

MetLife[®]



A MetMax Élet-, Baleset- és Egészség Kiegészítő Biztosítás (MET-285, MET-286, MET-287)

Általános Biztosítási Szabályzata

Budapest, 2016. július 1.

TARTALOMJEGYZÉK

Áttekintés a kiegészítő biztosítások főbb szabályairól ¹	4
A MetMax Élet-, Baleset- és Egészség Kiegészítő Biztosítás (MET-285, MET-286, MET-287) Általános Biztosítási Szabályzata	10
1. § A biztosítási szerződés alanyai	10
2. § A biztosítással kapcsolatos fogalmak.	10
3. § A kiegészítő biztosítási szerződés létrejötte és módosítása	13
4. § A biztosítás tartama	15
5. § A biztosítási esemény	15
6. § A biztosítási díj.	15
7. § Értékkövetés, indexálás	16
8. § Közlési kötelezettség.	16
9. § Bejelentési kötelezettség.	17
10. § A biztosító teljesítése	18
11. § A biztosító mentesülése	18
12. § Kizárt kockázatok	19
13. § Maradékjogok	20
14. § Késedelmes díjfizetés.	20
15. § A kiegészítő biztosítás megszűnésének esetei.	20
16. § A kiegészítő biztosítási szerződés ismételt hatálybaléptetése (reaktiválás)	20
17. § Elévülés.	20
18. § A biztosítási titok	21
19. § A személyes adatok kezelése	24
20. § Adózással kapcsolatos jogszabályok	25
21. § Tájékoztatás és tájékoztatás.	25
22. § Irányadó jog, illetékes bíróság és panaszforum	25
Halálesetre szóló (kockázati) kiegészítő biztosítás (MET-K36) biztosítási szabályzata	27
Baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás (MET-HA2) biztosítási szabályzata	28
Baleseti halál esetére szóló járadék szolgáltatás kiegészítő biztosítás (MET-HB1, MET-HA5) biztosítási szabályzata	29
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás esetére szóló kiegészítő biztosítás (MET-R62) biztosítási szabályzata	30
Baleseti eredetű súlyos maradandó egészségkárosodás esetére szóló járadék szolgáltatás kiegészítő biztosítás (MET-J41, MET-J39) biztosítási szabályzata.	32
Critical Care kiegészítő biztosítás (MET-C28, MET-C29, MET-C30) biztosítási szabályzata	35
Csonttörés és égési sérülés esetére szóló kiegészítő biztosítás (MET-F14) biztosítási szabályzata.	41
Balesetből származó kórházi ellátásra (MET-N00) és műtéti beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosítás (MET-S00) biztosítási szabályzata	43
Balesetből vagy betegségből származó kórházi ellátás esetén, napi térítésre (MET-NA7) és műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás (MET-SA7) biztosítási szabályzata	45
Balesetből vagy betegségből származó kórházi ellátás esetén, napi térítésre (MET-NA7) és műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás (MET-SA7) biztosítási szabályzata 1. számú melléklete	47
Dr. MetLine Magyarország Asszisztencia kiegészítő biztosítás biztosítási szabályzata (MET-A27).	51

Közlekedési baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási szabályzata	53
A Dr. MetLine Asszisztencia szolgáltatások – Ausztria, Németország, Anglia – kiegészítő biztosítás biztosítási szabályzata – (MET-A31)	54
Dr. MetOnLine Asszisztencia szolgáltatások különös feltételei (MET-A47)	56
1. számú melléklet: Az Általános Biztosítási Szabályzatban és a kiegészítő biztosítási szabályzatokban meghatározott változók értékei	59
2. számú melléklet: Választható biztosítási összegek, kockázatelbírálási összeghatárok	60
3. számú melléklet: Díjkezelési tájékoztató.	62
4. számú melléklet: Tájékoztató a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokról	64
Cégismertető.	66

ÁTTEKINTÉS A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK FŐBB SZABÁLYAIRÓL¹



Kérdés

Kire vonatkozik a kiegészítő biztosítások biztosítási védelme?

Válasz

A biztosított az élet-, baleset- és egészség kiegészítő biztosítás biztosítottjaként megnevezett legfeljebb öt személy. A biztosított 16. év fölötti személy lehet. (Részletek a 10. oldalon.)

Milyen hosszú a kiegészítő biztosítás tartama?

A biztosítás tartama 1 év, azzal, hogy a tartam minden biztosítási évfordulón újabb 1 évvel automatikusan meghosszabbodik, amíg a biztosított el nem éri a 75. életévét (halálesetre szóló, baleseti halál esetére szóló, baleseti halál esetére szóló járadék szolgáltatás, baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás esetére szóló, baleseti eredetű súlyos maradandó egészségkárosodás esetére szóló járadék szolgáltatás, csonttörés és égési sérülés esetére szóló, valamint Critical Care kiegészítő biztosítások esetén a 65. életévét, balesetből származó kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére szóló, balesetből vagy betegségből származó kórházi napi térítés és műtéti térítés kiegészítő biztosítások esetén a 60. életévét). A biztosított 75. – halálesetre szóló, baleseti halál esetére szóló, baleseti halál esetére szóló járadék szolgáltatás, baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás esetére szóló, baleseti eredetű súlyos maradandó egészségkárosodás esetére szóló járadék szolgáltatás, csonttörés és égési sérülés esetére szóló, valamint Critical Care kiegészítő biztosítások esetén 65., balesetből származó kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére szóló, valamint balesetből vagy betegségből származó kórházi napi térítés és műtéti térítés kiegészítő biztosítások esetén a 60. – életévének elérését követő biztosítási évfordulón a kiegészítő biztosítások megszűnnek. (Részletek a 15. oldalon.)

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító a kiegészítő biztosítás esetén?

– Szolgáltatás a biztosított halála esetén:

A halálesetre szóló kiegészítő biztosítás biztosítottjának halála esetén a haláleseti biztosítási összeg kerül kifizetésre a haláleseti kedvezményezett részére.



Példa

Ügyfelünk életbiztosítási védelem céljából halál esetére szóló kiegészítő biztosítást is köt, mint biztosított. Ha a kiegészítő életbiztosítási védelemre 3 000 000 Ft a választott biztosítási összeg, és a biztosítottal váratlan tragédia történik a szerződés 3. évében, akkor a tragédia bejelentését követően a biztosító kifizeti a kiegészítő biztosítás biztosítási összegét, azaz 3 000 000 Ft-ot a haláleseti kedvezményezett részére. A kifizetéssel a szerződés megszűnik.

(Részletek a 27. oldalon.)

– Szolgáltatás a biztosított baleseti halála esetén:

A baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás biztosítottjának baleseti eredetű halála esetén a haláleseti biztosítási összeg kerül kifizetésre a haláleseti kedvezményezett részére, amennyiben a haláleset a balesetet követő 180 napon belül következik be.



Példa

Ügyfelünk autóbalesetet szenvedett, és a kórházba szállítást követően életét veszítette. Ilyen esetben a biztosító a halál esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegén felül kifizeti a baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegét is a haláleseti kedvezményezett részére. Tehát, ha az előző példában szereplő biztosított baleset következtében veszté életét, és a 3 000 000 Ft-os biztosítási összegű halál esetére szóló kiegészítő biztosításon felül baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítást is választott 6 000 000 Ft-os biztosítási összeggel, akkor a baleseti halál esetén történő kifizetés összesen 9 000 000 Ft lesz, hiszen a haláleseti és a baleseti halál esetére járó biztosítási összeg összeadódik.

(Részletek a 28. oldalon.)

Kérdés

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító a kiegészítő biztosítás esetén?

Válasz

– **Szolgáltatás a baleseti halál esetére szóló járadékszolgáltatás kiegészítő biztosítás esetén**

A biztosított baleseti halála esetén a választott biztosítási összegnek megfelelő havi járadékösszeget fizet a biztosító a kedvezményezett részére 5 vagy 10 éven keresztül.

**Példa**

Ha a biztosított baleset következtében életét veszti, abban az esetben, ha a 10 évre szóló járadékszolgáltatást választják a szerződés megkötésekor, akkor a biztosító 10 éven keresztül minden hónapban 100 000 Ft-ot fizet a haláleseti kedvezményezettnek, ha a biztosítási összeg 100 000 Ft volt a baleset időpontjában.

(Részletek a 29. oldalon.)

– **Szolgáltatás a biztosított baleseti eredetű maradandó egészségkárosodása esetére szóló kiegészítő biztosítás esetén**

- A baleseti eredetű teljes mértékű 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 keresőképtelenné válik legalább 12 egymást követő hónapon át, valamint ez az állapot maradandónak, véglegesnek és visszafordíthatatlannak minősül. Ilyen esetben a biztosító a biztosítási összeget fizeti ki a kedvezményezett részére.
- Ha a biztosított egy baleset következményeként részleges mértékű maradandó egészségkárosodást szenved, a biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegből a maradandó egészségkárosodás mértékének megfelelő összeget fizeti ki. A maradandó egészségkárosodás mértékét a biztosítási szabályzatban található Térítési táblázat alapján a biztosító orvosa állapítja meg.

**Példa**

Autóbalesetet szenvedett ügyfelünk a személygépkocsi vezetőjeként sérült. Koponyasérülést, bordatörést, mindkét oldali csípőcsonttörést, tüdőszérülést szenvedett el. Az agyi károsodás miatt féldoldali 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 egészségkárosodást szenvedett el. Munkaképtelensége a 12. hónap végén is fennállt, ezért a biztosítási összeg 100%-a került kifizetésre. Tehát, ha például 9 000 000 Ft volt a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összege, akkor 9 000 000 Ft-ot fizet ki a biztosító.

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, tehát a 9 000 000 Ft-os biztosítási összeg esetén 1 800 000 Ft-ot fizet ki a biztosító.

(Részletek a 30. oldalon.)

– **Szolgáltatás a baleseti eredetű súlyos mértékű maradandó egészségkárosodás esetére szóló járadékszolgáltatás kiegészítő biztosítás esetén**

A biztosított legalább 50%-os mértékű baleseti eredetű maradandó egészségkárosodása esetén a választott biztosítási összegnek megfelelő havi járadékösszeg maradandó egészségkárosodással arányos mértékét fizeti a biztosító 5 vagy 10 éven keresztül.

**Példa**

Ha a biztosított baleset következtében olyan egészségkárosodást szenvedett, amely az egészségkárosodás mértékére vonatkozó táblázat alapján legalább 50%-os maradandó egészségkárosodásnak minősül, és a biztosítottunk a kiegészítő biztosításra 10 éven keresztül, 150 000 Ft havi járadékot fizető biztosítási összeget választott, akkor a biztosító 10 éven keresztül minden hónapban a 150 000 Ft havi járadékban a maradandó egészségkárosodással megegyező mértékű részét, azaz a 150 000 Ft 50%-át, 75 000 Ft-ot fizet ki a balesetet szenvedett biztosítottunknak.

(Részletek a 33. oldalon.)

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító a kiegészítő biztosítás esetén?

– Szolgáltatás a Critical Care kiegészítő biztosítás esetén

Ügyfelünk háromféle Critical Care kiegészítő biztosítás közül választhat.

- A Critical Care 1 kiegészítő biztosítás választása esetén a biztosító kifizeti a biztosítási összeget, ha a biztosítottnál rosszindulatú daganatot diagnosztizáltak.
- A Critical Care 7 kiegészítő biztosítás választása esetén a biztosítottra vonatkozó Critical Care kiegészítő biztosítás feltételeinek 3. §-ában 1) – 7) sorszám alatt felsorolt betegségek valamelyikének diagnosztizálása esetén, a biztosító kifizeti a biztosítási összeget.
- A Critical Care 32 kiegészítő biztosítás választása esetén a biztosítottra vonatkozó Critical Care kiegészítő biztosítás feltételeinek 3. §-ában 1) – 32) sorszám alatt felsorolt betegségek valamelyikének diagnosztizálása esetén, a biztosító kifizeti a biztosítási összeget.



Példa

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

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

(Részletek a 35. oldalon.)

– Szolgáltatás a Csonttörés és égési sérülés esetére szóló kiegészítő biztosítás esetén

- Csonttörés esetén a csonttörés fajtájától függ a biztosítási összeg mértéke.



Példa

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

(Részletek a 41. oldalon.)

