

MetLife®



Maxima (MEB-618, MEB-718)

befektetési egységekhez kötött életbiztosítás feltételei

Budapest, 2015. október 1.

TARTALOMJEGYZÉK

Áttekintés a Maxima befektetési egységekhez kötött életbiztosítás főbb feltételeiről	4
A Metlife Europe Limited Maxima (MEB-618, MEB-718) befektetési egységekhez kötött életbiztosításának feltételei	9
1. § A biztosítási szerződés alanyai	9
2. § A biztosítással kapcsolatos általános fogalmak	9
3. § A befektetési egységalapokkal kapcsolatos fogalmak és eljárások	11
4. § A biztosított	13
5. § A biztosítás tartama	13
6. § Biztosítási esemény	14
7. § Biztosítási szolgáltatások	14
9. § Késedelmes díjfizetés	15
10. § A szerződés ismételt hatályba léptetése (reaktíválás)	15
11. § Az értékkövetés (indexálás)	15
12. § A biztosítási díj egyedi módosítása	16
13. § A kiegészítő biztosítások biztosítási összegeinek egyedi növelése és csökkentése	16
14. § A biztosítási szerződés létrejötte és módosítása	16
15. § A biztosítási szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete	18
16. § Kockázatbírálási időszak	19
17. § Közlési kötelezettség	19
18. § Bejelentési kötelezettség	19
19. § A biztosító teljesítése	20
20. § A biztosító mentesülése	21
21. § Kizárt kockázatok	21
22. § A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése	22
23. § Díjmentesítés	22
24. § Rendszeres pénzkivonás	22
25. § Felmondás	23
26. § Visszavásárlás	23
27. § Részleges visszavásárlás	23
28. § Befektetési egységalapok és egységek módosítása	24
29. § Áthelyezés és a díj megosztásának módosítása	24
30. § A biztosítás megszűnése	24
31. § Díjfizetés szüneteltetése	25
32. § Elévülés	25
33. § A biztosítási és az üzleti titok	25
34. § A személyes adatok kezelése	27
35. § Adózással kapcsolatos jogszabályok	28
36. § Tájékoztatás és tájékoztatás	29
37. § Irányadó jog, illetékes bíróság és panaszforum	29
Szerződési feltételek MyMetlife internetes felület használatára	31
A Portfólió Plusz befektetési egységekhez kötött életbiztosítást kiegészítő biztosítás (MEB-P32, MEB-E91) feltételei	35
A befektetési egységekhez kötött életbiztosítást kiegészítő, a főbiztosított halálesetére szóló biztosítás (MEB-K18, MEB-ET1) feltételei	38
A befektetési egységekhez kötött életbiztosítást kiegészítő, a további biztosított(ak) halálesetére szóló biztosítás (MEB-K19, MEB-ET2) feltételei	40
A befektetési egységekhez kötött életbiztosítást kiegészítő, baleseti halálra szóló biztosítás (MEB-H02, MEB-E43) feltételei	42
A befektetési egységekhez kötött életbiztosítást kiegészítő, baleseti eredetű rokkantságra (maradandó egészségkárosodásra) szóló biztosítás (MEB-R02, MEB-E45) feltételei	44
Tájékoztató táblázat a maradandó egészségkárosodás értékeléséhez	47

Lóci óriás lesz gyermekek egyes súlyos betegségeire és baleseteire szóló kiegészítő biztosítás (MEB-L01, MEB-E46) különös feltételei	48
Lóci óriás lesz kiegészítő biztosítás 1. számú melléklete: Szolgáltatások összefoglaló táblázata	52
Lóci óriás lesz kiegészítő biztosítás 2. számú melléklete: Súlyos betegségek.	54
Lóci óriás lesz kiegészítő biztosítás 3. számú melléklete: Balesetből eredő súlyos fogyatékoságok	59
Lóci óriás lesz kiegészítő biztosítás 4. számú melléklete: Balesetből eredő súlyos törések	60
2. számú melléklet: A Maxima befektetési egységekhez kötött életbiztosítás költségeinek és minimális díjainak aktuális értékei	61
3. számú melléklet: Választható biztosítási védelmi csomagok	63
4. számú melléklet: Ügyfélbónuszok és a szerződés legfontosabb paraméterei	66
5. számú melléklet: Díjkezelési tájékoztató	67
6. számú melléklet: Tájékoztató a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokról	71
7. számú melléklet: Az eszközalap felfüggesztésének részletes szabályai	72
Cégismertető.	74

ÁTTEKINTÉS A MAXIMA BEFEKTETÉSI EGYSÉGEKHEZ KÖTÖTT ÉLETBIZTOSÍTÁS FŐBB FELTÉTELEIRŐL¹



Kérdés

Válasz

Kinek szól az ajánlatunk?

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

Kik a biztosításban érintett személyek?

A *biztosított* személy az, akinek az életével vagy az egészségével kapcsolatos biztosítási eseményre a szerződés létrejön. Biztosított az lehet, aki a biztosítási szerződés létrejöttkor 18. életévénél idősebb, de a 75. életévét még nem töltötte be.

- Főbiztosított: az a személy, aki a főbiztosítás és a Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás tekintetében biztosított. A főbiztosítottra kiegészítő biztosítások is választhatók. A főbiztosított személye a tartam során nem változtatható.
- További biztosítottak: a szerződéshez maximum 4 további biztosított kapcsolható. A további biztosítottakra személyre szabott kiegészítő biztosítások választhatók. A további biztosítottak köre a tartam során változtatható.

A *szerződő* személy az, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz és annak elfogadása esetén a díjfizetést teljesíti.

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

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

(Részletek a 9. oldalon.)

Milyen hosszú a biztosítás tartama?

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

(Részletek a 13. oldalon.)

Kiegészítő biztosítások

A befektetési egységekhez kötött életbiztosításhoz kiegészítő biztosítások is tartoznak. A biztosítási védelem nagysága az éves biztosítási díjtól, a választott kiegészítő biztosítási csomagtól és a biztosított életkorától függ. Prémium csomag választása esetén az éves biztosítási díj 20%-a lesz a kiegészítő biztosítás kockázati díja, az éves befizetés maradék 80%-a fogja a megtakarítási részt gyarapítani. Komfort csomag választása esetén a kockázati díj az éves biztosítási díj 10%-a. A választható biztosítási csomagokat és a biztosítási díjszorozókat a termékfeltételek 3. számú melléklete tartalmazza. Az éves biztosítási díjat a választott csomaghoz és a biztosított életkorához tartozó díjszoróval megszorozva alakul ki a halál esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összege.

A halál esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének kétszerese a baleseti halál esetére szóló védelem, a baleseti eredetű rokkantságra (maradandó egészségkárosodásra) szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összege pedig a baleseti halál kiegészítő biztosítás biztosítási összegével egyezik meg.

A főbiztosítottra és a további biztosítottakra különböző kiegészítő biztosítási csomag is választható. A biztosítási védelmet úgy kell kialakítani, hogy az összes biztosítottra vonatkozó kockázati díj összege meghaladja az éves díj 10%-át (azaz minimum egy biztosítottra választott Komfort csomagot kell tartalmaznia a szerződésnek), és az összes kockázati díj nem lehet magasabb, mint az éves biztosítási díj 40%-a (azaz legfeljebb 4 biztosított lehet egy szerződésben, mindegyikre Komfort csomaggal, vagy maximum 2 biztosított választható, ha mindkettőre Prémium csomagot választottak).

A biztosítási védelmi csomagokon felül is választhatók kiegészítő biztosítások mind a fő-, mind a további biztosítottakra. A védelmi csomagokon felül választható kiegészítő biztosítások díja az éves biztosítási díjhoz hozzáadódik, arról külön csekket kap a szerződő.

¹ Ez az áttekintés kizárólag azt a célt szolgálja, hogy rövid összefoglalót adjon az ügyfeleknek a Maxima befektetési egységekhez kötött életbiztosítás főbb feltételeiről, így nem tekinthető a biztosítókra és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény szerinti ügyfél-tájékoztatónak. A törvényben előírt tájékoztatási kötelezettséget a biztosító a biztosítási feltételek átadásával teljesíti.

Kérdés

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

Válasz

– Szolgáltatás a főbiztosított halála esetén:

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

(Részletek a 14. oldalon)

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

(Részletek a 35. oldalon)

A főbiztosítottra is választott kiegészítő biztosítási csomaghoz tartozó díjszorító alapján kiszámolt biztosítási összeg lesz a főbiztosított halála esetére szóló kiegészítő biztosítás szolgáltatása. A főbiztosított halála esetén a főbiztosított halálesetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összege kerül kifizetésre.

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

A haláleseti szolgáltatás a haláleseti kedvezményezett részére kerül kifizetésre.

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

Példa

Ügyfelünk 500 000 Ft-ot fizet évente Maxima szerződésének főbiztosítási részére.

Kiegészítő biztosítási csomaggént a Komfort csomagot választotta. A Komfort csomaghoz tartozó díjszorító (ha például a főbiztosított 37 éves férfi) 10,619657.

Az éves díjat a díjszorítóval megszorozva alakul ki a halál esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összege. Tehát halálesetre szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összege = éves díj (500 000 Ft) * díjszorító (10,619657) = 5 309 829 Ft. A Komfort csomaghoz tartozó baleseti halál biztosítási összege a halál esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének kétszerese, azaz 10 619 657 Ft. A baleseti eredetű rokkantság (maradandó egészségkárosodás) esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összege szintén 10 619 657 Ft lesz a választott Komfort csomagban. A Komfort csomag kockázati díja az éves díj 10%-a, vagyis az első évben a befizetett és befektetett éves díjból 50 000 Ft kerül levonásra a főbiztosított biztosítási védelmi csomagjára. Ha a biztosítottal váratlan tragédia történik a szerződés 3. évében, amikor például a főbiztosítás aktuális értéke 885 700 Ft, akkor a tragédia bejelentését követően a biztosító a főbiztosításra kifizeti a 885 700 Ft-ot (a 10 000 Ft technikai biztosítási összeg és a szerződés aktuális értéke közül a nagyobb), továbbá kifizeti a kiegészítő biztosítás biztosítási összegét is, azaz 5 309 829 Ft-ot a haláleseti kedvezményezett részére. Ha a tragédia baleset következménye volt, a baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összege (10 619 657 Ft) is kifizetésre kerül, vagyis a főbiztosított baleset következtében bekövetkezett halála esetén a biztosító szolgáltatása: 16 815 186 Ft. A kifizetéssel a szerződés megszűnik.



(Részletek a 38. oldalon)

– Szolgáltatás a további biztosított halála esetén:

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

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

Példa

Előző példában szereplő ügyfelünk 500 000 Ft-ot fizet évente Maxima szerződésére. Komfort kiegészítő biztosítási csomagot választ a főbiztosított, azaz önmagára, azonban a családot akkor is nagy veszteség érné, ha a feleségét elveszítenék, ezért a feleségére Prémium biztosítási védelmi csomagot választ. Ebben az esetben a befizetett éves díjnak a 10%-a (50 000 Ft) lesz a főbiztosított biztosítási védelmének díja, az éves díj további 20%-a a további biztosítottként megnevezett feleség kiegészítő biztosítási díja.

Így a befizetett 500 000 Ft-os éves díjból 150 000 Ft vonódik le az első évben (12 részletben hónapfordulón) a biztosítási csomagokra, és a fennmaradó összeg kerül befektetésre. Ha a példában szereplő ügyfelünk felesége 35 éves, akkor a hozzá tartozó biztosítási díjszorító 22,395163, így a halál esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összege: 11 197 582 Ft, ehhez 22 395 163 Ft biztosítási összegű baleseti halál esetére szóló és szintén 22 395 163 Ft biztosítási összegű baleseti eredetű rokkantságra (maradandó egészségkárosodásra) szóló kiegészítő biztosítások tartoznak.

Ha a további biztosítottként szereplő feleség veszíti életét, a további biztosított halálesetére szóló kiegészítő biztosítás alapján a biztosító kifizeti a 11 197 582 Ft-ot. Ebben az esetben a szerződésnek csak a további biztosítottra vonatkozó része szűnik meg, a főbiztosítás és a főbiztosítottra vonatkozó biztosítási védelem továbbra is megmarad. Ha a feleség baleset következtében veszíti életét a biztosító szolgáltatása a halál esetére szóló kiegészítő biztosítás és a baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítások szolgáltatásainak összege lesz, vagyis 33 592 745 Ft.



(Részletek a 40. oldalon)

Kérdés

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

Válasz

– A baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás

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

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

Példa

Ügyfelünk autóbalesetet szenvedett és a kórházba szállítást követően életét veszítette. Ilyen esetben a biztosító a főbiztosítás haláleseti szolgáltatásán és a halál esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegén felül kifizeti a baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegét is a haláleseti kedvezményezett részére.



(Részletek a 42. oldalon.)

– A baleseti eredetű rokkantság (maradandó egészségkárosodás) esetére szóló kiegészítő biztosítás

Mind a fő-, mind a további biztosítottra választható kiegészítő biztosítási védelmi csomag része.

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

Példa

Autóbalesetet szenvedett ügyfelünk a személygépkocsi vezetőjeként sérült. Koponyasérülést, bordatörést, mindkét oldali csípőcsont törést, tüdősérülést szenvedett el. Az agyi károsodás miatt féloldali bénulás és látásromlás lépett fel. Intenzív terápiás osztályon történt 1 hónapos kezelése után, rehabilitációs intézetben kezelték 3 hónapon keresztül. Folyamatos orvosi kezelés alatt állt, és több mint 12 hónapon keresztül teljesen munkaképtelen volt, tehát maradandó teljes egészségkárosodást szenvedett el. Munkaképtelensége a 12. hónap végén is fennállt, ezért a biztosítási összeg 100%-a került kifizetésre. Ha az előző példában leírt autóbalesetben a biztosított nem sérült volna ilyen súlyosan, hanem csak a jobb alkarját törte volna és a radiális ideg teljes bénulását szenvedte volna el, akkor – mivel a jobb alkar radiális idegének teljes bénulását eredményező baleset esetén 20%-os térítés jár – például 9 000 000 Ft-os biztosítási összeg esetén 1 800 000 Ft-ot fizet ki a biztosító.



(Részletek a 44. oldalon.)

Mikor kell a díjat megfizetni?

Az első biztosítási díjat a szerződés megkötésével egy időben szükséges megfizetni, minden további díj a díjfizetési gyakoriságtól függő következő biztosítási időszaknak (év, félév, negyedév, hónap) az első napján esedékes.

A díj fizethető havi, negyedéves, féléves, éves részletekben.

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

A kiegészítő biztosítási védelmi csomag (halál esetére szóló, baleseti halál esetére szóló és baleseti eredetű rokkantság (maradandó egészségkárosodás) esetére szóló kiegészítő biztosítások) díját a főbiztosítás díja már tartalmazza, vagyis a kiegészítő biztosítási védelmi csomag kockázati díja levonásra kerül a főbiztosítás díjából keletkezett befektetési egységekből.

(Részletek a 14. oldalon.)

Hogyan őrzi meg a biztosítás az értékét?

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

(Részletek a 15. oldalon.)

Hogyan jön létre a biztosítás?

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

(Részletek a 16. oldalon.)

Kérdés

Válasz

Mikortól érvényes a biztosítás?

A biztosítási védelem balesetek vonatkozásában az első díj megfizetését követő nap 0. órájától kezdődik. A biztosító a többi szolgáltatásra kockázatelbírálási, illetve várakozási időt ír elő az alábbiak szerint:

A haláleseti szolgáltatás esetében legfeljebb az ajánlat beérkezésétől számított 15 nap – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 nap – a kockázatelbírálási időszak; az ezen időtartam alatt bekövetkezett biztosítási eseményekre a biztosító, a szerződési feltételekben meghatározott kivételtől eltekintve, nem nyújt szolgáltatást.

(Részletek a 18. 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 19. oldalon.)

Mit kell tenni, ha káresemény történik?

A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 15 napon belül kell a biztosító részére bejelenteni. A kárigény elbírálásához szükséges összes irat beérkezését követő 30 napon belül a biztosító teljesíti a szolgáltatást, 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 20. oldalon.)

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?

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

(Részletek a 21. oldalon.)

Fontos!

Kérjük, mindenképpen olvassa el a szerződési feltételek 20. §-ában felsorolt, a biztosító mentesülésére vonatkozó eseteket és a 21. §-ában felsorolt kockázatviselésből kizárt eseményeket.

**Mikor szűnik meg a biztosítás?**

A biztosítás a következő esetekben szűnik meg:

- a főbiztosított halála esetén, ha biztosítási esemény bekövetkezését követően a biztosító teljesít,
- ha a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy szerződő a biztosítási szerződést annak létrejöttéről szóló jognyilatkozat kézhezvételétől számított 30 napon belül felmondja,
- ha a szerződő a biztosítást a felmondja,
- ha a biztosító a szerződést felmondja,
- a rendszeres pénzkivonással összefüggésben a 24. § (6) bekezdés b) pontjában meghatározott esetben,
- ha a szerződő a biztosítást visszavásárolja,
- a késedelmes díjfizetés esetén 3 hónap díjjal nem fedezett tartam elteltével, ha a szerződés nem felel meg a díjmentesítés feltételeinek, illetve, ha a díjmaradás tartama alatt a szerződés aktuális értéke nem fedezi a számláját terhelő költségeket,
- a díjmentesített, a díjfizetés szüneteltetése, illetve a pénzkivonás időszakában lévő szerződés azon a biztosítási hónapfordulón szűnik meg, amelyen a befektetési egységek aktuális értéke nem nyújt fedezetet a szerződő számláját terhelő rendszeres költségek érvényesítésére.

(Részletek a 24. oldalon.)

Kérdés

Válasz

Mit tesz a biztosító az adataim biztonságára érdekében?

A biztosító a biztosítási titokra és személyes adatokra vonatkozó törvények és előírások betartásával jár el, amelyeket a termékfeltételek külön fejezetekben részleteznek. (Részletek a 25. oldalon.)

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 lehet előterjeszteni: 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 29. oldalon.)

