítési táblázat a biztosítási összeg 20%-ának kifizetését határozza meg, ebből következik, hogy a térdizület 50%-os megrokkánása esetén a biztosítási összeg 10%-át fizeti ki a biztosító.

Kérdés

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosítás?

Válasz

Fontos!

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



(Részletek a 22. oldalon.)

- *Baleseti sérülésből eredő legalább 50%-os mértékű megrokkanas* esetén, a rokkantsággal arányos mértékű járadék szolgáltatása 20 éven keresztül



Magyarázat

100 000 Ft-os járadékösszeg választása esetén, amennyiben 50%-os mértékű baleseti rokkantság következik be, a biztosító 20 éven keresztül havi 50 000 Ft-ot fizet.

(Részletek a 23. oldalon.)

- *Balesetből származó csonttörés és égési sérülés* esetén a biztosítási összeg adott sérülésre megállapított százalékának kifizetése



Magyarázat

Ha a választott biztosítási összeg 250 000 Ft, akkor a biztosított felkarcsont törése esetén – a feltételekben található térítési táblázat alapján – a biztosító a biztosítási összeg 15%-ának megfelelő, azaz 37 500 Ft-os kifizetést teljesít.

(Részletek a 25. oldalon.)

- *Baleseti sérülésből eredő kórházi ellátás* esetén a kórházi ellátás első napjától napi térítési összeg kifizetése a kórházi ellátás tartamára, de legfeljebb 90 napig, továbbá az intenzív ellátás napjaira jutó napi térítési összeg 50%-kal növelt teljesítése



Magyarázat

Amennyiben a biztosított baleset következtében kórházba kerül 5 napra és ebből 2 napot az intenzív osztályon tölt, akkor 3 000 Ft-os biztosítási összeg esetén 3 000 Ft * 5, azaz 15 000 Ft napi térítési összeg és ezen felül 3 000 Ft * 50% * 2, azaz 3 000 Ft intenzív ellátásra jutó térítési összeg, összesen 18 000 Ft kerül kifizetésre.

(Részletek a 27. oldalon.)

- *Baleseti sérülésből eredő műtéti beavatkozás* esetén a biztosítási összeg adott eljárásra megállapított százalékának kifizetése



Magyarázat

Ha a választott biztosítási összeg 250 000 Ft, akkor a biztosított koponyatörésének műtéti ellátása esetén a biztosítási összeg 75 %-a, azaz 187 500 Ft kerül kifizetésre, mivel a feltételekben szereplő műtéti táblázat a koponyatörés műtéti ellátására 75 %-ot határoz meg.

(Részletek a 27. oldalon.)

- *Bármely okú (baleseti sérülésből vagy betegségből eredő) kórházi ellátás* esetén a kórházi ellátás első napjától napi térítési összeg kifizetése a kórházi ellátás tartamára, de legfeljebb 90 napig, továbbá az intenzív ellátás napjaira jutó térítési összeg 50%-kal növelt teljesítése, valamint rehabilitációs szolgáltatásként kifizetésre kerül a kórházi napokra megállapított térítés összegének 50%-a



Magyarázat

Amennyiben a biztosított baleset vagy betegség következtében kórházba kerül 5 napra és ebből 2 napot az intenzív osztályon tölt, akkor 3 000 Ft-os biztosítási összeg esetén 3 000 Ft * 5, azaz 15 000 Ft napi térítési összeg, ezen felül 3 000 Ft * 50% * 2, azaz 3 000 Ft intenzív ellátásra jutó térítési összeg, továbbá 3 000 Ft * 50% * 5, azaz 7 500 Ft rehabilitációs szolgáltatás, összesen 25 500 Ft kerül kifizetésre.

(Részletek a 28. oldalon.)

Kérdés

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosítás?

- Bármely okú (baleseti sérülésből vagy betegségből eredő) műtéti beavatkozás esetén a biztosítási összeg adott eljárásra megállapított százalékának kifizetése



Magyarázat

Ha a választott biztosítási összeg 250 000 Ft, akkor a biztosított vakbél-műtete esetén a biztosítási összeg 25 %-a, azaz 62 500 Ft kerül kifizetésre, mivel a feltételekben szereplő műtéti táblázat a vakbélműtét elvégzésére 25 %-ot határoz meg.

(Részletek a 28. oldalon.)

Korlátozott-e a biztosítás területi vagy időbeli hatálya?

Nincs korlátozás. A biztosítás egyaránt kiterjed a belföldön és külföldön, a nap bármely időszakában bekövetkező biztosítási eseményekre.

(Részletek a 9. oldalon.)

Kik a biztosításban érintett személyek?

A *biztosított* személy az, akinek az életével, testi épségével, illetve egészségével kapcsolatos biztosítási eseményre a szerződés létrejön.
A *szerződő* személy az, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz, és annak elfogadása esetén a díjfizetést teljesíti.
A *kedvezményezett* személy az, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási szerződésben megjelölt szolgáltatás igénybevételére jogosult.

(Részletek a 9. oldalon.)



Magyarázat

Mivel családi biztosítás esetén a MetLife Care biztosítási szerződésben több biztosított is szerepelhet, így a biztosított személyek közül az elsődlegesen biztosított személy a főbiztosított, a főbiztosított házastársa/élettársa a további felnőtt biztosított, a gyermekek pedig a gyermek biztosítottak.

Fontos!

Figyelem: együtt biztosított családtagok esetén a szolgáltatások kedvezményezettje a főbiztosított, amennyiben más névszerinti kedvezményezettet nem jelöltek meg.



Hogyan jön létre a biztosítás?

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

(Részletek a 11. oldalon.)

Mikortól érvényes a biztosítás?

A biztosítási védelem a szerződés minden biztosítottjára vonatkozóan az első díj biztosító számlájára történő befizetését követő nap 0. órájától kezdődik. Betegség által előidézett biztosítási eseményekre vonatkozóan a biztosító 60 napos várakozási időt ír elő.

(Részletek a 11. oldalon.)

Példa

Ha az ajánlat aláírását követően a szerződő által megfizetett díj, adott év július 25-én megérkezik a biztosítóhoz, és a szerződő biztosított gyermeke a hintáról leesve ugyanazon év augusztus 25-én eltöri a kezét, a biztosító kifizeti a baleseti sérülésre vonatkozó szolgáltatási összeget. Viszont, ha ugyanez a gyermek augusztus 25-én vakbél műtét miatt kórházba kerülne, akkor a biztosító nem fizetné ki a szolgáltatási összeget, mert a vakbél műtét, mint biztosítási esemény a 60 napos várakozási idő alatt történt.



Milyen hosszú a biztosítás tartama?

A biztosítás 1 éves időtartamra szól, ami minden esetben meghosszabbodik az esedékes díj megfizetésével.

(Részletek a 12. oldalon.)

Kérdés

Mikor szűnik meg a biztosítás?

Válasz

A biztosítás a következő esetekben szűnik meg:

- annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a főbiztosított betölti a termékfeltételekben részletezett maximális életkort
- felmondás esetén
- díj nem fizetése esetén a türelmi idő (60 nap) lejártával
- a biztosított cselekvőképtelenné nyilvánításával
- ha a biztosított katonai vagy polgári szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország fegyveres erejénél
- a biztosított halálával.

(Részletek a 12. oldalon.)

Fontos!

A MetLife Care biztosítás a szerződő által aláírt és 30 nappal a biztosítási időszak előtt a biztosítóhoz érkező nyilatkozattal a biztosítási időszak végére felmondható.

A szerződést a biztosítási időszak végére a biztosító is felmondhatja a szerződő részére, a biztosítási időszak előtt 30 nappal írt levélben.