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



Példa

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

(Részletek a 41. oldalon.)

– Szolgáltatás a Balesetből származó kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosítás esetén

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

Kérdés

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító a kiegészítő biztosítás esetén?

Válasz

**Példa**

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

(Részletek a 43. oldalon.)

– **Szolgáltatás a Balesetből vagy betegségből származó kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosítás esetén**

- Baleseti vagy betegségi kórházi napi térítés szolgáltatás esetén akkor fizet a biztosító, ha a beteg, vagy balesetet szenvedett biztosított legalább 1 éjszakát kórházban töltött. A kifizetés összege a kórházban töltött napok számát a választott biztosítási összeggel szorozva alakul ki. Ha a biztosított intenzív ellátásban részesül, az intenzív ellátás napjaira jutó térítés összege a normál ellátás összegének másfélszerese. A biztosító a napi térítés összegén felül rehabilitációra szóló térítésként a kórházi napokra megállapított térítés összegének 50%-át teljesíti.

**Példa**

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

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

**Példa**

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

(Részletek a 45. oldalon.)

Mit nyújtanak az asszisztencia szolgáltatások?

Szolgáltatás a Dr. MetLine Magyarország asszisztencia szolgáltatásokra vonatkozó kiegészítő biztosítás esetén

– *7/24 orvosi call center szolgáltatás*

**Példa**

Ha a biztosított hétvégén, sportolás közben eltöri az ujját, és nem tudja, melyik ügyeletes kórházba induljon, csak fel kell hívni az asszisztencia szolgáltatót éjjel-nappal hívható call centerét, és ők azonnal útbaigazítással szolgálnak. Vagy, ha a biztosított nem biztos benne, hogy a felírt gyógyszert beveheti-e laktózérzékenysége esetén, csak fel kell hívni az asszisztencia szolgáltató call centerét, és a telefon másik oldalán lévő orvossal megoszthatja az aggályait, és megnyugtató választ kaphat a felírt gyógyszerek alkalmazásáról.

(Részletek a 51. oldalon.)

– *Szakorvosi vizit megszervezése*

**Példa**

Ha a biztosított balesete vagy betegsége kapcsán szakorvossal szeretne konzultálni, erre a biztosítási csomag keretein belül is lehetősége van. Ezen szolgáltatás igénybevételéhez csak fel kell hívni az asszisztencia szolgáltató call centerét, ahol megszervezik a szakorvosi vizit időpontját, így egyeztetett időpontra várják ügyfelünket.

(Részletek a 51. oldalon.)

Kérdés

Mit nyújtanak az asszisztencia szolgáltatások?

Válasz

– Közlekedési baleseti halál esetére szóló védelem



A Dr. MetLine Magyarország kiegészítő biztosítással rendelkező ügyfeleink 1 millió Ft-os közlekedési baleseti védelemmel is rendelkeznek.

Példa: Ügyfelünk autóbalesetet szenved, és a kórházba szállítás közben életét veszti. Ilyen esetben a Dr. MetLine Magyarország kiegészítő biztosítással rendelkező biztosítás haláleseti kedvezményezettjének 1 millió Ft összegű biztosítási összeg kerül kifizetésre.

(Részletek a 51. oldalon.)

Szolgáltatás a Dr. MetLine Ausztria, Németország, Anglia asszisztencia szolgáltatásokra vonatkozó kiegészítő biztosítás esetén

– 7124 orvosi call center szolgáltatás magyar nyelven, 3 országban



Példa

Ha a biztosított Ausztriában, Németországban vagy Angliában dolgozik, de rendelkezik magyarországi lakcímmel, és baleset vagy betegség miatt szeretne tanácsot kérni, mert nem ismeri az adott ország egészségügyi rendszerét, vagy segítséget szeretne kapni leletek értelmezésében magyar nyelven, csak fel kell hívni az asszisztencia szolgáltató éjjel-nappal hívható call centerét, és ők azonnal útbaigazítással szolgálnak.

(Részletek a 54. oldalon.)

Szolgáltatás a Dr. MetOnline asszisztencia szolgáltatásokra vonatkozó kiegészítő biztosítás esetén

- 7124 orvosi call center szolgáltatás
- Szakorvosi vizit megszervezése
- Nemzetközi második orvosi vélemény



Példa

Ha a biztosított esetében súlyos betegséget diagnosztizálnak, de csak akkor nyugodt, ha egy másik szakorvos is véleményezi a leleteket, a biztosítás ilyen esetben is segítséget nyújt. Indokolt esetben – baleset vagy súlyos betegség esetén – az ügyfél kérheti egy második orvos szakvéleményét is. Ezen szolgáltatás esetében az ügyfél által benyújtott leletek alapján, egy második, általában külföldi szakorvos véleményezi a betegséget, és nyújt gyógykezelési tervet. A szakvélemény célja, hogy a biztosított számára rendelkezésre álljon egy olyan háttér, amivel az egészségét, betegségének gyógyítását maximálisan támogathatja.

(Részletek a 56. oldalon.)

– Online egészségügyi szolgáltatások



Példa

Amennyiben a biztosított telefon helyett interneten keresztül szeretné kérdéseit feltenni, szeretne szakorvosi ellátást igénybe venni, vagy táplálkozási tanácsadásra van szüksége, mindezt megteheti a www.drmetonline.hu internetes felületen keresztül is. További szolgáltatásként egészségfelméréshez kapcsolódó kérdőívet is kitölthet, melyet szakértők véleményeznek, és visszajelzést adnak a biztosított részére. A biztosított az eredmények ismeretében tanácsadást is kérhet.

(Részletek a 56. oldalon.)

Mikor kell a díjat megfizetni?

A kiegészítő biztosítás első díját a kiegészítő biztosítások megkötésére vonatkozó ajánlat benyújtásakor kell megfizetni. Évestől eltérő díjfizetési gyakoriság esetén a biztosító díjfizetési pótlékot számíthat fel. A további díjakat azok esedékességekor kell megfizetni.

(Részletek a 15. 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 kockázatfelbírálási, illetve várakozási időt ír elő, az alábbiak szerint:

- A haláleseti szolgáltatás esetében legfeljebb az ajánlat beérkezésétől számított 15 nap – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, 60 nap – a kockázatfelbírálási időszak; az ezen időtartam alatt bekövetkezett biztosítási eseményekre a biztosító, a biztosítási szabályzatban meghatározott kivételtől eltekintve, nem nyújt szolgáltatást.
- A Critical Care egészségbiztosítás esetén a biztosító a kockázatviselés kezdetétől számított 3 hónapos várakozási időt ír elő; a betegség miatti kórházi ellátás és műtéti térítések esetén a kockázatviselés kezdetét követő első 60 napos várakozási időn belül szükségessé vált ellátásokra nem térít a biztosító, míg a mandulaműtét és orrpolip eltávolítását célzó műtét, és kórházi gyógykezelés esetén csak a kockázatviselés kezdetét követő 180 napos várakozási időn túli ellátásokra térít a biztosító.
- Dr. MetOnline asszisztencia szolgáltatások kiegészítő biztosítás esetén a biztosító a második orvosi vélemény szolgáltatás esetében, a kockázatviselés kezdetétől számított 3 hónapos várakozási időt ír elő a betegségi eredetű szolgáltatási igényekre.

(Részletek a 12. 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 15 munkanapon 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 18. oldalon.)

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?

A kiegészítő biztosítások általános biztosítási szabályzata és az egyes kiegészítő biztosítások biztosítási szabályzata tartalmazza a biztosításból kizárt eseményeket.

Mikor szűnik meg a biztosítás?

A kiegészítő biztosítások a következő esetekben szűnnek meg:

- ha a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy szerződő a kiegészítő biztosítási szerződést az annak létrejöttéről szóló jognyilatkozat kézhezvételétől számított 30 napon belül felmondja;
- ha a szerződő a biztosítási szerződést felmondja;
- ha a biztosító a biztosítási szerződést felmondja;
- ha a biztosított betölti a kiegészítő biztosításban meghatározott lejáratit kort;
- a díjfizetés elmaradása esetén, a póthatáridő eredménytelen elteltét követően, az esedékességet követő 61. napon. A biztosított halála esetén a rá vonatkozó összes kiegészítő biztosítás megszűnik.

(Részletek a 20. oldalon, a Critical Care kiegészítő biztosításra vonatkozó további megszűnés eseteiről részletek a 40. oldalon.)

A METMAX ÉLET-, BALESET- ÉS EGÉSZSÉG KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-285, MET-286, MET-287) ÁLTALÁNOS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A jelen biztosítási szabályzatban foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited („biztosító”) kiegészítő élet-, baleset- és egészség biztosítási szerződéseire („kiegészítő biztosítási szerződés” vagy „kiegészítő biztosítás”) érvényesek, feltéve, hogy a szerződést a felek e biztosítási szabályzatra hivatkozással kötötték. A jelen biztosítási szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a kiegészítő biztosítások biztosítási szabályzatainak rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései irányadók.

Kik a biztosításban érintett személyek?



1. § A biztosítási szerződés alanyai

(1) Szerződő: A szerződő az a természetes vagy jogi személy, aki a kiegészítő biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz, annak elfogadása esetén a kiegészítő biztosítási szerződést megkötö, és a biztosítási díjak fizetésére kötelezettséget vállal. A fő- és a kiegészítő biztosítás szerződője azonos.

Amennyiben a biztosított kiskorú, és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülője köti meg, a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges.

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

(3) A biztosított főbiztosított és további biztosított lehet. A főbiztosított az a személy, aki a kiegészítő biztosítás alapjául szolgáló főbiztosítottja. A további biztosított a főbiztosított személyen kívüli biztosított.

(4) A kiegészítő biztosításnak legfeljebb 5 biztosítottja lehet.

(5) Biztosított az lehet, aki a kiegészítő biztosítási szerződés létrejöttkor 16. életévénél idősebb, de a 75. életévét még nem töltötte be. **A biztosított belépési kora:**
a) a halálesetre szóló, a baleseti halál esetére szóló, a baleseti halál esetére szóló járadék szolgáltatás, a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás esetére szóló, a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás esetére szóló járadék szolgáltatás, a csonttörés és égési sérülés esetére szóló, valamint a Critical Care kiegészítő biztosítások esetén 16 és 64 éves kor között,

b) a balesetből származó kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére szóló, valamint a balesetből vagy betegségből származó kórházi ellátás esetén, napi térítésre és műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítások esetén 16 és 59 éves kor között,

c) a Dr. MetLine Magyarország Asszisztencia, a Dr. MetLine Asszisztencia – Ausztria, Németország, Anglia és Dr. MetOnLine Asszisztencia szolgáltatásokra szóló kiegészítő biztosítások esetén 16 és 74 éves kor között lehet.

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

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

(8) A biztosított személyének módosításához a korábbi biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. A biztosított személyének módosítása esetén a korábbi biztosítottra vonatkozó kockázatviselés megszűnésével egy időben a korábbi biztosítottra vonatkozó valamennyi kiegészítő biztosítás is megszűnik. Az új biztosított tekintetében is kötelező a 2. számú mellékletben meghatározott minimális díj előírás és együttkötési szabályok betartása.

(9) A főbiztosított személyének módosítására a főbiztosítás biztosítási szabályzata irányadó. A fő- és a kiegészítő biztosítás főbiztosítottjának módosítására egyidejűleg van lehetőség.

(10) Kedvezményezett: A kedvezményezett a biztosítási szerződésben megnevezett személy, ilyen személy hiányában, vagy ha a kedvezményezett megnevezése nem volt érvényes a biztosítási esemény időpontjában, a biztosított vagy örököse. A szerződő a kedvezményezettet a biztosítási esemény bekövetkezéséig a biztosított hozzájárulásával módosíthatja, vagy a kedvezményezett kijelölését visszavonhatja.

Mik a biztosításokkal kapcsolatos legfontosabb fogalmak?



2. § A biztosítással kapcsolatos fogalmak

(1) Főbiztosítás: A főbiztosítás az a biztosítási szerződés, amelyhez a kiegészítő biztosítást a szerződő fél megkötö.

(2) Kiegészítő biztosítás: A kiegészítő biztosítás az a biztosítási szerződés, amelyet a szerződő a főbiztosítás kiegészítéseként megköt.

