

MetLife®



Élj tovább!

kombinált kockázati életbiztosítás
Budapest, 2015. október 1.

TARTALOMJEGYZÉK

Áttekintés az ÉlJ tovább! biztosítási termék főbb feltételeiről ¹ .	4
A MetLife Europe Limited ÉlJ tovább! (MET-280) kombinált kockázati életbiztosításának feltételei.	8
1. § A biztosítási szerződés alanyai	8
2. § A biztosítással kapcsolatos fogalmak.	8
3. § A biztosítási szerződés létrejötte és módosítása	10
4. § A biztosítási szerződés hatálybalépése, kockázatviselés kezdete	11
5. § Kockázatelbírálási időszak	11
6. § Várakozási idő	11
7. § A biztosítási esemény	12
8. § Közlési kötelezettség.	12
9. § Bejelentési kötelezettség.	12
10. § A biztosítási díj	13
11. § Késedelmes díjfizetés.	14
12. § A szerződés ismételt hatálybaléptetése (reaktiválás).	14
13. § Hitelfedezet	14
14. § Biztosítási esemény	14
15. § A kritikus betegségek esetére szóló szolgáltatás betegség-definíciói, a biztosítási események bekövetkezésének időpontja és a biztosítási esemény igazolása	15
16. § Lejárat díjvisszatérítés (Hűségbónusz)	16
17. § A biztosító teljesítése	17
18. § A biztosító mentesülése	17
19. § Kizárt kockázatok	18
20. § A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése	19
21. § Felmondás	19
22. § Elévülés.	19
23. § A biztosítási és az üzleti titok	19
24. § A személyes adatok kezelése	21
25. § A biztosítás megszűnésének esetei	22
26. § Adózással kapcsolatos jogszabályok	23
27. § Tájékoztatás és tájékoztatás.	23
28. § Illetékes bíróság, illetékes panaszforum.	23
1. számú melléklet: Tájékoztató a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokról	25
2. számú melléklet: Egyes, a feltételekben meghatározott változók értékei	27
Szerződési feltételek MyMetlife internetes felület használatára	28
Cégismertető.	32

ÁTTEKINTÉS AZ ÉLJ TOVÁBB! BIZTOSÍTÁSI TERMÉK FŐBB FELTÉTELEIRŐL¹



Kérdés

Kinek szól az ajánlatunk?

Biztosítási programunk azon ügyfeleknek ajánljuk, akik választ keresnek arra a kérdésre, hogy: Mi lesz a családommal, ha én meghalok, komolyabban megsérülök, vagy súlyosan megbetegszem?
A MetLife szerint az életbiztosítás az egyik legnagyobb figyelmesség és gondoskodás, amellyel megteremthetjük szeretteink védelmét.

Milyen élethelyzetekben ajánljuk különösen?

Az alábbiakban olyan élethelyzeteket mutatunk be, amikor a családoknak sokkal inkább szükséges átgondolniuk az életbiztosítási igényüket.

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

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

- A biztosított **halála** esetén a biztosító a haláleseti kedvezményezett részére kifizeti a biztosítási összeget.
(Részletek a 14. oldalon)
- Ha a biztosított **baleset következtében veszíti életét**, a biztosító a haláleseti szolgáltatási összeg felül kifizeti a kedvezményezettnek a baleseti halál esetére szóló biztosítási összeget is.



Példa

Autóbalesetet szenvedett ügyfelünk a baleset helyszínéről a kórházba szállítás közben életét veszítette. A biztosító kifizeti a biztosítási összeget a haláleseti kedvezményezett részére.

(Részletek a 14. oldalon)

Kérdés

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

Válasz

– Ha a biztosított – a termékfeltételekben definiált – **teljes és maradandó rokkantságot/egészségkárosodást szenved**, a biztosítás a rokkantság bekövetkezését követő díjesedékeségtől a rokkantság tartamára változatlan feltételek mellett díjmentessé válik.



Példa

Autóbalesetet szenvedett ügyfelünk a személygépkocsi vezetőjeként sérült. Koponyasérülést, bordatörést, mindkét oldali csípőcsont törést, tüdősérülést szenvedett el. Az agyi károsodás miatt féloldali bénulás, látásromlás lépett fel. Intenzív terápiás osztályon történt 1 hónapos kezelése után, rehabilitációs intézetben kezelték 3 hónapon keresztül. Folyamatos orvosi kezelés alatt állt, és több mint 12 hónapon keresztül teljesen munkaképtelen volt. A munkaképtelenség 6. hónapjában a biztosító díjmentesítette a szerződését, azaz a főbiztosítás továbbra is megmaradt, ám a díjakat nem kellett befizetnie a szerződőnek.

(Részletek a 15. oldalon)

– Ha a biztosítottnál **a termékfeltételekben felsorolt súlyos betegségek valamelyikét diagnosztizálják**, a biztosító kifizeti a biztosított részére a kritikus betegség esetére meghatározott biztosítási összeget, feltéve, hogy a betegség pontos diagnózisának megállapítását, illetve a műtét elvégzését követően a biztosított legalább 30 napig életben van.



Példa

48 éves férfi ügyfelünknek előzmény nélkül erős mellkasi fájdalom jelentkezett, mely miatt sürgősséggel kórházi felvétel történt és EKG készült. Az EKG akut szívinfarktust igazolt. A kórházban koszorúérfestés történt, mely beavatkozás során koszorúér tágitást végeztek. Biztosítottunk állapota azóta gyógyszeres kezelés mellett stabil, és a munkáját teljes értékűen ellátja. A biztosító az orvosi dokumentumok megvizsgálása után kifizette a biztosítási összeget.

45 éves nő ügyfelünknek rutin ultrahang vizsgálat során észlelték a bal emlő elváltozását. Diagnosztikus vizsgálat az emlő többgócú rosszindulatú daganatát mutatta ki. Sebészeti ellátás során a bal emlő eltávolításra került a környező megnagyobbodott nyirokcsomókkal együtt. A szövettani vizsgálat a rosszindulatú sejtek egészséges szövetek közé terjedését írta le, ezért a biztosító rosszindulatú daganat címén szolgáltatást teljesített. Ügyfelünk állapota jelenleg folyamatos ellenőrzés mellett kielégítő.

(Részletek a 15. oldalon)

– Ha a biztosított a tartam végén **életben van, a szerződés kifizetés nélkül megszűnik**.

– A biztosító **húsbónuszként**, a szerződésre befizetett díjak 25%-át a lejáratot követően kifizeti az elérti kedvezményezett részére, amennyiben a szerződés lejáratú időpontjáig esedékes díjakat megfizették.

Kik a biztosításban érintett személyek?

A *biztosított* személy az, akinek az életével kapcsolatos biztosítási eseményre a szerződés létrejön.

A *szerződő* személy az, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz, és annak elfogadása esetén a díjfizetést teljesíti. Amennyiben a szerződő természetes személy, akkor a szerződő személye minden esetben megegyezik a biztosított személyével. Jogi személy szerződő esetén a biztosított és a szerződő személye külön válik.

A *kedvezményezett* személy az, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási szerződésben megjelölt szolgáltatás igénybevételére jogosult.

(Részletek a 8. oldalon.)



Magyarázat

A szerződő és a biztosított ugyanaz a személy is lehet, egy család esetén például a férj.

Hogyan jön létre a biztosítás?

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

(Részletek a 10. oldalon.)

Kérdés

Válasz

Mikortól érvényes a biztosítás?

A kockázatviselés az azt követő nap 0 órájkor kezdődik, amikor az első díj a biztosító számlájára érkezik, feltéve, hogy a szerződés már létrejött vagy utóbb létrejön. A biztosító 3 hónapos várakozási időt köt ki, mely időszak alatt csak a baleset vagy heveny fertőző betegség miatt bekövetkező biztosítási esemény esetében szolgáltat. Amennyiben a biztosítási esemény a várakozási időn belül következik be, a biztosító a befizetett díjakat visszatéríti és ezzel a biztosítás megszűnik. (Részletek a 11. oldalon.)

Milyen hosszú a biztosítás tartama?

A biztosítási szerződés a kockázatviselés kezdetétől a kötvényen jelzett lejáratú időpontig tart, feltéve, hogy a feltételek 25. §-ában felsoroltak egyike miatt korábban nem szűnik meg. A jelen biztosítás esetében a biztosítási időszak a szerződő választása alapján 15, 20, illetve 25 év lehet, azzal a feltétellel, hogy lejáratkor a biztosított betöltött életkora nem haladhatja meg a 70 évet. (Részletek a 9. oldalon.)