Hogyan juthatok kényelmesen a biztosítással kapcsolatos információkhoz?

A biztosítással kapcsolatos információkhoz legegyszerűbb módon a MyMetLife internetes ügyfélportalunkon juthat, ahol lehetősége nyílik személyes adatai módosítására, valamint eszközalapokkal kapcsolatos tranzakciók kezdeményezésére és a váratlan árfolyamváltozások hatásai ellen védelmet nyújtó Őrszem funkció beállítására is. A hozzáférés igénylésével kapcsolatban további tájékoztatást talál a termékfeltételekben, illetve tanácsadójához is fordulhat. 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

(Részletek a 31. oldalon.)

Milyen költségei vannak a szerződésnek?

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

(Részletek az 61. oldalon.)

Melyek a szerződéssel kapcsolatos kiemelten fontos ismeretek?

A termékfeltételek 4. számú mellékletéből az alábbiakkal kapcsolatban tájékozódhat:

- a Maxima főbiztosításhoz kapcsolódó ügyfélbónuszról,
- a kezdeti költségelvonás mértékéről,
- a visszavásárlás esetén a visszavásárlási érték meghatározásához alkalmazott kulcsokról, valamint
- az egyszerű befektetési döntést segítő, választható mintaportfoliókról.

(Részletek a 66. oldalon.)

Milyen részletes szabályok vonatkoznak a díjfizetésre, díjkezelésre?

A biztosító meghatározott szabályok alapján azonosítja, kezeli, írja jóvá és fekteti be a rendszeres, egyszeri, eseti és előrefizetett díjakat. A díjfizetés módjairól, a banki átutaláshoz szükséges bankszámla számokról a termékfeltételek 5. számú mellékletéből tájékozódhat.

(Részletek a 67. oldalon.)

Milyen dokumentumokra van szüksége a biztosítónak a kifizetéshez?

A biztosítónak a biztosítási fedezettől és a káreseménytől függően eltérő adatokra van szüksége az igény elbírálásához. A kárigény intézését elősegítendő, a benyújtandó dokumentumokról részletes lista található a termékfeltételek 6. sz. mellékletében.

(Részletek a 71. oldalon.)

Mit érdemes tudni a biztosítóról?

A biztosító a MetLife Europe Limited, az a jogi személy, amellyel a szerződő szerződést köt, és amely társaság a biztosítási szerződés létrejötte esetén a biztosítási szolgáltatások teljesítésére kötelezettséget vállal. A MetLife Europe Limited Magyarország területén biztosítási tevékenységét a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül fejti ki.

A termékfeltételek végén található Céginformációból részletesen tájékozódhat az anyavállalatról és a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepéről

(Részletek a 74. oldalon.)

Budapest, 2015. október 1.

A METLIFE EUROPE LIMITED MAXIMA (MEB-618, MEB-718) BEFEKTETÉSI EGYSÉGEKHEZ KÖTÖTT ÉLETBIZTOSÍTÁSÁNAK FELTÉTELEI

Jelen szerződési feltételekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited (a továbbiakban: biztosító) befektetési egységekhez kötött életbiztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítás) érvényesek, feltéve, hogy a szerződést a felek ezen feltételekre hivatkozással kötötték. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadók.

Kik a biztosításban érintett személyek?



1. § A biztosítási szerződés alanyai

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

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

(3) Főbiztosított: az a biztosított, akinek az életére, vagy az életével kapcsolatos biztosítási eseményre a főbiztosítás létrejön. Hitel- és kölcsönszerződés fedezetéül szolgáló szerződés esetén a szerződő és a főbiztosított személye azonos.

(4) További biztosított(ak): azon biztosított(ak), aki(k)nek az életére, vagy életével kapcsolatos biztosítási eseményekre a szerződő kiegészítő biztosítást vagy biztosításokat köt. Kiegészítő biztosítás(ok) mind a főbiztosítottra, mind a további biztosított(ak)ra köthető(k).

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

(6) A biztosított aktuális kora:

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

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

(7) 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 más kedvezményezettet a biztosítási esemény bekövetkezéséig nem neveztek meg. A biztosított életben léte esetén járó biztosítási szolgáltatások kedvezményezettje maga a biztosított, kivéve, ha a szerződésben a biztosítási szolgáltatásra más név szerinti kedvezményezett került megjelölésre.

2. § A biztosítással kapcsolatos általános fogalmak

(1) Biztosítási ajánlat: a szerződőnek a biztosítási szerződés megkötésére irányuló írásbeli nyilatkozata, amely tartalmazza a biztosítás elvállalásához szükséges összes adatot, körülményt. A biztosító az ajánlat elbírálása és a biztosítási kockázat elvállalása érdekében és az ahhoz szükséges mértékben további adatszolgáltatást 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 hobbitevékenysége 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) Kiegészítő biztosítás: e biztosítás mellé köthető, a szerződő által választható biztosítási termék.

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

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

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

c) A szerződőnek lehetősége van az évfordulói díjjal rendezett szerződés díjfizetési gyakoriságát a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal, vagy a „Tájékoztatás és tájékoztatás” című fejezet 36. § (b) bekezdésében található telefonos elérhetőségeken történő bejelentéssel megváltoztatni. Az új díjfizetési gyakoriság a díjjal rendezett évfordulótól lép hatályba.

(5) Biztosítási hónap: a tartamon belül egy hónap időtartam, amely egy naptári hónapnak a biztosítás ha-

tálybalépésének napjával megegyező napjától a következő naptári hónapnak ugyanezen napjáig tart.

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

a) Amennyiben a (4), (5) és (6) bekezdések szerint adott naptári hónapban nem létezik olyan nap, ami a biztosítás hatálybalépésének napjával megegyezik, akkor abban a hónapban „megegyező nap” alatt az azt közvetlenül követő napot kell érteni.

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

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

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

(9) Kezdeti biztosítási díj: a szerződés létrejöttékor érvényben lévő 2. és 3. számú mellékletek alapján, az ajánlattételkor választott, az első biztosítási évre vonatkozó biztosítási díj.

(10) Aktuális biztosítási díj: az értékkövetés (11. §) révén megnövekedett, illetőleg a biztosítási díj egyedi módosítása (12. §) révén megváltozott, rendszeres biztosítási díj.

(11) Technikai haláleseti biztosítási összeg: a főbiztosítás haláleseti biztosítási összege, értékét a 4. számú melléklet tartalmazza, és amelynek az értéke a tartam során kizárólag az értékkövetés (11. §) mértékének megfelelően változhat.

(12) Kezdeti kiegészítő haláleseti biztosítási összeg: a szerződés létrejöttékor érvényben lévő, a főbiztosítottra vonatkozó, az ajánlattételkor választott kiegészítő biztosítási összeg, amelynek értékét a választott csomag alapján a főbiztosított korának figyelembevételével állapítja meg a biztosító.

(13) Kiegészítő biztosítások kezdeti biztosítási összegei: a szerződés létrejöttékor érvényben lévő, az ajánlattételkor a főbiztosításhoz kötött kiegészítő biztosítások biztosítási összegei, amelyek értékeit a választott csomag alapján a további biztosított korának figyelembevételével állapítja meg a biztosító, illetve amelyek értékeit a 3. számú melléklet tartalmazza.

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

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

(16) Rendszeres díjas biztosítás: olyan biztosítás, amelynek díját a szerződő előre meghatározott részle-

tekben, egy-egy biztosítási időszak elején fizeti meg a teljes tartam, vagy annak egy része alatt.

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

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

(19) Előrefizetett díj: rendszeres díjas biztosítás esetén esedékesség előtt megfizetett azon rendszeres díj, amelyet a Díjkezelési tájékoztató (5. számú melléklet) „A befizetés rendeletetésének megállapítása” című fejezet ad 2) pontja akként határoz meg.

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

(21) 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.

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

(23) 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.

(24) 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.

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

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

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

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

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

(30) Hirdetmény: a biztosítónak a szerződésre vonatkozó közleményei, amelyeket elektronikus úton a www.metlife.hu internetes oldalon történő megjelentetéssel hoz nyilvánosságra, és teszi bárki által elérhetővé.

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

- a) a díjmentesítés (23. §),
- b) a rendszeres pénzkivonás (24. §),
- c) a visszavásárlás (26. §) és
- d) a részleges visszavásárlás (27. §).

3. § A befektetési egységalapokkal kapcsolatos fogalmak és eljárások

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

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

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

(4) Letétkezelési díj: Az eszközalapok letétkezelését végző intézménynek az eszközalapban lévő eszközök letéti őrzéséért és egyéb kapcsolódó szolgáltatásaiért fizetett díj. Ezt a díjat a biztosító a nettó eszközértéken keresztül naponta időarányosan érvényesíti. Mértékét a 2. számú melléklet tartalmazza, változásáról a biztosító hirdetmény útján nyújt tájékoztatást.

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

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

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

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

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

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

(11) A biztosító az eszközalap befektetési egységeinek eladását és vételét felfüggesztheti (eszközalap felfüggesztés), amennyiben az eszközalap nettó eszközértéke, illetve ezzel együtt a befektetési egységek árfolyama azért nem állapítható meg, mert az eszközalap eszközei részben vagy egészben illikvid eszközzé váltak. Az eszközalap felfüggesztését a biztosító az annak okául szolgáló körülményről való tudomásszerzést követően haladéktalanul végrehajtja arra az értékelési napra visszamenő hatállyal, amely értékelési napot megelőzően az utolsó alkalommal megállapítható volt az eszközalap nettó eszközértéke. Az eszközalap-felfüggesztés részletes szabályait a 7. számú melléklet tartalmazza.

(12) Befektetési egység vételi ára: egy befektetési egységre eső nettó eszközérték, amelyet a biztosító a befektetési egységek biztosítási szolgáltatássá való átszámítására és a szerződő számláját terhelő költségek elszámolása során, a befektetési egységalapokból levonandó egységek számának meghatározására alkalmaz. A biztosító a befektetési egységalapok nettó eszközértékének, és ezen keresztül a befektetési egységek vételi árának átértékelése révén írja jóvá a szerződő számláján az előző értékelési nap óta megszolgált hozamot.

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

(14) Vételi és eladási ár közti különbség: azon mérték, amellyel a biztosító által meghatározott eladási ár

meghaladja a vételi árat, az eladási ár legfeljebb öt százaléka, aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

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

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

(17) Díj jóváírása és átváltása:

a) A biztosító az első rendszeres díjat a kötvény kiállításának napján (A biztosítási szerződés létrejötte és módosítása című 14. § (12) bekezdés) írja jóvá a szerződőnek. Amennyiben a felek az első díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodtak meg, annak a biztosítóhoz azonosítható módon való beérkezése napján írja jóvá a szerződőnek.

b) A biztosító számlájára azonosítható módon beérkezett, már esedékes rendszeres díjak jóváírására a befizetés beérkezésének napján kerül sor.

c) A biztosító a számlájára azonosítható módon beérkezett előrefizetett, valamint eseti díjakat az alábbiak szerint írja jóvá:

- a beérkezés napján kerül sor az esetleges díjelmaradás miatt korábban vagy éppen esedékessé vált díjak levonására és jóváírására;

- a fennmaradó összeg, illetőleg levonás hiányában a teljes beérkezett összeg jóváírására a beérkezést követő első munkanapon kerül sor.

d) A biztosító számlájára azonosítható módon beérkezett előrefizetett, valamint eseti díjak tekintetében a beérkezés napja a díjak biztosító számláján történt jóváírását követő munkanap.

e) A nem azonosítható módon beérkezett befizetések esetében a beérkezés napja az azonosítás napja. E befizetéseket az azonosítás megtörténteig a biztosító kamatmentes letétként kezeli.

f) A jóváírt díjak befektetési egységekké való átváltása – a díj befektetési egységalapok közötti megosztására vonatkozó nyilatkozatnak megfelelően – a befektetési egységalapok befektetési egységeinek eladása révén, a díj jóváírását követő értékelési napon érvényes aktuális eladási áron történik. A biztosító az eladott befektetési egységek darabszámát írja jóvá a szerződő számláján.

g) A díj kezelésére vonatkozó részletes tájékoztatást az 5. számú melléklet tartalmazza.

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

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

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

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

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

- a nyilvántartási díj terheli, illetőleg
- a havi kockázati díj, valamint a kiegészítő biztosítások havi díja terhelheti.

b) A befektetési egységalapok között a szerződő alszámláin lévő befektetési egységek értékével arányosan szétosztott költségeket a biztosító első díj esetén a díj jóváírását követő napon érvényes vételi árfolyamon váltja át befektetési egységekké és azokat vonja le a befektetési egységalapokból. Minden további rendszeres költséget a biztosító a hónapfordulón érvényes vételi árfolyamon váltja át. Amennyiben a rendszeres költség levonásának időpontjában a szerződő alszámláin nincs elegendő befektetési egység, a biztosító a következő beérkező díj jóváírását követő napon érvényes vételi árfolyamon váltja át befektetési egységekké és azokat vonja le a befektetési eszközalapokból.

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

(22) Nyilvántartási díj: a biztosítás nyilvántartásának fedezetére szolgáló költség. Az infláció követésére a biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – legfeljebb az Értékkövetés (indexálás) című 11. § (3) bekezdésében foglaltaknak megfelelő mértékkel indexálhatja a nyilvántartási díjat. Aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

(23) Kockázat alatt álló összeg (kockázatnak kitett összeg): a főbiztosításhoz tartozó alszámlákon nyilvántartott befektetési egységek aktuális értékével csökkentett, a főbiztosítotttra vonatkozó technikai haláleseti biztosítási összeg pozitív egyenlege. A főbiztosítotttra vonatkozó technikai haláleseti biztosítási összeg mértéke a 4. számú mellékletben található.

(24) Havi kockázati díjrátá: a 3. számú mellékletben a normál kockázatra meghatározott 1 forint, illetve 1 euró kockázat alatt álló összegért fizetendő havi díj. A biztosító fenntartja a jogot, hogy a szerződés ötödik évfordulóját követően a „halandósági viszonyok jelentős változása esetén” az új halandósági táblát használva újrakalkulálja a havi kockázati díjrátá értékét. A bizto-

sítási szerződés havi kockázati díjrátájának kiszámítása, a biztosított életkorának, egészségi állapotának, foglalkozásának és egyéb kockázati tényezőknek a figyelembevételével történik. A biztosító ezen információkat az ajánlatból, az egészségi nyilatkozatból, az orvosi vizsgálati jelentésből és esetlegesen a szerződőtől bekért egyéb dokumentumokból szerzi meg. A „halandósági viszonyok jelentős változása” alatt azt kell érteni, hogy a 18-75 közötti korosztályban legalább 6 korév esetén a KSH által publikált legfrissebb néphalandósági táblából számolható halálozási valószínűség legalább 5%-kal eltér a legutóbbi újrakalkuláció idején aktuális KSH által publikált néphalandósági táblából számolható halálozási valószínűségtől. Első újrakalkuláció esetén az aktuális adatokat az eredetileg alapul vett néphalandósági táblához kell viszonyítani.

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

(26) Biztosítási díjszorító: A kezdeti haláleseti biztosítási összeg és a kezdeti biztosítási díj hányadosa, azaz a biztosítási díjszorítót a biztosítás éves díjával megszorozva a haláleseti biztosítási összeget kapjuk. A biztosítási díjszorítókat a 3. számú melléklet tartalmazza.

(27) Kiegészítő biztosítások havi díja: a kiegészítő biztosítások aktuális biztosítási összegéhez tartozó havi díj, amelynek mértékét a 2. és 3. számú mellékletek tartalmazzák.

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

(29) Tranzakciós költségek: a szerződő kérésére végrehajtott rendszeres pénzkivonás (24. §), a részleges visszavásárlás (27. §) és az áthelyezés (29. §) során érvényesített költségek, amelyeket a tranzakcióban érintett befektetési egységek értékéből von le a biztosító. Mértéke a tranzakcióban érintett befektetési egységek aktuális értékének a 2. számú mellékletben meghatározott százaléka, de legalább a biztosító által forintban, illetve euróban megállapított minimális, és legfeljebb a biztosító által megállapított maximális költség. Az infláció követésére a biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – legfeljebb a 11. § (3) bekezdésében foglaltaknak megfelelő mértékkel indexálhatja a tranzakciós költségeket.

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

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

a) Orvosi vizsgálatok költsége

Az orvosi vizsgálatok költségét a szerződés létrejötte esetén a biztosító viseli, amennyiben a szerződő nem mondja fel a szerződést a 14. § (22) bekezdése alapján. A biztosító az orvosi vizsgálat költségeit a 14. § (22) bekezdés alapján történő elszámolás esetén jogosult a szerződőre hárítani. Aktuális költségét a 2. számú melléklet tartalmazza, amelyet a szolgáltatási díjak változásának arányában a biztosító jogosult évente egyszer módosítani.

b) Költségátalány

A költségátalány a biztosító kockázatbírálási és kötvényesítési költségeit átalányjelleggel foglalja magában. A költségátalányt a biztosító a 14. § (22) bekezdés alapján történő elszámolás esetén a szerződőre hárítja. Az infláció követésére a biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – legfeljebb az Értékkövetés (indexálás) című 11. § (3) bekezdésében foglaltaknak megfelelő mértékkel indexálhatja a költségátalányt. A költségátalány aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

4. § A biztosított

(1) Biztosított az lehet, aki a biztosítási szerződés létrejöttekor a 18. életévénél idősebb, de a 65. életévét még nem töltötte be.

(2) Határozott tartamúvá tett (5. § (2) bekezdés) szerződés esetén a főbiztosított életkora a biztosítás tartamának lejáratakor nem haladhatja meg a 75. életévét.

(3) A kiegészítő biztosításokra vonatkozó, a 4. § (1) és a (2) bekezdésben megjelölt kortól eltérő belépési és maximális lejáratú életkorokat az egyes kiegészítő biztosításokra vonatkozó különös feltételek szabályozzák.

Milyen hosszú a biztosítás tartama?



5. § A biztosítás tartama

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

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

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

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?