(3) Biztosítási ajánlat: A biztosítási ajánlat a szerződőnek a kiegészítő biztosítási szerződés megkötésére irányuló írásbeli nyilatkozata, amely tartalmazza a biztosítás elvállalásához szükséges összes adatot és körülményt. A biztosító az ajánlatban feltüntetett adatokon túl, az ajánlat elbírálásához szükséges mértékben, további adatokat kérhet. A biztosító különösen abban az esetben kérhet további adatokat, ha az ajánlat és a hozzá tartozó dokumentumok hiányosak, ha a biztosított egészségi állapota, foglalkozása, sport-, vagy szabadidős tevékenysége pontosításra szorul, ha a szerződő, a biztosított vagy a kedvezményezett azonosítása a megadott adatok alapján nem lehetséges, valamint ha a szerződés fenntartása a szerződő vagyoni helyzetének figyelembe vétele mellett kétségesnek mutatkozik.

(4) Kötvény: A kötvény a biztosító által kibocsátott, a kiegészítő biztosítási szerződés létrejöttét és a biztosítási fedezetet igazoló okirat.

(5) Biztosítási időszak: A biztosítási időszak a rendszeres díjas biztosítások esetén a díjfizetés esedékességétől a következő díjfizetés esedékességéig terjedő havi, negyedéves, féléves vagy éves időszak.

(6) A biztosítási időszak kezdete a biztosítási szerződés hatálybalépésének napja, vége pedig a biztosítási időszak utolsó napja (fordulónap). A biztosítási időszak a fordulónapot követő napon újra kezdődik.

(7) Amennyiben a fordulónap munkaszüneti napra esik, a fordulónap az ezt követő első munkanap.

(8) A szerződő a biztosítás első évi díjának megfizetését követően a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal vagy a jelen biztosítási szabályzatban feltüntetett telefonos elérhetőségen keresztül kérheti a díjfizetés gyakoriságának megváltoztatását. Az új díjfizetési gyakoriság kizárólag az első vagy minden azt követő biztosítási évfordulótól változtatható meg, és ezen időponttól kezdődően érvényes.

(9) Biztosítási hónap: A biztosítási hónap a biztosítási szerződés hatálybalépésének napjától a következő hónap azonos napjáig, illetve minden azt követő hónap azonos napjáig terjedő időtartam.

(10) Biztosítási év: A biztosítási év a biztosítási szerződés hatálybalépésének napjától a következő év azonos napjáig, illetve minden azt követő év azonos napjáig terjedő időtartam.

(11) Amennyiben egy adott hónapban nincs olyan nap, ami a biztosítási szerződés hatálybalépésével megegyezik, a biztosítási hónap és a biztosítási év kezdő napja a hiányzó napot követő nap.

(12) Amennyiben a jelen biztosítási szabályzat eltérően nem rendelkezik, a hónap és év alatt biztosítási hónapot, illetőleg biztosítási évet kell érteni.

(13) Biztosítási hónapforduló: A biztosítási hónapforduló a biztosítási hónap végének, egyben az új biztosítási hónap kezdetének napja.

(14) Biztosítási évforduló: A biztosítási évforduló a biztosítási év végének, egyben az új biztosítási év kezdetének napja.

(15) Rendszeres díjas biztosítás: A rendszeres díjas biztosítás olyan biztosítás, amelynek díját a szerződő előre meghatározott részletekben, egy-egy biztosítási időszak elején fizeti meg.

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

(17) Díjfizetési tartam: A díjfizetési tartam a rendszeres díjas biztosítások esetében a tartamnak az a része, amelyre a díjfizetés esedékes.

(18) Kezdeti biztosítási díj: A kezdeti biztosítási díj a biztosítási szerződés létrejöttékor a szerződő által választott, az első biztosítási évre vonatkozó díj.

(19) Aktuális biztosítási díj: Az aktuális biztosítási díj a biztosítási tartam egy időpontjában érvényes díj.

(20) Kezdeti biztosítási összeg: A kezdeti biztosítási összeg a kiegészítő biztosítási szerződés létrejöttékor érvényben lévő, az ajánlattételkor választott biztosítási összeg.

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

(22) Biztosítási esemény: A biztosítási esemény a biztosított életével kapcsolatos olyan esemény, amelyet a kiegészítő biztosítási szabályzat ilyenként határoz meg, és amely a biztosító szolgáltatását kiváltja.

(23) Késedelmi kamat: A késedelmi kamat a díjfizetési késedelem idejére a biztosító által felszámított, a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvényben meghatározott mértékű kamat. A késedelmi kamat érvényesítésétől a biztosító eltekinthet.

(24) Személyes adat: A 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.

(25) Különleges adat: A különleges adat a faji eredetre, a nemzeti és etnikai kisebbséghez tartozásra, a politikai véleményre vagy pártállásra, a vallásos vagy más vi-

lagnézeti meggyőződésre, az érdekképviselői szervezeti tagságra, az egészségi állapotra, a káros szenvedélyre, a szexuális életre vonatkozó adat, valamint a bűnügyi személyes adat.

(26) Biztosításközvetítő: A biztosításközvetítő a biztosítási szerződés létrehozására irányuló rendszeres, üzletszerű tevékenységet végző személy, akinek tevékenysége kiterjed a biztosítási szerződés megkötésének elősegítésére, a biztosítási termékek ismertetésére, ajánlására, az ezzel kapcsolatos felvilágosításra, a biztosítási szerződések lebonyolításában és teljesítésében való közreműködésre. A biztosításközvetítő lehet függő és független biztosításközvetítő.

A függő biztosításközvetítő az a biztosításközvetítő, aki biztosítóval fennálló jogviszonya alapján:

- a) egy biztosító biztosítási termékeit vagy több biztosító egymással nem versengő biztosítási termékeit közvetíti (ügynök),
- b) a biztosításközvetítői tevékenységet – akár több biztosító egymással versengő biztosítási termékeit – a főtevékenységéhez kapcsolódó termékre vagy szolgáltatásra vonatkozóan, azt kiegészítő tevékenységként végzi, ha a biztosítótól az ügyfélnek járó összeget nem vesz át (ügynök),
- c) egyidejűleg több biztosító egymással versengő biztosítási termékeit közvetíti (többes ügynök).

A független biztosításközvetítő az ügyfél megbízásából eljáró biztosításközvetítő.

(27) Ügyfél: Az ügyfél a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett, a károsult, a biztosító számára szerződéses ajánlatot tett és a biztosító szolgáltatására jogosult más személy.

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

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

(30) Ügymenet kiszervezése: Az ügymenet kiszervezése a biztosító biztosítási vagy azzal közvetlenül összefüggő tevékenysége valamely részének végzésére más személy részére adott megbízás.

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

(32) Viszontbiztosító: A viszontbiztosító az a vállalkozás, amely a székhelye szerinti tagállamban viszontbiztosítási, és azzal közvetlenül összefüggő tevékenység végzésére engedéllyel rendelkezik.

(33) Díjtűrészhatár: A díjtűrészhatár az előírt és a befizetett díj közötti összeg különbözete, amely összeg erejéig a biztosító a szerződő helyett az el-

maradt díjat rendezi, illetve amelynek összegével a biztosító rendelkezik. A díjtűrészhatár összegének mértékét a jelen biztosítási szabályzat 1. számú melléklete tartalmazza.

(34) A szerződés létrehozása érdekében felmerülő költségek: A szerződés létrehozása érdekében felmerült költségek az alábbi költségek.

a) Orvosi vizsgálatok költsége

Az orvosi vizsgálatok költségét a szerződés létrejötte esetén a biztosító viseli, amennyiben a szerződő, annak létrejöttétől számított 30 napon belül, nem mondja fel a szerződést. Ez utóbbi esetben a biztosító az orvosi vizsgálat költségét jogosult a szerződőre hárítani. Az orvosi vizsgálatok költségének aktuális mértékét a jelen biztosítási szabályzat 1. számú melléklete tartalmazza. Mértékét a biztosító a biztosítási összeg változásának arányában jogosult évente egyszer módosítani.

b) Költségátalány

A költségátalány a biztosító kockázatbírálási és kötvényesítési költségeit átalányjelleggel foglalja magában. Amennyiben a szerződő a biztosítási szerződést annak létrejöttétől számított 30 napon belül felmondja, a költségátalányt a biztosító a szerződőre hárítja. Az infláció követésére a biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – legfeljebb a jelen biztosítási szabályzatban foglaltaknak megfelelő mértékkel indexálhatja a költségátalányt. A költségátalány aktuális értékét a jelen biztosítási szabályzat 1. számú melléklete tartalmazza.

(35) Betegség: A betegség olyan egészségkárosodás, amelyet a biztosított a kiegészítő biztosítás hatálybalépését követően, első alkalommal szenved el.

(36) Várakozási idő: A várakozási idő az az időtartam, amely alatt a biztosító kockázatot nem vállal, várakozási idő kikötése esetén a kockázatviselés a várakozási idő elteltét követően kezdődik.

A várakozási idő:

- a) a Critical Care kiegészítő biztosítás esetében a kockázatviselés kezdetétől számított 3 hónap, kivéve ha a biztosítási esemény baleset miatt következik be;
- b) betegségből származó kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosítás esetében a kockázatviselés kezdetétől számított 60 nap;
- c) a mandula, illetve orrpolip eltávolítását célzó műtét, illetve kórházi gyógykezelése esetében a kockázatviselés kezdetétől számított 180 nap;
- d) Dr. MetOnLine Asszisztencia kiegészítő biztosítás esetén a második orvosi vélemény szolgáltatás esetében, a kockázatviselés kezdetétől számított 3 hónap, kivéve ha a biztosítási szolgáltatásra baleset következtében kerül sor.

Ha a szerződő fogyasztó, és a kiegészítő biztosítási szerződés a biztosító ráutaló magatartásával úgy jött létre, hogy a biztosító a kiegészítő biztosítási ajánlatra annak beérkezésétől számított 15 napon belül – vagy ha az ajánlat elbírálásához

egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, 60 napon belül – nem nyilatkozott, a várakozási idő a kiegészítő biztosítási ajánlatnak a biztosító részére történt átadás időpontjában kezdődik.

(37) Csonttörés: A csonttörés a jelen biztosítási szabályzat értelmében a csont balesetből származó töréses sérülését jelenti, függetlenül attól, hogy a törés marandó egészségkárosodást eredményez-e vagy sem.

(38) Patológiás törés: A patológiás törés a jelen biztosítási szabályzat értelmében a csont betegség által gyengített területének törését jelenti.

(39) Többszörös törés: A többszörös törés a jelen biztosítási szabályzat értelmében egy csontnak több helyen való törését jelenti. A csont darabos törése esetén a csonttörés többszörös törésnek számít, ha több mint két szilánk van.

(40) Teljes törés (Komplett törés): A teljes törés a jelen biztosítási szabályzat értelmében a csont olyan jellegű törése, amikor a csont teljes vastagságában eltört.

(41) Nyílt törés: A nyílt törés a jelen biztosítási szabályzat értelmében a csont olyan jellegű törése, amikor a tört csont a bőrreteget is átszakítja.

(42) Stressz törés (Fáradásos törés): A stressz törés a jelen biztosítási szabályzat értelmében a csont olyan jellegű törése, amikor a csont rendszeres túlterhelés miatt sérül.

(43) Égési sérülés: Az égési sérülés a jelen biztosítási szabályzat értelmében a bőrnek hőenergiával, alacsony hőmérséklettel, illetve kémiai anyagokkal való érintkezéséből eredő sérülése, függetlenül attól, hogy a sérülés maradandó-e vagy sem.

(44) Bennfekvő beteg: A bennfekvő beteg a jelen biztosítási szabályzat értelmében az a személy, aki a 180 napnál nem korábban elszenvedett balesete miatt bennfekvőként, legalább 24 órán át folyamatosan kórházi ellátásban részesült.

(45) Kórház: A kórház azt a létesítményt jelenti, amely megfelel az alábbi követelményeknek

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

(46) Intenzív ellátás: A jelen biztosítás szempontjából intenzív ellátásnak minősül a kórháznak a közvetlen életveszély elhárítását célzó és arra szakosodott, 24 órás

folyamatos szakorvosi felügyeletet biztosító és intenzív elnevezés alatt működő, különálló egységében nyújtott ellátás.