Fontos!

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

**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.

(Részletek a 12. oldalon.)

Hogyan őrzi meg a biztosítás az értékét?

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

(Részletek a 13. oldalon.)

Kiknek nem ajánljuk ezt a biztosítást?

Súlyos betegségben, rokkantságban, illetve a mozgást és a normális életvitelt nagymértékben korlátozó betegségben szenvedő személyek részére nem ajánljuk a biztosítás megkötését.

Példák

Olyan betegségek, amelyek fennállása esetén nem ajánljuk a biztosítás megkötését: epilepszia, inzulinfüggő cukorbetegség, súlyos szív- és érrendszeri betegség, bármely pszichiátriai betegség, alkohol- vagy drogfüggőség, siketség, vakság, végtaghiány, súlyos mozgáskorlátozottság.

**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 kizárt kockázatok, amelyekre a biztosító kockázatviselése nem terjed ki a tartam során. A részletes kizárásokat a termékfeltételek tartalmazzák.

(Részletek a 14. oldalon.)

Fontos!

Kérjük mindenképpen olvassa el a szerződéses feltételek 12. §-ában felsorolt, kockázatviselésből kizárt eseményeket.

**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 számított 5 éven belül lehet, mely időtartam elteltével a kárigény elévül.

(Részletek a 15. oldalon.)

Milyen dokumentumokra van szüksége a biztosítónak a kifizetéshez?

A biztosítónak a biztosítási fedezettől és a káreseménytől függően eltérő adatokra van szüksége az igény elbírálásához. A kárigény intézését elősegítendő, a benyújtandó dokumentumokról részletes lista található a termékfeltételek 1. sz. mellékletében.

(Részletek a 33. oldalon.)

Kérdés

Válasz

Az ügyfélnek milyen kötelezettségei vannak?

Az ügyfelet közlési és bejelentési 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-azonosítás során megadott adatokban bekövetkező változásról.

A biztosított, illetőleg a szerződő köteles a biztosítónak a változás bekövetkezésének napjától 15 napon belül írásban *bejelenteni*, ha a biztosított foglalkozása, munkaköre vagy rendszeres szabadiidős tevékenysége a szerződés tartama alatt az ajánlat adataihoz képest megváltozik. Ennek elmulasztása esetén a termékfeltételekben meghatározott következmények érvényesek.

(Részletek a 16. oldalon.)

Mit tesz a biztosító az adataim biztonsága érdekében?

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

(Részletek a 17. oldalon.)

Hova lehet panasszal fordulni?

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

Központi Ügyfélszolgálatunk az alábbi elérhetőségeken áll rendelkezésére:

- MetLife Biztosító Zrt., 1138 Budapest, Népfürdő u. 22.; info@metlife.hu
telefonszám: 06-40-444-445 , telefax: a 06-1-391-1660
- MNB Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
- Pénzügyi Békéltető Testület: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

(Részletek a 20. oldalon.)

Hogyan juthatok kényelmesen a biztosítással kapcsolatos információkhoz?

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

Központi Ügyfélszolgálatunk az alábbi elérhetőségeken áll rendelkezésére:

MetLife Biztosító Zrt., 1138 Budapest, Népfürdő u. 22.; info@metlife.hu
telefonszám: 06-40-444-445 , telefax: a 06-1-391-1660

(Részletek az 36. oldalon.)

Mit érdemes tudni a biztosítóról?

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

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

(Részletek az 40. oldalon.)

Budapest, 2015. február 16.

A METLIFE BIZTOSÍTÓ ZRT. METLIFE CARE EGYÉNI BALESET- ÉS BETEGSÉGBIZTOSÍTÁSÁNAK ÁLTALÁNOS FELTÉTELEI

A jelen feltételekben foglalt rendelkezések a MetLife Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) MetLife Care elnevezésű egyéni baleset- és betegségbiztosítási szerződéseire érvényesek feltéve, hogy a szerződést a feltételekre hivatkozással kötötték.

Az általános és különös feltételek rendelkezéseinek ütközése esetén a különös feltételek rendelkezéseit kell érvényesnek tekinteni. A jelen feltételekben és a biztosítási szerződésben nem rendezett kérdésekben a hatályos jogszabályok rendelkezései az irányadók.

Korlátozott-e a biztosítás területi vagy időbeli hatálya?



1. § A biztosítás tárgya, területi és időbeli hatálya

A biztosító a szerződő díjfizetése ellenében biztosítási védelmet nyújt a biztosítási szerződésben (kötvényben) meghatározott eseményekre. A biztosítási események és szolgáltatások az általános feltételekhez csatolt különös feltételekben találhatóak.

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

Kik a biztosításban érintett személyek?



2. § A biztosítási szerződés alanyai

(1) A **szerződő** az a természetes vagy jogi személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz, és annak elfogadása esetén a díjfizetést teljesíti.

(2) a) A **biztosított** az a természetes személy, akinek az életével, testi épségével, illetve egészségével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön.

b) Egy biztosítási szerződés keretében, külön biztosítási díjak ellenében biztosítás köthető a biztosítási ajánlat szerint elsődlegesen biztosítandó személyre (főbiztosított), valamint a főbiztosított együtt élő házastársára vagy a főbiztosított élettársára és eltartott gyermekeire (családi biztosítás).

c) A jelen feltételek szempontjából élettársaknak az a két személy tekinthető, akik közös háztartásban együtt

élnek, valamint érzelmi és gazdasági közösség áll fenn közöttük.

d) A feltételek szempontjából eltartott gyermeknek minősül a biztosított:

- legfeljebb 18 éves (felsőfokú tanulmányokat folytató gyermek esetén legfeljebb 24 éves),
- vérségi vagy örökbefogadott,
- nem házas, gyermektelen gyermeke,
- aki önálló keresettel nem rendelkezik.

e) A biztosítás 1 és 69 éves kor között lévő személyekre köthető, de a biztosítás megkötésekor figyelembe kell venni az eltartott gyermeke, valamint a balesetből vagy betegségből származó kórházi biztosításokra vonatkozó életkori korlátozásokat.

(3) a) A **kedvezményezett** az a természetes vagy jogi személy, akit a szerződő a biztosított hozzájárulásával írásban nevezett meg és aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási szerződésben megjelölt szolgáltatás igénybevételére jogosult.

b) A biztosított baleseti halála esetén kedvezményezett lehet:

- a szerződésben megnevezett személy, vagy
- a biztosított örököse, ha a kedvezményezettet a szerződésben nem jelölték meg,
- együtt biztosított családtagoknál a kedvezményezett a főbiztosított, kivéve, ha a szerződésben más név szerinti kedvezményezett került megjelölésre.

c) A nem haláleseti szolgáltatások kedvezményezettje maga a biztosított, kivéve, ha a szerződésben más névszerinti kedvezményezett került megjelölésre.

d) A kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal.

e) A szerződő az eredetileg kijelölt kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával a biztosítási esemény bekövetkezéséig bármikor más kedvezményezettet nevezhet meg. Ha nem a biztosított a szerződő, ehhez a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

3. § A biztosítással kapcsolatos fogalmak

(1) A **biztosítási esemény**: az a különös feltételekben részletesen meghatározott esemény, amelynek a biztosítás hatálya alatt történő bekövetkezésekor a biztosító biztosítási szolgáltatást teljesít.

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

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

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

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

(3) **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.

(4) **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 (2), (3) és (4) bekezdések szerint adott naptári hónapban nem létezik olyan nap, amely a biztosítás hatálybalépésének napjával megegyezik, akkor abban a hónapban megegyező nap alatt az azt közvetlenül követő napot kell érteni.