6. § Biztosítási esemény

(1) Biztosítási eseménynek minősül:

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

(2) Az (1) bekezdés c) pontja szerinti kiegészítő biztosításoknál, azok különös feltételeinek eltérő rendelkezése hiányában, a biztosítási esemény meghatározása szempontjából balesetnek minősül a biztosított akaratától független, hirtelen fellépő külső behatás, amelynek következtében az emberi szervezet anatómiai szerkezetében változás következik be és az így létrejött elváltozás szakorvosilag igazolt módon sérüléssel jár.

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

7. § Biztosítási szolgáltatások

(1) A biztosítási szerződés alapján a biztosító a szerződésben meghatározott kockázatokra fedezetet nyújt, és a kockázatviselés kezdetét követően, a kockázatviselés hatálya alatt bekövetkező, jelen biztosítási feltételekben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén az alábbi szolgáltatásokat teljesíti.

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

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

(3) Ha a főbiztosított baleset következtében elhalálozik a biztosítási ajánlat biztosító részére történő átadása és a biztosítás létrejötte (14. § (1) bekezdés) közötti

időszakban, a biztosító a 7. § (2) bekezdés a) pontjában meghatározott szolgáltatást teljesíti, valamint kifizeti a szerződő által megfizetett, a szerződés létrejöttéig letétként kezelt díjelőleget, a biztosítónak a szerződés létrejöttekor a 3. § (21) bekezdése a) pontja szerint járó költségekkel csökkentve.

(4) Ha a főbiztosított a biztosítási ajánlat biztosító részére történő átadása és a biztosítás létrejötte (14. § (1) bekezdés) közötti időszakban elhalálozik, a biztosító kifizeti a szerződő által megfizetett, a szerződés létrejöttéig letétként kezelt díjelőleget, a biztosítónak a szerződés létrejöttekor a 3. § (21) bekezdés a) pontja szerint járó költségekkel csökkentve.

(5) Ha a biztosított a határozott tartamúvá tett (5. § (2) bekezdés) szerződés lejáratának napján (6. § (1) bekezdés b) pontja) életben van, a biztosító a szerződő számláján a lejárat napját követő értékelési napon nyilvántartott befektetési egységek aktuális értékét fizeti ki egy összegben.

(6) A kiegészítő biztosítások különös feltételei szerint biztosítási eseménynek minősülő esemény bekövetkeztekor a biztosító a megfelelő kiegészítő biztosítás feltételeiben meghatározott szolgáltatást teljesíti egy összegben. Kiegészítő biztosítás biztosítottjának halálával a rá vonatkozó kiegészítő biztosítások megszűnnek, de a főbiztosítás a többi kiegészítő biztosítással együtt érvényben marad.

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

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

(9) Az ügyfélbónusz szolgáltatást a 4. számú melléklet 1. pontja tartalmazza.

Mikor kell a díjat megfizetni?



8. § A biztosítás díja

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

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

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

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

(5) A díjelőleget a biztosító az ajánlat 14. § (4) bekezdése alapján történő elutasítása esetén, azzal egy időben visszautalja a szerződőnek. Az ajánlat megtételétől a visszautalásig ezt az összeget a biztosító kamatmentes letétként kezeli.

(6) A biztosító rendszeres díjfizetés esetén az esetleges az egyes biztosítottra vonatkozó kockázati és kiegészítő biztosítások díjait annak a biztosítási hónapnak a végéig vonja le, amelyben az adott biztosított elhalálozott.

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

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

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

(10) A biztosítónak jogában áll a rendszeres és az eseti díjak minimális értékét meghatározni, valamint azok mértékét – a módosítást követően kötendő szerződések tekintetében – naptári évenként egyszer módosítani. A minimális díjak aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

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

(12) A szerződő folyószámlája rendszeres díjjal történő terhelésének aktuális időpontját a 2. számú melléklet tartalmazza. A biztosítónak jogában áll – a külső feltételek változása, így különösen munka- és pihenőnapok áthelyezése, bankszünnap, vagy a banki üzletszerű működéssel összefüggő egyéb okok fennállása esetén – ezt az időpontot megváltoztatni.

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

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

9. § Késedelmes díjfizetés

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

(2) A biztosító 60 nap díjjal nem fedezett tartam elteltével a szerződő felet – a következményekre

történő figyelmeztetés mellett – 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felszólítja.

(3) A póthatáridő elteltével (azaz 90 nap díjjal nem fedezett időszak elteltével) a biztosító a biztosítást a 23. § szerint díjmentesíti, illetőleg ha a biztosítás nem felel meg a díjmentesítés feltételeinek, akkor a biztosító a további díjnemfizetést a szerződő 26. § szerinti visszavásárlási szándékának vélelmezi.

(4) Amennyiben a biztosító nem tud eljárni a 9. § (1) bekezdésben foglaltaknak megfelelően, a szerződés kifizetés nélkül a biztosítási hónapforduló napjával megszűnik.

10. § A szerződés ismételt hatályba léptetése (reaktiválás)

(1) A biztosítási esemény nélkül, a 9. § (4) bekezdésben meghatározott módon megszűnt biztosítás az eredeti feltételekkel újra hatályba lép, ha a szerződő a megszűnés napjától számított 180 napon belül az összes elmaradt díjat befizeti.

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

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

Hogyan őrzi meg a biztosítás az értékét?



11. § Az értékkövetés (indexálás)

(1) Amennyiben a rendszeres díjfizetésű szerződés rendelkezik az indexálás jogával, a biztosító minden biztosítási évfordulón felajánlja a szerződőnek, hogy a biztosítás rendszeres díját, illetőleg a technikai haláleseti biztosítási összeget és a kiegészítő biztosítások biztosítási összegeit külön kockázatbírálás nélkül, a (3) bekezdésben meghatározott módon azonos arányban növelje.

(2) Díjmentesített szerződések esetén a technikai haláleseti biztosítási összeget és a kiegészítő biztosítások biztosítási összegeit a biztosító külön kockázatbírálás nélkül a 11. § (3) bekezdésben meghatározott indexszel növeli.

(3) A biztosító az indexet úgy határozza meg, hogy az a minden év február 1-jén érvényes, a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett, az előző naptári évre vonatkozó fogyasztói árindektől legfeljebb 5 százalékponttal térjen el. A biztosító az indexet azon szerző-

dések tekintetében alkalmazza, amelyek évfordulója a május 1-jét követő időpontra esik.

(4) A 2. számú mellékletben meghatározott költségek, egyéb díjak és összegek indexálása szintén a (3) bekezdésben meghatározott módon történik. Az indexálással módosított költségekről, egyéb díjakról és összegekről a biztosító hirdetmény útján értesíti a szerződőt.

(5) Az indexálásról a biztosító a szerződőt legkésőbb 2 hónappal a biztosítási évfordulót megelőzően értesíti. Az értesítő levél az évfordulót követően érvényes biztosítási díjat és biztosítási összegeket tartalmazza. A biztosítási évfordulótól kezdődően a biztosítási jogviszony a megemelt biztosítási összeggel és biztosítási díjjal folytatódik, ha a szerződő a 11. § (6) bekezdésben foglaltak szerint az indexálást nem utasította vissza.

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

(7) Ha a biztosítási évben a szerződő az értesítőlevél kiküldését megelőzően élt a biztosítási díj egyedi növelésével (12. §), illetőleg a biztosítási összegek egyedi változtatásával (13. §), a biztosító az indexált érték kiszámításánál a megváltozott értékből indul ki. Ha ezen igények valamelyike az értesítőlevél kiküldését követően, de még az évfordulót 5 nappal megelőzően érkezik be, a biztosító a szerződő kérésének megfelelő értéket tekinti érvényesnek a biztosítási évfordulótól. Amennyiben a szerződő által módosított biztosítási díj vagy biztosítási összegek valamelyike alacsonyabb az indexált értéknél, a biztosító az indexálást elutasítottnak, ellenkező esetben elfogadottnak tekinti. Ha a szerződő igénye az évfordulót megelőző 5 napon belül érkezik be, a biztosító azt az évfordulót követően hajtja végre.

12. § A biztosítási díj egyedi módosítása

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

(2) Három év díjjal fedezett tartam eltelte után a díjmaradásban lévő és még nem díjmentesített szerződés szerződője a díjjal nem rendezett biztosítási időszak elejétől, visszamenőleges hatállyal kérheti a rendszeres díj csökkentését.

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

(4) A biztosító a rendszeres biztosítási díj csökkentését elfogadáshoz köti és a mindenkor minimáldíj mértékéig

engedélyezi, amelynek mértékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

13. § A kiegészítő biztosítások biztosítási összegeinek egyedi növelése és csökkentése

(1) A szerződő írásban kérheti a főbiztosított halálesetére szóló, a további biztosított(ak) halálesetére szóló, a baleseti halálra szóló és a baleseti eredetű rokkantságra (maradandó egészségkárosodásra) szóló kiegészítő biztosítások biztosítási összegeinek növelését vagy csökkentését.

(2) A kiegészítő biztosítások biztosítási összegének növelése esetén ismételt kockázatbírálásra kerül sor, amelynek költségeit a biztosító jogosult a szerződőre hárítani.

(3) Az (1) bekezdésben meghatározott módon megváltozott biztosítási összeg érvénybe lépésének feltétele, hogy a (2) bekezdésben foglalt ismételt kockázatbírálás során a biztosító elfogadja a biztosítási összeg változtatási kérelmet, valamint amennyiben biztosítási díj növelés szükséges, az emelt biztosítási díj beérkezzen a biztosító számlájára.

(4) Biztosítási összeg egyedi csökkentése esetében a megváltozott biztosítási összeg a szerződő arra vonatkozó nyilatkozatának a biztosítóhoz történő beérkezése utáni munkanaptól számított első biztosítási hónapfordulótól érvényes.

(5) A 13. § (1) bekezdésben felsorolt kiegészítő biztosítások biztosítási összegének egyedi csökkentése olyan mértékig lehetséges, hogy az adott biztosítottra vonatkozó kockázati díj elérje az aktuális éves díj 10%-át.

(6) Biztosítási összeg egyedi növelése esetében a megváltozott biztosítási összeg a 13. § (3) bekezdésben meghatározott feltételek megvalósulását követő munkanaptól számított első biztosítási hónapfordulótól érvényes.

Hogyan jön létre a biztosítás?



14. § A biztosítási szerződés létrejötte és módosítása

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

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

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

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

(5) Ha a biztosító az ajánlatot elutasítja, a szerződés nem jön létre. Az ajánlat elutasítását a biztosító nem köteles megindokolni.

(6) 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.

(7) 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.

(8) Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér a 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.

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

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

(11) Az életbiztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához – ha a szerződést nem ő köti meg – a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. A

biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a szerződés a főbiztosított visszavonó nyilatkozatával a biztosítási időszak végével megszűnik, kivéve, ha a biztosított a szerződésbe lép. A kiegészítő biztosítás biztosítottja visszavonó nyilatkozatával az adott biztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosítások szűnnek meg. (A kiegészítő biztosítás(ok) megszűnése nem csökkenti a szerződés éves díját, azonban a biztosító ennek kockázati díját a megszűnés időpontjától nem vonja le.)

(12) Az írásbeli megállapodást, illetőleg a biztosító elfogadó nyilatkozatát a biztosítási kötvény kiállítása pótolja. A biztosító a kötvényt a kockázatelbírálásra rendelkezésre álló időn belül állítja ki. Amennyiben a kockázatelbírálási időszak alatt az ajánlat elbírálásához és a biztosítási kockázat elvállalásához szükséges összes dokumentum, vagy az első díj nem érkezik be a biztosítóhoz, akkor a kötvényt az ajánlat elbírálásához és a biztosítási kockázat elvállalásához szükséges összes dokumentum, valamint az első díj azonosítható módon történt beérkezését követően legfeljebb 2 munkanappal állítja ki a biztosító.

(13) 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.

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

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

(16) 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.

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

(18) Ha a szerződést nem a biztosított kötötte, a biztosított a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatko-

zattal 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 szerződéssel egyetemlegesen felelős.

(19) A biztosított, mielőtt a szerződés felmondás vagy díjfizetés elmaradása miatt megszűnik, a biztosítóval közölt nyilatkozatával a szerződő fél helyébe léphet. Ilyen esetekben a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a biztosított a szerződő féllel egyetemlegesen felelős. Amennyiben több biztosított jogosult a szerződő helyébe lépni, a biztosító az elsőként beérkezett biztosítotti nyilatkozatot tekinti érvényesnek.

(20) A szerződő az ajánlatát a szerződés létrejötte előtt bármikor – akár az ajánlat megtételétől számított 15 napon belül, illetve, ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, 60 napon belül is – 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.

(21) 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.

(22) 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 mondhatja le az öt megillető felmondási jogról. A biztosító kockázatviselése a felmondó nyilatkozat kézhezvételét követő napon megszűnik. A szerződő ezen rendelkezés szerinti felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően a biztosító 15 napon belül elszámol a szerződő által a biztosítási szerződéssel kapcsolatban bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel.

a) Az elszámolás alapját a biztosító az alábbiak szerint állapítja meg:

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

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

- a szerződés létrehozása érdekében felmerült költségeivel (ide nem értve a biztosításközvetítőnek kifizetett jutalékot),

- a kockázatviselés kezdetétől a megszűnésig eltelt időszakra időarányosan számított kockázati díjjal és

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

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

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

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

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

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

Mikortól érvényes a biztosítás?



15. § A biztosítási szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete

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

(2) A biztosító kockázatviselése a kockázatbírálási időszakra vonatkozó rendelkezések függvényében a biztosítás első díjának megfizetését követő nap 0. órájától kezdődik, feltéve, hogy az életbiztosítási szerződés a 14. § rendelkezéseivel összhangban már létrejött vagy utóbb létrejön.

(3) Amennyiben a felek a díj megfizetésére vonatkozóan írásban halasztásban állapodnak meg, a kockázatviselés e megállapodás napján megkezdődik, feltéve, hogy az életbiztosítási szerződés a 14. § rendelkezéseivel összhangban már létrejött vagy utóbb létrejön.

16. § Kockázatbírálási időszak

1) A kockázatbírálási 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 kockázatbírálási időszak alatt a biztosító nem áll kockázatban, kivéve az alábbi eseteket:

- a) biztosító ráutaló magatartásával létrejött fogyasztói szerződés esetében, ha a biztosítási esemény a kockázatbírálási idő alatt következik be, és az ajánlatot a biztosító nem utasíthatja vissza,
- b) a kockázatbírálási időszak alatt bekövetkező bal-esetből eredő biztosítási események tekintetében.

Az ügyfélnek milyen kötelezettségei vannak?



17. § Közlési kötelezettség

(1) A szerződő, illetőleg a biztosított(ak) köteles(ek) a szerződéskötéskor a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval a valóságnak megfelelően és hiánytalanul közölni, amelyeket ismer vagy ismernie kell, és amelyekre a biztosító írásban kérdést tett fel. A közlésre irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet és a biztosított(ak)at; 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(ak) eleget tesz(nek) a közlési kötelezettségnek. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

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

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

(3) 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 esetében a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha:

- a) bizonyítják, hogy az elhallgatott, vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy
- b) az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében, vagy
- c) a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkezéséig legalább öt év eltelt.

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

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

18. § Bejelentési kötelezettség

(1) A szerződő fél illetőlegilletőleg a biztosított(ak) köteles(ek) 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 biztosított(ak)at; egyikük sem védekezhet olyan változás nem tudásával, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítónak bejelenteni, noha arról tudnia kellett, és a bejelentésre köteles lett volna.

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

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

(4) A jelen § (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 következőkre a módosító javaslat megtételekor a szerződő fél figyelmét felhívta.

(5) Amennyiben a szerződő, illetőleg a biztosított 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.

Mit kell tenni, ha káresemény történik?



19. § A biztosító teljesítése

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

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

(3) A biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételehez be kell nyújtani a biztosítási kötvényt, és a 6. 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 biztosítás díjmentesítéséhez, illetőleg a visszavásárlási összeg kifizetéséhez a következő iratokat kell a biztosító részére bemutatni, illetőleg átadni:

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

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

(8) A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához, illetőleg a teljesítéshez szükséges összes irat beérkezése után, az utoljára beérkezett irat kézhezvételétől számított 15 napon belül – tekintettel „A befektetési egységalapokkal kapcsolatos fogalmak és eljárások” című 3. § (11) bekezdésében foglaltakra – teljesíti amennyiben teljesítésre köteles.

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

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

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

(12) A biztosító illetékes vezetője a független igazságügyi orvosszakértői véleményt az igény elbírálása során figyelembe veszi.

(13) A független igazságügyi orvosszakértő eljárásával kapcsolatos költségeket az a fél viseli, akinek érdekében állt a felkérése. Amennyiben az igényt érvényesíteni kívánó személy kezdeményezte az eljárást, és az orvosszakértő a javára foglalt állást, a költségeket a biztosító fizeti.

(14) Az igénybe nem vett szolgáltatási összeget az el-
évülési időn belül a biztosító kamatmentes letétként ke-
zeli.

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?



20. § A biztosító mentesülése

(1) A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosítási esemény a biztosított halála esetén a kedvezményezett szándékos magatartásának következménye. Ebben az esetben az írásbeli haláleseti bejelentésnek a biztosítóhoz való beérkezése napját követő értékelési napon érvényes viszszaírási összeg a biztosított örököseit illeti meg és a kedvezményezett abból nem részesülhet.

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

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

a) a biztosított jogellenes vagy szándékos magatartásának következménye,

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

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

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

(5) A biztosító mentesül a kiegészítő biztosításokra vonatkozó szolgáltatás teljesítésétől, és a kiegészítő biztosítások minden további feltétel nélkül megszűnnek, ha a biztosítási eseményt olyan

esemény idézte elő, amelyek következtében a biztosító a főbiztosítás biztosítási összegének kifizetése alól mentesül a jelen § (1) és (3) bekezdések alapján.