Az ügyfélnek milyen kötelezettségei vannak?

Az ügyfelet közlési kötelezettség terheli a szerződés megkötésekor. 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, amelyre vonatkozóan a biztosító kérdést tett fel, és amelyet ismertek vagy ismerniük kellett. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.
A biztosítási szerződés hatálya alatt az ügyfél köteles a tudomásszerzéstől számított 5 munkanapon belül a biztosítót értesíteni a biztosítási szerződés megkötésekor megadott adatokban, valamint az ügyfél-átvilágítás során megadott adatokban bekövetkező változásról.
15 napon belül kell a biztosítónak bejelenteni, ha a biztosított foglalkozása, munkaköre vagy rendszeres szabadidős tevékenysége megváltozik. (Részletek a 12. oldalon.)

Mikor kell a díjat megfizetni?

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

Mit kell tenni, ha káresemény történik?

A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 60 napon belül kell a biztosító részére bejelenteni. A kárigény elbírálásához szükséges összes irat beérkezését követő 30 napon belül a biztosító teljesíti a szolgáltatást, amennyiben a teljesítésre köteles.
A kárigényt a biztosítóval szemben érvényesíteni a kár bekövetkeztétől számított 5 éven belül lehet, mely időtartam elteltével a kárigény elévül. (Részletek a 17. oldalon.)

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?

A biztosítók a veszélyközösség érdekében az átlagostól nagymértékben eltérő kockázatok és a szándékos események elkerülése, csökkentése, valamint a megfelelő díj megállapítása érdekében feltételeket szabnak a szerződések megkötésével kapcsolatban. A feltételek egyik csoportjába tartoznak a mentesülések és a kizárt kockázatok, amelyekre a biztosító kockázatviselése nem terjed ki a tartam során. A mentesülés eseteit és a részletes kizárásokat a termékfeltételek tartalmazzák. (Részletek a 17. oldalon.)

Fontos!

Kérjük, mindenképpen olvassa el a szerződési feltételek 18. és 19. §-ában felsorolt mentesülésre vonatkozó eseteit és a kockázatviselésből kizárt eseményeket!



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 19. oldalon.)

Kérdés

Válasz

Mikor szűnik meg a biztosítás?

A biztosítási szerződés automatikusan megszűnik a következő esetekben:

- a biztosítás lejáratának az időpontjában,
- a biztosított halálának időpontjában,
- a kritikus betegségek esetére szóló biztosítási összeg kifizetésével,
- ha a szerződést önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személy szerződő a biztosítást a szerződés létrejöttéről szóló értesítés kézhezvételétől számított 30 napon belül felmondja,
- a díjfizetés elmaradása miatt a türelmi idő végével,
- a 3 hónap várakozási időn belül bekövetkezett biztosítási esemény időpontjában,
- a szerződő írásbeli felmondásával,
- ha a biztosító írásban felmondja a szerződést.

(Részletek a 22. oldalon.)

Fontos!

A díjfizetés elmulasztása miatt megszünt szerződés a szerződő írásbeli kérelme alapján a megszűnés napjától számított 75 napon belül újra hatályba léptethető.



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

A biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszt szóban vagy írásban a következő elérhetőségek bármelyikén elő lehet terjeszteni: Központi ügyfélszolgálatunk az alábbi elérhetőségeken áll rendelkezésére:

- MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepe,
1138 Budapest, Népfürdő u. 22.; info@metlife.hu
telefonszám: 06-40-444-445, telefax: 06-1-391-1660

A Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvényben meghatározott fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Magyar Nemzeti Banknál (MNB Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.) fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet, vagy a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén bírósághoz fordulhat, vagy a Pénzügyi Békéltető Testület (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.) eljárását kezdeményezheti.

(Részletek a 23. oldalon.)

Budapest, 2015. október 1.

A METLIFE EUROPE LIMITED ÉLJ TOVÁBB! (MET-280) KOMBINÁLT KOCKÁZATI ÉLETBIZTOSÍTÁSÁNAK FELTÉTELEI

A jelen feltételekben foglalt rendelkezések a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited (a továbbiakban: biztosító) ÉlJ tovább! 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.

Kik a biztosításban érintett személyek?



1. § A biztosítási szerződés alanyai

(1) Szerződő: az a természetes személy vagy jogi személy, aki a szerződés megkötésére ajánlatot tesz, annak elfogadása esetén a biztosítási szerződést megkötő és a biztosítási díjak fizetésére kötelezettséget vállal.

(2) Biztosított: az a természetes személy, akinek az életére, az életével vagy az egészségével kapcsolatos biztosítási eseményekre a biztosítási szerződés létrejön.

(3) A biztosított belépési életkora 18 és 55 éves kor között lehet. A biztosított életkora a biztosítási tartam lejáratakor nem haladhatja meg a 70 évet.

(4) A biztosított belépési korát a biztosító úgy állapítja meg, hogy a szerződés megkötésének évéből levonja a biztosított születésének évét.

(5) A biztosított aktuális korát a biztosító úgy állapítja meg, hogy az aktuális évből levonja a biztosított születésének évét.

(6) Kedvezményezett: az a természetes vagy jogi személy, aki a biztosító szolgáltatására jogosultságot nyer. Kedvezményezett lehet a szerződésben megnevezett személy vagy a biztosított törvényes örököse akkor, ha a szerződő által írásban tett, a biztosítóhoz eljuttatott nyilatkozaton a biztosítási esemény bekövetkezéséig más kedvezményezettet nem neveztek meg.

a) Kedvezményezett megnevezése hiányában a haláleseti kedvezményezett(ek) a biztosított törvényes örököse(i), az elérési kedvezményezett a biztosított.

b) A kedvezményezett jelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal.

2. § A biztosítással kapcsolatos fogalmak

(1) Biztosítási ajánlat: a szerződőnek a biztosítási szerződés megkötésére irányuló írásbeli nyilatkozata,

amely tartalmazza a biztosítás elvállalásához szükséges összes adatot és körülményt. A biztosító az ajánlat elbírálása és a biztosítási kockázat elvállalása érdekében és az ahhoz szükséges mértékben további adat-szolgáltatást kérhet, amelynek a szerződő fél köteles eleget tenni, ennek elmaradása a biztosítási ajánlat elutasításához vezethet. A biztosító azokban az esetekben kérhet további adatszolgáltatást, ha a biztosított egészségi állapota, foglalkozása, sport, vagy hobbi-tevékenysége további pontosításra szorul, továbbá, ha a biztosítási ajánlat és a hozzá tartozó nyilatkozatok nem kerültek teljes körűen kitöltésre, illetve ha a szerződő, a biztosított vagy a kedvezményezett azonosítása a megadott adatok alapján nem lehetséges, valamint ha a szerződés pénzügyi fenntarthatósága megkérdőjelezhető.

(2) Kötvény: a biztosító által kibocsátott, a biztosítási szerződés létrejöttét igazoló okirat.

(3) Biztosítási időszak: rendszeres díjas biztosítások esetében a díjfizetés esedékességétől a következő díjfizetés esedékességéig terjedő egyéves, féléves, negyedéves vagy havi időszak.

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

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

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

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

e) A szerződőnek lehetősége van az évfordulóig díjjal rendezett szerződés díjfizetési gyakoriságát a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal, vagy a 27. § (1) bekezdésében található telefonos elérhetőségen történő bejelentéssel megváltoztatni. Az új díjfizetési gyakoriság a díjjal rendezett évfordulótól lép hatályba.

(4) 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.

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

a) Amennyiben a (3), (4) és (5) 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.

(6) A biztosítás tartama:

a) A biztosítási szerződés a szerződő ajánlatának a biztosító által történő elfogadásával a szerződő által választott határozott tartamra jön létre, rendszeres díjfizetéssel.

b) A biztosítás tartama 15, 20 és 25 év között bármely egész év lehet, figyelemmel az 1. § (3) bekezdésében foglaltakra.

c) A lejárat napja a biztosítási tartam utolsó évének biztosítási évfordulója.

(7) A biztosítási évforduló: a biztosítási év vége, azaz új biztosítási év kezdete, vagy a biztosítás lejárat.

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

(9) A biztosítási összeg: a biztosítási összeg a követényen feltüntetett, az adott biztosítási esemény bekövetkezésekor a szerződés feltételei szerint kifizetendő összeg.