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

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

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

(7) **Aktuális biztosítási díj:** az az összeg, amelynek fizetésére a szerződő kötelezettséget vállal a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási szolgáltatások ellenében, az aktuális biztosítási összeghez tartozó biztosítási díj.

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

(9) **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.

(10) **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 káros szenvedélyre, a szexuális

életre vonatkozó adat, valamint a bűnügyi személyes adat.

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

(12) **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.

(13) **Orvos:** Az orvos az – a biztosítottól és szerződőtől, vagy azok közeli hozzátartozóitól eltérő személy –, aki a jogszabályban meghatározott vizsgákkal és engedéllyel rendelkezik az igény alapjául szolgáló baleseti sérülés vagy betegség gyógyítására.

(14) **Baleset:** a biztosított akaratán kívül hirtelen felépő olyan külső behatás, amelynek következtében és bármely más októl függetlenül a biztosított a baleset időpontjától számított 180 napon belül a szerződésben meghatározott biztosítási eseményt szenved el.

(15) **Betegség:** olyan egészségkárosodást jelent, amelyet a biztosított a kiegészítő biztosítás hatályba lépését követően, első alkalommal szenved el.

(16) **Bennfekvő beteg:** a jelen biztosítás szempontjából benn fekvő beteg az a személy, aki benn fekvőként, legalább 24 órán át folyamatosan kórházi ellátásban részesült.

(17) **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.

(18) **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 ellátása.

(19) **Csonttörés:** a jelen szerződéses feltételekben használt csonttörés kifejezés a csont balesetből származó töréses sérülését jelenti függetlenül attól, hogy a törés maradandó rokkantságot eredményez-e vagy sem.

A fogak, foggyökerek, fogpótlások törései és sérülései a jelen feltételek szempontjából nem tekinthetők biztosítási eseménynek és a biztosító ezen törések esetében nem teljesít biztosítási szolgáltatást.

(20) **Patológias törés:** a jelen feltételekben használt patológias törés a csont betegség által gyengített területének törését jelenti. A patológias törések a jelen feltételek szempontjából nem tekinthetők biztosítási eseménynek, és a biztosító ezen törések esetén nem teljesít biztosítási szolgáltatást.

(21) **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.

(22) **Teljes törés (komplett törés):** a jelen feltételekben használt teljes törés a csont olyan jellegű törése, amikor a csont teljes vastagságában eltört.

(23) **Nyílt törés:** a jelen feltételekben használt nyílt törés a csont olyan jellegű törése, amikor a tört csont a bőrreteget is átszakítja.

(24) **Stressz törés (fáradásos törés):** a jelen feltételekben használt stressz törés a csont olyan jellegű törése, amikor a csont rendszeres túlterhelés miatt sérül.

(25) **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.

Hogyan jön létre a biztosítás?



4. § A biztosítási szerződés létrejötte és módosítása

(1) A biztosítási szerződés a szerződő (biztosított) és a biztosító kölcsönös írásbeli megállapodása alapján jön létre.

(2) A biztosítóval szerződő az ajánlatát írásban, a biztosító ajánlati nyomtatványán terjeszti elő.

(3) Az ajánlat elfogadása esetén a biztosító a szerződésről kötvényt állít ki. A megállapodás szerinti szolgáltatásokat, biztosítási összegeket és fizetendő díjakat a biztosítási kötvény tartalmazza.

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

(5) 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.

(6) Az ajánlat esetleges elutasítását a biztosító nem köteles megindokolni.

(7) 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 átadása időpontjára visszaható hatállyal jön létre.

(8) Amennyiben a biztosított és a szerződő személye nem egyezik meg, a szerződő köteles a biztosítottat tájékoztatni a biztosítási szerződés feltételeiről és szerződéskötés utáni kötelezettségekről.

(9) 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 15 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.

(10) A biztosított a biztosítóval közölt nyilatkozatával a szerződő fél helyébe léphet. Ilyen esetekben a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a biztosított a szerződő féllel egyetemlegesen felelős.

(11) 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.

Mikortól érvényes a biztosítás?



5. § A biztosítási szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete

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

(2) A biztosító kockázatviselése az azt követő nap 0 órájakor kezdődik, amikor a szerződő az első díjat a biztosító számlájára vagy pénztárába befizeti, feltéve, hogy a baleset- és betegségbiztosítási szerződés már létrejött vagy utóbb létrejön.

(3) Bármilyen betegség miatt szükségessé vált kórházi ellátás és műtéti beavatkozás esetén a biztosító kockázatviselése a szerződés hatályba lépését követő 60. nap 0 órájakor kezdődik.

Milyen hosszú a biztosítás tartama?



6. § A biztosítás tartama

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

Mikor szűnik meg a biztosítás?



7. § A biztosítás megszűnése, felmondása

(1) A biztosítás megszűnik:

- a biztosított halálával;
- a díjfizetés elmaradása miatt a biztosítónak a díjmaradás 30. napján tett teljesítésre vonatkozó írásbeli felszólítását követő 30 napos póthatáridő eredménytelen elteltével, a díjmaradást követő 61. napon;
- annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 70. életévét (eltartott gyermek esetében a 18. illetve 24.) életévét betölti;
- eltartott gyermek esetében annak a biztosítási időszaknak a végén, amelyben olyan változás történik, aminek következtében a 2. § (2) d) pont bekezdésében meghatározott feltételek egyike már nem érvényesül;
- felmondás következtében;
- mikor a biztosítottat ideg-, illetve elmebetegségére való tekintettel cselekvőképtelennek nyilvánítják;
- amikor a biztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) katonai szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres erejénél;
- 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.

(2) A főbiztosított halála esetén a teljes biztosítási szerződés megszűnik.

(3) A szerződést írásban a biztosítási időszak végére lehet felmondani. A felmondási idő 30 nap. A felmondással a biztosító kockázatviselése a biztosítási időszak végén teljesen megszűnik. A biztosító a szerződés módosítását kezdeményezheti,

vagy a szerződést írásban felmondhatja a 15. § (3) bekezdésében foglalt rendelkezések alkalmazásával. A szerződés megszűnik a 15. § (4) bekezdésében meghatározott esetben.

(4) A szerződés megszűnésekor a felek kölcsönösen lemondanak a díjtűrőhatár mértékét meg nem haladó követeléseikről.

Mikor kell a díjat megfizetni?



8. § Díjfizetés, fizetési késedelem, türelmi idő

(1) A biztosítási szerződés díjainak és szolgáltatásainak pénzneme forint.

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

(3) A biztosítás első díja az ajánlat megtételekor, minden későbbi díj pedig annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.

(4) A biztosítás éves díjfizetésű, de a biztosító hozzájárulhat az éves díj féléves, negyedéves, illetve havi részletekben történő fizetéséhez. Az évestől eltérő díjfizetési gyakoriság esetén a biztosító pótlékot számít fel. A díjfizetés gyakoriságát a szerződő a biztosítási évfordulón megváltoztathatja. Az erre irányuló kérést a biztosítási évforduló előtt 30 nappal kell jelezni. Havi díjfizetés esetén az első három díjfizetési időszakra vonatkozó díj egy összegben fizetendő.