21. § Kizárt kockázatok

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

Az esemény

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

b) a biztosított motoros eszközökkel folytatott sporttevékenységének következménye,

c) a biztosított hivatásszerű sportolása közben következett be,

d) bármely, olimpiai sportágként nem bejegyzett, különlegesen veszélyes sportcselekménnyel, így a küzdősportok köréből a pankrációval, a ketteharccal; az egyéb sportok és hobbijellegű tevékenységek köréből a hegyi kerékpározással (Mountain bike), a canyoninggal, a szikla- vagy gleccsrmászással, a vízisízéssel, a vízirobotgózással (jet-ski), a vadvízi evezéssel, a hegymászással, a magashegyi expedícióval, a barlangászattal, a bázisugrással, a mélybe ugrással (bungee jumping), a falmászással, a roncsautó sporttal (auto-crash), a rallyvel, a hőléggelgöngyölítéssel, a félkezes és nyílt-tengeri vitorlázással, a sárkányrepüléssel, az ejtőernyőzéssel, a paplanernyőzéssel vagy a műrepüléssel összefüggésben következett be,

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

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

g) robbanószerkekkel, robbanó szerkezetekkel való foglalkozás következménye,

h) a biztosított fegyverviselésével okozati összefüggésben következett be,

i) az atommag szerkezetének módosulása, radioaktív sugárzás, vagy egyéb ionizáló sugárforrás miatt következett be, minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt,

j) közvetve vagy közvetlenül összefüggésben áll harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel, lázadással, zavargással vagy terrorcselekménnyel, hadüzenettel vagy anélkül vívott harccal, határvillongással, felkeléssel, forradalommal, zendüléssel, a törvényes kormány elleni puccsal vagy puccskísérlettel, népi megmozdulással, nem engedélyezett tüntetéssel vagy be nem

jelentett sztrájkjal, idegen ország korlátozott célú hadcselekményeivel, kommandó támadással,

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

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

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

n) bekövetkeztek a biztosított kábító, bódító szerek, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatt állt, vagy egyéb vegyi anyagot bódító szerként alkalmazott, és a káresemény ezzel okozati összefüggésben következett be, kivéve, ha a fenti állapot egészségügyi intézmény vagy személy (orvos) utasítása alapján, annak pontos betartása mellett alakult ki,

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

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

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

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

(4) A jelen § (1) bekezdésben meghatározott esetek miatti biztosítási eseményeket a biztosító a kiegészítő biztosítások tekintetében is kizárja.

22. § A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése

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

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

23. § Díjmentesítés

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

(2) A biztosító a díjmentesítés napjától a kezdeti költségeket a rendszeres díjfizetésű szerződések kezdeti költségelvonási szabályai szerint folytatja (3. § (28) bekezdés).

(3) A díjmentesítés feltétele, hogy a szerződés visszavásárlási értéke elérje a biztosító által a 2. számú mellékletben meghatározott minimális összeget, melynek mértékét az inflációra tekintettel a biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – legfeljebb a 11. § (3) bekezdésében foglaltaknak megfelelő mértékkel indexálhatja.

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

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

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

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

24. § Rendszeres pénzkivonás

(1) A szerződő a biztosítási szerződés hatálya alatt, 3 év díjjal fedezett tartam elteltével a szerződő írásban kérheti, hogy a biztosító havi rendszerességgel, de legalább két alkalommal azonos összegű pénzt fizessen ki számára a számlájáról (rendszeres pénzkivonás). Erre a szerződő

alszámláin nyilvántartott felhalmozási befektetési egységek arányos eladása révén, a szerződő kérelmének a biztosítóhoz történt beérkezését követő 5. nap utáni első biztosítási hónapfordulótól kerül sor, minden esetben a hónapforduló napján – mint értékelési napon – érvényes vételi árfolyamon – tekintettel a 3. § (11) bekezdésében foglaltakra.

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

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

(4) A rendszeres pénzkivonás havi költsége megegyezik a 3. § (29) bekezdésben meghatározott tranzakciós költséggel, amelyet a biztosító a kifizetendő összegből von le. A költség aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

(5) Rendszeres pénzkivonásra addig van lehetőség, amíg

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

b) a szerződés első 10 évében az utolsó pénzkivonás után a fennmaradó biztosítás aktuális visszavásárlási összege eléri a 2. számú mellékletben meghatározott minimális összeget, melynek mértékét az inflációra tekintettel a biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – legfeljebb a 11. § (3) bekezdésében foglaltaknak megfelelő mértékkel indexálhatja.

(6) A szerződés

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

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

(7) A rendszeres pénzkivonás tartama alatt a biztosító a 11. § szerinti indexálást szüneteltetheti.

25. § Felmondás

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

(2) A biztosító a szerződést a biztosítási kockázat jelentős növekedése, illetve a közlési és bejelentési kötelezettség megsértése esetén a jelen szabályzat 17. § (3) bekezdésében és 18. § (4) bekezdésében foglaltak szerint felmondhatja.

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

26. § Visszavásárlás

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

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

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

(4) A visszavásárlási összeg a szerződő számláján nyilvántartott kezdeti és felhalmozási befektetési egységek, igény bejelentését követő első értékelési napon megállapított vételi áron számított összértékének a 4. számú mellékletben meghatározott százaléka.

(5) A visszavásárlási összeg számítása szempontjából a rendszeres díjas biztosítás esetén csak a díjjal fedezett időszak vehető figyelembe. A díjfizetéssel fedezett időszak számítása során a jelen szabályzat 8. § (7) és (8) bekezdéseinek rendelkezéseit kell megfelelően alkalmazni.

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

(7) A visszavásárolt biztosítás nem helyezhető újra hatályba.

27. § Részleges visszavásárlás

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

(2) A részleges visszavásárlás feltétele, hogy a fennmaradó biztosítás aktuális visszavásárlási összege elérje a 2. számú mellékletben meghatározott minimális összeget, melynek mértékét az inflációra tekintettel a biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – legfeljebb a jelen szabályzat 11. § (3) bekezdésében foglaltaknak megfelelő mértékkel indexálhatja.

(3) A részleges visszavásárlás esetenkénti költsége megegyezik a jelen szabályzat 3. § (29) bekezdésben meghatározott tranzakciós költséggel, melyet az igényelt összegből von le a biztosító. A költség aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

28. § Befektetési egységalapok és egységek módosítása

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

(2) A biztosító a befektetési egységalap

a) tervezett megszüntetése előtt legalább 30 nappal írásban értesíti a szerződőt, egyúttal elküldi az aktuálisan választható befektetési egységalapok befektetési politikáját, b) tervezett létrehozása előtt hirdetmény útján tájékoztatja a szerződőt.

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

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

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

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

(7) Amennyiben a befektetési egységalapot érintő változás érinti annak kockázati besorolását és alapvető

célját, akkor a biztosító a módosítás hatálybalépése előtt 30 nappal írásban értesíti a szerződőt, valamint felajánlja a változtatott befektetési egységalap befektetési egységeinek bármely más működő befektetési egységalap befektetési egységeire való költségmentes áthelyezést.

29. § Áthelyezés és a díj megosztásának módosítása

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

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

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

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

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

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

(5) A biztosító évente egyszer jogosult a feldolgozás időpontjának meghatározását módosítani amennyiben a biztosító üzletszerű működése azt indokolja, feltéve, hogy a módosítás a feldolgozás hatékonyságát mind a biztosító, mind a szerződő számára növeli. A módosításról a biztosító a szerződőt hirdetményben tájékoztatja.

(6) Évente az első áthelyezés költségmentes.

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

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

Mikor szűnik meg a biztosítás?



30. § A biztosítás megszűnése

(1) A biztosítás megszűnik:

a) ha a jelen szabályzat 6. § (1) bekezdés a) pontjában meghatározott biztosítási esemény bekövetkezését követően a biztosító teljesít,

- b) ha a szerződést a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy szerződő a jelen szabályzat 14. § (22) bekezdése alapján a szerződés létrejöttéről szóló jognyilatkozat kézhezvételétől számított 30 napon belül felmondja,
 - c) ha a szerződő a biztosítást a jelen szabályzat 25. § (1) bekezdése alapján felmondja,
 - d) ha a biztosító a szerződést a jelen szabályzat 25. § (2) bekezdése alapján felmondja,
 - e) a rendszeres pénzkivonással összefüggésben a 24. § (6) bekezdés b) pontjában meghatározott esetben,
 - f) ha a szerződő a biztosítást a 26. § szerint visszavásárolja,
 - g) a késedelmes díjfizetéssel összefüggésben a 9. § (3) és (4) bekezdésében meghatározott esetekben,
 - h) a díjmentesítéssel összefüggésben a 23. § (4) bekezdésben meghatározott esetben,
 - i) a díjfizetés szüneteltetésével összefüggésben a 31. § (4) bekezdésben meghatározott esetben.
- (2) A szerződés megszűnésekor a felek kölcsönösen lemondanak a díjtűrészár mértékét meg nem haladó követelésükről.

31. § Díjfizetés szüneteltetése

- (1) Rendszeres díjas biztosítás esetén a biztosítási szerződés megkötésétől számított három év díjjal fedezett tartam elteltével a szerződő írásbeli nyilatkozatban kérheti, hogy a biztosító a szerződés díjjal fedezett dátumától 1 éves időtartamra szüneteltesse a díjfizetési kötelezettséget. A szerződő további díjfizetési kötelezettsége ezzel 1 éves időtartamra megszűnik, de eseti díjak fizetésére való jogosultsága változatlanul megmarad.
- (2) A díjfizetési kötelezettség szüneteltetése a költségelvonási szabályokat nem érinti.
- (3) A díjfizetés szüneteltetésének feltétele, hogy a szerződés visszavásárlási értéke elérje a biztosító által a 2. számú mellékletben meghatározott minimális visszavásárlási összeget, melynek mértékét az inflációra tekintettel a biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – legfeljebb a jelen szabályzat 11. § (3) bekezdésében foglaltaknak megfelelő mértékkel indexálhatja.
- (4) A díjfizetés szüneteltetésének időtartama alatt a kiegészítő biztosítások biztosítási összegei nem változnak, a biztosító továbbra is vonja a biztosítási összegekhez tartozó kockázati díjat. Azon a biztosítási hónapfordulón, amelyen a befektetési egységek aktuális értéke nem nyújt fedezetet a szerződő számláját terhelő rendszeres költségek érvényesítésére, a biztosítás és a kiegészítő biztosítások megszűnnek.

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

- (6) A szüneteltetett díjfizetésű biztosítás is visszavásárolható. A szüneteltetett díjfizetésű biztosítás visszavásárlásakor a biztosító a biztosítás fennmaradt kezdeti befektetési egységeit felhalmozási befektetési egységekké váltja át az el nem számolt kezdeti költségek azonnali érvényesítésével.
- (7) A díjfizetés szüneteltetését a szerződő legfeljebb kétszer kérheti a szerződés tartama alatt.
- (8) Amennyiben a díjfizetés szüneteltetésének 1 éves időtartamának leteltét követően a díjfizetés nem folytatódik, a biztosító a jelen szabályzat 9. § rendelkezéseinek megfelelően jár el.

32. § Elévülés

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

Mit tesz a biztosító az adataim biztonsága érdekében?



33. § A biztosítási és az üzleti titok

- (1) A biztosító köteles a biztosítókra és a biztosítási tevékenységről szóló 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 bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,

d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általuk kirendelt szakértővel,

e) az adóhatósággal (a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adó-ügyben, 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 meg-
léte 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 fel-
tételei 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) feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,

p) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és In-
formációs szabadság 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 jogalap-
ját, 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 ügyészi jóváhagyást nélkülöző megkeresésére is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott üggyel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról.

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

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

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 számá-

ra a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,

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

d) a Bit.-ben az összevont alapú felügyeletre és a külön törvényben szabályozott 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 aa 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 jelen § (12) bekezdésben meghatározott célokból az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 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 megkeresése 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 jelen § (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.

34. § 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 addig kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének megíiusulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

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

(5) A biztosító által kezelhető adatok köre:

a) biztosított (szerződő, kedvezményezett, és károsult) személyes adatai, a biztosított különleges adatai,

b) biztosítási összeg,

c) a kifizetett biztosítási összeg mértéke és a kifizetés ideje,

d) a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggő összes lényeges tény, körülmény.

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

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

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

(9) A szerződő, 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 Info tv. 21. §-ban meghatározott esetekben tilakozhat 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 a telefonon vagy interneten történő, az ügyfelet, illetőleg szerződését érintő tevékenysége során gondoskodik a személyes és különleges adatok kezelésére, valamint a biztosítási titok védelmére 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.

35. § 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?



36. § Tájékozódás és tájékoztatás

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

- a) A szerződő a biztosító internetes honlapján (www.metlife.hu) tájékozódhat az egyes befektetési egységek befektetési egységeinek aktuális vételi áráról.
- b) A szerződő saját szerződéseinek befektetési egységeinek aktuális vételi áráról és számáról, valamint a 2. számú mellékletben szereplő adatokról az alábbi módokon tájékozódhat:
 - a biztosító személyes ügyfélszolgálatán (1138 Budapest, Népfürdő u. 22. fsz.) hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, keddtől péntekig tartó munkanapokon 9 és 17 óra között,
 - a biztosító kék telefonszámán (06 40 444 445) hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, keddtől péntekig tartó munkanapokon 8 és 17 óra között,
 - VIP ügyfelek hétfőtől péntekig tartó munkanapokon 9 és 17 óra között a biztosító kék telefonszámán (06 40 888 847).
- c) A biztosítási szerződés megkötését követően a biztosító évente legalább egyszer írásban tájékoztatja ügyfelét életbiztosítási szerződése szolgáltatási értékéről, aktuális visszavásárlási értékéről, a befektetési egységeinek aktuális vételi áráról és számáról, illetőleg ezeknek az előző értékelés óta bekövetkezett változásairól, és egyéb, jogszabály által előírt adatokról.
- d) Amennyiben a biztosítási szerződés feltétele a leendő ügyfél orvosi vizsgálata, akkor az ügyfél az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.
- e) Amennyiben a szerződő rendelkezik MyMetLife hozzáféréssel, amelynek feltétele a MyMetLife szerződés megkötése, akkor a szerződő a MyMetLife internetes ügyfélportal oldalán is tájékozódhat a saját szerződése befektetési egységeinek aktuális vételi áráról és számáról, valamint aktuális visszavásárlási értékéről.
- f) 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.

37. § Irányadó jog, illetékes bíróság és panaszforum

- (1) Jelen biztosítási feltételekre és a biztosítási szerződésre vonatkozóan a magyar jogszabályok irányadók.
- (2) A biztosítási szerződésből eredő és azzal összefüggő bármilyen igény érvényesítésére indított valamennyi, járásbírói hatáskörébe tartozó perre kizárólagosan a Budapesti II. és III. Kerületi Bíróság illetékes. 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 munkanapokon 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, joghatásaival 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.

Jelen szerződési feltételek kizárólag a jelzett mellékletekkel együtt érvényesek.

1. számú melléklet: A választható eszközalapok befektetési politikái

2. számú melléklet: A Maxima befektetési egységekhez kötött életbiztosítás költségeinek és minimális díjainak aktuális értékei
3. számú melléklet: Választható biztosítási csomagok, limitek és biztosítási díjak
4. számú melléklet: Ügyfélbónuszok és a szerződés legfontosabb paraméterei
5. számú melléklet: Díjkezelési tájékoztató
6. számú melléklet: Tájékoztató a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokról
7. számú melléklet: Az eszközalap felfüggesztésének részletes szabályai

Budapest, 2015. május október 11.

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 százalékos mértéket vagy vételi árfolyama elérte a szerződő által előre megadott árfolyamot.

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

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

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

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

A) Stop loss funkció

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

(2) Az árfolyamfigyelő szolgáltatás stop loss funkciójának alaptípusai:

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

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

ket. Ebben az időpontban automatikus áthelyezés nem történik.

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

(4) A stop loss funkció indításának módjai:

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

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

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

(5) Az árfolyamesés mértékének beállítása:

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

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

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

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

B) Start buy funkció

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

(2) Az árfolyamfigyelő szolgáltatás start buy funkciójának alaptípusai:

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

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

(3) A start buy funkció indításának módjai:

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

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

(4) Az árfolyam-emelkedés mértékének beállítása:

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

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

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

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

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

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

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

ségekhez kötött kiegészítő biztosítás 1. számú mellékletéből ismerhetők meg.

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

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

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

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

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

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

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

Budapest, 2015. október 1.

A Portfólió Plusz befektetési egységekhez kötött életbiztosítást kiegészítő biztosítás (MEB-P32, MEB-E91) feltételei

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

1. § A kiegészítő biztosítás létrejötte és tartama

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

2. § Biztosítási esemény

A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási eseménynek minősül:

- a) határozott tartamúvá tett főbiztosítás esetén a biztosítottnak a biztosítási tartam lejártakor való életben léte,
- b) a biztosítottnak a kiegészítő biztosítás tartamán belül bekövetkezett halála,
- c) a biztosítottnak a kiegészítő biztosítás tartamán belül történt baleset miatt a baleset időpontjától számított egy éven belül bekövetkezett halála.

3. § Biztosítási szolgáltatások

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

(3) Ha a biztosított a kiegészítő biztosítás tartama alatt 65. életévének betöltése előtt baleset következtében egy éven belül meghal, a biztosító a főbiztosítás haláleseti kedvezményezettje részére a (2) bekezdésben meghatározott szolgáltatáson felül még egyszer kifizeti a kiegészítő biztosítás alszámláin, az írásbeli haláleseti bejelentésnek a biztosítóhoz való beérkezése napját követő értékelési napon nyilvántartott befektetési egységek aktuális értékét, de legfeljebb a Mellékletben meghatározott maximális összeget.

(4) A (3) bekezdés alkalmazása szempontjából balesetnek minősülnek a főbiztosítás feltételében a baleset meghatározásában foglaltak.

4. § A kiegészítő biztosítás díja

(1) E kiegészítő biztosításra kizárólag eseti díj fizethető.

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

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

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

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

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

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

(8) A biztosító a befizetett eseti díjat kizárólag akkor kezeli a jelen § (6) és (7) bekezdésben foglalt rendelkezéseknek megfelelően, ha a szerződő erre irányuló nyi-

latkozata legalább egy értékelési nappal az eseti díjnak a biztosító számláján történő jóváírása előtt érkezik meg.