(10) Technikai kamatláb: az a kamatláb, amellyel a biztosító az élet- és betegségbiztosítási díj és díjtartalék, illetve a balesetbiztosítási járadéktartalék megállapításakor kalkulál, amelynek maximális mértékét külön jogszabály állapítja meg. A technikai kamatláb mértéke 2,5%.

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

(12) A biztosítási esemény: a biztosítási szerződésben meghatározott jövőbeni esemény, amelynek bekövetkezése a biztosító szolgáltatását, vagy bizonyos összegnek a megfizetését kiváltja.

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

(14) 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.

(15) 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.

(16) Biztosításközvetítő: a biztosítási szerződés létrehozására irányuló rendszeres, üzletszerű tevékenységet végző személy, akinek tevékenysége kiterjed a biztosítási szerződés megkötésének elősegítésére, biztosítási termékek ismertetésére, ajánlására, az ezzel kapcsolatos felvilágosításra. A biztosításközvetítő lehet függő és független biztosításközvetítő. A függő biztosításközvetítő (ügynök) egy biztosító biztosítási termékeit vagy több biztosító egymással nem versengő biztosítási termékeit közvetíti. A független biztosításközvetítő lehet:

- a) alkusz, aki az ügyfél megbízásából jár el, és
- b) többes ügynök, aki egyidejűleg több biztosítóval fennálló jogviszonya alapján azok egymással versengő termékeit közvetíti.

(17) 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.

(18) Fogyasztó: a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy.

(19) Vállalkozás: a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körében eljáró személy.

(20) Ügymenet kiszervezése: a biztosító biztosítási vagy azzal közvetlenül összefüggő tevékenysége valamely részének végzésére más bíz meg.

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

(22) Viszontbiztosító: az a vállalkozás, amely viszontbiztosítási tevékenységet végez, és azzal közvetlenül összefüggő tevékenység végzésére engedéllyel rendelkezik.

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

(24) A szerződés létrehozása érdekében felmerülő költségek: az alábbiakban részletezett költségek.

Orvosi vizsgálatok költsége

Az orvosi vizsgálatok költségét a szerződés létrejötte esetén a biztosító viseli, amennyiben a szerződő nem

mondja fel a szerződést a 3. § (19) bekezdése alapján. A biztosító az orvosi vizsgálat költségeit a 3. § (19) bekezdés alapján történő elszámolás esetén jogosult a szerződőre hárítani. Aktuális költségét a 2. számú melléklet tartalmazza, amelyet a szolgáltatási díjak változásának arányában a biztosító jogosult évente egyszer módosítani.

Hogyan jön létre a biztosítás?



3. § A biztosítási szerződés létrejötte és módosítása

- (1) A biztosítási szerződés a felek írásbeli megállapodásával jön létre.
- (2) Az életbiztosítási szerződés megkötésének előfeltétele a szerződő írásbeli ajánlata a biztosító részére.
- (3) A biztosítónak az ajánlat elbírálására az ajánlat megtételétől számított 15 nap – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 nap – áll rendelkezésére.
- (4) A biztosító a szerződés elbírálására rendelkezésére álló 15 napos – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 nap – határidőben nyilatkozik az ajánlat elfogadásáról vagy elutasításáról. Ha a biztosító az ajánlatot elutasítja, a szerződés nem jön létre. Az ajánlat elutasítását a biztosító nem köteles megindokolni.
- (5) A biztosító ráutaló magatartásával létrejött fogyasztói szerződés esetén, ha a kockázatelbírálási idő alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, a biztosító az ajánlatot csak abban az esetben utasíthatja vissza, ha ennek lehetőségére az ajánlati lapon a figyelmet kifejezetten felhívta, és az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy az ajánlat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges.
- (6) Ha a szerződő fogyasztó, 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, feltéve, hogy az ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és a díjszabásnak megfelelően tették. Ilyen esetben a szerződés – az ajánlat szerinti tartalommal – az ajánlatnak a biztosító vagy képviselője részére történt átadásának időpontjára visszamenő hatállyal a kockázatelbírálási idő elteltét követő napon jön létre.
- (7) Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér jelen szerződési feltételektől, a biztosító a szerződés létrejöttétől számított tizenöt napon belül javasolhatja, hogy a szerződést jelen szerződési feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a

szerződő a javaslatot nem fogadja el vagy arra tizenöt napon belül nem válaszol, a biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított tizenöt napon belül a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.

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

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

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

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

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

(13) Ha egy szolgáltatásra a szerződő több kedvezményezettet jelölt, és a %-os mértékek együttes összege nem pontosan 100%, akkor a biztosító a kedvezményezettek között a kedvezményezés arányában osztja szét a teljes biztosítási összeget.

(14) A szerződő jogosult az eredetileg kijelölt kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal a biztosítási esemény bekövetkezéséig bármikor más kedvezményezettet jelölni. Ha nem a biztosított a szerződő fél, ehhez a biztosított írásbeli hozzájárulása is szükséges. Az új kedvezményezett állítás a kérelemnek a biztosító kötvénykiállításra jogosult szervezeti egységéhez történő beérkezésének időpontjával hatályos.

(15) Ha a szerződést nem a biztosított kötötte, a biztosított a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal a szerződésbe a szerződő helyébe bármikor beléphet. A belépéshez a biztosító hozzájárulása nem szükséges. A belépéssel a szerződőt megillető jogok és kötelezettségek összessége – ideértve a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettséget – a biztosítottra szállnak át. Belépés esetén a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a biztosított a szerződővel egyetemlegesen felelős.

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

(17) A szerződő az ajánlatát a szerződés létrejötte előtt bármikor írásban visszavonhatja. Ha a szerződő a szerződés létrejötte előtt írásban visszavonja a szerződés megkötésére tett ajánlatát, akkor a biztosító az összes befizetést – kamat nélkül – visszafizeti a szerződőnek.

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

(19) Az életbiztosítási szerződést – hitelfedezeti vagy hat hónapnál rövidebb tartamú életbiztosítás kivételével – a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy szerződő a szerződés létrejöttéről szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül írásbeli nyilatkozattal indoklás nélkül felmondhatja. A szerződő érvényesen nem mondhat le az őt megillető felmondási jogról. A biztosító kockázatviselése a felmondó nyilatkozat kézhezvételét követő napon megszűnik. A szerződő ezen rendelkezés szerinti felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően a biztosító 15 napon belül egy összegben visszafizeti a szerződő részére a befizetett díjnak a szerződés megkötésével és megszüntetésével összefüggésben felmerült költségekkel és a kockázatviselés költségével csökkentett összegét. A szerződés megkötésével és megszüntetésével összefüggésben felmerült költségek és a kockázatviselés költsége jogcímen a biztosító 1 havi díjat, de legfeljebb a 2. számú mellékletben meghatározott összeget vonja le a befizetett díjból.

Mikortól érvényes a biztosítás?



4. § A biztosítási szerződés hatálybalépése, kockázatviselés kezdete

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

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

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

5. § Kockázatelbírálási időszak

(1) A kockázatelbírálási időszak az ajánlat beérkezésétől számított 15 napig – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség 60 napig – vagy a kötvény korábbi kiállításáig tart.

(2) A kockázatelbírálási időszak alatt a biztosító nem áll kockázatban, kivéve az alábbi eseteket:

- a biztosító ráutaló magatartásával létrejött fogyasztói szerződés esetében, ha a biztosítási esemény a kockázatelbírálási időszak alatt következik be, és az ajánlatot a biztosító nem utasíthatja vissza,
- a kockázatelbírálási időszak alatt bekövetkező balaszból eredő biztosítási események tekintetében.

6. § Várakozási idő

(1) A biztosító a biztosítás kezdetétől számítva 3 hónap várakozási időt köt ki. Amennyiben a biztosítási esemény a várakozási időn belül következik be, a biztosító a befizetett díjakat visszatéríti és ezzel a biztosítás megszűnik, kivéve, ha a biztosítási esemény a várakozási időn belül bekövetkezett baleset vagy a várakozási időn belül szerzett heveny fertőző betegség következménye, amely esetben a biztosító a szerződésben meghatározott szolgáltatást teljesíti.

(2) Ha a szerződő fogyasztó és a szerződés a biztosító ráutaló magatartásával úgy jött létre, hogy a biztosító az ajánlatra annak beérkezésétől számított 15 napon belül – vagy ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 napon belül – nem nyilatkozott, a várakozási idő a biztosítási ajánlatnak a biztosító részére történt átadás időpontjában kezdődik.