(47) Orvos: Az orvos a beteg adott betegségével, illetve egészségi állapotával kapcsolatos vizsgálati és terápiás tervet meghatározó, továbbá ezek keretében beavatkozásokat végző személy, aki a beteg gyógykezeléséért felelősséggel tartozik, és aki orvosi tevékenység végzésére hatósági engedéllyel rendelkezik.

Hogyan jön létre a kiegészítő biztosítás?



3. § A kiegészítő biztosítási szerződés létrejötte és módosítása

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

(2) A kiegészítő biztosítási szerződés megkötésének előfeltétele, hogy a szerződő a biztosítónál rendelkezzen érvényes főbiztosítási szerződéssel, valamint a szerződő írásbeli kiegészítő biztosítási ajánlatot tegyen a biztosító részére.

(3) Az írásbeli megállapodást, illetőleg a biztosító elfogadó nyilatkozatát a biztosítási kötvény kiállítása pótolja. Ha a kötvény tartalma a szerződő fél kiegészítő biztosítási ajánlatától eltér, és az eltérést a szerződő fél tizenöt napon belül nem kifogásolja, a kiegészítő biztosítási 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 a kiegészítő biztosítási ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.

(4) Ha a szerződő fogyasztó, a kiegészítő biztosítási szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító a kiegészítő biztosítási ajánlatra 15 napon – ha az ajánlat elbírálásához kockázatfelmérésre van szükség, 60 napon – belül nem nyilatkozik, feltéve, hogy a kiegészítő biztosítási ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a biztosító által rendszeresített kiegészítő biztosítási ajánlati lapon és a díjszabásnak megfelelően tették. Ilyen esetben a szerződés – a kiegészítő biztosítási ajánlat szerinti tartalommal – a kiegészítő biztosítási ajánlatnak a biztosító részére történt átadásának időpontjára visszamenő hatállyal a kockázatbírálási idő elteltét követő napon jön létre.

(5) Ha a kockázatbírálási idő alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, a biztosító az ajánlatot csak abban az esetben utasíthatja vissza, ha ennek lehetőségére az ajánlati lapon a figyelmet kifejezetten felhívta, és az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés

körülményei alapján nyilvánvaló, hogy az ajánlat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges

(6) Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött kiegészítő biztosítási szerződés lényeges kérdésben eltér a jelen biztosítási szabályzat és a kiegészítő biztosítási szabályzat rendelkezéseitől, a biztosító a szerződés létrejöttétől számított tizenöt napon belül javasolhatja, hogy a szerződést a jelen biztosítási szabályzat és a kiegészítő biztosítási szabályzat rendelkezéseinek 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 kiegészítő biztosítási szerződést harminc napra írásban felmondhatja.

(7) A biztosító kockázatviselése a kiegészítő biztosítás első díjának megfizetését követő nap 0. órájától kezdődik, feltéve, hogy a kiegészítő biztosítási szerződés a jelen § rendelkezéseivel összhangban már létrejött, vagy utóbb létrejön.

(8) A biztosítónak a kiegészítő biztosítási ajánlat elbírálására az ajánlat megtételétől számított 15 nap – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, 60 nap – áll rendelkezésére.

(9) A biztosító a szerződés elbírálására rendelkezésre álló 15 napos – ha a kiegészítő biztosítási ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, 60 napos – határidőben nyilatkozik a kiegészítő biztosítási ajánlat elfogadásáról vagy az ajánlat elutasításáról. A kiegészítő biztosítási ajánlat elutasítását a biztosító nem köteles megindokolni.

(10) Amennyiben a felek a díj megfizetésére vonatkozóan írásban halasztásban állapodnak meg, a kockázatviselés a megállapodást követő napon kezdődik, feltéve, hogy a kiegészítő biztosítási szerződés már létrejött, vagy utóbb létrejön.

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

(12) Már érvényben lévő kiegészítő biztosítási szerződés esetén benyújtott új kiegészítő biztosítási ajánlat kockázatviselésének kezdete az azt követő biztosítási hónap forduló, amikor a biztosító kockázatelbírálásra jogosult szerve a benyújtott kiegészítő biztosítási ajánlatot elfogadta.

(13) Azon biztosítási események tekintetében, amelyekre nézve várakozási idő kerül kikötésre, a kiegészítő biztosítás kockázatviselése a várakozási idő eltelte után kezdődik.

(14) Az ajánlatfelvételkor átvett díjelőleg csak a kiegészítő biztosítási szerződés létrejöttével minősül fizetett díjnak.

(15) A kiegészítő biztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához – ha a szerződést nem ő köti meg – a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. A biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A

visszavonás következtében a szerződés a biztosítási időszak végével megszűnik, kivéve, ha a biztosított a szerződésbe belép.

(16) 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.

(17) 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.

(18) 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.

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

(20) Amennyiben több biztosított jogosult a szerződő helyébe lépni, a biztosító az elsőként beérkezett biztosított nyilatkozatot tekinti érvényesnek.

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

(22) A kiegészítő biztosítási 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 kiegészítő biztosítási szerződés létrejöttéről.

(23) A kiegészítő biztosítási szerződést – hitelfedezeti vagy hat hónavnál rövidebb tartamú életbiztosítás kivételével – a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy szerződő a szerződés létrejöttéről szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül írásbeli nyilatkozattal indoklás nélkül felmondhatja. A szerződő érvényesen nem mondhat le az őt megillető felmondási

jogról. A biztosító kockázatviselése a felmondó nyilatkozat kézhezvételét követő napon megszűnik. A szerződés 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.

(24) Az elszámolás során a biztosító a befizetett összeget csökkenti

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

b) a kockázatviselés kezdetétől a megszűnésig eltelt időszakra időarányosan számított kockázati díjjal, és

c) a baleset- és egészség kiegészítő biztosítások díjának a kockázatviselés kezdetétől a megszűnésig eltelt időszakra számított időarányos részével.

(25) Az a) pontban felsorolt csökkentő tényezők együttes összege nem haladhatja meg a díjnagyság szerinti kedvezmény és a gyakorisági pótlék figyelembevételével megállapított kezdeti éves díj egytizenketted részét.

(26) A szerződés létrehozása érdekében felmerült költségek felszámítandó összegét a 1. számú melléklet tartalmazza.

(27) A kockázatviselés kezdetétől annak megszűnéséig eltelt időszakra időarányosan számított (éves díj/365 * eltelt napok száma) kockázati díja szerződésben vállalt kezdeti haláleseti biztosítási összeg és az éves kockázati díjrata szorzata.

(28) A biztosító a baleset- és egészség kiegészítő biztosításoknak a kockázatviselés kezdetétől a megszűnésig eltelt időszakra időarányosan számított díja a kiegészítő biztosítások kedvezményektől és pótlékoktól mentes éves díja 365-öd részének és a kockázatviselés napjai számának szorzata (kiegészítő biztosítások éves díja * kockázatban eltöltött napok száma/365).

4. § A biztosítás tartama

(1) A kiegészítő biztosítás tartama 1 év.

(2) A kiegészítő biztosítás a kiegészítő biztosítás biztosítási évfordulóján automatikusan, újabb 1 évvel meghosszabbodik, ha a felek a kiegészítő biztosítás biztosítási évfordulóját megelőzően 30 nappal másképp nem nyilatkoznak.

(3) Az automatikus hosszabbítás esetén feltétel, hogy:

a) a halálesetre szóló, a baleseti halál esetére szóló, a baleseti halál esetére szóló járadék szolgáltatás, a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás esetére szóló, a baleseti eredetű súlyos maradandó egészségkárosodás esetére szóló, a csonttörés és égési sérülés esetére szóló, valamint a balesetből származó kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosítások esetén a biztosított még ne töltsse be a 65. életévét,

b) a balesetből származó kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére szóló, a balesetből vagy betegségből származó kórházi ellátás esetén, napi térítésre és műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás és a Critical Care kiegészítő biztosítás esetén a biztosított még ne töltsse be a 60. életévét,

c) a Dr. MetLine Magyarország Asszisztencia Szolgáltatások, a Dr. MetLine Asszisztencia Szolgáltatások – Ausztria, Németország, Anglia és a Dr. MetOnline Asszisztencia Szolgáltatások kiegészítő biztosítások esetén a biztosított még ne töltsse be a 75. életévét.

5. § A biztosítási esemény

(1) A biztosítási esemény az az esemény, amelyet a kiegészítő biztosítás biztosítási szabályzata annak minősít.

(2) A jelen Általános Biztosítási Szabályzat alapján balesetnek minősül a kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett olyan esemény, amely 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) A jelen Általános Biztosítási Szabályzat alapján nem minősül balesetnek a betegségből eredő testi sérülés, a megemelés, a rándulás, a habituális ficam, a patológiás törés, a fertőzés, a rovarcsípés, a fagyás, a napszúrás, a Nap általi égés és a hőguta.

Mikor kell a díjat megfizetni?



6. § A biztosítási díj

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

(2) A biztosítási díj éves díj.

(3) A szerződő felek megállapodhatnak az éves díj havi, negyedéves vagy féléves részletekben történő megfizetésében, azonban ez esetben a biztosító az éves díjhoz képest pótdíjat számít fel, amelynek mértékét minden egyes kiegészítő biztosítási szerződés vonatkozásában évente állapítja meg.

(4) A díj részletekben való megfizetését és a díjfizetés gyakoriságának megváltoztatását a szerződő a kiegészítő biztosítás biztosítási évfordulóján kérheti.

(5) A biztosító megállapíthatja a fizetendő biztosítási díj minimális értékét, valamint jogosult annak mértékét – a módosítást követően kötendő kiegészítő biztosítási szerződések tekintetében – naptári évenként egyszer módosítani. A minimális díjak aktuális értékét a 1. számú melléklet tartalmazza. A minimális díj értéke a kiegészítő biztosításokra vonatkozóan együttesen értendő.

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

(7) A kiegészítő biztosítás első rendszeres díjával azonos összegű díjelőleg a kiegészítő biztosítási ajánlat megtételekor fizetendő.

(8) A biztosítás első díja a kiegészítő biztosítási ajánlat megtételekor, minden további díj pedig annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik, ha a kiegészítő biztosítás biztosítási szabályzata eltérően nem rendelkezik. Folyószámláról történő díjfizetés esetén a biztosító jogosult a biztosítási díjat az adott naptári hónapon belül a biztosítási díj esedékességéhez képest más időpontban lehívni.

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

(10) A díjelőleget a biztosító a kiegészítő biztosítási ajánlat elutasítása vagy az ismételt ajánlat tételre felhívás esetén, azzal egy időben visszajuttatja a szerződőnek. A kiegészítő biztosítási ajánlat megtételétől a visszautalásig ezt az összeget a biztosító kamatmentes letétként kezeli.

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

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

Hogyan őrzi meg a biztosítás az értékét?



7. § Értékkövetés, indexálás

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

(2) A biztosító az indexet úgy határozza meg, hogy az a minden év február 1-jén érvényes, a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett, az előző naptári évre vonatkozó fogyasztói árindextől legfeljebb 5 százalékponttal térjen el. A biztosító az indexet azon szerződések tekintetében alkalmazza, amelyek évfordulója a május 1-jét követő időpontra esik.

(3) A 1. számú mellékletben meghatározott költségek, egyéb díjak és összegek indexálása szintén a (2) bekezdésben meghatározott módon történik. Az indexálással módosított költségekről, egyéb díjakról és összegekről a biztosító hirdetmény útján értesíti a szerződőt.

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

(5) Az indexálásról a biztosító a szerződőt legkésőbb 2 hónappal a kiegészítő biztosítási évfordulót megelőzően értesíti. Az értesítő levél az évfordulót követően érvényes biztosítási összegeket és biztosítási díjat tartalmazza. A biztosítási évfordulótól kezdődően a biztosítási jogviszony a megemelt biztosítási összeggel és biztosítási díjjal folytatódik, ha a szerződő 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.

Az ügyfélnek milyen kötelezettségei vannak?



8. § Közlési kötelezettség

(1) A szerződő, illetőleg a biztosított köteles a kiegészítő biztosítási szerződés megkötésekor a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körü-

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

(2) 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 díjkülönbőzetest visszatéríti.

(3) Ha a biztosító a kiegészítő biztosítási 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 kiegészítő biztosítási szerződés módosítására, vagy a kiegészítő biztosítási 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 kiegészítő biztosítási 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 kiegészítő biztosítási szerződés fennállásának az első öt évében gyakorolhatja.