5. § Díjmentesítés

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

6. § Rendszeres pénzkivonás

E kiegészítő biztosítás befektetési egységei terhére rendszeres pénzkivonás nem teljesíthető.

7. § Visszavásárlás, részleges visszavásárlás

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

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

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

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

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

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

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

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

(7) A részleges visszavásárlás további feltétele, hogy a tranzakció után a kiegészítő biztosítás

alszámláin nyilvántartott befektetési egységek értéke elérje a főbiztosításnak a szerződő részleges visszavásárlási kérelmének a biztosítóhoz való beérkezése napján hatályos vonatkozó mellékletében meghatározott minimális eseti díjat, vagy ezek értéke nulla legyen.

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

8. § Áthelyezés

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

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

(3) Újabb áthelyezés esetén, amennyiben az a kiegészítő biztosítás alszámláit érinti, a biztosító tranzakciós költséget von le az áthelyezett befektetési egységek értékéből, amely megegyezik a főbiztosításnak az áthelyezés értéknapján hatályos havi nyilvántartási díjával.

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

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

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

9. § Egyéb rendelkezések

A kiegészítő biztosítás megszűnik:

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

Melléklet**A Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás költségeinek aktuális értékei**

Főbiztosítási termékmódozat:	MET-618	MET-718
Vételi és eladási ár közötti különbség:	2%	2%
Éves alapkezelési díj:	1,75%	1,75%
kivéve		
Profitőr kötvénytúlsúlyos vegyes eszközalap esetén:	1%	
Likviditási euró eszközalap és		0,5%
Winner vegyes (kötvény,		
részvény) eszközalap esetén:	0,5%	
Baleseti halálra vonatkozó szolgáltatás maximuma:	2 000 000 Ft	8 000 €

Budapest, 2015. október 1.

A BEFEKTETÉSI EGYSÉGEKHEZ KÖTÖTT ÉLETBIZTOSÍTÁST KIEGÉSZÍTŐ, A FŐBIZTOSÍTOTT HALÁLESETÉRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS (MEB-K18, MEB-ET1) FELTÉTELEI

A befektetési egységekhez kötött életbiztosítást kiegészítő, halálesetre szóló biztosítási szerződés (a továbbiakban: kiegészítő biztosítás) e feltételek, valamint a befektetési egységekhez kötött életbiztosítás (a továbbiakban: főbiztosítás) feltételei alapján jön létre a biztosítási tevékenységet Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited (a továbbiakban: biztosító), valamint a szerződő között. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás feltételei az irányadók.

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

1. § Biztosított

A biztosított a főbiztosítás biztosítottja, aki a biztosítási szerződés létrejöttkor a 18. életévénél idősebb, de a 65. életévét még nem töltötte be.

2. § A kiegészítő biztosítás tartama

(1) E kiegészítő biztosítás a főbiztosítással együtt köthető, amennyiben a biztosító a szerződő főbiztosításra és kiegészítő biztosításra tett ajánlatát, a biztosított nyilatkozatot egyaránt elfogadja.

(2) E kiegészítő biztosítás már hatályban lévő főbiztosítás mellé is köthető, a főbiztosítás biztosítási hónapfordulója előtt legalább 15 nappal felvett ajánlat elfogadása révén. Ez esetben a főbiztosítás hónapfordulója a kiegészítő biztosítás kezdete.

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

(4) A kiegészítő biztosítás szerződő által benyújtott kiegészítő biztosításra tett ajánlatnak a biztosító által történő elfogadásával a főbiztosítás évfordulójáig terjedő időszakra jön létre, és a főbiztosítás biztosítási évfordulóján automatikusan 1 évvel meghosszabbodik, ha a felek a főbiztosítás biztosítási évfordulóját megelőzően 1 hónappal másképp nem nyilatkoznak, feltéve, hogy a főbiztosítás is érvényben marad és a biztosított még nem töltötte be a 65. életévét.

(5) A kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete megegyezik a főbiztosítás kockázatviselésének kezdetével, amennyiben a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatot a főbiztosítással együtt nyújtották be. Amennyiben a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatot már a főbiztosítás hatálybalépését követően nyújtották be, akkor a kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete az azt követő hónapforduló, amikor a biztosító

kockázatbírálásra jogosult szerve a benyújtott kiegészítő ajánlatot elfogadta.

3. § Biztosítási esemény

A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási esemény az 1. § szerinti biztosítottnak a kiegészítő biztosítás tartamán belül bekövetkezett halála.

4. § Szolgáltatás

A biztosító a jelen feltétel 1. § szerinti biztosított halála esetén a kiegészítő biztosítás tartozásokkal csökkentett aktuális biztosítási összegét fizeti ki a kedvezményezett részére.

5. § A kiegészítő biztosítás díja

(1) A befektetési egységekhez kötött életbiztosítást kiegészítő, a főbiztosított halálesetére szóló biztosítás havi díjrátájának kiszámítása a biztosítás díjszabása alapján a biztosított egészségi állapotának, foglalkozásának és egyéb kockázati tényezőknek a figyelembevételével történik. A biztosító ezen információkat az ajánlatból, az egészségi nyilatkozatból, az orvosi vizsgálati jelentésből és esetlegesen a szerződőtől bekért egyéb dokumentumokból szerzi meg.

(2) A kiegészítő biztosítás havi díja egyenlő az aktuális biztosítási összeg és a havi díjrata – az egységnyi biztosítási összegért fizetendő havi díj – szorzatával.

(3) A biztosító fenntartja a jogot, hogy a szerződés ötödik évfordulóját követően a „halandósági viszonyok jelentős változása” esetén az új halandósági táblát használva a havi kockázati díjrata értékét legfeljebb évente újrakalkulálja. A havi díjrata aktuális értékét a főbiztosítás 3. számú melléklete tartalmazza. A „halandósági viszonyok jelentős változása” alatt azt kell érteni, hogy a 18-75 közötti korosztályban legalább 6 korév esetén a KSH által publikált legfrissebb néphalandósági táblából számolható halálozási valószínűség legalább 5%-kal eltér a legutóbbi újrakalkuláció idején aktuális KSH által publikált néphalandósági táblából számolható halálozási valószínűségtől. Első újrakalkuláció esetén az aktuális adatokat az eredetileg alapul vett néphalandósági táblához kell viszonyítani.

6. § Várakozási idő

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

igényessége okából csak a várakozási idő eltelte után nyújtja. A várakozási idő megegyezik az adott biztosítás kockázatelbírálási időtartamával és legfeljebb az ajánlat beérkezésétől számított 15 napig – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 napig – vagy a kötvény korábbi kiállításáig tart.

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

(3) 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. § Maradékjogok

E kiegészítő biztosítás nem rendelkezik maradékjogokkal.

8. § A biztosító teljesítése

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

(2) A biztosító teljesítésének további feltétele, hogy:

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

c) A biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokat a 6. számú melléklet tartalmazza.

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

(4) 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.

(5) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában a jelen feltétel 1. § szerinti biztosítottra vonatkozó főbiztosítás és az összes kiegészítő biztosítás megszűnik.

9. § Egyéb rendelkezések

(1) Ha a közlési kötelezettség megsértése miatt a biztosító a kiegészítő biztosítás biztosítottjával kapcsolatban mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, akkor megszüntetheti az adott biztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosításokat.

(2) A biztosító mentesül a kiegészítő haláleseti biztosítási összeg kifizetése alól, ha a halálesetet olyan esemény idézte elő, amelyek következtében a biztosító a főbiztosítás biztosítási összegének kifizetése alól mentesül(ne) a főbiztosítási feltételek 17. §-ának (1), (2), (3) és (4) bekezdései alapján.

(3) A kiegészítő biztosítás megszűnik:

- a) a biztosítási esemény bekövetkezésekor,
- b) a biztosítási hónap végén, ha a szerződő írásban felmondja a kiegészítő biztosítást,
- c) a főbiztosítás megszűnésekor,
- d) azon biztosítási év végén, amelyben a biztosított betölti 65. életévét,
- e) a főbiztosítás tartamának lejáratakor, kifizetés nélkül.

Budapest, 2015. október 1.

A BEFEKTETÉSI EGYSÉGEKHEZ KÖTÖTT ÉLETBIZTOSÍTÁST KIEGÉSZÍTŐ, A TOVÁBBI BIZTOSÍTOTT(AK) HALÁLESETÉRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS (MEB-K19, MEB-ET2) FELTÉTELEI

A befektetési egységekhez kötött életbiztosítást kiegészítő, halálesetre szóló biztosítási szerződés (a továbbiakban: kiegészítő biztosítás) e feltételek, valamint a befektetési egységekhez kötött életbiztosítás (a továbbiakban: főbiztosítás) feltételei alapján jön létre a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited (a továbbiakban: biztosító), valamint a szerződő között. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás feltételei az irányadók. Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek az irányadók.

1. § Biztosított

A biztosított a főbiztosítottól eltérő természetes személy, aki a biztosítási szerződés létrejöttkor a 18. életévénél idősebb, de a 65. életévét még nem töltötte be.

2. § A kiegészítő biztosítás tartama

- (1) E kiegészítő biztosítás a főbiztosítással együtt köthető, amennyiben a biztosító a szerződő főbiztosításra és a biztosított hozzájárulót tartalmazó kiegészítő biztosításra tett ajánlatát, a biztosított nyilatkozatát egyaránt elfogadja.
- (2) E kiegészítő biztosítás már hatályban lévő főbiztosítás mellé is köthető, a főbiztosítás biztosítási hónapfordulója előtt legalább 15 nappal felvett, a szerződő által benyújtott kiegészítő biztosításra tett ajánlat elfogadása révén. Ez esetben a főbiztosítás hónapfordulója a kiegészítő biztosítás kezdete.
- (3) A főbiztosítás megszűnésével a kiegészítő biztosítás is megszűnik.
- (4) A kiegészítő biztosítás a szerződő által benyújtott kiegészítő biztosításra tett ajánlatnak a biztosító által történő elfogadásával a főbiztosítási évfordulójáig terjedő időszakra jön létre, és a főbiztosítás biztosítási évfordulóján automatikusan újabb 1 évvel meghosszabbodik, ha a felek a főbiztosítás biztosítási évfordulóját megelőzően 1 hónappal másképp nem nyilatkoznak, feltéve, hogy a főbiztosítás is érvényben marad és a biztosított még nem töltötte be a 65. életévét.
- (5) A kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete megegyezik a főbiztosítás kockázatviselésének kezdetével, amennyiben a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatot a főbiztosítással együtt nyújtották be. Amennyiben a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatot már a főbiztosítás hatálybalépését követően nyújtották be,

akkor a kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete az azt követő hónapforduló, amikor a biztosító kockázatelbírálásra jogosult szerve a benyújtott kiegészítő ajánlatot elfogadta.

3. § Biztosítási esemény

A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási esemény az 1. § szerinti biztosítottnak a kiegészítő biztosítás tartamán belül bekövetkezett halála.

4. § Szolgáltatás

A biztosító az 1. § szerinti biztosított halála esetén a kiegészítő biztosítás tartozásokkal csökkentett aktuális biztosítási összegét fizeti ki a kedvezményezett részére.

5. § A kiegészítő biztosítás díja

- (1) A befektetési egységekhez kötött életbiztosítást kiegészítő, a további biztosítottak halálesetére szóló biztosítás havi díjrátájának kiszámítása a biztosítás díj-szabása alapján a biztosított egészségi állapotának, foglalkozásának és egyéb kockázati tényezőknek a figyelembevételével történik. A biztosító ezen információkat az ajánlatból, az egészségi nyilatkozatból, az orvosi vizsgálati jelentésből és esetlegesen a szerződőtől bekért egyéb dokumentumokból szerzi meg.
- (2) A kiegészítő biztosítás havi díja egyenlő az aktuális biztosítási összeg és a havi díjrata – az egységnyi biztosítási összegért fizetendő havi díj – szorzatával.
- (3) A biztosító fenntartja a jogot, hogy a szerződés ötödik évfordulóját követően a „halandósági viszonyok jelentős változása” esetén az új halandósági táblát használva a havi kockázati díjrata értékét legfeljebb évente újrakalkulálja. A havi díjrata aktuális értékét a főbiztosítás 3. számú melléklete tartalmazza. A „halandósági viszonyok jelentős változása” alatt azt kell érteni, hogy a 18-75 közötti korosztályban legalább 6 korév esetén a KSH által publikált legfrissebb néphalandósági táblából számolható halálozási valószínűség legalább 5%-kal eltér a legutóbbi újrakalkuláció idején aktuális KSH által publikált néphalandósági táblából számolható halálozási valószínűségtől. Első újrakalkuláció esetén az aktuális adatokat az eredetileg alapul vett néphalandósági táblához kell viszonyítani.

6. § Várakozási idő

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

igényessége okából csak a várakozási idő eltelte után nyújtja. A várakozási idő megegyezik az adott biztosítás kockázatelbírálási időtartamával és legfeljebb az ajánlat beérkezésétől számított 15 napig – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 napig – vagy a kötvény korábbi kiállításáig tart.

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

(3) 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. § Maradékjogok

E kiegészítő biztosítás nem rendelkezik maradékjogokkal.

8. § A biztosító teljesítése

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

(2) A biztosító teljesítésének további feltétele, hogy:

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

c) A biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokat a 6. számú melléklet tartalmazza.

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

(4) 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.

(5) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában az 1. § szerinti biztosítottra vonatkozó összes kiegészítő biztosítás megszűnik.

9. § Egyéb rendelkezések

(1) Ha a közlési kötelezettség megsértése miatt a biztosító a kiegészítő biztosítás biztosítottjával kapcsolatban mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, akkor megszüntetheti az adott biztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosításokat.

(2) A biztosító mentesül a kiegészítő haláleseti biztosítási összeg kifizetése alól, ha a halálesetet olyan esemény idézte elő, amelyek következtében a biztosító a főbiztosítás biztosítási összegének kifizetése alól mentesül(ne) a főbiztosítási feltételek 17. §-ának (1), (2), (3) és (4) bekezdései alapján.

(3) A kiegészítő biztosítás megszűnik:

a) a biztosítási esemény bekövetkezésekor,
b) a biztosítási hónap végén, ha a szerződő írásban felmondja a kiegészítő biztosítást,
c) a főbiztosítás megszűnésekor,
d) azon biztosítási év végén, amelyben a biztosított betölti 65. életévét,
e) a főbiztosítás tartamának lejáratakor, kifizetés nélkül.

Budapest, 2015. október 1.

A BEFEKTETÉSI EGYSÉGEKHEZ KÖTÖTT ÉLETBIZTOSÍTÁST KIEGÉSZÍTŐ, BALESETI HALÁLRA SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS (MEB-H02, MEB-E43) FELTÉTELEI

A befektetési egységekhez kötött életbiztosítást kiegészítő, baleseti halálra szóló biztosítási szerződés (a továbbiakban: kiegészítő biztosítás) e feltételek, valamint a befektetési egységekhez kötött életbiztosítás (a továbbiakban: főbiztosítás) feltételei alapján jön létre a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited (a továbbiakban: biztosító), valamint a szerződő között. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás feltételei az irányadók.

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

1. § Biztosított

Biztosított az lehet, aki a biztosítási szerződés létrejöttkor a 18. életévénél idősebb, de a 65. életévét még nem töltötte be.

2. § A kiegészítő biztosítás tartama

(1) E kiegészítő biztosítás a főbiztosítottra és a további biztosítottakra egyaránt köthető.

(2) E kiegészítő biztosítás a főbiztosítással együtt köthető, amennyiben a biztosító a szerződő főbiztosításra és kiegészítő biztosításra tett ajánlatát, a biztosított nyilatkozatot egyaránt elfogadja.

(3) E kiegészítő biztosítás már érvényben lévő főbiztosítás mellé is köthető, a főbiztosítás biztosítási hónapfordulója előtt legalább 15 nappal felvett, a szerződő által benyújtott kiegészítő biztosításra tett ajánlat elfogadása révén. Ez esetben a főbiztosítás hónapfordulója a kiegészítő biztosítás kezdete.

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

(5) A kiegészítő biztosítás a szerződő által benyújtott ajánlatnak a biztosító által történő elfogadásával a főbiztosítás évfordulójáig terjedő időszakra jön létre, és a főbiztosítás biztosítási évfordulóján automatikusan 1 évvel meghosszabbodik, ha a felek a főbiztosítás biztosítási évfordulóját megelőzően 1 hónappal másképp nem nyilatkoznak, feltéve, hogy a főbiztosítás is érvényben marad és a biztosított még nem töltötte be a 65. életévét.

(6) A kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete megegyezik a főbiztosítás kockázatviselésének kezdetével, amennyiben a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatot a főbiztosítással együtt nyújtották be. Amennyiben a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatot már

a főbiztosítás hatálybalépését követően nyújtották be, akkor a kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete az azt követő hónapforduló, amikor a biztosító kockázatelbírálásra jogosult szerve a benyújtott kiegészítő ajánlatot elfogadta.

3. § Biztosítási esemény

A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási esemény a biztosítottnak a kiegészítő biztosítás tartamán belül történt baleset miatt, a baleset időpontjától számított egy éven belül bekövetkezett halála.

4. § Szolgáltatás

(1) A biztosító a biztosított baleset miatt bekövetkező halála esetén a kiegészítő biztosítás tartozásokkal csökkentett aktuális biztosítási összegét fizeti ki a kedvezményezett részére.

(2) Amennyiben a biztosított ugyanazon balesetből kifolyólag már részesült a biztosító főbiztosítást kiegészítő, baleseti eredetű rokkantságra (maradandó egészségkárosodásra) szóló biztosításának szolgáltatásában, az e biztosítás alapján fizetendő biztosítási összegből a baleseti eredetű rokkantságra (maradandó egészségkárosodásra) szóló kiegészítő biztosítás alapján kifizetett szolgáltatást a biztosító levonja.

5. § A kiegészítő biztosítás díja

(1) A főbiztosítást kiegészítő, baleseti halálra szóló biztosítás havi díjrátájának kiszámítása a biztosítás díjszabása alapján a biztosított egészségi állapotának, foglalkozásának és egyéb kockázati tényezőknek a figyelembevételével történik. A biztosító ezen információkat az ajánlatból, az egészségi nyilatkozatból, az orvosi vizsgálati jelentésből és esetlegesen a szerződőtől bekért egyéb dokumentumokból szerzi meg.