7. § A biztosítási esemény

(1) A jelen feltételek szempontjából biztosítási esemény:

a) A biztosított halála, vagy
b) ha a biztosított a biztosítás tartama alatt, a kockázatviselés kezdetétől számított 3 hónap eltelte után a szerződésben meghatározott alábbi betegségek egyikeben megbetegszik, illetve a szerződésben meghatározott alábbi műtéti beavatkozások egyikén esik át: rosszindulatú daganat, szívinfarktus, agyi érkatasztrófa, veseelégtelenség, betegség vagy baleset következtében kialakuló teljes vakság, szívkoszorúér műtét, szervátültetés.

c) A biztosított szerződésben meghatározott teljes rokkantsága (maradandó egészségkárosodása).

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

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

Az ügyfélnek milyen kötelezettségei vannak?



8. § Közlési kötelezettség

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

(2) Az életkor helytelen bevallása következtében a biztosító a kockázati díjat

a) a valóságos aktuális életkor után járó kockázati díjnál alacsonyabb összegben állapította meg, a biztosítási

összeget arra az összegre kell leszállítani, amely a megállapított kockázati díjnak a biztosítás megkötésének időpontjában, a biztosított tényleges aktuális életkora mellett megfelelt volna,

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

(3) Ha a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, (ideértve különösen a (2) bekezdésben meghatározott esetet), és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított tizenöt napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést harminc napra írásban felmondhatja. Ha a szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított tizenöt napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított harmincadik napon megszűnik, ha a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő figyelmét felhívta. E jogokat a biztosító a szerződés fennállásának az első öt évében gyakorolhatja.

(4) A közlésre irányuló kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha:

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

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

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

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

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

(7) A közlési kötelezettségre vonatkozó szabályok érvényesek abban az esetben is, ha a biztosítás tartama alatt – a szerződő kérése alapján – a biztosítási szerződés újra hatálybaléptetésére kerül sor, de csak azon tények és körülmények tekintetében, amelyekre a biztosító az újra hatálybaléptetés kapcsán írásban kérdéseket tett fel.

9. § Bejelentési kötelezettség

(1) A szerződő fél, illetőleg a biztosított köteles a lényeges körülmények változását a biztosítónak írásban bejelenteni; lényeges körülménynek minősülnek a jelen § (2) és (3) bekezdésében meghatározott körülmények. A változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet és a biztosítottat; egyikük sem védekezhet olyan változás nem tudásával, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítónak bejelenteni, noha arról tudnia kellett, és a bejelentésre köteles lett volna. A

szerződő köteles lakcímének (értesítési címének) a megváltozása esetén az új címet a biztosítónak 15 napon belül írásban bejelenteni.

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

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

(4) A (3) bekezdés szerint bejelentett változás, vagy a szerződést érintő egyéb lényeges körülmény változása esetén a biztosító a tudomásszerzéstől számított tizenöt napon belül jogosult a jelentősen megváltozott kockázat fennállásának időtartamára a kockázati díjnak a kockázat változásával arányos növelését, illetve csökkentését kezdeményezni, vagy a szerződést harminc napra írásban felmondhatja. Ha a szerződő fél a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított tizenöt napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított harmincadik napon megszűnik, ha a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő fél figyelmét felhívta. Kockázatcsökkenés esetén a biztosító a csökkent kockázat fennállásának időtartamára a korábban alkalmazott díjnövelést megszüntetheti.

(5) Amennyiben a biztosított, illetőleg a szerződő a bejelentési kötelezettségének nem tesz eleget, a biztosító a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályokat alkalmazza azzal, hogy a biztosító ezzel kapcsolatos jogainak gyakorlására nyitva álló öt éves időszak a bejelentési határidő leteltét követő napon kezdődik.

Mikor kell a díjat megfizetni?



10. § A biztosítási díj

(1) A biztosítási díj az az összeg, amelynek fizetésére a szerződő kötelezettséget vállal a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási szolgáltatások ellenében. A biztosítási díj kiszámítása a biztosító díjszabása alapján a biztosított életkorának, egészségi állapotának,

foglalkozásának, a szerződőtől beérkezett információkból következő egyéb kockázati tényezőknek, továbbá a biztosítás tartamának, a biztosítás biztosítási összegének, valamint a díjfizetés gyakoriságának figyelembevételével történik. A biztosító ezen információkat az ajánlatból, az egészségi nyilatkozatból, az orvosi vizsgálati jelentésből, és esetlegesen a szerződőtől bekért egyéb dokumentumokból szerzi meg.

(2) A biztosítási díj fizetése rendszeres.

(3) Rendszeres díjfizetés esetén:

a) a díjfizetés tartama megegyezik a biztosítás tartamával;

b) a díj előre fizetendő éves díj;

c) a szerződő felek megállapodhatnak az éves díj havi, negyedéves vagy féléves részletekben történő megfizetésében;

d) a részletfizetés ütemezésének, a díjfizetés gyakoriságának megváltoztatását a szerződő a biztosítási évfordulón kérheti, azonban ez esetben a biztosító az éves díjhoz képest pótdíjat számít fel, amelynek mértékét minden egyes szerződés vonatkozásában évente állapítja meg.

(4) A biztosító megállapíthatja a fizetendő biztosítási díj minimális értékét, valamint annak mértékét – a módosítást követően kötendő szerződések tekintetében – naptári évenként egyszer módosítani. A minimális díjak aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

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

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

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

(8) Amennyiben a biztosító a kockázatelbírálás során az ajánlatot érintő lényeges körülmény miatt díjemelést vagy kizárást alkalmaz, az ajánlat megtételét követő 15 napon – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 napon – belül a szerződőnek írásban javaslatot tehet a módosításra. Ebben az esetben a szerződés visszamenőleges hatállyal csak abban az esetben jön létre, ha a biztosító által ajánlott módosítást a szerződő a kézhezvételt követően 15 napon belül írásban elfogadja. Erre a következményre a szerződőt a módosító javaslat megtételekor a biztosító figyelmezteti.

(9) A díjelőleget a biztosító az ajánlat 3. § (4) bekezdése alapján történő elutasítása vagy halasztása esetén, azzal egy időben visszajuttatja a szerződőnek. Az ajánlat

megtételétől a visszautalásig ezt az összeget a biztosító kamatmentes letétként kezeli.

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

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

(12) A biztosító jogosult a biztosítási szerződés adminisztrációjával kapcsolatos rendszeres, éves kötvényköltség felszámítására, mely a mindenkor esedékes biztosítási díjjal együtt kerül megfizetésre. A rendszeres kötvényköltség összegét a 2. számú melléklet tartalmazza. A rendszeres kötvényköltség mértékét a biztosító a költségei változásával összhangban jogosult évente egyszer módosítani. A biztosítás díját és a kötvényköltség összegét a kötvény tartalmazza.

11. § Késedelmes díjfizetés

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

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

12. § A szerződés ismételt hatálybaléptetése (reaktiválás)

(1) A biztosítási esemény nélkül, a díj nemfizetés miatt megszűnt biztosítás az eredeti feltételekkel újra hatályba lép, ha a szerződő, vagy a helyébe belépő biztosított a megszűnés napjától számított 75 napon belül az összes elmaradt díjat, valamint a szerződés szerint soron következő esedékes díjat az időarányos késedelmi kamattal együtt befizeti.

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

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

13. § Hitelfedezet

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

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

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

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

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

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

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító?



14. § Biztosítási esemény

A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződés hatálya alatt a szerződésben meghatározott biztosítási szolgáltatást teljesíti az alábbiak szerint.

(1) Haláleseti szolgáltatás: a biztosított biztosítás lejárata előtt bekövetkező halála esetén a biztosító kifizeti a kedvezményezettnek a szerződésben (biztosítási kötvényen) szereplő biztosítási összeget. A haláleseti szolgáltatási összegből az esedékes, de meg nem fizetett díjak levonásra kerülnek. A kifizetést követően a szerződés megszűnik.

(2) Baleseti halál esetére szóló szolgáltatás: a biztosított biztosítás lejárata előtt bekövetkező, a jelen feltételekben meghatározott baleseti sérülésből eredő halála esetén a biztosító a haláleseti szolgáltatási összeg felül kifizeti a kedvezményezettnek a szerződésben (biztosítási kötvényen) szereplő baleseti halál esetére szóló biztosítási összeget is. A szolgáltatási összegből az esedékes, de meg nem fizetett díjak levonásra kerülnek. A kifizetést követően a szerződés megszűnik. A jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosított balesete, amelynek következtében

és bármely más októl függetlenül a biztosított a baleset időpontjától számított 180 napon belül meghal.