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

a) bizonyítják, hogy az elhallgatott, vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a kiegészítő biztosítási szerződés megkötésekor ismerte, vagy

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

c) a kiegészítő biztosítási szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkezéséig legalább öt év eltelt.

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

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

9. § Bejelentési kötelezettség

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

(2) A kiegészítő biztosítási szerződés hatálya alatt az ügyfél köteles a tudomásszerzéstől számított 5 munkanapon belül a biztosítót értesíteni a **pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvény („Pmt.”) alapján történő ügyfél-átvilágítás során megadott adatokban, illetve a tényleges tulajdonos adataiban** bekövetkezett változásról.

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

(4) A (3) bekezdés szerint bejelentett változás, vagy a kiegészítő biztosítási 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 kiegészítő biztosítási 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 kiegészítő biztosítási szerződés a módosító javaslat közlésétől számított harmincadik napon megszűnik, ha a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő fél figyelmét felhívta. Kockázatcsökkenés esetén a biztosító a csökkent kockázat fennállásának időtartamára a korábban alkalmazott díjnövelést megszüntetheti.

(5) Amennyiben a 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?



10. § A biztosító teljesítése

(1) A biztosítási eseményt annak 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 kötelezettségeket nem, vagy késedelmesen teljesíti, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.**

(2) A kedvezményezett kötelezettsége, hogy a Pmt. előírásai szerinti átvilágításhoz szükséges okmányait a biztosító képviselőjének rendelkezésére bocsássa, amennyiben a szolgáltatási igény benyújtását megelőzően nem került átvilágításra.

(3) A biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez be kell nyújtani a biztosítási kötvényt, és a 4. számú mellékletben megjelölt dokumentumokat. A felsorolt dokumentumokon kívül a biztosítottnak joga van a károk igazolására a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

(4) 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.

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

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

(7) Amennyiben dokumentum 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.

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

(9) A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához, illetőleg a teljesítéshez szükséges összes dokumentum beérkezése után, az utoljára beérkezett dokumentum kézhezvételétől számított 15 munkanapon belül teljesíti, amennyiben a teljesítésre köteles.

(10) Amennyiben az igény elbírálásához orvosi vizsgálat és annak eredménye szükséges, a biztosított köteles alávetni magát az orvosi vizsgálatnak. Abban az esetben, ha orvosi vizsgálat nem szükséges, vagy szükséges ugyan, de a biztosított a vizsgálatnak nem veti alá magát, a biztosító jogosult a rendelkezésre álló dokumentumok alapján a kárigényt elbírálni.

(11) A biztosított és a biztosító egyaránt jogosult független igazságügyi orvosszakértői vélemény beszerzésére.

(12) A független igazságügyi orvosszakértő eljárásával kapcsolatos költségeket a kezdeményező fél viseli.

(13) Amennyiben az ügyfél igényt érvényesíteni kívánó személy kezdeményezte az eljárást, és az igazságügyi orvosszakértő a javára foglalt állást, a költségeket a biztosító fizeti.

(14) A biztosító a biztosítási összeg kifizetésekor beszámítással él az elmaradt díjak és késedelmi kamatok erejéig.

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

(16) A kiegészítő biztosítási szerződés megkötését követően a biztosító évente írásban tájékoztatja a szerződőt a kiegészítő biztosítási szerződés biztosítási összegéről.

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?



11. § A biztosító mentesülése

(1) A biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól mentesül, ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét.

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

(3) A kiegészítő biztosítási szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, amennyiben a biztosító 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 halálesetre vonatkozó kiegészítő biztosítás szerződéskötésétől számított két éven belül elkövetett öngyilkosság, vagy öngyilkossági kísérlet következménye, tekintet nélkül a biztosított tudatállapotára.

(4) Amennyiben a biztosított a halálesetre vonatkozó kiegészítő biztosítás szerződéskötésétől szá-

mított két éven túl elkövetett öngyilkosság, vagy öngyilkossági kísérlet következtében hal meg, a biztosító a szerződésben meghatározott haláleseti biztosítási összeget fizeti ki.

(5) A kiegészítő biztosítások minden további feltétel nélkül megszűnnek, ha a biztosítási esemény olyan esemény idézte elő, amelyek következtében a biztosító a kiegészítő biztosítások biztosítási összegének kifizetése alól mentesül az (1) és (3) bekezdések alapján.

12. § Kizárt kockázatok

(1) A jelen Általános Biztosítási Szabályzat értelmében nem minősül biztosítási eseménynek, és a biztosítási összeg nem kerül kifizetésre, ha a biztosítási esemény közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:

- a) baleset- és egészség kiegészítő biztosítások esetén a kiegészítő biztosítási szerződés hatályba lépése előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés, betegség vagy egészségi rendellenesség,
- b) baleseti eredetű kiegészítő biztosítások esetén bármilyen betegség vagy bakteriális fertőzés (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzések kivételével), gyógyászati vagy sebészeti gyógykezelések,
- c) halálesetre szóló (kockázati) kiegészítő biztosítás esetén a biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51‰ vagy azt meghaladó véralkoholszint),
- d) baleset és egészség kiegészítő biztosítások esetén a biztosított ittas állapotban vezetett gépjárművet (0,8‰-et meghaladó véralkoholszint),
- e) baleset és egészség kiegészítő biztosítások esetén a biztosított alkoholos befolyásoltságú állapota (1,50‰-et meghaladó véralkoholszint),
- f) a biztosított öngyilkossága, öncsonkítása, illetve ezeknek a kísérlete (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori elme- és tudatállapotára),
- g) bármely idegi vagy elmebeli rendellenesség, tudatzavar, elnevezésüktől vagy osztályozásuktól függetlenül (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezavar),
- h) bármely sérvet, lumbagot vagy sciaticat (az ülő-ideg zsába egyedi formáját) okozó sérülés,
- i) bármely olyan káresemény, amelynek oka közvetve vagy közvetlenül a HIV (Emberi Immunhiányt Okozó Vírus) és / vagy bármely HIV-val kapcsolatos betegség beleértve az AIDS-t (Szerzett Immunhiányos Szindróma), és / vagy annak bármi mutáns származékát vagy változatát,
- j) a biztosított motoros eszközökkel folytatott sporttevékenysége,
- k) a biztosított hivatásszerű sportolói minőségben végzett sporttevékenysége,

l) bármely, olimpiai sportágként nem bejegyzett, különlegesen veszélyes sportcselekmény, így a küzdősportok köréből a pankráció, a kettőrecharc; az egyéb sportok és hobbijellegű tevékenységek köréből a hegyi kerékpározás (Mountain bike), a canyoning, a szikla- vagy gleccsormászás, a vízisízés, a vízirobogózás (jet-ski), a vadvízi evezés, a hegymászás, a magashegyi expedíció, a barlangászat, a bázisugrás, a mélybe ugrás (bungee jumping), a falmászás, a roncsautó sport (auto-crash), a rally, a hőléggallonozás, a félkezes és nyílttengeri vitorlázás, a sárkányrepülés, az ejtőernyőzés, a paplanernyőzés vagy a műrepülés,

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

n) bármiféle légi jármű, repülő szerkezet használata, kivéve a légitársaságok menetrendszerű vagy charter járatainak utasait,

o) föld alatti vagy víz alatti munkavégzés vagy ilyen területen folytatott sporttevékenység,

p) robbanószerkekkel, robbanó szerkezetekkel való foglalkozás,

q) a biztosított fegyverviselése,

r) az atommag szerkezetének módosulása, radioaktív sugárzás, vagy egyéb ionizáló sugárforrás,

s) 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,

t) a biztosított aktív szolgálata bármely nemzet vagy nemzetközi szervezet bármely fegyveres erejénél,

u) a biztosított vezetői engedély vagy érvényes forgalmi engedély nélkül vezetett gépjárművet, és egyúttal egyéb közlekedésrendészeti szabályt is megszegett,

v) a biztosított kábító, bódító szerek hatása alatt áll, vagy egyéb vegyi anyagot bódító szerként alkalmazott, és a káresemény ezzel okozati összefüggésben következett be, kivéve ha a fenti állapot orvosi utasítás alapján, annak pontos tartása mellett alakult ki,

w) a biztosított munkavégzése során, a munkavédelmi szabályoknak a biztosított általi súlyosan gondatlan vagy szándékos megsértése, továbbá,

x) ha a baleset bekövetkezését követően a biztosított nem vett igénybe haladéktalanul orvosi

segítség, vagy az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig nem folytatta, és az elhalálozás vagy a maradandó egészségkárosodás ezzel okozati összefüggésben következett be.

(2) Az (1) bekezdésben meghatározott esetek miatt bekövetkező biztosítási esemény esetén a kiegészítő biztosítások megszűnnek.

13. § Maradékjogok

A kiegészítő biztosítások maradékjogokkal nem rendelkeznek.

14. § Késedelmes díjfizetés

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

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

Mikor szűnik meg a biztosítás?



15. § A kiegészítő biztosítás megszűnésének esetei

(1) A kiegészítő biztosítás megszűnik:

- ha szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy szerződő a kiegészítő biztosítási szerződést az annak létrejöttéről szóló jognyilatkozat kézhezvételétől számított 30 napon belül felmondja,
- ha a kiegészítő biztosítási szerződést a szerződő a díj esedékességének időpontját 30 nappal megelőzően írásban felmondja; a felmondó nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt; a biztosító kockázatviselése a biztosítási időszak végén megszűnik,
- ha a baleset- egészségbiztosítási kiegészítő biztosításokat a biztosító a biztosítási időszak végére felmondja. A felmondási idő 30 nap. A felmondással a biztosító kockázatviselése a biztosítási időszak végén megszűnik.
- ha a biztosító a kiegészítő biztosítási szerződést a biztosítási kockázat jelentős növekedése, illetve a közlési és bejelentési kötelezettség megsértése esetén felmondja,
- késedelmes díjfizetés esetén a díjmaradást követő 91. napon.

f) Ha a szerződő a felmondás időpontjában díjfizetési késedelembe van, akkor a biztosító kockázatviselése a felmondásnak a biztosítóhoz való érkezése napját követő nap 0. órájkor megszűnik.

(2) A kiegészítő biztosítás és a biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik annak a biztosítási évnek a végén, amelyben

- a biztosított a 75. életévét,
- a halálesetre szóló, a baleseti halál esetére szóló, a baleseti halál esetére szóló járadék szolgáltatás, a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás esetére szóló, a baleseti eredetű súlyos maradandó egészségkárosodás esetére szóló járadék szolgáltatás, a csonttörés és égési sérülés esetére szóló, valamint a Critical Care kiegészítő biztosítások esetén a 65. életévét,
- a balesetből származó kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére szóló, valamint a balesetből vagy betegségből származó kórházi napi térítés és műtéti beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosítások esetén a 60. életévét betölti,
- a biztosított halála esetén.

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

16. § A kiegészítő biztosítási szerződés ismételt hatálybaléptetése (reaktiválás)

(1) A biztosítási esemény nélkül, a díjnyemfizetés miatt megszűnt kiegészítő biztosítás az eredeti feltételekkel újra hatályba lép, ha a szerződő, vagy a helyébe belépő biztosított a megszűnés napjától számított 180 napon belül az összes elmaradt díjat, valamint a szerződés szerint soron következő esedékes díjat az időarányos késedelmi kamattal együtt megfizeti.

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

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

(4) Megszűnt kiegészítő biztosítást csak a főbiztosítás hatályban léte alatt vagy azzal együtt lehet újra hatályba léptetni, ha a kiegészítő biztosítás biztosítási szabályzata eltérően nem rendelkezik.

17. § Elévülés

A kiegészítő 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?