(2) A kiegészítő biztosítás havi díja egyenlő az aktuális biztosítási összeg és a havi díjrata – az egységnyi biztosítási összegért fizetendő havi díj – szorzatával.

(3) A biztosító fenntartja a jogot, hogy a baleseti halálozási mutatók jelentős változása esetén a havi díjrata értékét legfeljebb évente újrakalkulálja. A havi díjrata aktuális értékét a főbiztosítás 2. számú melléklete tartalmazza.

6. § Maradékjogok

E kiegészítő biztosítás nem rendelkezik maradékjogokkal.

7. § A biztosító teljesítése

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

(2) A biztosító teljesítésének további feltétele, hogy:

a) a benyújtott igény jogosságát alátámasztó egészségügyi intézményi, illetőleg hatósági dokumentumok és információk a biztosító rendelkezésére álljanak, illetőleg

b) a biztosító által kért – a biztosítási eseménnyel, a bekövetkezett sérüléssel és a sérült személy magatartásával, illetőleg az egészségügyi ellátással összefüggő – minden további dokumentumot és információt a biztosító kézhez kapjon.

c) A biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokat a 6. számú melléklet tartalmazza.

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

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

(5) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában az adott biztosítottra vonatkozó összes kiegészítő biztosítás megszűnik.

8. § Egyéb rendelkezések

A kiegészítő biztosítás megszűnik:

a) a biztosítási esemény bekövetkezésekor,

b) a biztosítási hónap végén, ha a szerződő írásban felmondja a kiegészítő biztosítást,

c) a főbiztosítás megszűnésekor,

d) azon biztosítási év végén, amelyben a biztosított betölti 65. életévét.

Budapest, 2015. október 1.

A BEFEKTETÉSI EGYSÉGEKHEZ KÖTÖTT ÉLETBIZTOSÍTÁST KIEGÉSZÍTŐ, BALESETI EREDETŰ ROKKANTSÁGRA (MARADANDÓ EGÉSZSÉGHÁROSODÁSRA) SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS (MEB-R02, MEB-E45) FELTÉTELEI

A befektetési egységekhez kötött életbiztosítást kiegészítő, baleseti eredetű rokkantságra (maradandó egészségkárosodásra) szóló biztosítási szerződés (a továbbiakban: kiegészítő biztosítás) e feltételek, valamint a befektetési egységekhez kötött életbiztosítás (a továbbiakban: főbiztosítás) feltételei alapján jön létre a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited (a továbbiakban: biztosító), valamint a szerződő között. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás feltételei az irányadók.

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

1. § Biztosított

Biztosított az lehet, aki a biztosítási szerződés létrejöttkor a 18. életévénél idősebb, de a 65. életévét még nem töltötte be.

2. § Kedvezményezett

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

3. § A kiegészítő biztosítás tartama

(1) E kiegészítő biztosítás a főbiztosítottra és a további biztosítottakra egyaránt köthető.

(2) E kiegészítő biztosítás a főbiztosítással együtt köthető, amennyiben a biztosító a szerződő főbiztosításra és kiegészítő biztosításra tett ajánlatát, a biztosított nyilatkozatát egyaránt elfogadja.

(3) E kiegészítő biztosítás már hatályban lévő főbiztosítás mellé is köthető, a főbiztosítás biztosítási hónapfordulója előtt legalább 15 nappal felvett, a szerződő által benyújtott kiegészítő biztosításra tett ajánlat elfogadása révén. Ez esetben a főbiztosítás hónapfordulója a kiegészítő biztosítás kezdete.

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

(5) A kiegészítő biztosítás a szerződő által benyújtott kiegészítő biztosításra tett ajánlatnak a biztosító által történő elfogadásával a főbiztosítás évfordulójáig terjedő időszakra jön létre, és a főbiztosítás biztosítási évfor-

dulóján automatikusan 1 évvel meghosszabbodik, ha a felek a főbiztosítás biztosítási évfordulóját megelőzően 1 hónappal másképp nem nyilatkoznak, feltéve, hogy a főbiztosítás is érvényben marad és a biztosított még nem töltötte be a 65. életévét.

(6) A kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete megegyezik a főbiztosítás kockázatviselésének kezdetével, amennyiben a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatot a főbiztosítással együtt nyújtották be. Amennyiben a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatot már a főbiztosítás hatálybalépését követően nyújtották be, akkor a kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete az azt követő hónapforduló, amikor a biztosító kockázatbírálásra jogosult szerve a benyújtott kiegészítő ajánlatot elfogadta.

4. § Biztosítási esemény

(1) A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási esemény: a biztosítottnak a kiegészítő biztosítás tartamán belül történt baleset miatt, a baleset időpontjától számított két éven belül bekövetkezett 31%-os, vagy annál magasabb mértékű maradandó egészségkárosodása.

(2) A biztosítási eseményre hivatkozással két éven túl kárigény nem nyújtható be.

(3) A maradandó egészségkárosodás e kiegészítő feltételekben: a test élettani funkcióiban vagy struktúráiban (a test anatómiai részeiben) bekövetkezett, a populációs standardhoz viszonyított, olyan mértékű változásai, melyek a biztosított tevékenységeinek, illetve az egyes élethelyzetekben való közreműködésének (részvételének) állandó és maradandó akadályozottságához vezetnek.

a) Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha az szakorvosilag kialakultnak tekinthető.

b) Az egészségkárosodás megállapítása szempontjából önmagukban nem képezhetik szolgáltatási igény alapját:

– a munkaképesség megváltozása;

– a sport, vagy bármely hobbitevékenység abbahagyásának kényszere;

– a baleset következtében kialakuló hátrányos esztétikai következmények és egyéb hátrányok.

c) A maradandó egészségkárosodás tényét és mértékét – figyelembe véve a mellékelt tájékoztató táblázatban foglaltakat is – a biztosító szakorvosa állapítja meg.

– Az egészségkárosodásnak a biztosító orvosa által megállapítandó fokánál az orvosszakértői intézet (munkaképesség-csökkenés megállapítására jogosult szerv) szakvéleményében, az egészségi állapot mérté-

két meghatározó rehabilitációs hatóság komplex minősítésében, illetve a nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv határozatában megállapított, vagy hivatkozott egészségkárosodás mértéke nem irányadó, továbbá az orvost más orvossal egyenértékű testületek határozata vagy szakértők szakvéleménye sem köti.

– Ha a baleset olyan testrészt, vagy testi funkciót érintett, amely már korábban is károsodott volt, a biztosító orvosa a szolgáltatás kiszámításának alapjául szolgáló károsodási fokot csökkenti a már korábban megállapított maradandó egészségkárosodási fokkal.

5. § Szolgáltatás

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

6. § A kiegészítő biztosítás díja

(1) A befektetési egységekhez kötött életbiztosítást kiegészítő, baleseti eredetű rokkantságra (maradandó egészségkárosodásra) szóló biztosítás havi díjrátájának kiszámítása a biztosítás díjszabása alapján a biztosított egészségi állapotának, foglalkozásának és egyéb kockázati tényezőknek a figyelembevételével történik. A biztosító ezen információkat az ajánlatból, az egészségi nyilatkozatból, az orvosi vizsgálati jelentésből és esetlegesen a szerződőtől bekért egyéb dokumentumokból szerzi meg.

(2) A kiegészítő biztosítás havi díja egyenlő az aktuális biztosítási összeg és a havi díjrátá – az egységnyi biztosítási összegért fizetendő havi díj – szorzatával.

(3) A biztosító fenntartja a jogot, hogy a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodási mutatók jelentős változása esetén a havi díjrátá értékét legfeljebb évente újrakalkulálja. A havi díjrátá aktuális értékét a főbiztosítás 2. számú melléklete tartalmazza.

7. § Maradékjogok

E kiegészítő biztosítás nem rendelkezik maradékjogokkal.

8. § A biztosító teljesítése

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

(2) A biztosító teljesítésének további feltétele, hogy:

a) a benyújtott igény jogosságát alátámasztó egészségügyi intézményi, illetőleg hatósági dokumentumok és információk a biztosító rendelkezésére álljanak, illetőleg

b) a biztosító által kért – a biztosítási eseménnyel, a bekövetkezett sérüléssel és a sérült személy magatartásával, illetőleg az egészségügyi ellátással összefüggő – minden további dokumentumot és információt a biztosító kézhez kapjon.

c) A biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokat a 6. számú melléklet tartalmazza.

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

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

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

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

9. § Kizárások

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

10. § Egyéb rendelkezések

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

(2) E kiegészítő biztosítás biztosítási összege nem lehet nagyobb, mint az ugyanahhoz a főbiztosításhoz kötött baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összege.

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

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

a) több, egymást követő biztosítási eseményből eredő szolgáltatási igény elbírálását követően akkor, ha a biz-

tosító által megállapított maradandó egészségkárosodás foka a 100 százalékot elérte,

b) a biztosítási hónap végén, ha a szerződő írásban felmondja a biztosítást,

c) a főbiztosítás megszűnésekor,

d) azon biztosítási év végén, amelyben a biztosított betölti 65. életévét.

Budapest, 2015. október 1.

TÁJÉKOZTATÓ TÁBLÁZAT a maradandó egészségkárosodás értékeléséhez

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

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

Budapest, 2015. október 1.

Lóci óriás lesz gyermekek egyes súlyos betegségeire és baleseteire szóló kiegészítő biztosítás (MEB-L01, MEB-E46) különös feltételei

A Lóci óriás lesz kiegészítő biztosítási szerződés (a továbbiakban kiegészítő biztosítás), a kiegészítő biztosításban biztosított gyermek egyes súlyos betegségeire, súlyos baleseteire, valamint halálára szól, és e feltételek, továbbá a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited (a továbbiakban: biztosító) életbiztosítási szerződéseinek általános feltételei (a továbbiakban: általános feltételek), valamint a főbiztosítás különös feltételei alapján jön létre a biztosító és a szerződő között.

1. § Meghatározások

(1) Baleset:

- a) baleset alatt a főbiztosítás 6. §. (2) és (3) bekezdésében meghatározottak értendők,
- b) a balesetek köréből az a baleset, amely a 3. és a 4. számú mellékletekben meghatározott súlyos fogyatékosságot, súlyos törést, illetőleg halált okoz.

(2) Súlyos betegség:

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

(3) Az életkornak megfelelő önálló képesség súlyos zavara:

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

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

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

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

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

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

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

és ezen okok miatt állandó felügyeletre szorul.

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

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

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

2. § Biztosított, törvényes képviselő

(1) Jelen feltételek alapján létrejövő kiegészítő biztosításban biztosított lehet

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

(2) Törvényes képviselő: a gyermek felett felügyeletet gyakorló szülő, gyám vagy eseti gondnok. A törvényes képviselő a kiegészítő biztosítás vonatkozásában felme-

rül – a gyermekkel kapcsolatos – jogai gyakorlásán túl, közreműködik a szerződés teljesítésében.

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

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

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

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

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

3. § Kedvezményezett

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

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

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

a) Egy biztosítottra csak egy kiegészítő biztosítás köthető.

b) Egy főbiztosítás mellé több kiegészítő biztosítás köthető.

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

(3) A törvényes képviselő az ajánlaton nyilatkozik:

- a) a gyermek biztosítottként történő megnevezéséről,
- b) a szerződés megkötéséhez való hozzájárulásáról,
- c) a szerződés feltételeinek megismeréséről és az abban foglalt közreműködési kötelezettsége elfogadásáról, valamint

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

(4) A törvényes képviselő az egészségi nyilatkozaton

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

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

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

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

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

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

(7) A tartam meghosszabbodik

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

b) legfeljebb a főbiztosítás díjfizetési tartamának lejáratáig, illetve

c) a biztosított 18. életének betöltését követő évfordulóig,

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

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

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

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

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

(10) A várakozási idő:

A biztosító a jelen kiegészítő biztosítás tekintetében a biztosítási esemény kockázatát csak várakozási idő eltelté után vállalja. A várakozási idő:

a) ha a biztosított a kiegészítő biztosítás kockázatviselése kezdetének időpontjában 12 hónaposnál fiatalabb, akkor a kockázatviselés kezdetétől számított 6 hónap, de legfeljebb a biztosított 15 hónapos korát követő első hónapfordulóig tart,

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

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.

5. § Szolgáltatás az egyes biztosítási események bekövetkezése esetén

(1) A szolgáltatás meghatározása

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

(2) Nem nyújt szolgáltatást a biztosító az általános feltételeknek a közlési kötelezettségre, a biztosító mentesülésére, valamint a kizárt kockázatokra vonatkozó paragrafusaiiban foglaltakon túl akkor, ha
a) a biztosított megbetegedése, balesete, illetőleg halála öngyilkossági kísérlettel összefüggésben, alkoholizmus, illetőleg kábítószer-fogyasztás, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként való alkalmazása következtében alakult ki, illetőleg következett be;

b) a törvényes képviselő sértette meg a közlési kötelezettséget;

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

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

(3) Szolgáltatás súlyos betegségek esetén

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

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

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

(4) Szolgáltatás balesetből eredő súlyos fogyatékoságok esetére

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

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

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

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

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

(5) Szolgáltatás balesetből eredő súlyos törések esetére

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

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

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

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

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

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

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

(6) Támogatás halál esetére

A biztosító a biztosítottnak a várakozási idő után bármely okból bekövetkező, illetőleg a várakozási idő alatt

bekövetkező baleseti halála esetén a súlyos betegségekre vonatkozó aktuális biztosítási összeg 2%-ának megfelelő támogatást nyújt.

6. § A kiegészítő biztosítás díja. Indexálás

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

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

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

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

7. § Maradékjogok

E kiegészítő biztosítás nem rendelkezik maradékjogokkal.

8. § A biztosító teljesítése

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

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

- a) az adott biztosítási esemény bekövetkezését igazoló, a kezelést végző egészségügyi intézmény, illetőleg kezelőorvos által készített és a törvényes képviselő által benyújtott dokumentumok;
- b) a törvényes képviselő által benyújtott kárigény;
- c) külföldi egészségügyi dokumentumok esetén, az eredeti dokumentumokhoz csatolt, a törvényes képviselő által beszerzett hiteles szakfordítás.

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

(4) Amennyiben az igény elbírálásához orvosi vélemény szükséges, a biztosított köteles magát alávetni a szüksé-

ges orvosi vizsgálatoknak. Abban az esetben, ha orvosi vizsgálat nem szükséges, továbbá, ha szükséges ugyan, de a biztosított a vizsgálatnak nem veti magát alá, a biztosító jogosult a rendelkezésre álló orvosi iratok és egyéb dokumentáció alapján a kárigényt elbírálni. Az esetleges orvosi szakvéleménnyel szemben a biztosított panasszal élhet.

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

9. § Kizárások

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

10. § Egyéb rendelkezések

(1) A kiegészítő biztosítás megszűnik:

- a) a biztosítási hónapfordulón, ha a súlyos betegségekre teljesített, az egyes kifizetések számítási alapjául szolgáló (adott szolgáltatások mértékeinek az aktuális biztosítási összegekhez viszonyított arányait meghatározó) arányszámok összege eléri a 100%-ot;
- b) ha a biztosított halálát követően a biztosító teljesít;
- c) ha a szerződő írásban felmondja a kiegészítő biztosítást;
- d) a felmondás szabályai szerint, ha a törvényes képviselő a jelen feltétel 2. § (3) bekezdése szerint tett hozzájáruló nyilatkozatát visszavonja;
- e) a biztosítási évfordulón, ha a szerződő nem fogadja el a díjszabás változtatását;
- f) a főbiztosítás megszűnésekor;
- g) a főbiztosítás díjfizetési tartamának a végén;
- h) azon biztosítási év végén, amelyben a kiegészítő biztosítás biztosítottja betölti 18. életévét;
- i) ha bebizonyosodik, hogy a szerződő, vagy a törvényes képviselő közlési vagy bejelentési kötelezettséget sértett;
- j) díjnemfizetés miatt.

Budapest, 2015. október 1.

Lóci óriás lesz kiegészítő biztosítás 1. számú melléklete

SZOLGÁLTATÁSOK ÖSSZEFOGLALÓ TÁBLÁZATA

A) Betegségek

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

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

Szolgáltatás

I. Rosszindulatú daganatok, leukémiák (fehérvérűség)

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

II. Agyhártyagyulladás (meningitis)

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

III. Agyvelőgyulladás (encephalitis)

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

IV. Csontvelő-elégtelenség (aplasticus anaemia)

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

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

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

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

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

VII. Krónikus, szerzett szívbetegségek

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

VIII. Bénulások

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

IX. Vakság

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

X. Siketség

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

XI. Vérvérkéztmény következtében kialakult HIV fertőzés

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

XII. Veseelégtelenség

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

XIII. Inszulin dependens diabetes mellitus (DM-I)

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

B) Balesetből eredő súlyos fogyatékoságok

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

C) Balesetből eredő súlyos törések

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

D) Halálozás

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

Budapest, 2015. október 1.

LÓCI ÓRIÁS LESZ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS 2. SZÁMÚ MELLÉKLETE

Súlyos betegségek

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

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

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

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

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

3. A biztosító nem nyújt szolgáltatást az alábbi esetekre:

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

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

Bármely régebbi daganatos, vagy premalignus elváltozás,

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

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

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

II. Agyhártyagyulladás (meningitis)

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

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

1. Amennyiben a diagnosztizált agyhártyagyulladás olyan betegséget idéz elő, amelyre az e kiegészítő biztosításban foglalt biztosítási védelem kiterjed, úgy a biz-

tosító az ott meghatározott feltételek teljesülése esetén az ott meghatározott szolgáltatást nyújtja.

2. Diagnosztizált agyhártyagyulladás és a biztosított életkorának megfelelő önálló képesség súlyos zavarára esetén a szolgáltatás az aktuális biztosítási összeg 100%-a.