(3) Kritikus betegségek esetére szóló szolgáltatás: ha a biztosított a biztosítás lejáratá előtt, a kockázatviselés kezdetétől számított 3 hónap eltelte után a szerződésben meghatározott betegségek egyikében megbetegszik, vagy a szerződésben meghatározott műtéti beavatkozások egyikén esik át, a biztosító kifizeti a biztosítottnak a szerződésben (biztosítási kötvényen) a kritikus betegség esetére meghatározott biztosítási összeget feltéve, hogy a betegség pontos diagnózisának megállapítását, illetve a műtét elvégzését követően a biztosított legalább 30 napig életben van. A szolgáltatási összegből az esedékes, de meg nem fizetett díjak levonásra kerülnek. A kifizetést követően a szerződés megszűnik. A jelen biztosítási szolgáltatás alapján a biztosítási összeg csak egy ízben és egyszeresen kerülhet kifizetésre. Több betegség egyidejű vagy egymást követő fellépése esetén a biztosító nem teljesít többszöri kifizetést.

(4) Rokkantsági díjmentesítés szolgáltatás: amennyiben a benyújtott igazoló okiratok alapján, illetve az elvégzett orvosi vizsgálatok eredményeként megállapításra kerül, hogy a biztosított a jelen feltételek szerinti teljes és maradandó egészségkárosodást szenvedett, a biztosítás a maradandó egészségkárosodás bekövetkezését közvetlenül követő díjesedékességi időponttól a rokkantság tartamára változatlan feltételek mellett díjmentessé válik.

A rokkantsági díjmentesítés szolgáltatás szempontjából teljes és maradandó rokkantságnak minősül az a betegségből származó egészségromlás vagy az a baleseti testi sérülésből eredő egészségkárosodás, amelynek következtében a biztosított teljes egészében (100%-ban) elveszíti munkaképességét, teljesen képtelenné válik bármely jövedelemszerző tevékenység folytatására, és amely egészségromlás, illetve egészségkárosodás változatlanul legalább 6 hónapon keresztül folyamatosan fennáll, és a 6. hónapot követően is teljesnek, maradandónak, véglegesnek és visszafordíthatatlannak minősül. Amennyiben a biztosított nem végez kereső foglalkozást, a biztosító az előző meghatározástól függetlenül teljes és maradandó rokkantságnak ismeri el a következő egészségkárosodásokat:

- mindkét szem látóképességének teljes és végleges elvesztése,
- mindkét kéz elvesztése a csukló fölött,
- mindkét láb elvesztése a boka fölött,
- egy kéz elvesztése csukló fölött és egy láb elvesztése boka fölött.

A rokkantság bekövetkezését követő 6 hónap türelmi idő alatt esedékes díjakat a szerződő köteles megfizetni. Amennyiben a teljes és tartós rokkantság biztosítási esemény utóbb bizonyítottá válik a biztosító e 6 hónap türelmi idő alatt befizetett díjakat visszafizeti a szerződő részére. A szerződés díjfizetés elmulasztása miatt történt

megszűnése esetén, a biztosítás érvényességi ideje alatt bekövetkezett biztosítási eseménnyel kapcsolatban, a biztosító csak a meg nem fizetett díj esedékességének napját követő egy éven belül benyújtott igénybejelentést (kárbejelentést) fogad el.

A rokkantság folyamatos fennállásának bizonyítása: a biztosított a biztosító felhívására köteles igazolni a rokkantság folyamatos fennállását, függetlenül attól, hogy a biztosító a rokkantság igazolását korábban már elfogadta. Amennyiben a biztosított nem tesz eleget ezen bizonyítási kötelezettségének, vagy a biztosított megállapítása szerint már nem rokkant (képesse vált bármely olyan foglalkozásnak vagy szakmai tevékenységnek a folytatására, amelyért fizetést vagy jövedelmet realizálhat) a díjmentesítés megszűnik és a szerződés szerint fizetendő összes díj a bizonyítási kötelezettség elmulasztását, illetve a rokkantság megszűnését követő díjesedékességtől újból esedékessé válik. A biztosító a díjmentesség megszűnéséről és a soron következő díjak esedékessé válásáról írásban értesíti a szerződőt.

15. § A kritikus betegségek esetére szóló szolgáltatás betegség-definíciói, a biztosítási események bekövetkezésének időpontja és a biztosítási esemény igazolása

A kritikus betegségek esetére szóló szolgáltatás szempontjából az egyes betegségek definíciója és a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja – amelyet a rendelkezésre álló orvosi iratok alapján a biztosító orvosa bírál el – a következők:

(1) Rosszindulatú daganat

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

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakban felsoroltakra:

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

– AIDS megbetegedés, illetve HIV fertőzöttség mellett fellépő bármely rosszindulatú daganat.
A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a betegség diagnosztizálásának időpontja.

(2) Akut (heveny) szívizominfarktus

Az akut (heveny) szívizominfarktus a vérellátás akadályozottságának (elégtelenségének) következtében kialakult (hirtelen) szívizomelhalás. Fenti diagnózis alátámasztásához szükséges legalább egy kardiológiai (bio) marker (Troponin I, Troponin T vagy CK-MB közül az egyik) szintjének típusos emelkedése és/vagy csökkenése, melynek mértéke az adott referenciatartomány felső határának legalább 99%-a. Ezen kívül:

- a szívinfarktus típusos klinikai tüneteinek akut megjelenése vagy
- új, időszakos EKG eltérések a következő elváltozások valamelyikének kialakulásával: ST eleváció (emelkedés), ST depresszió (csökkenés), T hullám inverzió, kóros Q hullámok vagy pitvar-kamrai blokk.

Egyéb akut koronária szindrómák, melyek magukban foglalják, de nem korlátozódnak az instabil anginára nem tekinthetők biztosítási eseménynek.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a betegség bekövetkeztének a kezelőorvos által megállapított időpontja.

(3) Agyi érkatasztrófa

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

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakban felsoroltakra:

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

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a betegség bekövetkeztének a kezelőorvos által megállapított időpontja.

(4) Szívkoszorúér műtét

Nyitott mellkasban végzett műtét, a szívkoszorúerek szűkületének vagy elzáródásának megoldására, megkerülő (by-pass) ér beültetésével. A diagnózist koszorúérfestéssel előzetesen igazolt szignifikáns koszorúér

szűkület alapján kell az illetékes kardiológusnak megállapítania. A biztosítás nem terjed ki a nem nagysebességi megoldásokra, a koszorúér tágitásra és az összes katéteres kezelési eljárásra, valamint azokra a műtétekre, amelyek szükségességét kardiológusi szakvélemény nem támasztotta alá.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét időpontja.

(5) Szervátültetés

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

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét időpontja.

(6) Veseelégtelenség

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

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a rendszeres dialízis kezelés megkezdésének időpontja vagy a veseátültetés időpontja, attól függően melyik következik be előbb.

(7) Vakság

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

A biztosítási esemény időpontja a teljes vakság diagnosztizálásának időpontja, amelyet szemész szakorvos véleménye igazol.

16. § Lejáratí díjvisszatérítés (Hűségbónusz)

A biztosító lejáratí díjvisszatérítés címén a szerződésre befizetett díjak 25%-át a lejáratot követően kifizeti a elérési kedvezményezett részére (az elérési kedvezményezett a szerződés biztosítottja, ha a szerződés másképp nem rendelkezik), amennyiben a szerződés lejáratí időpontjáig esedékes díjakat megfizették. Ha a szerződés a lejárat időpontja előtt megszűnik, a biztosító lejáratí díjvisszatérítést nem teljesít.

Mit kell tenni, ha káresemény történik?



17. § A biztosító teljesítése

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

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

(3) A biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez be kell nyújtani a biztosítási kötvényt, az 1. számú mellékletben megjelölt iratokat. A felsorolt okiratokon kívül a biztosítottnak joga van a károk igazolására a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

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

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

(6) A szükséges iratok beszerzésével kapcsolatos költségeket annak kell viselni, aki az igényt a biztosítóval szemben érvényesíteni kívánja.

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

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

(9) Ha a biztosító a panaszt elutasítja, az igényt érvényesíteni kívánó személy e döntés miatt a biztosítótól

független igazságügyi orvosszakértői vélemény beszerzését kérheti.

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

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

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

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

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

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?