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

(6) A biztosítás díjait a kötvényen feltüntetett pénznemben kell megfizetni a biztosító által megadott, erre a célra fenntartott bankszámlaszámra. A díjfizetés felmerülő költségei a szerződőt terhelik. A biztosító díjfizetesként a megadott számlaszámra, a megadott pénznemben történő jóváírást fogadja el. A díjfizetés időpontja az esedékes díj megadott számlaszámra történő jóváírásának időpontja. A megadott számlaszámtól eltérő számlaszámra történő utalás nem minősül díjfizetésnek, és az ilyen téves utalásból adódóan a biztosított a biztosítási szerződésre vonatkozó kötelezettség nem terheli, illetve a téves utaláshoz kapcsolódó esetleges át-

váltással összefüggésben felmerült árfolyam-különbözet a szerződőt terheli/illeti.

(7) Amennyiben a szerződő (biztosított) a díjat az esedékességtől számított 30 napon belül nem egyenlíti ki, a biztosító a díjmaradás 30. napján a szerződő felet – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felszólítja (türelmi idő). A biztosító a kockázatot a türelmi idő lejártáig viseli. Ezen türelmi időn belül a szerződő az elmaradt díj befizetését pótolhatja. A türelmi idő eredménytelen elteltével a 61. napon a szerződés megszűnik.

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

(9) A biztosítás díja annak a biztosítási időszaknak a végéig esedékes, amelyben a biztosított halála bekövetkezik.

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

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

9. § A biztosítás újra hatályba léptetése

(1) A díjfizetés elmulasztása miatt megszűnt biztosítás a megszűnés napjától számított 180 napon belül újra hatályba léptethető, amennyiben a szerződő (biztosított) azt írásban kéri, és a korábban esedékessé vált díjat, valamint a szerződés szerint soron következő esedékes díjat megfizeti. Az újra hatályba léptetéséhez a biztosító által igényelt és a biztosított egészségi állapotára, valamint foglalkozására és szabadidős tevékenységére vonatkozó nyilatkozatokat és orvosi dokumentációt kell benyújtani. Amennyiben a biztosító valamennyi irat beérkezését követően, az utolsó szükséges dokumentum beérkezésétől számított 15 napon belül a díjat nem utasítja vissza, a biztosító kockázatviselése a díj befizetését követő nap 0 órájkor az eredeti tartalommal újra kezdődik. Az újra hatályba léptetési kérelem elutasítása esetén a biztosító a befizetett díjat haladéktalanul visszatéríti a szerződő részére.

(2) A biztosítás újra hatályba léptetése esetén a biztosító csak az újra hatályba léptetés időpontja után bekövetkező biztosítási eseményekre viseli a kockázatot.

(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?



10. § Indexálási opció

Az indexálási opció célja a baleset- és betegségbiztosítási szolgáltatások értékállóságának az inflációval szemben történő megőrzése, jelen fejezetben foglalt feltételek szerint.

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

(1) Indexálás

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

(2) A biztosítási összegek növelése

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

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

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

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

(3) A biztosítási díj növelése

A biztosítási díj növelésére (indexálására) minden egyes biztosítási évfordulón kerülhet sor, legfeljebb a 10. biztosítási évfordulóig.

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

(4) Az indexálás felfüggesztése

A biztosító az indexálási opcióval rendelkező összes szerződés, vagy azok egy meghatározott csoportja tekintetében felfüggesztheti az indexálás alkalmazását, amennyiben az éves infláció mértéke a baleset- és betegségbiztosítási szolgáltatások értékállóságának megőrzése szempontjából az indexálást szükségtelenné teszi.

(5) Az indexálás visszautasítása

A szerződőnek jogában áll az indexálást visszautasítani a biztosító részére megküldött írásbeli értesítéssel.

Amennyiben a szerződő két egymást követő indexálást utasít vissza, a továbbiakban nincs lehetősége újabb indexálásra, és a biztosítási összegek és a vonatkozó díjak változatlanok maradnak.

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

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

(6) Az opció megszűnése

Az opció automatikusan megszűnik:

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

11. § Mentesülés

(1) A biztosító mentesül szolgáltatási kötelezettsége alól, ha bizonyítja, hogy a kárt jogellenesen vagy szándékos magatartással:

- a) a szerződő vagy a biztosított; vagy
- b) a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk okozta.

(2) Az (1) bekezdésben foglalt rendelkezést a kármegelőzési és a kárenyhítési kötelezettség megszűnésére is alkalmazni kell.

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?



12. § Kizárások a biztosítási védelemből

(1) A biztosítás nem terjed ki azon eseményekre, amelyek oka közvetlenül vagy közvetve, egészben vagy részben:

- a) a szerződés hatálybalépése előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés, betegség, illetve meglévő egészségkárosodások;
- b) veleszületett egészségi rendellenességek és az ebből fakadó következmények;
- c) bármely betegsége visszavezethető csontgyengülés, patológiás törés, ideértve az osteoporosist (csonttritkulás) is;
- d) a rendszeres túlterhelés eredményeként fellépő törések (stressz törések);
- e) a fogak, foggyökerek, fogpótlások törései és sérülései;
- f) a biztosított mérgezése vagy mérgező gázok belélegzése;
- g) a biztosítottnak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota, kivéve, ha ezeket egészségügyi intézmény vagy személy előírására alkalmazzák;
- h) a biztosított tudatmódosító szerekkel történő visszaélése;
- i) a biztosított alkoholos befolyásoltságú állapota, amennyiben véralkoholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedésrendészeti szabályokban megengedett határértéknél;
- j) ha a biztosított utasként vagy vezetőként olyan járműben utazik, amelynek vezetője nem rendelkezik szabályos jármű vezetői engedéllyel, vagy tudatmódosító szerek hatása alatt vezet, vagy alkoholos befolyásoltság alatt vezet, amennyiben véralkohol szintje megegyezik, vagy magasabb a közlekedésrendészeti szabályokban megengedett határértéknél;
- k) a biztosított öngyilkossága, öncsonkítása, valamint ezek kísérlete, illetve a biztosított által önmagának okozott egyéb testi sérülés (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori tudatállapotára), valamint a biztosított kérésére vagy beleegyezésével más személy által a biztosítottnak okozott testi sérülés;
- l) baleseti eredetű kiegészítő biztosítások estén bármilyen betegség, egészségi rendellenesség, előrehaladott kórfolyamat vagy bakteriális fertőzés (kivéve a baleseti sérülések, nyílt sebek bakteriális fertőzéseit) és a gyógyászati vagy sebészeti gyógykezelések;
- m) bármely idegi vagy elmebeli rendellenesség, pszichiátriai betegség és gyógykezelése, elneve-

zéstől vagy osztályozástól függetlenül (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezavar);

n) bármely, sérvet, lumbágót vagy sciaticat (az ülő-ideg zsába egyedi formáját) okozó sérülés;

o) bármely veszteség, amelynek oka a biztosított által megkísérelt vagy elkövetett jogellenes cselekedet, illetve abban való szándékos részesség, vagy olyan cselekmény, amely a biztosított őrizetbe vételéhez vezet, illetve a letartóztatással való aktív vagy passzív szembeszegülés;

p) háború (a hadüzenet tényétől függetlenül), zavargás, zendülés, sztrájk, lázadás, polgári felkelés vagy bármely ezzel kapcsolatos esemény, illetve bármely rendőrségi feladat ellátása során, vagy erőszakos cselekmények elkövetése során; vagy a hadsereg, a haditengerészet, a légierő kiegészítő-, illetve a polgári védelem nem harcoló egységeiben történő szolgálat során szerzett vagy elszenvedett sérülések (függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételtől van szó);

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

r) a szerződés hatálybalépése előtt fennállott súlyos betegségek (pl. epilepszia, inzulin függő cukorbetegség, súlyos szív- és érrendszeri betegség, alkohol vagy drogfüggőség, siketség, vakság, végtaghiány, súlyos mozgáskorlátozottság és hasonló betegségek esetén);

s) a mozgást és a normális életvitelt nagymértékben korlátozó, funkcionális zavarokat okozó betegségek.