3. A biztosító nem nyújt szolgáltatást a HIV-fertőzéssel kapcsolatosan kialakuló meningitisre.

4. A csoportba tartozó és nem kizárt betegségek diagnosztizálása, illetőleg a szolgáltatásból nem kizárt esetek bekövetkezése esetén, amennyiben a betegség és az önálló képesség betegséggel összefüggésbe hozható súlyos zavarai legalább 3 hónapja fennállnak, a biztosító az aktuális biztosítási összeg 10%-ának megfelelő gyógyulási támogatást ad:

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

III. Agyvelőgyulladás (encephalitis)

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

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

1. Amennyiben a diagnosztizált agyvelőgyulladás olyan, a szolgáltatás nyújtását megelőzően legalább 3 hónapig fennálló betegséget idéz elő, amelyre az e kiegészítő biztosításban foglalt biztosítási védelem kiterjed, úgy a biztosító az ott meghatározott feltételek teljesülése esetén az ott meghatározott szolgáltatást nyújtja.

2. Diagnosztizált agyvelőgyulladás és a biztosított életkorának megfelelő önálló képesség súlyos zavarára esetén a szolgáltatás az aktuális biztosítási összeg 100%-a.

3. A biztosító nem nyújt szolgáltatást az alábbi esetekre:

- a) akut cerebellaris ataxia,
- b) Guillain-Barré-szindróma,
- c) HIV-fertőzés kapcsán kialakult encephalitis.

IV. Csontvelő-elégtelenség (Aplasticus anaemia)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A kárigény elbírálásához a biztosító által előírt, a szakorvosi véleményben írásban rögzítendő diagnosztikus kritérium: a májenzimek adott életkori normálértékekhez viszonyított min. 4-szeres emelkedése (GPT, GOT), amelynek a kezelést követően is legalább 6 hónapon keresztül fenn kell állnia, beleértve még a kárigény be-

jelentésének időpontját is. A szolgáltatás azonban a májenzim értékétől függetlenül akkor is jogosnak tekintendő, amennyiben a vírus hepatitisz interferonnal való kezelését követően a beteg nem gyógyult meg, és a vírus jelenléte még egy évvel az interferonkezelés befejezése után is igazolható.

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

VI. Epilepszia

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

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

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

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

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

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

VII. Krónikus, szerzett szívbetegségek

A kárigény benyújtása akkor lehetséges, ha:

a) igazolható az adott kiváltó betegség gyógyultnak nyilvánítása után legalább 6 hónappal még fennálló, NYHA II. fokozatú vagy ennél súlyosabb kardiológiai szövődmény;

b) vagy a kiváltó betegség adekvát kezelése ellenére, 6 hónapon túl is megállapítható olyan kardiológiai utóképek, amely a NYHA klasszifikációja szerint II. fokozatú, vagy súlyosabb osztályba sorolható.

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

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

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

2. Kizárandó a biztosítási védelembe vett szívbetegségek köréből:

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

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

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

VIII. Bénulások

A végtagnak, vagy végtagoknak a gerincvelő valamely betegsége következtében kialakult állandó, teljes bénulása. A végtag definíció a teljes kart vagy lábat jelenti. A kárigény elbírálásához a biztosító által előírt, neurológus

szakorvosi véleményben írásban rögzítendő kritérium: a kórállapot állandó és tartós voltának megállapítása. A kárigényhez kórházi zárójelentés benyújtása is szükséges!

1. A szolgáltatás az elfogadott kárigények esetén:
 - a) Egy teljes kar vagy teljes láb bénulására az aktuális biztosítási összeg 50%-a;
 - b) teljes egyoldali vagy kétoldali, vagy minden végtagot érintő bénulásra az aktuális biztosítási összeg 100%-a.
2. **Kizárandó:**
 - a) veleszületett bénulás,
 - b) a végtagok részleges bénulása.
3. Nem jár a szolgáltatás abban az esetben, ha a biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetét követő 2 éven belül jelentkező olyan diagnózisból ered, amely az alább felsorolt kórállapotokkal, illetőleg tünetekkel összefügg, és amelyek a szerződés megkötése előtt már jelentkeztek, és erről a törvényes képviselő bizonyíthatóan tudomással bírt, vagy tudomással kellett volna bírnia:
 - a) sclerosis multiplex,
 - b) egyéb agyi vagy gerincvelőt érintő megbetegedés,
 - c) egyéb idegrendszeri betegség,
 - d) pszichológiai kórállapotok (pseudo-paralysis).

IX. Vakság

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

1. **Kizárandó: bármely más mértékű látásromlás!**
2. Nem jár a szolgáltatás abban az esetben, ha a biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetét követő 2 éven belül jelentkező olyan diagnózisból ered, amely az alább felsorolt kórállapotokkal, illetőleg tünetekkel összefügg, és amelyek a szerződés megkötése előtt már jelentkeztek, és erről a törvényes képviselő bizonyíthatóan tudomással bírt vagy tudomással kellett volna bírnia:
 - a) diabetes mellitus,
 - b) glaucoma (zöldhályog),
 - c) trachoma,
 - d) cataracta (szürkehályog).
3. Szolgáltatás:
 - a) Ha végleges vakság alakul ki egy szemén, akkor a biztosító szolgáltatása az aktuális biztosítási összeg 50%-a.
 - b) Ha végleges vakság alakul ki mindkét szemén, akkor a biztosító szolgáltatása az aktuális biztosítási összeg 100%-a.

X. Siketség

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

1. **Kizárandó: bármely más mértékű halláscsökkenés!**
2. Nem jár a szolgáltatás abban az esetben, ha a biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetét követő 2 éven belül jelentkező olyan diagnózisból ered, amely az alább felsorolt kórállapotokkal, illetőleg tünetekkel összefügg, és amelyek a szerződés megkötése előtt már jelentkeztek, és erről a törvényes képviselő bizonyíthatóan tudomással bírt vagy tudomással kellett volna bírnia:
 - a) a közép- vagy belső fül krónikus gyulladása,
 - b) korábbi halláscsökkenés.
3. Szolgáltatás:
 - a) Ha végleges siketség a gyermek 2 éves korát követően alakul ki egy fülben, akkor a biztosító szolgáltatása az aktuális biztosítási összeg 20%-a.
 - b) Ha végleges siketség alakul ki mindkét fülben, akkor a biztosító szolgáltatása az aktuális biztosítási összeg 50%-a.

XI. Vérvérkéztípus következtében kialakult HIV-fertőzés

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

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

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

XII. Veseelégtelenség

A biztosítási védelem az ún. „végállapotú” veseelégtelenségre terjed ki, amely mindkét vese működésének krónikus, már vissza nem fordítható működési elégtelenségét jelenti, és amely egyben rendszeres vesepót-

ló krónikus dialízist (CAPD vagy haemodialysis) vagy vesetranszplantációt igényel.

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

1. A szolgáltatás az elfogadott kárigények esetén minden esetben az aktuális biztosítási összeg 100%-a.

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

- a) krónikus glomerulonephritis,
- b) polycystás vese,
- c) VUR következtében kialakult nephropathia,
- d) autoimmun nephropathia,
- e) húgyúti fejlődési rendellenesség talaján kialakuló krónikus pyelonephritis,
- f) öröklődő familiaris vesebetegségek,
- g) vesefejlődési rendellenességek,

h) egyéb vesebetegség (Schönlein-Henoch-szindróma),

i) hipertónia,

j) diabetes mellitus.

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

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

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

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

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

Budapest, 2015. október 1.

LÓCI ÓRIÁS LESZ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS 3. SZÁMÚ MELLÉKLETE

Balesetből eredő súlyos fogyatékoságok

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

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

Budapest, 2015. október 1.

LÓCI ÓRIÁS LESZ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS 4. SZÁMÚ MELLÉKLETE

Balesetből eredő súlyos törések

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

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

Budapest, 2015. október 1.

2. SZÁMÚ MELLÉKLET

Milyen költségei vannak a szerződésnek?



A Maxima befektetési egységekhez kötött életbiztosítás költségeinek és minimális díjainak aktuális értékei

	MEB-618 módozatokra vonatkozó értékek	MEB-718 módozatokra vonatkozó értékek
Elszámolások és fizetési kötelezettségek pénzneme:	forint	euró
Vételi és eladási ár közti különbség az eladási ár százalékában:	5%	3%
Éves alapkezelési díj:	1,75%	1,75%
kivéve		
Hosszú futamidejű magyar kötvény forint eszközalap esetén:	1,0%	
Likviditási euró eszközalap esetén:		0,5%
A letétkezelési díj mértéke éves szinten:	a nettó eszközérték maximum 0,07%-a	
Nyilvántartási díj:	640 Ft/hó	2,4 €/hó
Átváltási költség:	-	0%
Minimális éves díj:	240 000 Ft	1 200 €
Minimális havi díj:	20 000 Ft	100 €
A védelmi csomagon felül választott kiegészítő biztosítások összesített minimális éves díja:	30 000 Ft	100 €
A védelmi csomagon felül választott kiegészítő biztosítások összesített minimális féléves díja:	15 270 Ft	51 €
A védelmi csomagon felül választott kiegészítő biztosítások összesített minimális negyedéves díja:	7 725 Ft	26 €
A védelmi csomagon felül választott kiegészítő biztosítások összesített minimális havi díja:	2 597 Ft	9 €
Minimális eseti díj:	20 000 Ft	
A biztosítási díj növelésének minimális értéke:	30 000 Ft/év	110 €/év
Tranzakciós költség:	0,3%	0,3%
minimum	670 Ft	2,3 €
maximum	6 725 Ft	29,6 €
Tranzakciós költség MyMetLife ügyféldoldalon kezdeményezett egy-ségáthelyezés esetén:	Főbiztosítás:	Főbiztosítás
minimum	0,2%	0,2%
maximum	295 Ft	1,1 €
	5 585 Ft	22,7 €
	Portfólió Plusz:	Portfólió Plusz
	295 Ft	1,1 €
A díjfizetés szüneteltetésére előírt minimális összeg:	100 000 Ft	650 €
A részleges visszavásárlásra, rendszeres pénzkivonásra, valamint a díj-mentesítésre előírt minimális összeg:	300 000 Ft	2 000 €
Díjtűrőhatár:	300 Ft	2 €
Átváltási költség:		0%

Baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás havi díjrátája normál kockázatú biztosítottra (1 Ft vagy 1 € kockázat alatt álló összegért fizetendő havi díj):	0,2% egy tizenketted része	0,2% egy tizenketted része
Baleseti eredetű rokkantságra (maradandó egészségkárosodásra) szóló kiegészítő biztosítás havi díjrátája normál kockázatú biztosítottra (1 Ft vagy 1 € kockázat alatt álló összegért fizetendő havi díj):	0,15% egy tizenketted része	0,15% egy tizenketted része
Lóci óriás lesz gyermekek egyes súlyos betegségeire és baleseteire szóló kiegészítő biztosítás havi díjrátája normál kockázatú biztosítottra (1 Ft vagy 1 € kockázat alatt álló összegért fizetendő havi díj):	0,35% egy tizenketted része	0,35% egy tizenketted része
A szerződés létrehozása érdekében felmerült költségek: A típusú orvosi vizsgálat B típusú orvosi vizsgálat C típusú orvosi vizsgálat E típusú orvosi vizsgálat F típusú orvosi vizsgálat G típusú orvosi vizsgálat H típusú orvosi vizsgálat Költségátalány	8 000 Ft + ÁFA 3 300 Ft + ÁFA 3 300 Ft + ÁFA 14 800 Ft + ÁFA 22 600 Ft + ÁFA 11 400 Ft + ÁFA 12 200 Ft + ÁFA 2 000 Ft	28 € + ÁFA 11 € + ÁFA 11 € + ÁFA 51 € + ÁFA 78 € + ÁFA 39 € + ÁFA 42 € + ÁFA 8 €

A befektetési egységek áthelyezésének rendje:

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

A díj lehívásának időpontja a folyószámláról:	A folyószámla terhelésének lehetséges kezdő dátumai 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. A biztosító kizárja a felelősséget a saját tevékenységi körén kívül bekövetkező esetleges eltéréseért.
---	--

Jelen mellékletben meghatározott költségek és díjak – szerződési feltételek szerinti – változtatásáról, valamint a befektetési egységek áthelyezésének rendje változásáról a biztosító hirdetmény útján értesíti a szerződőt.

Budapest, 2015. október 1.

3. SZÁMÚ MELLÉKLET

1. Választható biztosítási védelmi csomagok

A szerződő a biztosítási ajánlaton az alábbi kiegészítő biztosítási csomagok közül választhat.

Csomagnév	Prémium csomag	Komfort csomag
Kockázati díj	az éves díj 20%-a	az éves díj 10%-a
Halálesi biztosítási összeg	kortól függően a 3. pont táblázata alapján	
Baleseti halál biztosítási összeg	halálesi biztosítási összeg kétszerese	
Baleseti eredetű rokkantság (maradandó egészségkárosodás) biztosítási összeg	megegyezik a baleseti halál biztosítási összegével	

Lóci óriás lesz gyermekek egyes súlyos betegségeire és baleseteire szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összege a szerződő választásától függően: 5 000 000 Ft/20 000 €, 10 000 000 Ft/40 000 € vagy 15 000 000 Ft/60 000 €.

2. Limitek

Biztosítottak maximális száma: 4 fő

Lóci óriás lesz gyermekek egyes súlyos betegségeire és baleseteire szóló kiegészítő biztosítások maximális száma: 4 fő

Az összes biztosított kockázati díjainak összege (a Lóci óriás lesz kiegészítő biztosítás díjával együtt) nem haladhatja meg a szerződés éves díjának 40%-át.

3. Biztosítási díjszorozók

Az egyes csomagokhoz tartozó szorzók 1 Ft vagy 1 € éves biztosítási díjhoz tartozó halálesi biztosítási összeg kiszámításához normál kockázatú biztosított esetén

Életkor	Csomag	
	Prémium csomag	Komfort csomag
18	26,258780	13,129390
19	26,058632	13,029316
20	25,861512	12,930756
21	25,726782	12,863391
22	25,622958	12,811479
23	25,622958	12,811479
24	25,519969	12,759985
25	25,417805	12,708903
26	25,359792	12,679896
27	25,287647	12,643823
28	25,173065	12,586532
29	25,017199	12,508600
30	24,724935	12,362468
31	24,372410	12,186205
32	23,965011	11,982506
33	23,508669	11,754334
34	23,021583	11,510791
35	22,395163	11,197581

36	21,801929	10,900965
37	21,239314	10,619657
38	20,570841	10,285420
39	19,818659	9,909330
40	18,924161	9,462081
41	17,975104	8,987552
42	16,998853	8,499426
43	15,995521	7,997761
44	14,997001	7,498500
45	13,978194	6,989097
46	12,947917	6,473959
47	11,939229	5,969615
48	11,024143	5,512071
49	10,206425	5,103212
50	9,505703	4,752852
51	8,887901	4,443951
52	8,329863	4,164931
53	7,830854	3,915427
54	7,378440	3,689220
55	6,967791	3,483896
56	6,597503	3,298751
57	6,259291	3,129646
58	5,950079	2,975039
59	5,661312	2,830656
60	5,392071	2,696035
61	5,150259	2,575129
62	4,935225	2,467613
63	4,727350	2,363675
64	4,512788	2,256394
65	4,281097	2,140548

4. Havi kockázati díjráták

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

Életkor	Havi kockázati díjrata	Életkor	Havi kockázati díjrata
18	0,000051	60	0,002508
19	0,000056	61	0,002653
20	0,000061	62	0,002794
21	0,000065	63	0,002942
22	0,000067	64	0,003110
23	0,000067	65	0,003310
24	0,000070	66	0,003538
25	0,000072	67	0,003788
26	0,000074	68	0,004061
27	0,000076	69	0,004363

28	0,000079	70	0,004700
29	0,000083	71	0,005059
30	0,000091	72	0,005433
31	0,000101	73	0,005847
32	0,000112	74	0,006315
33	0,000126	75	0,006859
34	0,000141	76	0,007777
35	0,000161	77	0,008271
36	0,000181	78	0,008852
37	0,000201	79	0,009537
38	0,000227	80	0,010344
39	0,000258	81	0,011291
40	0,000297	82	0,012403
41	0,000344	83	0,013704
42	0,000397	84	0,015230
43	0,000459	85	0,017006
44	0,000528	86	0,019074
45	0,000609	87	0,021474
46	0,000704	88	0,024244
47	0,000813	89	0,027429
48	0,000929	90	0,031074
49	0,001050	91	0,035213
50	0,001170	92	0,039882
51	0,001292	93	0,045098
52	0,001418	94	0,050865
53	0,001545	95	0,057161
54	0,001676	96	0,063928
55	0,001809	97	0,071077
56	0,001943	98	0,078470
57	0,002079	99	0,085925
58	0,002218	100	0,093227
59	0,002361		

Budapest, 2015. október 1.

4. SZÁMÚ MELLÉKLET

Melyek a szerződéssel kapcsolatos kiemelten fontos ismeretek?



Ügyfélbónuszok és a szerződés legfontosabb paraméterei

1. Alap ügyfélbónusz

5, 10, illetve 15 díjjal fedezett biztosítási év elteltével – bele nem értve a díjmentesítés és a díjfizetés szüneteltetése időszakát –, amennyiben a szerződő nem élt a főbiztosítás tekintetében a részleges visszavásárlás vagy a rendszeres pénzkivonás lehetőségével és a szerződés díjfizetés mellett hatályban van, a szerződő ügyfélbónuszra jogosult.

Az alap ügyfélbónusz mértéke:

5 díjjal fedezett biztosítási évet követő biztosítási évfordulón az 5 év alatt átlagosan fizetett 1 éves rendszeres díj, de maximum a kezdeti éves díj 25%-a,
10 díjjal fedezett biztosítási évet követő biztosítási évfordulón a 10 év alatt átlagosan fizetett 1 éves rendszeres díj, de maximum a kezdeti éves díj 50%-a,
15 díjjal fedezett biztosítási évet követő biztosítási évfordulón a 15 év alatt átlagosan fizetett 1 éves rendszeres díj, de maximum a kezdeti éves díj 100%-a.