18. § A biztosító mentesülése

(1) **A biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól mentesül, és a biztosítás díjtartalmát fizeti ki a biztosított törvényes örököse(i) részére, ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét.**

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

(3) **A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, amennyiben bizonyítja, hogy a biztosítási esemény**

a) a biztosított jogellenes vagy szándékos magatartásának következménye,

b) a biztosított szándékosan vagy súlyosan gondatlanul elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, azzal összefüggésben következett be, ez esetben a biztosításra ténylegesen befizetett díjat fizeti ki,

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

(4) **Amennyiben a biztosított a szerződéskötéstől számított két éven túl elkövetett öngyilkosság, vagy öngyilkossági kísérlet következtében hal meg, a biztosító a szerződésben meghatározott haláleseti biztosítási összeget fizeti ki.**

19. § Kizárt kockázatok

(1) Háborús kockázat

- a) A biztosító a háború fogalmát jelen rendelkezés (2) bekezdésében leírt definíció szerint alkalmazza.
- b) A háború szervezett fegyveres vagy más fegyverként ható eszközzel vívott kisebb-nagyobb küzdelem népcsoportok, népek, nemzetek, államok és szövetségi rendszerek, alkalmi csoportosulások között, legitim vagy illegitim jelleggel csoport-, nemzeti vagy közös érdekeik, politikai, gazdasági céljaik, területi igényeik érvényesítéséért. Háborúnak minősül különösen, de nem kizárólag minden háború vagy polgárháború, függetlenül a hadüzenet tényétől, forradalom, lázadás, zendülés, összeesküvés, polgári felkelés, idegen erő beavatkozása, invázió, statárium, ostromállapot, katonai vagy bitorolt hatalom gyakorlása, egyéb háborús cselekmények vagy bármely esemény vagy ok, amely statárium vagy ostromállapot kihirdetésének az eredménye.
- c) A biztosító – a jelen rendelkezés (4) bekezdésében foglalt kivételtől eltekintve – viseli a biztosított háború idején felmerülő kockázatait.
- d) Amennyiben a biztosított háború idején szolgáltatást teljesít bármely szemben álló fél bármely fegyveres erejénél a biztosítás hatálya felfüggesztésre kerül, és a biztosító kockázatviselése szünetel.
- e) Amennyiben a kockázatviselés szünetelése alatt biztosítási esemény történik, az aktuális díjtartalék és a biztosításra befizetett díjak közül a nagyobb kerül kifizetésre.
- f) A biztosítás a felfüggesztési időszak végén újra hatályba léptethető. Az újra hatálybaléptetéskor a jelen feltételek újra hatálybaléptetésre vonatkozó rendelkezéseit kell alkalmazni.

(2) AIDS kizárás

- a) A biztosító kizárja a kockázatviseléséből és nem teljesít biztosítási szolgáltatást, ha a biztosítási esemény a jelen rendelkezés (2) bekezdése szerinti opportunist fertőzés vagy rosszindulatú daganatképződés vagy öngyilkosság következménye, feltéve, hogy a biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosított kimutathatóan fertőzött volt a humán immunhiányt okozó vírussal (HIV) és/vagy szervezetében kialakult a szerzett immunhiány szindróma (AIDS).
- b) A biztosító a jelen feltételek szempontjából az AIDS meghatározására a WHO (World Health Organization) definícióját alkalmazza.
 - i. Az opportunist fertőzések körébe tartoznak, de azt nem merítik ki a *Pneumocystis carinii* okozta pneumónia (PCP), a mikroorganizmusok okozta krónikus gyomor- és bélgyulladás, a vírusos és/vagy szétterjedt gombás fertőzések.
 - ii. A rosszindulatú daganatok körébe tartoznak, de azt nem merítik ki a Kaposi-szarkóma, a központi idegrendszeri (agyi) limfóma és/vagy az olyan rosszindulatú

daganatok, amelyek a szerzett immunhiány megléte esetén a halál közvetlen okaiként ismertek vagy válnak ismertté.

iii. A szerzett immunhiány szindróma körébe tartozik a HIV által okozott agykárosodás és a HIV által okozott Wasting-szindróma.

c) Amennyiben a biztosító ezen kizárás szerint nem teljesít biztosítási szolgáltatást, a biztosításra ténylegesen befizetett összes díjat kifizeti a kedvezményezett részére.

(3) A biztosított részvétele jogellenes cselekedetekben

A biztosító kizárja a kockázatviselés köréből a biztosítási eseményt, és nem a biztosítási szolgáltatást, hanem a biztosításra ténylegesen befizetett díjat fizeti ki a kedvezményezett részére, ha a biztosítási esemény az alább felsoroltak bármelyikével összefüggésben következett be:

- a) A biztosított gyógyszerekkel vagy tudatmódosító szerekkel történő visszaélése.
- b) A biztosított alkoholizmusa vagy alkoholos befolyásoltsága.

(4) A baleseti halál esetére, a kritikus betegségek esetére és a rokkantsági díjmentesítés esetére szóló szolgáltatás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek, és a kockázatviselés nem terjed ki azon biztosítási eseményekre, amelyek bekövetkezése közvetlenül vagy közvetve összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:

- a) A biztosított öngyilkossági kísérlete, illetve a biztosított által szándékosan vagy súlyosan gondatlanul, önmagán okozott vagy előidézett sérülés (tekintet nélkül bármely esetben a biztosított elkövetéskori tudatállapotára).
- b) A jelen szerződésben meghatározott háború következménye.
- c) Bármely légi járművel, bármely minőségben történő utazás, illetve repülés, kivéve a légi forgalomban engedélyezett menetrend szerint közlekedő légi járat utasaként történő repülést.
- d) A biztosított részvétele bármely veszélyes sport- vagy szabadidős tevékenységben, mint búvárkodás, ejtőernyőzés, hegy és sziklamászás, bármely motorsport, stb.
- e) Bármilyen pszichiátriai kórkép vagy értelmi fogyatékosság.
- f) A szerződés hatálybalépése előtt bekövetkezett bármely testi sérülés, betegség vagy egészségi rendelkezesség.

(5) Kizárólag a baleseti halál és a kritikus betegségek esetére szóló szolgáltatás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a kockázatviselés nem terjed ki azon biztosítási eseményekre, amelyek bekövetkezése közvetlenül vagy

közvetve összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:

a) Sugárzás, maghasadás, illetve radioaktív vagy egyéb ionizáló sugárzással történő szennyeződés, kivéve, ha az ilyen sugárzást szabályosan feljogosított egészségügyi intézmény vagy orvos utasítására gyógyászati céllal alkalmazzák.

b) A biztosított bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota, kivéve, ha ezeket egészségügyi intézmény vagy személy előírására alkalmazzák, valamint ittas állapota, amennyiben az alkoholos befo-lyásoltság meghaladja a 0,5 g/l ‰ véralkohol szintet.

(6) Kizárólag a baleseti halál esetére szóló szolgáltatás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a kockázatviselés nem terjed ki azon biztosítási eseményekre, amelyek bekövetkezése közvetlenül vagy közvetve összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:

a) Bármilyen betegség, bakteriális fertőzések (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzések kivételével) és a gyógyászati vagy sebészeti gyógykezelések.

b) Bármely idegi vagy elméleti rendellenesség, elnevezésüktől vagy osztályozásuktól függetlenül (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezavar).

(7) Kizárólag a kritikus betegségek esetére szóló szolgáltatás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a kockázatviselés nem terjed ki azon biztosítási eseményekre, amelyek bekövetkezése közvetlenül vagy közvetve összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:

a) Orvosi kezelés kérésének vagy az orvosi tanács követésének indokolatlan elmulasztása.

b) Mérgező vagy maró anyagok bevétele, illetve gázok, gőzök vagy füst tudatos vagy önkéntelen belélegzése, amennyiben a belélegzett anyagok koncentrációja a jogszabályban meghatározott egészségügyi határértéket meghaladja.

20. § A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése

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

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

21. § Felmondás

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

(2) A biztosító a szerződést a biztosítási kockázat jelentős növekedése, illetve a közlési és bejelentési kötelezettség megsértése esetén a jelen szabályzat 8. § (3) bekezdésében és 9. § (4) bekezdésében foglaltak szerint felmondhatja.

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

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

22. § Elévülés

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

Mit tesz a biztosító az adataim biztonságá érdekében?



23. § A biztosítási és az üzleti titok

(1) A biztosító köteles biztosítóról és a biztosítási tevékenységről szóló a 2003. évi LX. törvény (a továbbiakban: Bit.) 153-161/A. §-ában 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 Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

(3) A Bit. 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 bí-

rósággal, 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 feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivattal,

h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,

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

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

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

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

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

n) 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,

o) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,

p) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal szemben.