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

a) a biztosított hivatásos sportolói minőségben végzett sporttevékenysége;

b) a biztosított amatorként végzett alábbi sporttevékenységei: bármely autó- és motorsport, bármilyen lovas sport, légi sportok, hegymászás, sziklamászás, lövészet, búvárkodás, katonai sportok, harcművészetek, hegyi kerékpározás (Mountain bike), canyoning, barlangászat, bungee jumping;

c) a biztosított részvétele bármely olyan, magán vagy hivatalos szervezésű versenyben vagy versenyre való felkészülésben, amely motoros meghajtású szárazföldi-, vízi- vagy légi jármű használatával jár;

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

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

f) a biztosított aktív katonai vagy polgári szolgálata bármely nemzet vagy nemzetközi szervezet bármely fegyveres erejénél vagy félkatonai szervezeténél; vagy a biztosított katonaként vagy polgári alkalmazottként történő közvetlen részvétele hadműveletekben, hadgyakorlatokon, hadieszközök tesztelésében vagy hasonló műveletekben;

g) a biztosított által jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul elkövetett bűncselekmény;

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

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

j) mialatt a biztosított nem utas minőségben tengerjáró, óceánjáró vagy folyami hajó vagy repülőgép fedélzetén utazik;

k) bármely, radioaktív energia vagy maghasadás által működtetett vagy működtetésre alkalmas fegyver vagy eszköz használata, illetve az azokkal összefüggésben bekövetkezett radioaktív szennyeződés, illetve sugárterheltség, minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt, kivéve ezek orvosi alkalmazását.

(3) Az (1) és (2) bekezdésben meghatározott esetek miatti biztosítási eseményeket a biztosító a kiegészítő biztosítások tekintetében is kizárja.

Mit kell tenni, ha káresemény történik?



13. § A biztosítási esemény bejelentése és bizonyítása

(1) A balesetet, illetve a biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 15 napon belül a biztosítónak be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben ezen kötelezettségeket nem teljesítik és emiatt utóbb lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

(2) A kedvezményezett kötelezettsége, hogy a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása meg-

előzéséről 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 biztosított felhatalmazza a biztosítót, hogy bal-eseti halál esetén a holttestet a biztosító saját költségén orvosokkal megvizsgáltassa és szükség esetén felboncoltassa. A biztosító az igényelbírálás tartama alatt jogosult a saját költségén a biztosítottat az általa megnevezett orvosokkal megvizsgáltatni olyan gyakran, ahogy az orvosilag indokolt.

(4) A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az 1. számú mellékletben megjelölt iratokat kell a biztosító részére benyújtani.

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

(6) 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.

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

(8) A biztosító a szolgáltatási igényeket az igény elbírálásához szükséges összes irat beérkezése után, az utoljára beérkezett irat kézhezvételétől számított 30 napon belül ítéli meg, illetve jogos igény esetén 30 napon belül teljesíti.

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

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

(11) A biztosítási szerződésből eredő biztosítási igények a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 5 év elteltével elévülnek.

Az ügyfélnek milyen kötelezettségei vannak?



14. § Közlési kötelezettség és megsértésének következményei

(1) A szerződő és a biztosított a szerződés megkötésekor kötelesek a biztosítás elvállalása szempontjából

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

(2) A közlési kötelezettség megsértése esetén a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy nem a valóságnak megfelelően közölt körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében, illetve a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkezéséig 5 év már eltelt.

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

15. § Bejelentési kötelezettség

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

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

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

(4) Ha a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést 30 napra írásban felmondhatja.

(5) Ha a szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha a biztosító erre a következményre a

módosító javaslat megtételekor a szerződő figyelmét felhívta.

(6) Kockázatnövekedés esetén a biztosító a fenti (4) és (5) bekezdésben foglalt rendelkezések megfelelő alkalmazásával, a szerződés díjmelésre vonatkozó módosítását kezdeményezheti a megnövekedett kockázat fennállásának időtartamára. Kockázatsökkenés esetén a biztosító a csökkent kockázat fennállásának időtartamára a korábban alkalmazott díjnövelést megszüntetheti.

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

Mit tesz a biztosító az adataim biztonságá érdekében?



16. § A biztosítási és az üzleti titok

(1) A biztosító köteles a 2003. évi LX. törvény 153-55 §-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, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó ügyfele, vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásbeli felmentést ad,
- b) a 2003. évi LX. törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

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

- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel, továbbá az általuk kirendelt szakértővel,
- c) a büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csőd-eljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általuk kirendelt szakértővel,
- e) az adóhatósággal (a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót

törvényben meghatározott körben 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 megtele esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervezettel,

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 szervezettel,

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.

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

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

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

- a) kábítószerrel visszaéléssel,
- b) 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 ügyési jóváhagyást nélkülöző megkeresésére is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott üggyel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról.

(7) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító, a 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 adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
- c) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
- d) a Bit-ben, a Tpt-ben és a Hpt-ben az összevont alapú, illetve a kiegészítő felügyeletet jogosító rendelkezések teljesítésének érdekében történő adatátadás.

(10) A biztosító az esetleges kiszervezett tevékenységet végző személyek, valamint az orvosszakértői véleményt készítő szakorvosok számára az ügyfelek személyes és különleges adatait továbbíthatja abból a kizárólagos célból, hogy azok szolgáltatásait a szerződő számára közvetlenül 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, valamint a viszontbiztosító székhelye szerinti országokba továbbítja. Azon személyek nevét, akik részére az ügyfelek személyes és különleges adatai adatfeldolgozás céljából átadásra kerülnek, beleértve a kiszervezett tevékenységet végzők, viszontbiztosítók, valamint az orvosszakértői véleményt készítő szakorvosok személyét, a biztosító a www.metlife.hu honlapján hirdetményben teszi közzé.

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

(12) A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó ügyfeleinek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélés-

séhez 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 célokból az 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

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

a) a magyar bűnüldöző szerv - nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv 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 az (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.

17. § A személyes adatok kezelése

(1) A biztosító, illetőleg az üzletkötő 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 űrlapon, 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 kezelheti, ameddig a szerződés létrejöttének meghíusulásával 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 kezelése 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 személyes és különleges adatairól jogosult tájékoztatást kapni, amennyiben azt írásban kéri a MetLife Biztosító Zrt. ügyfélszolgálatánál (1138 Budapest, Népfürdő u. 22.) és személy-

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

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

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

18. § Jognyilatkozatok

(1) A biztosító nyilatkozatait írásban juttatja el a biztosítási szerződésben érdekelt személyeknek, az általuk megadott és a biztosító által ismert utolsó értesítési címre.

(2) Amennyiben a szerződő egy hónapnál hosszabb időre külföldre utazik, a biztosító számára magyarországi kézbesítési meghatalmazottat nevezhet meg. Ennek hiányában a biztosító az általa ismert utolsó címre joghatályosan küldhet nyilatkozatot.

(3) A biztosító a szerződéskötéskor vagy azt követően hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. A nyilatkozat akkor hatályos, ha az a biztosító központjába bizonyítható módon megérkezett.

(4) A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és biztosítási titokként kezelni.

Hova lehet panasszal fordulni?