18. § A biztosítási titok

(1) A biztosító köteles a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény („Bit.”) 135-143. §-ában, valamint a 149-151. §-ában meghatározott biztosítási titokra vonatkozó szabályokat maradéktalanul betartani. Biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő ügyfeleinek – ideértve a károsultat is – személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

A biztosító vagy a viszontbiztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a kiegészítő biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a kiegészítő biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a kiegészítő biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet. Ettől eltérő célból végzett adatkezelést biztosító vagy viszontbiztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány, és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosító vagy viszontbiztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvényben („Eüak.”), meghatározott egészségügyi adatokat a biztosító a Bit. 135. § (1) bekezdésében meghatározott célokból, az Eüak. rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

A biztosító és a viszontbiztosító a személyes adatokat a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

A biztosító és a viszontbiztosító a létre nem jött kiegészítő biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes ada-

tokat addig kezelhet, ameddig a kiegészítő biztosítási szerződés létrejöttének meghíúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

A biztosító és a viszontbiztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött kiegészítő biztosítási 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. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a kiegészítő biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

(2) Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

a) a biztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásbeli felmentést ad,

b) a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

(3) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn:

a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,

b) a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és ügyészséggel,

c) a büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási határozatok bírósági felülvizsgálata során eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a természetes személyek adószámszámrendelési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal,

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

e) az adóhatósággal szemben, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, vagy ha a kiegészítő 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 esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel,

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

k) a viszontbiztosítóval, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,

l) a Bit-ben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervezettel,

m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő biztosítóval,

n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében és az ezen adatok egymás közti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát és a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, továbbá – a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján – a károkozóval,

o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,

p) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,

q) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal szemben, ha az a)-j) és n) pontban megjelölt szerv vagy személy olyan írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a p)-q) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

r) a Hpt.-ben meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját.

(4) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA-törvény) alapján az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.

(5) A biztosító vagy a viszontbiztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az ügyészség, továbbá az ügyész jóváhagyásával a nyomozó hatóság írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul, írásban tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet

a) a 2013. június 30-ig hatályban volt 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 Btk. 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 biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító vagy a viszontbiztosító az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.

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

a) a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot;

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.

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

a) ha a biztosító ügyfele (a továbbiakban: 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 („Infotv.”) 8. § (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.

(9) A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

(10) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét

a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,

b) fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,

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

d) a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

(11) Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított öt év elteltével, az Eüak-ban meghatározott egészségügyi adatok, vagy az Infotv. törvény szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén húsz év elteltével törölni kell.

(12) 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 kiegészítő biztosítási szerződés pénzügyi és aktuáriusi adatait pedig a kiegészítő biztosítási 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, IBM Polska Sp. z.o.o. – Lengyelország), az anyavállalat adatfeldolgozója (Microsoft Corporation – Egyesült Királyság), illetve viszontbiztosítója részére, az anyavállalat és a regionális központok, illetve a viszontbiztosító székhelye szerinti országokba továbbítja. Azon személyek nevét, akik részére az ügyfelek személyes és különleges adatai adatfeldolgozás céljából átadásra kerülnek, beleértve a kiszervezett tevékenységet végzők, viszontbiztosítók, valamint az orvosszakértői véleményt készítő szakorvosok személyét, a biztosító hirdetményben teszi közzé.

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

(14) A biztosító, mint a FATCA-törvény szerinti Jelentő Magyar Pénzügyi Intézmény az általa kezelt, FATCA-törvény szerinti Pénzügyi Számla vonatkozásában elvégzi a FATCA-törvény szerinti Számlatulajdonos és Jogalany FATCA-törvényben foglalt Megállapodás 1. Melléklete szerinti illetőségének megállapítására irányuló illetőségvizsgálatot. A számlatulajdonost az illetőségvizsgálat elvégzésével egyidejűleg írásban tájékoztatja

a) az illetőségvizsgálat elvégzéséről,

b) az Aktv. 43/B-43/C. §-a alapján az adóhatóság felé fennálló adatszolgáltatási kötelezettségéről,

c) a FATCA-törvény szerinti jelentéstételi kötelezettségéről.

Az Aktv. 43/B-43/C. §-a szerinti adatszolgáltatás esetén az adatszolgáltatás tényéről az intézmény a számlatulajdonost az adatszolgáltatás teljesítésétől számított harminc napon belül írásban tájékoztatja.

(15) A biztosító, mint az Aktv. szerinti Jelentő Magyar Pénzügyi Intézmény az általa kezelt, az Aktv. 1. melléklet VIII/C. pontja szerinti Pénzügyi Számla vonatkozásában elvégzi az Aktv. szerinti Számlatulajdonos és Jogalany illetőségének az Aktv. 1. melléklet II-VII. pontja szerinti megállapítására irányuló illetőségvizsgálatát. A Számlatulajdonost az illetőségvizsgálat elvégzésével egyidejűleg az ügyfélfogadásra nyitva álló helyiségeiben kifüggesztett hirdetmény útján vagy – ha az lehetséges – elektronikus úton tájékoztatja

a) az illetőségvizsgálat elvégzéséről,

b) az Aktv. 43/H. §-a alapján az adóhatóság felé fennálló adatszolgáltatási kötelezettségéről.

Az Aktv. 43/H. §-a szerinti adatszolgáltatásról az intézmény a Számlatulajdonost az adatszolgáltatás teljesítésétől számított harminc napon belül írásban – ha az lehetséges elektronikus úton – tájékoztatja.

(16) A biztosító – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából jogosult megkereséssel fordulni más biztosítóhoz az általa kezelt alábbi adatok vonatkozásában:

a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személyazonosító adatait;

b) a biztosított személy adatfelvételi, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;

c) az a) pontban meghatározott személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;

d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és

e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.

A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal a fent meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.

A megkeresésnek tartalmaznia kell az ott meghatározott személy azonosításához szükséges adatokat, a kért adatok fajtáját, valamint az adatkérés céljának megjelölését. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkereső biztosító felelős a megkeresési jogosultsága tényének fennállásáért.

A megkeresett biztosító a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni a megkereső biztosítónak. A megkeresésben megjelölt adatok teljesítésének a helyességéért és pontosságáért a megkeresett biztosító a felelős. A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti, azonban, ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig.

Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.

A megkereső biztosító a megkeresés és a megkeresés teljesítésének tényéről, továbbá az abban szereplő adatok köréről a megkereséssel érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti.

Ha az ügyfél az Infotv.-ben szabályozott módon az adattairól tájékoztatást kér és a megkereső biztosító már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek a tényéről kell tájékoztatni a kérelmezőt

19. § 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 a kiegészítő biztosítás

ajánlati űrlapján, illetőleg a kiegészítő biztosítási ajánlat megtevéle, vagy a kiegészítő biztosítási szerződés hatálya, illetőleg a szerződésből eredő igények érvényesítése során egyéb formában a kiegészítő 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 jogviszonnal kapcsolatban igény érvényesíthető.

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

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

(5) A biztosító által kezelhető adatok köre:

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

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

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

(8) A kiegészítő 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:

- tájékoztatást személyes és különleges adatai kezeléséről,
- személyes vagy különleges adatainak helyesbítését vagy módosítását, illetve

c) személyes vagy különleges adatainak – a kötelező adatkezelés kivételével – törlését vagy zárolását; emellett

d) az Infotv. 21. §-ban meghatározott esetekben tiltakozhat személyes adatainak kezelése ellen. A felsoroltakat a szerződő, a biztosított, illetve az érintett személy írásban kérheti a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepe ügyfélszolgálatánál (1138 Budapest, Népfürdő u. 22.), ha személyazonosságát megfelelő dokumentumokkal igazolta.

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

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

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

20. § Adózással kapcsolatos jogszabályok

Az életbiztosítások adózására a következő jogszabályok vonatkoznak:

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

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



21. § Tájékozódás és tájékoztatás

A szerződő fél saját szerződési felől az alábbi módokon tájékozódhat:

(1) A szerződő fél a biztosító személyes ügyfélszolgálatán (1138 Budapest, Népfürdő u. 22. fsz.) hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, keddtől csütörtökig tartó munkanapokon 8.30 és 17 óra között, pénteki munkanapon 8.30 és 16 óra között; központi telefonszámán (06 1 391 1300) hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, keddtől csütörtökig tartó munkanapokon 8 és 17 óra között, pénteki munkanapon 8 és 16 óra között tájékozódhat szerződési egyes adatairól.

(2) Amennyiben a szerződő rendelkezik MyMetLife hozzáféréssel, amelynek feltétele a MyMetLife szerződés megkötése, akkor a szerződő a MyMetLife internetes ügyfélporthálón is tájékozódhat a saját szerződése aktuális adatairól.

(3) A biztosító a jelen biztosítási szabályzat 1. számú mellékletében foglaltak változásokról 30 nappal a változás előtt hirdetmény útján tájékoztatja a szerződőt.

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

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

(6) Ha a kiegészítő biztosítási 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.

22. § Irányadó jog, illetékes bíróság és panaszforum

(1) Jelen kiegészítő biztosítási szabályzatra és a kiegészítő biztosítási szerződésekre vonatkozóan a magyar jogszabályok irányadók.

(2) A kiegészítő biztosítási szerződésből eredő igények érvényesítésére indított valamennyi, járásbíróhatóság hatás-

körébe 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 panasz fórum a MetLife Europe Limited 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 1 391 1300

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

(5) Személyesen panasz tehető a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepe személyes ügyfélszolgálatán (1138 Budapest, Népfürdő u. 22. fsz.) hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, keddtől csütörtökig tartó munkanapokon 8.30 és 17 óra között, pénteki munkanapon 8.30 és 16 óra között.

(6) Szóbeli panasz tehető a biztosító központi telefonszámán (06 1 391 1300) hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, keddtől csütörtökig tartó munkanapokon 8 és 17 óra között, pénteki munkanapon 8 és 16 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, az 1138 Budapest, Népfürdő u. 22. címen,

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

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

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

(9) 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 kiegészítő 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.

A jelen biztosítási szabályzat annak mellékleteivel együtt érvényes.

1. számú melléklet: A kiegészítő biztosítás költségeinek és minimális díjainak aktuális értékei
2. számú melléklet: Választható biztosítási összegek, kockázatbírálási összeghatárok
3. számú melléklet: Díjkezelési tájékoztató
4. számú melléklet: Tájékoztató a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó dokumentumokról

Budapest, 2016. július 1.

HALÁLESETRE SZÓLÓ (KOCKÁZATI) KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-K36) BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A halálesetre szóló (kockázati) kiegészítő biztosítás („kiegészítő biztosítás”) a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen biztosítási szabályzat rendelkezései szerint. A jelen biztosítási szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetMax Élet,- Baleset- és Egészség Kiegészítő Biztosítás (MET-285, MET-286, MET-287) Általános Biztosítási Szabályzata (Általános Biztosítási Szabályzat) irányadó. Amennyiben a jelen biztosítási szabályzat bármely rendelkezése eltér az Általános Biztosítási Szabályzattól, a jelen biztosítási szabályzat rendelkezése irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

A kiegészítő biztosítás biztosítottja a kiegészítő biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

- (1) A biztosítási esemény a biztosítottnak a kiegészítő biztosítás tartama alatt bekövetkező halála.
- (2) A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a kiegészítő biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki, feltéve, hogy a kiegészítő biztosítás a haláleset bekövetkeztekor érvényben volt.

Budapest, 2016. július 1.

BALESETI HALÁL ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-HA2) BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen biztosítási szabályzat rendelkezései szerint. A jelen biztosítási szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetMax Élet,- Baleset- és Egészség Kiegészítő Biztosítás (MET-285, MET-286, MET-287) Általános Biztosítási Szabályzata (Általános Biztosítási Szabályzat) irányadó.

Amennyiben a jelen biztosítási szabályzat bármely rendelkezése eltér az Általános Biztosítási Szabályzattól, a jelen biztosítási szabályzat rendelkezése irányadó.

biztosított halála előtt már kifizette, a baleseti halál biztosítási összegéből a már kifizetett baleseti maradandó egészségkárosodás esetére járó biztosítási összeg levonásra kerül, és a biztosító csak a különbözetet fizeti ki. (5) Amennyiben a biztosító a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás esetére járó biztosítási összeget már kifizette a biztosított halála előtt, és a baleseti halál esetére járó biztosítási összeg kevesebb, mint a baleseti maradandó egészségkárosodás esetére járó biztosítási összeg, a biztosító a többletet nem követeli vissza.

Budapest, 2016. július 1.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

A kiegészítő biztosítás biztosítottja a kiegészítő biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

(1) A biztosítási esemény a biztosítottnak a kiegészítő biztosítás tartama alatt, a baleset időpontját követő 180 napon belül bekövetkezett halála.

(2) A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a kiegészítő biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki, feltéve, hogy a kiegészítő biztosítás a haláleset bekövetkeztekor érvényben volt.