Ha az a)-j) és n) 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), n), o) és p) 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) a 2013. június 30-ig hatályban volt a Büntető törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,

b) a Büntető törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, 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 ügygel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról.

(7) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító, biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.

(8) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben:

a) ha a biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy

b) ha – az adatalany hozzájárulásának hiányában – az adattovábbításnak törvényben meghatározott adatköre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban a személyes adatok védelmének megfelelő szintje az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (a továbbiakban: Infotv.) 8. § (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.

(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 adattovábbí-

tás, 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 az összevont alapú felügyeletre és a külön törvényben szabályozott a kiegészítő felügyeletre vonatkozó rendelkezések teljesítésének érdekében történő adatátadás,

e) a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó külön törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség.

(10) A biztosító az esetleges kiszervezett tevékenységet végző személyek, valamint az orvosszakértői véleményt készítő szakorvosok számára az ügyfelek személyes és különleges adatait továbbíthatja abból a kizárólagos célból, hogy azok szolgáltatásaikat a szerződő számára közvetlenül ajánlhassák fel, illetőleg a kiszervezett tevékenységet maradéktalanul elláthassák. A biztosító az ügyfelek személyes adatait, valamint a biztosítási szerződés pénzügyi és aktuáriusi adatait pedig a szerződés fenntartása és kezelése, illetve a szerződésben foglaltak teljesítése céljából és érdekében a külföldre történő adattovábbítás szabályainak figyelembevételével – adatfeldolgozási céllal a külföldi székhelyű anyavállalata (MetLife EU Holding Company Ltd., (Írország), MetLife Inc. (USA), American Life Insurance Company (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, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a Bit. által meghatározott egyéb cél lehet. Ettől 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 írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól;

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

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

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

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

24. § A személyes adatok kezelése

(1) A biztosító, a biztosításközvetítő 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, fenntartása és a biztosítási szolgáltatás érdekében a biztosítóval közölt.

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

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

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

(5) A biztosító által kezelhető adatok köre:

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

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

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

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

(9) A szerződő, a biztosított és bármely más érintett személy jogosult a biztosítótól kérelmezni:

- a) tájékoztatást személyes és különleges adatai kezeléséről,**
- b) személyes vagy különleges adatainak helyesbítését vagy módosítását, illetve**
- c) személyes vagy különleges adatainak – a kötelező adatkezelés kivételével – törlését vagy zárolását; emellett**
- d) az Infotv. 21. §-ban meghatározott esetekben tiltakozhat személyes adatainak kezelése ellen. A felsoroltakat a szerződő, a biztosított, illetve az**

érintett személy írásban kérheti a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepe ügyfélszolgálatánál (1138 Budapest, Népfürdő u. 22.), ha személyazonosságát megfelelő dokumentumokkal igazolta.

(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.

(12) Abban az esetben, ha a személyes vagy különleges adatokhoz fűződő jogokat megsértik, a szerződő, a biztosított, illetve az érintett személy a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság (1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/C; telefon: +36-1-391-1400; fax: +36-1-391-1410; e-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu) vizsgálatát kezdeményezheti, vagy bírósági eljárást indíthat. Az adatkezeléssel kapcsolatos részletes jogokat és jogorvoslati lehetőségeket részletesen az Infotv. 13-17. és 30. alfejezetei tartalmazzák.

Mikor szűnik meg a biztosítás?



25. § A biztosítás megszűnésének esetei

(1) A biztosítás megszűnik ha az alábbiakban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezését követően a biztosító teljesít:

- a) a biztosítás lejáratának időpontjában,
- b) biztosított halálának időpontjában,
- c) a kritikus betegségek esetére szóló biztosítási összeg kifizetésével,
- d) ha a szerződést szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy szerződő a biztosítást a 3. § (19) bekezdése alapján a szerződés létrejöttéről szóló jognyilatkozat kézhezvételétől számított 30 napon belül felmondja,
- e) ha a szerződő a biztosítást a 21. § (1) bekezdése alapján felmondja,
- f) ha a biztosító a szerződést a 21. § (2) bekezdése alapján felmondja,

- g) a három hónapos várakozási időn belül bekövetkezett biztosítási esemény időpontjában,
 h) a késedelmes díjfizetéssel összefüggésben a 11. § (2) bekezdésében meghatározott esetben.
 (2) A szerződés megszűnésekor a felek kölcsönösen lemondanak a díjtűrőhatár mértékét meg nem haladó követelésükről.

26. § Adózással kapcsolatos jogszabályok

Az életbiztosítások adózására a következő jogszabályok vonatkoznak:

- 1995. évi CXVII. törvény a személyi jövedelemadóról
- 1997. évi LXXX. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről, egységes szerkezetben a végrehajtásáról szóló 195/1997. (XI. 5.) kormányrendelettel
- 1991. évi IV. törvény a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról
- 1996. évi LXXXI. törvény a társasági adóról és az osztalékadóról

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



27. § Tájékozódás és tájékoztatás

A szerződő fél saját szerződése felől az alábbi módokon tájékozódhat:

- (1) A szerződő fél a biztosító személyes ügyfélszolgálatán (1138 Budapest, Népfürdő u. 22. fsz.) hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, keddtől péntekig tartó munkanapokon 9 és 17 óra között; kék telefonszámán (06 40 444 445) hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, keddtől péntekig tartó munkanapokon 8 és 17 óra között tájékozódhat szerződése egyes főbb adatainak változásáról.
- (2) Amennyiben a szerződő rendelkezik MyMetLife hozzáféréssel, amelynek feltétele a MyMetLife szerződés megkötése, akkor a szerződő a MyMetLife internetes ügyfélporthálón is tájékozódhat a saját szerződése aktuális értékéről.
- (3) A biztosító a 2. számú mellékletben foglalt változásairól 30 nappal a változás előtt hirdetmény útján tájékoztatja a szerződőt.
- (4) A biztosítási szerződés megkötését követően a biztosító évente legalább egyszer írásban tájékoztatja ügyfelét életbiztosítási szerződése szolgáltatási értékéről, a visszajáró többlet hozam jóváírásának mértékéről, és egyéb, jogszabály által előírt adatokról.

(5) A biztosítási szerződésben rögzített értékkövetés érvényesítése során a biztosító az ügyfelet tájékoztatja az értékkövetéssel érintett és nem érintett elemek vonatkozásában. A biztosító felhívja a figyelmet a biztosítási szerződés értékkövetéssel kapcsolatos rendelkezéseire, külön is kitérve az ügyfelet az értékkövetéssel kapcsolatban megillető jogokra.

(6) Amennyiben a biztosítási szerződés feltétele a leendő ügyfél orvosi vizsgálata, akkor az ügyfél az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.

(7) Ha a szerződést nem a biztosított köti, a biztosítási esemény bekövetkezéséig vagy a biztosított belépéséig a szerződő a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a biztosítottat köteles tájékoztatni.

28. § Illetékes bíróság, illetékes panaszforum

(1) Jelen biztosítási feltételekre és a biztosítási szerződésre vonatkozóan a magyar jogszabályok irányadók.

(2) A biztosítási szerződésből eredő igények érvényesítésére indított valamennyi, járásbíró hatáskörébe tartozó perre a Budapesti II. és III. Kerületi Bíróság a kizárólagosan illetékes bíróság. Az illetékes felügyeleti szerv az Ír Pénzügyi Szolgáltatások Hatóságának Központi Bankja (Central Bank of Ireland, PO Box 559, Dame Street, Dublin 2, Írország).

(3) További illetékes panaszforum a biztosító magyarországi fióktelepe (1138 Budapest, Népfürdő u. 22.). Az ügyfélszolgálat elérhetőségei az alábbiak:

Cím: H-1138 Budapest, Népfürdő u. 22.

E-mail: info@metlife.hu

Fax: 06 1 391 1660

Telefon: 06 40 444 445

(4) A panaszt az ügyfélszolgálat részére szóban (telefonon vagy személyesen), illetve írásban lehet megtenni.

(5) Személyesen panasz tehető a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepe személyes ügyfélszolgálatán (1138 Budapest, Népfürdő u. 22. fsz.) hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, más munkanapokon 9 és 17 óra között.

(6) Szóbeli panasz tehető a biztosító kék telefonszámán (06 40 444 445) hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, más munkanapokon 8 és 17 óra között. A fenti telefonszámon bejelentett panaszokat a biztosító rögzíti.