19. § Panasztételi lehetőség

A biztosító magatartására, tevékenységére, szolgáltatására vagy mulasztására vonatkozó panaszát a szerződő szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen, postai levél útján, telefaxon, vagy elektronikus levélben), a jelen

pontban megjelölt elérhetőségek bármelyikén előterjesztheti a biztosító ügyfélszolgálati osztálya részére levélben a MetLife Biztosító Zrt. (H-1138 Budapest, Népfürdő u. 22.), elektronikus üzenet útján: az info@metlife.hu e-mail címen folyamatosan, telefonon: hétfőn 8 és 20 óra között, keddtől, péntekig 9 és 17 óra között a 06-40-444-445 telefonszámon, telefaxon: a 06-1-391-1660 számon, személyesen: a MetLife Biztosító ügyfélszolgálatán (1138 Budapest, Népfürdő utca 22.) nyitvartatási időben (hétfőn 8 és 20 óra között, más munkanapokon 9 és 17 óra között). A szerződő továbbá folyamatosan tájékozódhat a biztosító szolgáltatásairól a www.metlife.hu címen.

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

20. § Illetékes bíróság

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

21. § Elévülés

A biztosítási szerződésből eredő biztosítási igények a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 5 év elteltével elévülnek.

Budapest, 2015. február 16.

BALESETI HALÁL ESETÉRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS (MET-813, MET-H20) KÜLÖNÖS FELTÉTELEI (A METLIFE CARE EGYÉNI BALESET- ÉS BETEGSÉGBIZTOSÍTÁS ÁLTALÁNOS FELTÉTELEIVEL EGYÜTT ÉRVÉNYES)

**Milyen szolgáltatást
nyújt a biztosító baleseti
halál esetén?**



1. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

(1) Amennyiben a biztosított olyan baleseti testi sérülést szenved, amelynek következtében a baleset időpontját követő **180 napon** belül meghal, a biztosító a biztosítási

kötvényben a baleseti halál esetére meghatározott összeget fizeti.

(2) Amennyiben a biztosított ugyanazon baleseti esemény következtében megrokkban, majd később, de még a baleset bekövetkezését követő 180 napon belül meghal, a biztosító a baleseti halál esetére járó összeget fizeti ki. Amennyiben a baleseti rokkantság esetére megállapított összeg a biztosított halála előtt már kifizetésre került, a biztosító a baleseti halál esetére járó összegből a már kifizetett rokkantsági szolgáltatás összegét levonja és csak a különbözetet fizeti ki.

Budapest, 2015. február 16.

BALESETI MARADANDÓ TELJES VAGY RÉSZLEGES ROKKANTSÁG ESETÉRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS (MET-R20 MET-R21) KÜLÖNÖS FELTÉTELEI (A METLIFE CARE EGYÉNI BALESET- ÉS BETEGSÉGBIZTOSÍTÁS ÁLTALÁNOS FELTÉTELEIVEL EGYÜTT ÉRVÉNYES)

**Milyen szolgáltatást nyújt a
biztosító baleseti rokkantság
esetén?**



1. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

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.

(1) Baleseti maradandó teljes rokkantság

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

b) 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%

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

(2) Baleseti maradandó részleges rokkantság

a) Amennyiben a biztosított a baleseti testi sérülés következményeként, a baleset időpontját

követő 180 napon belül olyan maradandó részleges rokkantságot (egészségkárosodást) szenved, amely véglegesnek és visszafordíthatatlannak minősül, a biztosító a kötvényben megjelölt biztosítási összegből a maradandó részleges rokkantság mértékének megfelelő összeget fizeti ki.

b) A rokkantság mértékét a térítési táblázat szerint kell megállapítani.

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

d) Az ugyanazon baleseti eseményből származó több egészségkárosodás esetén a különböző százalékok összegzésre kerülnek, de a biztosítási szolgáltatás nem haladhatja meg a biztosítási kötvényben meghatározott biztosítási összeget.

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

Budapest, 2015. február 16.

BALESETI SÚLYOS MARADANDÓ ROKKANTSÁG ESETÉRE SZÓLÓ JÁRADÉK SZOLGÁLTATÁSI BIZTOSÍTÁS (MET-J01, MET-J02) KÜLÖNÖS FELTÉTELEI (A METLIFE CARE EGYÉNI BALESET- ÉS BETEGSÉGBIZTOSÍTÁS ÁLTALÁNOS FELTÉTELEIVEL EGYÜTT ÉRVÉNYES)

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító baleseti maradandó rokkantság esetén?



1. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

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

(2) A járadék első kifizetése az azt követő hónap 10. napján kezdődik, amely hónap 15. napjáig az igényelbíráláshoz szükséges dokumentumok hiánytalanul a biztosítóhoz érkeztek és az igényjogosultságot a biztosító elismerte.

(3) A rokkantság mértékét a térítési táblázat szerint kell megállapítani. A táblázatban nem említett maradandó egészségkárosodások a táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján, súlyosságukkal arányosan kerülnek elbírálásra a biztosított foglalkozásának figyelmen kívül hagyásával. A rokkantság bekövetkezését, annak maradandó jellegét és a maradandó rokkantság mértékét az igényelbírálás tartama alatt a biztosító orvos szakértője állapítja meg, aki e döntését más orvos szakértői testület megállapításától független hozza meg.

(4) Az ugyanazon baleseti eseményből származó több egészségkárosodás esetén a különböző százalékok összegzésre kerülnek, de a biztosítási szolgáltatás nem haladhatja meg a biztosítási kötvényben a járadékszolgáltatásra meghatározott biztosítási összeget.

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

Térítési táblázat a Baleseti maradandó részleges rokkantság estére és a Baleseti súlyos maradandó rokkantság esetére szóló biztosításokhoz

Testrészek

Térítés: egészségkárosodás a biztosítási összeg %-ában

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

Egy kar vagy egy kéz teljes elvesztése 60% 50%

A kar csontállományának lényeges

vesztése (meghatározott és gyógyíthatatlan sérülés) 50% 40%

A felső végtag teljes bénulása (az idegek gyógyíthatatlan sérülése) 65% 55%

A circumflex ideg teljes működésképtelensége 20% 15%

Váll ízületmerevsége (ankylosis) 40% 30%

Könyök ízületmerevsége:

- kedvező állapotú (15 fokos mozgás jobb szögben) 25% 20%

- kedvezőtlen állapotú 40% 35%

Az alkarok csontállományának nagyfokú csökkenése (meghatározott és

gyógyíthatatlan sérülés) 40% 30%

A medianus ideg teljes működésképtelensége 45% 35%

A radiális ideg teljes működésképtelensége 40% 35%

Az alkar radiális idegének teljes bénulása 30% 25%

A kéz radiális idegének teljes bénulása 20% 15%

A cubitális ideg teljes bénulása 30% 25%

Csukló ízületmerevsége (ankylosis)

kedvező állapotban (kiegyenesítés, behajlítás) 20% 15%

Csukló ízületmerevsége kedvezőtlen

állapotban (hajlított, feszítve kinyújtott vagy 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 combközéptől	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.	

Budapest, 2015. február 16.

BALESETBŐL SZÁRMAZÓ CSONTTÖRÉS ÉS ÉGÉSI SÉRÜLÉS ESETÉRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS (MET-F08, MET-F09) KÜLÖNÖS FELTÉTELEI (A METLIFE CARE EGYÉNI BALESET- ÉS BETEGSÉGBIZTOSÍTÁS ÁLTALÁNOS FELTÉTELEIVEL EGYÜTT ÉRVÉNYES)

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító baleseti csonttörés és égés esetén?



1. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

- a) A biztosítási esemény minden más októl függetlenül bekövetkező, baleseti eredetű csonttörés vagy baleseti eredetű égési sérülés.
- b) A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási szerződésben megjelölt biztosítási összegből az adott törésre vagy égési sérülésre a térítési táblázatban meghatározott százalékos összeget fizeti ki.
- c) Az ugyanazon baleseti eseményből származó több egészségkárosodás (törés, égési sérülés) esetén a különböző százalékok összegzésre kerülnek, de a biztosítási szolgáltatás nem haladhatja meg a biztosítási szerződésben megjelölt biztosítási összegét.
- d) 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.
- e) A biztosító az igényelbírálás tartama alatt jogosult a saját költségén a biztosítottat az általa megnevezett orvosokkal megvizsgáltatni.
- f) A jelen kiegészítő biztosítás feltételei szerint esedékes szolgáltatás a biztosítás egyéb szolgáltatásaitól függetlenül kerül kifizetésre.

Térítési táblázat

Az egészségkárosodás mértékét a következő térítési táblázat szerint kell megállapítani:

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, falcson vagy nyakszirtcsont 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%

Budapest, 2015. február 16.

BALESETBŐL EREDŐ KÓRHÁZI ELLÁTÁSRA ÉS MŰTÉTI BEAVATKOZÁS ESETÉRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS (MET-N08, MET-N09, MET-S08, MET-S09) KÜLÖNÖS FELTÉTELEI (A METLIFE CARE EGYÉNI BALESET- ÉS BETEGSÉGBIZTOSÍTÁS ÁLTALÁNOS FELTÉTELEIVEL EGYÜTT ÉRVÉNYES)

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító baleseti kórházi ellátás és műtét esetén?



1. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

A jelen feltételek szempontjából biztosítási esemény a biztosított balesetből származó kórházi és/vagy műtégi ellátása, amennyiben a kórházi ellátás és/vagy az orvos által végzett műtégi beavatkozás a baleset időpontjától számított 180 napon belül következik be.

(1) Balesetből származó kórházi ellátásra szóló napi térítés

a) Amennyiben a biztosított személy, a biztosítási szerződés hatálybalépése után bekövetkezett baleseti testi sérülés következtében benn fekvőként kórházi ellátásban részesül, a biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott kórházi napi térítési összeget fizeti a biztosítottnak a kórházi ellátás első napjától az ellátás tartamára, de legfeljebb a 90. naptári napig.

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

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

d) Ugyanazon, vagy hasonló ok következtében szükségessé váló, egymást követő kórházi ápolások esetén a kórházi ellátás teljes időtartama ugyanazon baleset vagy betegség következményének számít. Ugyanazon, vagy hasonló ok következtében szükségessé vált kórházi ellátás esetén a biztosító a biztosítási szerződés teljes érvényességi ideje alatt legfeljebb 2 alkalommal teljesít kórházi napi térítési szolgáltatást.

(2) Balesetből származó műtét esetén fizetendő térítés

a) Ha a biztosított személy a biztosítási szerződés hatálybalépése után bekövetkezett baleseti testi sérülés következtében kórházi ellátásban részesül, és orvos által elvégzendő műtégi eljárás

alá utalják, a biztosító a szerződés rendelkezéseinek megfelelően műtégi térítést fizet, melynek összegét a műtégi táblázatban az adott eljárásra megállapított százalékos érték és a szerződésben meghatározott biztosítási összeg alapján állapítja meg.

b) Ha ugyanazon műtégi eljárásban több sebészeti beavatkozás szükséges, akkor az egész műtégi eljárástért fizetendő összeg a legmagasabb százalékos értékű műtégi beavatkozás térítési összegével egyezik meg.

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

2. § Kizárások

Az általános szerződéses feltételekben megfogalmazott kizárásokon túlmenően a jelen biztosítás esetén a biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alább felsorolt eseményekre:

a) kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,

b) orvosi rutin vizsgálat vagy egyéb vizsgálat, ha nincs baleseti eredetű egészségromlásra utaló tényleges tüneti jel, továbbá laboratóriumi diagnózis és röntgen vizsgálat, kivéve a megelőző orvosi vizsgálat során megállapított, baleseti eredetű egészségkárosodás következtében alkalmazott ilyen jellegű vizsgálatot,

c) alkohol és hallucinogén anyag függőségi elvonókúra és gyógykezelésük,

d) a kórházi ellátás tartama alatt elszenvedett bármilyen fertőzés.

Budapest, 2015. február 16.

BALESETBŐL VAGY BETEGSÉGBŐL SZÁRMAZÓ KÓRHÁZI ELLÁTÁS ESETÉN, NAPI TÉRÍTÉSRE (MET-NA1, MET-NA2) ÉS MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁSOK (MET-SA1, MET-SA2) FELTÉTELEI (A METLIFE CARE EGYÉNI BALESET- ÉS BETEGSÉGBIZTOSÍTÁS ÁLTALÁNOS FELTÉTELEIVEL EGYÜTT ÉRVÉNYES)

A jelen biztosítás a MetLife Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a MetLife Care egyéni baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei az irányadók.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér az általános feltételekben foglaltaktól, úgy a különös feltételek az irányadóak.

1. § 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. A 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 kockázatelbírálásra jogosult szerve a benyújtott kiegészítő ajánlatot elfogadta.

(3) A kiegészítő biztosítás tartama 1 év. 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. Az automatikus hosszabbítás esetén feltétel, hogy az éves tartam során a főbiztosítás is hatályban maradjon és a biztosított még ne töltse be a 60. életévét.

(4) A kiegészítő biztosítás 18 és 59 éves kor között lévő személyekre köthető, de a biztosított életkora a lejáratkor nem haladhatja meg a 60 évet.

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

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító baleseti, illetve betegségi kórházi ellátás és műtét esetén?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

(1) Kórházi ellátásra szóló napi térítés

- a) Amennyiben a biztosított személy, a biztosítási szerződés hatályba lépése után bekövetkezett sérülés vagy első alkalommal bekövetkezett betegség 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. nap-tári napig.
- b) 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.
- c) 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.
- d) 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.
- e) 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.
- f) 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.

(2) Műtéti térítés

- a) 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.
- b) 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.
- c) 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.

3. § Kizárások

Az általános szerződéses feltételekben megfogalmazottakon túlmenően a jelen biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek, és a szolgáltatási összeg nem kerül kifizetésre, ha a biztosított kórházi és/vagy műtéti ellátását okozó baleset vagy betegség közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:

- a) terhesség, szülés, elvetélés, koraszülés vagy abortusz,
- b) a szerződés hatályba lépését követő első 60 napon belül bekövetkezett bármilyen betegség miatt szükségessé vált kórházi ellátás és műtéti beavatkozás,
- c) a szerződés hatályba lépését követő első 180 nap alatt végrehajtott, a mandula, illetve orrpolip eltávolítását célzó műtét, illetve kórházi gyógykezelése,
- d) kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,
- e) 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,
- f) elmebeli és idegi rendellenességek és gyógykezelésük, valamint alkohol és hallucinogén anyag függőségi elvonókúra és gyógykezelésük,

- g) a kórházi ellátás tartama alatt elszenvedett bármilyen fertőzés.