(3) Amennyiben a biztosított ugyanazon baleset következtében maradandó egészségkárosodást szenved, majd később, de még a baleset bekövetkezését követő 180 napon belül meghal, és rendelkezik baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás kiegészítő biztosítással, a biztosító csak a baleseti halál esetére járó biztosítási összeget fizeti ki.

(4) Amennyiben a biztosított rendelkezik baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás kiegészítő biztosítással, és a biztosító a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás esetére járó biztosítási összeget a

BALESETI HALÁL ESETÉRE SZÓLÓ JÁRADÉK SZOLGÁLTATÁS KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-HB1, MET-HA5) BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A baleseti halál esetére szóló járadék szolgáltatás kiegészítő biztosítás a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen biztosítási szabályzat rendelkezései szerint. A jelen biztosítási szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetMax Élet,- Baleset- és Egészség Kiegészítő Biztosítás (MET-285, MET-286, MET-287) Általános Biztosítási Szabályzata (Általános Biztosítási Szabályzat) irányadó. Amennyiben a jelen biztosítási szabályzat bármely rendelkezése eltér az Általános Biztosítási Szabályzattól, a jelen biztosítási szabályzat rendelkezése irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

A kiegészítő biztosítás biztosítottja a kiegészítő biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

(1) Amennyiben a biztosított olyan balesetet szenved, amelynek következtében a baleset időpontját követő 180 napon belül meghal, a biztosító a kiegészítő biztosítási szerződésben a baleseti halál esetére meghatározott havi járadék összeget fizeti ki a haláleseti kedvezményezett részére a kiegészítő biztosítási szerződésben meghatározott 5 vagy 10 éven keresztül.

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

Budapest, 2016. július 1.

BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-R62) BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás eseteire szóló kiegészítő biztosítás a biztosítási tevékenységet Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen biztosítási szabályzat rendelkezései szerint. A jelen biztosítási szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetMax Élet-, Baleset- és Egészség Kiegészítő Biztosítás (MET-285, MET-286, MET-287) Általános Biztosítási Szabályzata (Általános Biztosítási Szabályzat) irányadó.

Amennyiben a jelen biztosítási szabályzat bármely rendelkezése eltér az Általános Biztosítási Szabályzattól, a jelen biztosítási szabályzat rendelkezése irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

A kiegészítő biztosítás biztosítottja a kiegészítő biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

(1) A biztosítási esemény a biztosítottnak a baleset időpontjától számított 180 napon belül, a baleset következtében kialakult teljes vagy részleges maradandó egészségkárosodása.

(2) Baleseti eredetű teljes maradandó egészségkárosodás

a) Amennyiben a biztosított a baleset következtében, a baleset időpontjától számított 180 napon belül olyan maradandó egészségkárosodást szenved, amelynek következtében képtelenné válik bármely olyan foglalkozásnak vagy szakmai tevékenységnek a végzésére, amelyért fizetést vagy jövedelmet realizálhat, a biztosító a kiegészítő biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki, feltéve, hogy a maradandó egészségkárosodás 12 egymást követő hónapban folyamatosan fennállt, és ezen időszak végén is maradandónak, véglegesnek és visszafordíthatatlannak minősült.

b) A biztosító az előző meghatározástól függetlenül maradandó egészségkárosodásnak ismeri el a következő egészségkárosodásokat:

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

c) biztosító a biztosítási összegből levonja azt az összeget, amelyet az ugyanazon balesetből származó ugyanazon egészségkárosodásra részleges maradandó egészségkárosodás esetén már kifizetett.

(3) Baleseti eredetű részleges maradandó egészségkárosodás

a) Amennyiben a biztosított a baleset következtében, a baleset időpontjától számított 180 napon belül részleges maradandó egészségkárosodást szenved, a biztosító a kiegészítő biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegből a maradandó egészségkárosodás mértékének megfelelő összeget fizeti ki. A biztosítási összeg tehát a kiegészítő biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a b) pontban meghatározott százalékos mértéke.

b) A maradandó egészségkárosodás mértékét a következő táblázat szerint kell megállapítani:

Testrészek egészségkárosodása	Térítés (%)
Fej	
Veszteség a koponya csontállományának vastagságában:	
– legalább 6 cm ² felületen	40%
– 3-6 cm ² felületen	20%
– kevesebb, mint 3 cm ² felületen	10%
Alsó állkapocs részleges eltávolítása, a felső állkapocscsont teljes vagy részleges eltávolítása (csonkolása)	40%
Egy szem látóképességének teljes elvesztése	40%
Egy fül hallóképességének teljes elvesztése	30%

Felső végtagok	Jobb	Bal
Egy kar vagy egy kéz teljes elvesztése	60%	50%
A kar csontállományának lényeges vesztesége (meghatározott és gyógyíthatatlan sérülés)	50%	40%
A felső végtag teljes bénulása (az idegek gyógyíthatatlan sérülése)	65%	55%
A circumflex (körkörös) ideg teljes működésképtelensége	20%	15%
Váll ízületmerevsége (ankylosis)	40%	30%
Könyök ízületmerevsége		
– kedvező állapotú (15 fokos mozgás jobb szögben)	25%	20%
– kedvezőtlen állapotú	40%	35%
Az alkarok csontállományának nagyfokú csökkenése (meghatározott és gyógyíthatatlan sérülés)	40%	30%
A medianus (középen fekvő) ideg teljes működésképtelensége	45%	35%
A radiális (orsócsontoz tartozó) ideg teljes működésképtelensége	40%	35%
Az alkar radiális idegének teljes bénulása	30%	25%
A kéz radiális idegének teljes bénulása	20%	15%
A cubitális (könyökhöz tartozó) ideg teljes bénulása	30%	25%
Csukló ízületmerevsége (ankylosis) kedvező állapotban (kiegyenesítés, behajlítás)	20%	15%
Csukló ízületmerevsége kedvezőtlen állapotban (hajlított, feszítve kinyújtott vagy ernyedtt állapotban)	30%	25%
Hüvelykujj teljes elvesztése	20%	15%
Hüvelykujj teljes ízületmerevsége (ankylosis)	20%	15%
Mutatóujj teljes amputációja	15%	10%
Hüvelykujj és mutatóujj egyidejű teljes amputációja	35%	25%
Hüvelykujj és egy másik ujj teljes elvesztése (a mutatóujj kivételével)	25%	20%
Két ujj teljes elvesztése (a hüvelykujj és a mutatóujj kivételével)	20%	15%
Négy ujj teljes elvesztése (beleértve a hüvelykujjat)	45%	40%
Négy ujj teljes elvesztése (a hüvelykujj kivételével)	40%	35%
Alsó végtagok		
Comb teljes elvesztése (combtőig)	60%	

Comb és láb teljes elvesztése combközéptől	50%
Lábfaj teljes elvesztése (izületi csonkolás a sípcsont és lábtőcsontok között)	45%
Lábfaj részleges elvesztése (izületi csonkolás a külső bokacsont és a lábtőcsontok között)	40%
Lábfaj részleges elvesztése (izületi csonkolás a lábtőcsontok között)	35%
Lábfaj részleges elvesztése (izületi csonkolás a lábtőcsontok és a lábközépcsontok között)	30%
Alsó végtag teljes bénulása (gyógyíthatatlan idegsérülés)	60%
Külső térdhajlító ülőideg (nervus tibialis) teljes bénulása	30%
Belső térdhajlító ülőideg (nervus communis) teljes bénulása	20%
Külső és belső térdhajlító ülőidegek (nervus ischiadicus) teljes bénulása	40%
Csípő teljes ízületmerevsége	40%
Térd teljes ízületmerevsége	20%
Comb csontállományának vagy a láb két csontjának csökkenése (gyógyíthatatlan állapotban)	60%
Térdkalács csontállományának csökkenése felismerhető szilánkosodással és a láb tényleges megerősítő mozgásával	40%
Térdkalács csontállományának vesztesége nyugalmi állapotban	20%
Alsó végtag megrövidülése	
– legalább 5 cm-rel	30%
– 3-5 cm között	20%
– 1-3 cm között	10%
Összes lábujj teljes amputációja	25%
Négy lábujj teljes amputációja, beleértve a nagylábujjat	20%
Négy lábujj teljes elvesztése (a nagylábujj kivételével)	10%
Nagylábujj teljes elvesztése	10%

c) A jelen biztosítási szabályzat értelmében a jobb felső végtag (kéz) alatt a domináns végtag értendő, azaz balkezesség esetén a felső végtagokra meghatározott arányok fordítottját kell alkalmazni.

d) A táblázatban nem említett maradandó egészségkárosodások a táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján, súlyosságukkal arányosan kerülnek elbírálásra a biztosított foglalkozásának figyelmen

kívül hagyásával. Szükség esetén a maradandó egészségkárosodás mértékét az igényelbírálás tartama alatt a biztosító orvos szakértője állapítja meg, aki e döntését más orvos szakértői testület megállapításától függetlenül hozza meg.

3. § A biztosító teljesítése

(1) A biztosító az egészségkárosodás jellegének, maradandóságának és mértékének egyértelmű orvosi megállapítását megelőzően maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatást nem teljesít. Az egészségkárosodás mértékét és maradandóságát legkésőbb 2 évvel a baleset után meg kell állapítani.

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

(3) Az ugyanazon balesetből származó több egészségkárosodásra meghatározott biztosítási összeg összeadásra kerül, azonban annak teljes összege nem haladhatja meg a kiegészítő biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget.

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

(5) Amennyiben a biztosító szolgáltatását követően a biztosított egészségi állapota tovább romlik, ugyanannak a biztosítási eseménynek a következményeként, amelynek alapján a biztosító maradandó egészségkárosodásra már teljesített szolgáltatást, azonban annak mértéke nem érte el a teljes biztosítási összeget, úgy a biztosított, a baleset bekövetkezésétől számított 2 éven belül további igényt érvényesíthet a biztosítóval szemben. Ez esetben az igényt írásban, az egészségi állapotot igazoló egészségügyi dokumentációval együtt kell benyújtani a biztosítóhoz. A biztosító az egészségkárosodás mértékét a balesetet követő 2 éven belül felülvizsgálja, és annak eredményeként a biztosítási összeg erejéig további szolgáltatást teljesíthet. A biztosító a biztosítási eseményt előidéző baleset bekövetkezésétől számított 2 éven túl az egészségkárosodás mértékét nem vizsgálja felül, további szolgáltatást nem teljesít.

Budapest, 2016. július 1.

BALESETI EREDETŰ SÚLYOS MARADANDÓ EGÉSZSÉGHÁRÓSODÁS ESETÉRE SZÓLÓ JÁRADÉK SZOLGÁLTATÁS KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-J41, MET-J39) BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A baleseti eredetű súlyos maradandó egészségkárosodás esetére szóló járadék szolgáltatás kiegészítő biztosítás a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen biztosítási szabályzat rendelkezései szerint. A jelen biztosítási szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetMax Élet,- Baleset- és Egészség Kiegészítő Biztosítás (MET-285, MET-286, MET-287) Általános Biztosítási Szabályzata (Általános Biztosítási Szabályzat) irányadó.

Amennyiben a jelen biztosítási szabályzat bármely rendelkezése eltér az Általános Biztosítási Szabályzattól, a jelen biztosítási szabályzat rendelkezése irányadó.

1. § A biztosított személye

A kiegészítő biztosítás biztosítottja a kiegészítő biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

(1) Amennyiben a biztosított baleset következtében, a baleset bekövetkezésétől számított 180 napon belül súlyos maradandó egészségkárosodást szenved, a biztosító a kiegészítő biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a (4) bekezdésben meghatározott mértékével megegyező összegét fizeti ki havi járadék formájában, a kiegészítő biztosítási szerződésben meghatározott 5 vagy 10 éven keresztül. A biztosítási összeg tehát a kiegészítő biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a (4) bekezdésben meghatározott százalékos mértéke.

(2) A havi járadék összege a biztosított életben léte alatt a biztosított részére, a biztosított halála esetén a haláleseti kedvezményezett részére kerül kifizetésre.

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

(4) A jelen biztosítási szabályzat értelmében súlyos maradandó egészségkárosodásnak minősül az alábbi táblá-

zatban meghatározott, legalább 50%-os mértéket elérő egészségkárosodás.