(7) Írásbeli panasz tehető az alábbi módokon:

- a) postai úton a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepe részére, a 1138 Budapest, Népfürdő u. 22. címen,
- b) e-mailben a (3) bekezdésben foglalt címre küldve, vagy
- c) faxon a (3) bekezdésben foglalt faxszámon.

(8) A biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő harminc napon belül megküldi az ügyfélnek.

(9) A panaszos a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvényben meghatározott fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Magyar Nemzeti Banknál fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet, vagy a biztosítás létrejöttével, érvényességével, joghatá-

saival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén az illetékes bírósághoz fordulhat, vagy a Pénzügyi Békéltető Testületnél (amelynek levelezési címe: H-1525 Budapest, BKKP Postafiók: 172) eljárást kezdeményezhet.

Budapest, 2015. október 1.

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 biztosítási szolgáltatási iránti igény esetén:

- a biztosító erre a célra szolgáló kitöltött és aláírt igénybejelentő nyomtatványa,
- a biztosítási eseményt okozó eseményre vonatkozó (annak bekövetkezésében szerepet játszó halál, baleset, betegség, maradandó egészségkárosodás), illetve az azzal kapcsolatos valamennyi ellátás orvosi dokumentációja, gyógykezelések, vizsgálatok iratai, kórházi zárójelentések, szövettani eredmények, műtéti leírások, szakorvosi iratok másolata,
- háziorvosi kórtörténet másolata,
- hatósági eljárás esetén a tényállás megállapítására alkalmas hiteles hatósági okirat, vádindítvány vagy vádirat, bírósági ítélet vagy az eljárást befejező/elutasító határozat, amennyiben ilyen készült és az okirat szükséges a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához (ha készült),
- munkahelyi baleseti jegyzőkönyv (ha készült),
- véralkohol vizsgálati eredmény (ha készült),
- toxikus anyagok szedésére vonatkozó vizsgálati eredmény (ha készült),
- külföldön bekövetkezett biztosítási esemény esetén a biztosítási esemény körülményeiről a külföldi állami, vagy önkormányzati hatóság és egészségügyi intézmények által kiállított okiratok hiteles magyar fordítása,
- a baleset tényét és körülményeit igazoló rendőrhatalósági jegyzőkönyv vagy más hatósági jelentés másolata (amennyiben ilyen készült),
- a sérült testrésszel kapcsolatban, a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően felállított orvosi diagnózisok, vizsgálatok, gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentációk másolatai (ha létezik ilyen).

A halál esetére irányuló szolgáltatási igény esetén:

- a hitelesített halotti anyakönyvi kivonat,

- a halottvizsgálati bizonyítvány másolata,
- a halál okát, valamint a halált okozó betegség kezdetének időpontját és lefolyását igazoló részletes orvosi bizonyítvány,
- boncjegyzőkönyv másolata, amennyiben boncolás történt,
- halotti epikrízist tartalmazó kórházi zárójelentés,
- az eredeti érvényben lévő biztosítási kötvény vagy a kötvény elvesztésére vonatkozó nyilatkozat két tanú aláírásával,
- Azon iratok, amelyek a kedvezményezett jogosság (személyazonosítás, illetve kedvezményezett vagy örökös státusz) igazolásához szükségesek,
- jogerős öröklési bizonyítvány vagy jogerős hagyatékátadó végzés másolata (abban az esetben kell csatolni, ha a kedvezményezettet nem nevezték meg, vagy a kedvezményezett a biztosított előtt elhalálozott, és a kedvezményezett módosítására nem került sor),
- gyámhatósági határozatot (kiskorú kedvezményezett esetén),
- haláleset utáni orvosi jelentés formanyomtatvány vagy a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata a káresemény háttérében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismézésének pontos időpontjával.

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

- a biztosítási eseményt leíró és alátámasztó, szakorvos vagy intézmény által igazolt orvosi dokumentációt (zárójelentések, vizsgálati és szövettani eredmények),
- szükség esetén a biztosítási eseményt alátámasztó, aktuálisan elvégzett szakorvosi vizsgálati eredményt,
- az eredeti, érvényben lévő biztosítási kötvényt vagy a kötvény elvesztésére vonatkozó nyilatkozat két tanú aláírásával.

A rokkantsági díjmentesítés szolgáltatási igény esetén:

- a biztosítási eseményt leíró és alátámasztó, szakorvos vagy intézmény által igazolt orvosi dokumentáció (zárójelentések, vizsgálati és szövettani eredmények),
- a rokkantság bekövetkezését követő 6 hónap türelmi idő alatt esedékes díjak befizetését igazoló bizonylatok,
- a vizsgálati eredmények, az orvosi jelentés valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával illetőleg az egészségkárosodás mértékének igazolásával,

- állapotrosszabbodás esetén: a szolgáltatás megállapítása óta történt orvosi vizsgálatok, kezelések dokumentumainak a másolata,
- az egészségkárosodás véglegessé válását követően készült kezelőorvosi állapotleírás,
- a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata a káresemény háttérében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismézésének pontos időpontjával.

Budapest, 2015. október 1.

2. SZÁMÚ MELLÉKLET

Egyes, a feltételekben meghatározott változók értékei

Rendszeres kötvényköltség	2 400 Ft/év
Minimális éves díj	45 000 Ft
Minimális féléves díjrészlet	25 000 Ft
Minimális negyedéves díjrészlet	15 000 Ft
Díjtűrőhatár	300 Ft
30 napos felmondási időn belül a biztosító által visszatartott költségek maximuma	20 000 Ft

A biztosítási összeg minimális értéke 2 000 000 Ft.

A biztosítási összeg maximális értéke

- 18-45 éves biztosított esetén: 10 000 000 Ft,
- 46-55 éves biztosított esetén: 5 000 000 Ft.

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

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

Budapest, 2015. október 1.

Hogyan juthatok kényelmesen a biztosítással kapcsolatos információkhoz?



SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK MYMETLIFE INTERNETES FELÜLET HASZNÁLATÁRA

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

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

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

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

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

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

(2) Nem lehet megváltoztatni olyan adatokat,
- amelyek módosításához más személy (biztosított, gyámhatóság, pénzintézet, vagy záradékban megjelölt más személy) hozzájárulása szükséges;
- amelyek rögzítéséhez a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvényben előírt okmányok bemutatása szükséges.

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

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

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

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

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

10. § Őrszem árfolyamfigyelő szolgáltatás beállítása

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

(2) Az árfolyamfigyelő szolgáltatást eszközalaponként kell beállítani.

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

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

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

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

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

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

A) Stop loss funkció

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

(2) Az árfolyamfigyelő szolgáltatás stop loss funkciójának alaptípusai:

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

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

ket. Ebben az időpontban automatikus áthelyezés nem történik.

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

(4) A stop loss funkció indításának módjai:

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

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

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

(5) Az árfolyamesés mértékének beállítása:

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

b) relatív %-os 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 ki-

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

B) Start buy funkció

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

(2) Az árfolyamfigyelő szolgáltatás start buy funkciójának alaptípusai:

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

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

(3) A start buy funkció indításának módjai:

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

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

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

(4) Az árfolyam-emelkedés mértékének beállítása:

a) adott befektetési egységalapra történő abszolút ár beállítása esetén a start buy funkció aktiválódik és a biztosító a (2) bekezdés szerinti szolgáltatást teljesíti, amennyiben a befektetési egységalap aktuális ára eléri a szerződő által beállított abszolút árat (fix érték vagy ár);
b) relatív %-os érték beállítása esetén – amelyet a biztosító minden értékelési napon a megbízás megadásának napjától eltelt időszak legalacsonyabb árfolyamértékéhez 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 dí-

jakat biztosít, amelyek a termékfeltételek 2. számú mellékletéből ismerhetők meg.

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

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

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

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

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

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

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

Budapest, 2015. október 1.

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 országában.

MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepe

A MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepénél 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 Europe Limited Magyarországi Fióktelepe

Cím: 1138 Budapest, Népfürdő u. 22.

Ügyfélszolgálat: 06 40 444 445

Internet: www.metlife.hu

Email: info@metlife.hu

Anyavállalat: MetLife Europe Limited

Anyavállalat tulajdonosa: MetLife EU Holding Company Limited és American Life Insurance Company

Adószám: 25363926-2-41

Cégbjegyzékszám: 01-17-000934

Felügyeleti szerv: Ír Pénzügyi Szolgáltatások Hatóságának Központi Bankja (Central Bank of Ireland, PO Box 559, Dame Street, Dublin 2, Írország)