4. § A biztosítás díja

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

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 kimetszése	50%
MELLKAS, MELL	
Mellkas megnyitása, mellkas plasztika	100%
Tüdő vagy tüdőlebeny eltávolítása	100%
Echinococcus ciszta eltávolítása a tüdőből	75%
Nyelőcsőműtét	75%
Szív vagy aortaműtét	100%
Egy - vagy kétoldali radikális melleltávolítás	75%
Egy - vagy kétoldali egyszerű melleltávolítás	50%
Mell részleges eltávolítása	25%
Melldaganat vagy ciszta kimetszése	25%
Légcsőmetszés	25%
Becsővezés mellkas csapoláshoz	25%
Mellkas csapolás	10%
Mediasztinum daganat eltávolítása a szegycsont felvágásával	75%
Mellhártya összenövésének felszabadítása	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, cirskéle, heresér, hasfali sér, műtét utáni sér	25%
Teljes vagy részleges gyomoreltávolítás, vagotómia, pylorus plasztika, nyombélfekély	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 májeltávolítás	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 sebési beavatkozás egyetlen műtétnek számít.	
NYIROKCSOMÓK	
Nyirokcsomó eltávolítása hónaljából vagy lágyékból	50%
HÚGY ÉS IVARSZERVEK	
Vese eltávolítása	75%
Daganat, kő, húgycső, húgyhólyag eltávolítása: – sebési 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 prostata eltávolítás medencei nyirokcsomó eltávolítással	100%
Körülmetélés	10%
Ondósinór lekötése	25%
Hólyag diverticulum eltávolítása	50%
ORTOPÉDIAI MŰTÉTEK	
Hosszú csőves csontok korrekciós műtéti ellátása	50%
Egyéb csontok korrekciós műtéti ellátása	25%
Törések egyszerű rögzítése	10%
Kulcsont, 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-, térdficam rögzítése	10%
Térdkalács ficamának rögzítése	10%
Patella sebészeti eltávolítása	50%
Ujjficam rögzítése	10%
Meniszkusz eltávolítás arthroszkóppal	50%
Ujjamputáció (bármely ujj)	25%
Lábközépcsont, kézközépcsont amputációja	25%
Amputáció a csuklótól vagy a 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 lekötése	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-, nyelöcső 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%

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

Körömmeltávolítás	5%
Tályog bemetszése	5%
Polip eltávolítása a bélből	25%

KÜLÖNLEGES MŰTÉTEK

Csontvelő átültetés	100%
---------------------	------

BÖRGYÓGYÁSZAT

Bőrbíopszia	5%
Faggyúcisza 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%
Hüvelyplasztika	25%
Vulva teljes kimetszése	50%
Méhkürtplasztika	50%
Petefészek ékrezekciója	25%
Endoszkópia (invazív laparoszkópia)	50%
Endoszkópia (invazív hiszteroszkópia)	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%
Bőrlebens 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%

Roszdindulatú 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 sebészeti eltávolításáért fizethető maximális szolgáltatási összeggel.	

Budapest, 2015. február 16.

1. SZÁMÚ MELLÉKLET

Milyen dokumentumokra van szüksége a biztosítónak a kifizetéshez?



Tájékoztató a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokról

A szolgáltatási igény elbírálásához a következő iratokat szükséges benyújtani:

Valamennyi szolgáltatási igény esetén:

- a) a biztosító erre a célra szolgáló kitöltött és aláírt kárbejelentő nyomtatványát,
- b) a biztosítási eseményt okozó eseményre vonatkozó (annak bekövetkezésében szerepet játszó baleset), illetve az azt követő valamennyi ellátás orvosi dokumentációja, kezelések, vizsgálatok iratai, kórházi zárójelentések, szövettani eredmények, műtéti leírások, szakorvosi iratok másolatait,
- c) háziorvosi betegkarton másolatát,
- d) hatósági eljárás esetén a tényállás megállapítására alkalmas hiteles hatósági okiratot, vádindítványt vagy vádiratot, bírósági ítéletet vagy az eljárást befejező/elutasító határozatot, amennyiben ilyen készült és az okirat szükséges a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához,
- e) külföldön bekövetkezett biztosítási esemény esetén a biztosítási esemény körülményeiről a külföldi állami, vagy önkormányzati hatóság és egészségügyi intézmények által kiállított okiratok hiteles magyar fordítását,
- f) a baleset tényét és körülményeit igazoló rendőrhatalósági jegyzőkönyv vagy más hatósági jelentés másolatát (amennyiben ilyen készült),
- g) továbbá mindazon okiratokat, amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek.

A haláleseti biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez:

- a) a hitelesített halotti anyakönyvi kivonatot,
- b) a halottvizsgálati bizonyítvány másolatát,
- c) a halál okát, valamint a halált okozó betegség kezdetének időpontját és lefolyását igazoló részletes orvosi bizonyítványt,
- d) boncjegyzőkönyv másolatát, amennyiben boncolás történt,

- e) halotti epikrízist tartalmazó kórházi zárójelentést,
- f) az eredeti érvényben lévő biztosítási kötvényt vagy a kötvény elvesztésére vonatkozó nyilatkozat két tanú aláírásával,
- g) a kedvezményezett személyét azonosító hivatalos okiratot,
- h) jogerős öröklési bizonyítvány vagy jogerős hagyatékátadó végzés másolatát (abban az esetben kell csatolni, ha korábban a kedvezményezettet név szerint nem nevezték meg),
- i) orvosi nyilatkozatot*,
- j) haláleset utáni orvosi jelentés formanyomtatványt.

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

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

Kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére járó szolgáltatás igénybevételéhez:

- a) a kórházi tartózkodásról és ellátásról szóló magyar nyelvű orvosi dokumentáció (zárójelentés) másolatát, amely tartalmazza a kórházi tartózkodás időtartamát, a kórtörténeti adatokat, a felállított diagnózisokat, az alkalmazott kezeléseket, illetve műtét esetén a műtéti beavatkozás pontos leírását, valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával,
- b) a sérült testrésszel kapcsolatban, a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően felállított orvosi diagnózisok, vizsgálatok, gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentációk másolatait (ha létezik ilyen),
- c) kórházi zárójelentést (nem kórházi igazolás!), külföldi kórházi zárójelentés esetén magyar nyelvű hiteles fordítással,
- d) ambuláns lapot, orvosi dokumentumok másolatát, hiteles magyar nyelvű fordítással,
- e) orvosi nyilatkozatot*,
- f) továbbá mindazon okiratokat, amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek.

**Balesetből származó csonttörés és égési sérülés esetére járó szolgáltatás igénybevételéhez:**

- a) a csonttörést, csontrepedést vagy égési sérülést igazoló lelet másolata (szükség esetén a biztosító be-kérheti az eredeti röntgenképet is).

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

Budapest, 2015. február 16.



2. SZÁMÚ MELLÉKLET

Egyes, a feltételekben meghatározott változók értékei

Díjtűrőhatár	300 Ft
A díj lehívásának időpontja a folyószámláról	A folyószámla terhelésének lehetséges kezdődátumai a biztosító által bankoknak átadott állomány alapján a következők: 2015.03.12. 2015.04.14. 2015.05.14. 2015.06.11. 2015.07.15. 2015.08.13. 2015.09.11. 2015.10.13. 2015.11.12. 2015.12.11. 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. február 16.

Hogyan juthatok kényelmesen a biztosítással kapcsolatos információkhoz?



SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK MYMETLIFE INTERNETES FELÜLET HASZNÁLATÁRA

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

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

3. § Jelen szerződés létrejötte esetén a szerződő az általa megadott e-mail címre elektronikus üzenetben felhasználónevet és elsődleges elérési kódot kap, amellyel szerződésének adatait éri el a www.metlifehungary.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 egységátlag 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 meg-

adott 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 határértéket. 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 ügyfélporthálón 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 árfolyamértékéhez 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 kiváltott tranzakcióval történő) 0-ra csökkenése után is érvényben marad oly módon, hogy amikor ismét egy-

ségek 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 üzembiztosára 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 felmondásaként kezel. Az írásbeli törlési kérelmet a biztosító a kérelem beérkezését követő második munkanap teljesíti.

Budapest, 2015. február 16.

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 vagyonkezelői 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 országaiban.

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.