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

Gyermekbónusz

A biztosító az alap ügyfélbónuszok kulcsát a bónuszjogosultság időpontjában a szerződővel közös háztartásban élő 18 év alatti gyermekek után gyermekenként 2,5 százalékponttal emeli. A Gyermekbónusz mértéke szerződésenként maximum 10% lehet.

A Gyermekbónusz kifizetésének feltétele a Gyermekek azonosítási adatlap biztosítóhoz történő beérkezése a bónuszjogosultság biztosítási évfordulójáig. A biztosító

a bónusz esedékessége előtt írásban jelzi a szerződőnek az adatlap beküldésének szükségességét. A Gyermekek azonosítási adatlapon a szerződő és az üzletkötő büntetőjogi felelősségük tudatában, a gyermek lakcímkártyája és születési anyakönyvi kivonata adatainak ismeretében nyilatkoznak a szerződővel közös háztartásban élő, 18 év alatti gyermekek adatairól.

2. A főbiztosításra vonatkozó technikai haláleseti biztosítási összeg: 10 000 Ft/40 €

3. Kezdeti költségelvonás nagysága

Módozat	Tartam	Kezdeti költségelvonás
MEB-618/MEB-718	határozatlan, de minimum 10 év	9%

4. Visszavásárlási százalékok kezdeti befektetési egységekre

	MEB-618/MEB-718
Az első biztosítási évben:	5%
A második biztosítási évben:	10%
A harmadik biztosítási évben:	15%
A negyedik biztosítási évben:	30%
A ötödik biztosítási évben:	40%
A hatodik biztosítási évben:	50%
A hetedik biztosítási évben:	60%
A nyolcadik biztosítási évben:	70%
A kilencedik biztosítási évben:	80%
A tizedik biztosítási évben:	90%
A további években:	100%

5. Visszavásárlási százalék felhalmozási befektetési egységekre mindig 100%.

Budapest, 2015. október 1.

5. SZÁMÚ MELLÉKLET

Milyen részletes szabályok vonatkoznak a díjfizetésre, díjkezelésre?



Díjkezelési tájékoztató

1. Elszámolások és fizetési kötelezettségek pénzneme

Jelen szerződésben a felek megállapodnak abban, hogy a

- MEB-618 módzat és kiegészítő biztosításai esetében forint
- MEB-718 módzat és kiegészítő biztosításai esetében euró

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

Az euró alapú módzatok esetén

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

2. Átváltási költség

Az **euró alapú módzatok esetén** minden forintban történő kifizetés esetén az euróról forintra való átváltásból fakadó költség, amely nem lehet több, mint az átváltandó összeg 5 százaléka, és amelynek aktuális mértékét a 2. számú melléklet tartalmazza. Az inflációra tekintettel az átváltási költséget a biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – legfeljebb a főbiztosítás szerződési feltételeinek 11. § (3) bekezdésében foglaltaknak megfelelő mértékkel indexálhatja.

3. A beérkezett díjak kezelésének általános sémája

1) A befizetés azonosítása

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

2) A befizetés rendeltetésének megállapítása

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

3) A díj jóváírása

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

4) A jóváírt díjak befektetése

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

ad 1) A befizetés azonosítása

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

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

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

ad 2) A befizetés rendeltetésének megállapítása

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

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

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

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

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

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

A rendszeres díj előrefizetése – szerződésmódosítás nélkül – legfeljebb a következő biztosítási évfordulóig lehetséges. Az ezen időszakon túlnyúló időszakra irányuló, eseti díjnak nem minősülő befizetés összegét – amennyiben az évforduló 30 napon túl esedékes – nyilatkozat hiányában

➤ **forint alapú módzatok esetén a biztosító visszautalja, illetve a szerződő írásos nyilatkozata alapján eseti díjként befekteti, visszautalja, vagy az évfordulóig kamatmentes letétként kezeli. A nyilatkozat beérkezéséig, de legfeljebb 30 napig az összeget a biztosító kamatmentes letétként kezeli.**

➤ **euró alapú módzatok esetén eseti díjként befekteti.**

Amennyiben az évforduló 30 napon belül esedékes, a biztosító a befizetett összeget az évfordulóig kamatmentes letétként kezeli.

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

Az egyes módzatok tekintetében az alábbi díjfizetési módok választhatók:

Díjfizetési mód	Forint alapú módzatok	Euró alapú módzatok
Folyószámla közvetlen terhelése	✓	✗
Postai csekkes befizetés	✓	✗
Ügyfél által kezdeményezett banki átutalás	✓	✓

a) Folyószámla közvetlen terhelése

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

b) Postai csekkes befizetés

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

c) Ügyfél által kezdeményezett banki átutalás

A befizetett összeg rendeltetéséről a biztosító annak alapján dönt, hogy a szerződő a biztosítónak mely bankszámlájára kezdeményezte a befizetést. Ettől a szerződő írásos nyilatkozatban való rendelkezéssel eltérhet. Az írásos nyilatkozatot

legkésőbb az összeg befizetésekor kell a biztosító vezérigazgatóságára, a Díjkönyvelési Csoporthoz eljuttatni (cím a Cég-ismertetőben).

A szerződő által kezdeményezett banki átutalás esetén:

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

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

d) Készpénzes befizetés

Ha a szerződő az életbiztosítási tanácsadójának fizet készpénzben, akkor az összeg átvételét igazoló nyugtán mindig fel kell tüntetni a befizetett összeg rendeltetését.

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

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

Euró alapú módozatok esetében a befizetett összeg megfelelőségének vizsgálata forintban történő befizetés esetén az euróra történő átváltás után történik (a biztosító deviza eladási árfolyamon váltja át a forintot).

ad 3) A díj jóváírása

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

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

Biztosítási évfordulón a díj indexálható. Az évfordulóig díjjal nem rendezett szerződések esetén azonban, amennyiben megállapítható, hogy a szerződőtől már az indexálást követően érvényessé váló díj érkezett be, akkor az elmaradt díjnak megfelelő összeget írja jóvá a biztosító, és a különbözetet, amennyiben a díjtűrőhatárt meghaladja

- forint alapú módozatok esetében a biztosító visszautalja,

➤ euró alapú módozatok esetében eseti díjként a biztosító jóváírja.

Az évfordulóig díjjal rendezett szerződések esetén, az indexálást követően befizetésre került díjak azonosítása során, amennyiben megállapítható, hogy az indexálás előtti (korábban érvényes) rendszeres díj érkezett be, ezt a biztosító úgy tekinti, hogy a szerződő az indexálást hallgatólagosan elutasította.

ad 4) A jóváírt díjak befektetése

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

4. Díjátkönyvelés

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

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

– a Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás alszámláin nyilvántartott befektetési egységeket a szerződő kérelmének beérkezését követő első értékelési napon megállapított eladási árfolyamon kivonja, majd
– a főbiztosítás alszámláin történő jóváírásra a szerződő kérelmének beérkezését követő második értékelési napon megállapított eladási árfolyamon kerül sor.

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

5. Számlázási rend

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

Budapest, 2015. október 1.

6. SZÁMÚ MELLÉKLET

Milyen dokumentumokra van szüksége a biztosítónak a kifizetéshez?



Tájékoztató a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokról

A szolgáltatási igény elbírálásához a következő iratokat szükséges benyújtani.

Valamennyi biztosítási szolgáltatás 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 másolatai
- 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.
- Rendőrségi/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

Baleseti eredetű rokkantság (maradandó egészségkárosodás) esetére irányuló szolgáltatási igény esetén:

- 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

Halál, baleseti halál esetére irányuló szolgáltatási igény esetén:

- Hitelesített halotti anyakönyvi kivonat
- Halottvizsgálati bizonyítvány másolata
- Boncjegyzőkönyv másolata (amennyiben készült)
- Halotti epikrízist tartalmazó kórházi zárójelentés
- Azon okiratok, amelyek a kedvezményezett jogultság (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 kedvezményezettet a biztosított előtt elhalálozott, és a kedvezményezett módosítására nem került sor)
- Gyámhatósági határozat (kiskorú kedvezményezett esetén)
- Eredeti, érvényben lévő biztosítási kötvény vagy a kötvény elvesztésére vonatkozó nyilatkozat két tanú aláírásával
- 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 felsorolt dokumentumokon kívül az igény jogosultnak minden esetben joga van olyan további okiratok vagy bizonyítékok benyújtására vagy bemutatására, amelyek az adott eset körülményei alapján – és a bizonyítás általános szabályai szerint – a biztosítási szolgáltatásra irányuló igény szakszerű elbírálásához, és ezen keresztül a követelés érvényesítéséhez szükséges. E körben a biztosító az érintett okiratról vagy bizonyítékról, illetve az azokhoz fűződő joghatásról való pontos tájékoztatással segíti az igény jogosultat.

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

Budapest, 2015. október 1.

7. SZÁMÚ MELLÉKLET

Mik az eszközalap felfüggesztésének részletes szabályai?



Az eszközalap felfüggesztésének részletes szabályai

(1) Az eszközalap felfüggesztését a biztosító az annak okául szolgáló körülményről való tudomásszerzését követően haladéktalanul végrehajtja arra az értékelési napra (a továbbiakban: az eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontja) visszamenő hatállyal, amely értékelési napot megelőzően az utolsó alkalommal megállapítható volt az eszközalap nettó eszközértéke.

(2) Az eszközalap felfüggesztésének tartama alatt – a biztosítási díj felfüggesztett eszközalapról való átirányítása kivételével – a felfüggesztett eszközalapot érintő ügyfélrendelkezések (így különösen átváltás, rendszeres pénzkivonás, részleges visszavásárlás) nem teljesíthetők. Amennyiben az eszközalap felfüggesztésének tartama a 30 napot meghaladja, akkor az eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontját követő 35. napig a biztosító igazolható módon írásbeli tájékoztatást küld a felfüggesztett eszközalappal érintett valamennyi szerződő részére arról, hogy az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követően a biztosító akkor teljesíti ezeket a rendelkezéseket, ha azok teljesítésére vonatkozóan a szerződő az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követően ismételtlen rendelkezést ad. A felfüggesztés tartama alatt felfüggesztett eszközalapra vonatkozóan rendelkezést adó szerződők számára a biztosító haladéktalanul tájékoztatást ad a rendelkezéssel kapcsolatban.

(3) Amennyiben a befizetett díjat a szerződés, illetve az ügyfél rendelkezése alapján a biztosítónak a felfüggesztett eszközalapba kellene befektetnie, a biztosító – a szerződés vagy a szerződő eltérő rendelkezése hiányában – köteles a díjat elkülönítetten nyilvántartani. Ha a fenti esetben az eszközalap felfüggesztésének tartama a 30 napot meghaladja, akkor az eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontját követő 35. napig a biztosító igazolható módon írásbeli tájékoztatást küld az érintett szerződő részére arról, hogy az elkülönítetten nyilvántartott és az eszközalap-felfüggesztés időtartama alatt beérkező díjat mely másik, fel nem függesztett eszközalapba irányítja át – azzal ellentétes ügyfélrendelkezés hiányában – az eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontját követő 45. naptól.

(4) Az eszközalap felfüggesztésének tartama alatt a szerződésben meghatározott időpont elérése (lejárat),

mint biztosítási esemény bekövetkezése vagy a szerződés teljes visszavásárlása esetében a biztosító a szerződő számlája aktuális egyenlegének értékét a felfüggesztett eszközalap befektetési egységeinek figyelmen kívül hagyásával állapítja meg. A biztosító a fenti esetekben az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követő 15 napon belül – amennyiben a (8) bekezdésben írt feltétel nem áll fenn – köteles a szerződő számláján a felfüggesztett eszközalap befektetési egységeiből nyilvántartott befektetési egységeknek az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követő első ismert árfolyamán számított aktuális értékét vagy ugyanezen az árfolyamon a visszavásárlásra vonatkozó szerződéses rendelkezések szerinti összeget kifizetni.

(5) A biztosító haláleseti (kockázati) szolgáltatása teljesítését az eszközalap felfüggesztése annyiban érinti, hogy a biztosító a szerződő számlája aktuális egyenlegének értékét a felfüggesztett eszközalap befektetési egységeinek az eszközalap-felfüggesztést megelőző utolsó ismert árfolyama alapján határozza meg, és a biztosítási szerződés szerinti kifizetési kötelezettségét a biztosító az eszközalap felfüggesztésének tartama alatt is a fentiek alapján meghatározott értékben teljesíti, a felfüggesztett eszközalap befektetési egységei tekintetében teljesítendő szolgáltatásrész vonatkozásában azonban biztosítottanként legfeljebb 30 millió forint összeghatárig. Az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követő 15 napon belül az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követő első ismert árfolyamon a biztosító a felfüggesztett eszközalap befektetési egységei tekintetében teljesítendő haláleseti (kockázati) szolgáltatásrészt újra megállapítja, és amennyiben ez meghaladja a korábban erre kifizetett összeget, akkor a különbözetet utólag kifizeti. Amennyiben a (8) bekezdésben írt feltétel fennáll, akkor a biztosító a fenti újbóli megállapítást és a különbözet kifizetését a (8) bekezdésben írt elszámolás keretében teljesíti.

(6) Az eszközalap-felfüggesztés végrehajtását követően az eszközalap-felfüggesztés megszüntetéséig és az eszközalap ezt követő első ismert nettó eszközértékének megállapításáig nem terjeszthető vagy értékesíthető olyan biztosítási termék vagy szerződés, amely mögött kizárólag felfüggesztett eszközalap áll.

(7) Az eszközalap-felfüggesztés időtartama legfeljebb 1 év, amelyet a biztosító indokolt esetben összesen további 1 évvel meghosszabbíthat. A biztosító a meghosszabbításról szóló döntését az eszközalap-felfüggesztés időtartamának lejártát legalább 15 nappal megelőzően, figyelemfelhívásra alkalmas módon közlésezi a honlapján, valamint kifüggeszti az ügyfélszolgálati irodáiban, továbbá egyidejűleg megküldi a Felügyelet részére. A

biztosító az eszközalap-felfüggesztést haladéktalanul megszünteti:

- a) az eszközalap-felfüggesztés időtartamának lejártát követően;
- b) az eszközalap-felfüggesztés okául szolgáló körülmény megszűnéséről való tudomásszerzését követően; vagy
- c) amennyiben azt a Felügyelet határozatban elrendeli.

(8) Amennyiben az eszközalap-felfüggesztés (7) bekezdés szerinti megszüntetésekor az eszközalap nettó eszközértéke, illetve ezzel együtt a befektetési egységeknek az árfolyama továbbra sem állapítható meg azért, mert az eszközalap eszközei részben vagy egészben illikvid eszközök, akkor a biztosító az eszközalapot megszünteti, és az ügyfelekkel – a megszüntetéskori aktuális piaci helyzet alapul vételével – elszámol.

(9) Az eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontját követő 30 napon belül a biztosító – a szerződők közötti egyenlő elbánás elvének biztosítása és a biztosító eszközalappal kapcsolatos szolgáltatásainak folyamatos fenntartása érdekében – az illikviddé vált eszközöket és az eszközalap egyéb, nem illikvid eszközeit szétválasztja (az eszközalapot illikvid és nem illikvid eszközöket tartalmazó utódeszközalapokra bontja, a továbbiakban: szétválasztás) akkor, ha az eszközalap utolsó ismert nettó eszközértékének legfeljebb 75%-át képviselő eszközök váltak illikviddé. A szétválasztás végrehajtásával egyidejűleg a nem illikvid eszközöket tartalmazó utódeszközalap vonatkozásában az eszközalap-felfüggesztés megszűnik, és az önálló eszközalapként működik tovább. Garantált eszközalap esetén – függetlenül az illikvid eszközök hányadától – a teljes eszközalap felfüggesztésre kerül. Ebben az esetben a garancia lejáratakor a biztosító az eredeti szerződéses feltételek szerint számol el az ügyfelekkel.

(10) A szétválasztás esetében a biztosító az illikviddé vált eszközöket elkülönítetten, ugyancsak önálló eszközalapként tartja nyilván, amelyre vonatkozóan az eszközalap-felfüggesztés az (1)-(8) bekezdésben írottak szerint marad érvényben azzal, hogy az eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontjának az eredeti eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontját kell tekinteni. A szétválasztás következtében az eredeti eszközalap megszűnik, amelynek során az eredeti eszközalap befektetési egységeit a biztosító ügyfelenként olyan arányban rendeli az illikvid és nem illikvid eszközöket tartalmazó utódeszközalapokhoz, amilyen arányt az illikvid és nem illikvid eszközök az eredeti eszközalap utolsó ismert nettó eszközértékén belül képviseltek. Szétválasztás esetén a (2) és (3) bekezdésben szereplő tájékoztatási kötelezettség kiegészül a szétválasztásról szóló értesítéssel.

(11) Az eszközalap-felfüggesztés és szétválasztás a szerződő díjfizetési kötelezettségét és a biztosító szolgáltatási kötelezettségét – e melléklet rendelkezését figyelembe véve – nem szünteti meg.

(12) A biztosító a (13) bekezdésben írt módon tájékoztatja a szerződőt

- a) az eszközalap-felfüggesztés és a szétválasztás törvényi megalapozottságáról, végrehajtásáról, annak indokáról, a felfüggesztés kezdő időpontjáról, a szerződést és annak teljesítését érintő következményeiről, ideértve különösen az ügyfeleket érintő befektetési kockázatok változását, valamint a költségek és díjak érvényesítésének szabályait; és

- b) az eszközalap-felfüggesztés megszüntetéséről, annak indokáról, valamint a megszüntetésnek a szerződést és annak teljesítését érintő következményeiről.

(13) A biztosító a (12) bekezdés szerinti tájékoztatást az eszközalap-felfüggesztés és a szétválasztás végrehajtásával, valamint az eszközalap-felfüggesztés megszüntetésével egyidejűleg, figyelemfelhívásra alkalmas módon közzéteszi a honlapján és kifüggeszti az ügyfélszolgálati irodáiban, továbbá a tájékoztatást folyamatosan naprakészen tartja. A biztosító a tájékoztatást egyidejűleg megküldi a Felügyelet részére.

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

Céggjegyzékszám: 01-17-000934

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