Testrészek egészségkárosodása	Térítés (%)	
mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%	
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	100%	
a beszédképesség teljes elvesztése	100%	
az alsó állkapocs eltávolítása	100%	
mindkét kar vagy mindkét kéz teljes elvesztése	100%	
mindkét láb vagy mindkét lábfej teljes elvesztése	100%	
egy kar, illetve kéz és egy láb, illetve lábfej teljes elvesztése	100%	
Felső végtagok	Jobb	Bal
Egy kar vagy egy kéz teljes elvesztése	60%	50%
A kar csontállományának lényeges vesztesége (meghatározott és gyógyíthatatlan sérülés)	50%	40%
A felső végtag teljes bénulása (az idegek gyógyíthatatlan sérülése)	65%	55%
Alsó végtagok		
Comb teljes elvesztése (combtőlig)	60%	
Comb és láb teljes elvesztése combközéptől	50%	
Alsó végtag teljes bénulása (gyógyíthatatlan idegsérülés)	60%	
Comb csontállományának vagy a láb két csontjának csökkenése (gyógyíthatatlan állapotban)	60%	

(5) A jelen biztosítási szabályzat értelmében a jobb felső végtag (kéz) alatt a domináns végtag értendő, azaz balkezesség esetén a felső végtagokra meghatározott arányok fordítottját kell alkalmazni.

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

(7) Az ugyanazon balesetből származó több egészségkárosodásra meghatározott biztosítási összeg össz-

szeadásra kerül, azonban annak teljes összege nem haladhatja meg a kiegészítő biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget.

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

3. § A biztosító teljesítése

(1) A biztosító az egészségkárosodás jellegének, maradandóságának és mértékének szakorvos orvosi általi megállapítását megelőzően maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatást nem teljesít. Az egészségkárosodás mértékét és maradandóságát legkésőbb 2 évvel a baleset után meg kell állapítani.

(2) A biztosító az igényelbírálás tartama alatt jogosult a saját költségén a biztosítottat az általa megnevezett szakorvosokkal, indokolt gyakorisággal megvizsgáltatni.

(3) Amennyiben a biztosított egészségi állapota tovább romlik, ugyanannak a biztosítási eseménynek a következményeként, amelynek alapján a biztosító súlyos maradandó egészségkárosodásra még nem teljesített szolgáltatást, úgy a biztosított, a baleset bekövetkezésétől számított 2 éven belül további igényt érvényesíthet a biztosítóval szemben. Ez esetben az igényt írásban, az egészségi állapotot igazoló egészségügyi dokumentációval együtt kell benyújtani a biztosítóhoz. A biztosító az egészségkárosodás mértékét a balesetet követő 2 éven belül felülvizsgálja, és annak eredményeként a járadékszolgáltatásra meghatározott biztosítási összeget teljesítheti. A biztosító a biztosítási eseményt előidéző baleset bekövetkezésétől számított 2 éven túl az egészségkárosodás mértékét nem vizsgálja felül, további szolgáltatást nem teljesít.

Budapest, 2016. július 1.

CRITICAL CARE KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-C28, MET-C29, MET-C30) BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A Critical Care elnevezésű, kritikus betegségek esetére szóló kiegészítő biztosítás a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen biztosítási szabályzat rendelkezései szerint. A jelen biztosítási szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetMax Élet-, Baleset- és Egészség Kiegészítő Biztosítás (MET-285, MET-286, MET-287) Általános Biztosítási Szabályzata (Általános Biztosítási Szabályzat) irányadó. Amennyiben a jelen biztosítási szabályzat bármely rendelkezése eltér az Általános Biztosítási Szabályzattól, a jelen biztosítási szabályzat rendelkezése irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

A kiegészítő biztosítás biztosítottja a kiegészítő biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?



2. § Biztosítási esemény és biztosítási szolgáltatás

(1) A szerződő az ajánlat megtételekor a Critical Care-1, a Critical Care-7, illetve a Critical Care-32 elnevezésű csoportok közül választhat.

(2) A biztosító kockázatviselése a Critical Care-1, a Critical Care-7, illetve a Critical Care-32 elnevezésű csoportba tartozó betegségekre, egészségi állapotokra, műtéti beavatkozásokra terjed ki, amennyiben azokat, illetve azok valamelyikét a biztosított első alkalommal szenvedni el.

a) A **Critical Care-1** (MET-C28) elnevezésű csoport választása esetén a kockázatviselés a jelen biztosítási szabályzat 3. §-ában az 1) sorszám alatt meghatározott betegségekre terjed ki.

b) A **Critical Care-7** (MET-C29) elnevezésű csoport választása esetén a kockázatviselés a jelen biztosítási szabályzat 3. §-ában az 1)-től 7)-ig terjedő sorszámok alatt meghatározott betegségekre, egészségi állapotokra és műtéti beavatkozásokra terjed ki.

c) A **Critical Care-32** (MET-C30) elnevezésű csoport választása esetén a kockázatviselés a jelen biztosítási szabályzat 3. §-ában az 1)-től 32)-ig terjedő sorszámok alatt meghatározott betegségekre, egészségi állapotokra és műtéti beavatkozásokra terjed ki.

(3) A biztosító kockázatviselése a jelen kiegészítő biztosítás hatályba lépését követő 3 hónapos várakozási idő eltelte után kezdődik, azaz a biztosító a jelen kiegészítő biztosítási szabályzat 3. §-ában meghatározott betegségekre, egészségi állapotokra és műtéti beavatkozások kockázatát csak abban az esetben vállalja, ha azok, illetve azok valamelyike a várakozási idő eltelte után következik be, kivéve, ha a biztosítási esemény baleset miatt következik be.

(4) A biztosítási összeg kifizetésére a biztosító csak akkor köteles, ha a biztosítási esemény bejelentésére még a biztosított életében sor kerül.

(5) A biztosítási összegből az esedékes, de meg nem fizetett díjak levonásra kerülnek. A kifizetést követően a szerződés megszűnik. A biztosítási összeg csak egy alkalommal kerül kifizetésre. Több betegség, illetve műtéti beavatkozás egyidejű, vagy egymást követő fellépése esetén a biztosító nem teljesít többszöri kifizetést.

(6) A biztosított életében esedékes szolgáltatás kedvezményezettje – eltérő szerződéses kikötés hiányában – a biztosított. A biztosított halála esetén a biztosítási összeget a biztosító a haláleseti kedvezményezett részére fizeti ki.

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

(1) Rosszindulatú daganat

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

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakban felsoroltakra:

- In situ rosszindulatú elváltozások, a szövettanilag premalignus (daganatot megelőző állapot, vagyis olyan állapot melyből rosszindulatú daganat alakul(hat) ki) vagy noninvazív, a szöveti határokat figyelembe vevő, a környezetét nem elárasztó daganatok, ideszámítva az in situ mell-daganatokat és a CIN-1, CIN-2, CIN-3 osztályú méhnyaki diszpláziákat;
- Hiperkeratózisos, bazalióma és pikkelyes bőrrák, áttét nélküli melanómák, ha a tumor vastagsága

(Breslow-féle osztályozás szerint) 1,5 mm alatt van, vagy a Clark szerinti osztályozás szerint 3 szint alatti;

- A TNM osztályozás szerint szövettanilag igazolt T1a vagy T1b típusú prosztaták vagy más stádium besorolás esetén a TNM-mel azonos vagy alacsonyabb besorolású prosztaták, a pajzsmirigy 1 cm-nél kisebb átmérőjű T1N0M0 besorolású papillaris mikrokarcinómája, a hólyag papillaris mikrokarcinómája, RAI 3 stádiumnál alacsonyabb besorolású krónikus limfoid leukémia;
- AIDS megbetegedés, illetve HIV fertőzöttség mellett megjelenő bármely rosszindulatú daganat.

(2) Akut (heveny) szívizominfarktus

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

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

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

(3) Agyi érkatasztrófa

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

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakban felsoroltakra:

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

(4) Szívkoszorúér műtét

Nyitott mellkasban végzett műtét, a szívkoszorúerek szűkületének vagy elzáródásának megoldására, meg-

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

(5) Veseelégtelenség

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

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

(6) Aplasztikus Anémia (csontvelő elégtelenség)

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

- Vérkészítmény átömlesztése (vérátömlesztés);
- Csontvelő stimuláció;
- Immunszuppresszív (immunrendszert gátló) szerek alkalmazása;
- Csontvelő átültetése.

A diagnózist hematológus által készített szakvéleményre kell alátámasztani.

(7) Vakság

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

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

(8) Szívbillentyű műtét

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

(9) Aorta műtét

Nyitott mellkasban vagy hasban végzett nagyműtét, az aorta szűkületének, elzáródásának, az aorta aneurizma (verőértágulat) vagy az aorta dissectio (az aortafal belső

rétegének berepedése, ami az aorta egész hosszában végigszaladhat) megszüntetése céljából. A jelen definíció szempontjából az aorta megfogalmazás a mellkasi és hasi aortát jelenti, az oldalágak nélkül.

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

(10) Egyéb súlyos szív-koszorúér betegség

A szív-koszorúér átmérőjének, koszorúér-festéssel igazolt, legalább 75%-os beszűkülése, vagy másik két artéria 60%-os lumen csökkenése, függetlenül attól, hogy műtéti beavatkozás történt-e. A jelen definíció szempontjából a szív koszorúér-rendszer részei a következők: bal főtörzs, bal elülső leszálló ág (LAD, RDA), a körbefutó ág (RCX) és a jobb koszorúér (RCA, ACD).

A diagnózis alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges:

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

(11) Elsődleges kisvérkői hipertónia

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

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

(12) Végállapotú tüdőbetegség

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

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

A diagnózist tüdőgyógyász szakvéleményének kell alátámasztania. Az állapot bekövetkezésének időpontja a

felt leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

(13) Végállapotú májbetegség

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

- Állandó sárgaság;
 - Hasvízkór;
 - Hepato-encephalopathia. (A májelégtelenség végső stádiumának a szövődménye, amikor a felszaporodott méreganyagok következtében az agy és az idegrendszer károsodik. Ennek következményeképpen kóma, vagy más fokú eszmélet változások, viselkedési zavarok és reflex zavarok alakulnak ki).
- Az alkohol vagy gyógyszer, illetve kábítószer okozta másodlagos májbetegségekre a biztosítás nem terjed ki. Az állapot bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

(14) Végállapotú betegség

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

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

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

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

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

(16) Szervátültetés

A szervátültetés olyan műtéti beavatkozást jelent, amelynek során a biztosított, mint szervet kapó (recipi-

ens) testébe az adott szerv végállapotú károsodása miatt, más személy (donor) szervezetéből szív, tüdő, máj, vese vagy hasnyálmirigy kerül beültetésre. Nem minősül szervátültetésnek az összejt beültetés, kivéve az emberi csontvelő beültetést összejt beültetéssel, teljes csontvelő kiirtás után.

(17) Kóma (eszméletvesztés)

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

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

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

(18) Vigil kóma (Apalliumos szindróma)

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

(19) Agyvelőgyulladás

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

A HIV vírus okozta agyvelőgyulladás a jelen biztosítási szabályzat értelmében nem tekinthető biztosítási eseménynek.

(20) Bakteriális agyhártyagyulladás

Bakteriális fertőzés, ami az agyhártyák és a gerincvelő gyulladást okozó folyamatok keresztül súlyos és visszafordíthatatlan neurológiai károsodást okoz, és a károsodás már legalább hat hete folyamatosan fennáll. A diagnózist gerinccsapolással nyert gerincvelőfolyadékban azonosított bakteriális fertőzéssel és neurológus szakorvos véleményével kell alátámasztani.

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

(21) A gerincvelő szürkeállományának gyulladása (Poliomyelitis-Gyermekbénulás)

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

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

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

Alzheimer kór vagy visszafordíthatatlan szervi rendellenesség következtében kialakult értelmi képesség hanyatlás, ami olyan magatartásváltozással jár, hogy a biztonságos mindennapi életvitel folyamatos külső felügyeletet igényel. A funkciók beszűkülését klinikai értékelés és képalkotó eljárások is bizonyítják. A diagnózist a benyújtott orvosi dokumentumok és szakorvos vélemények alapján a biztosító orvos szakértője állapítja meg.

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

(23) Parkinson kór

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

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

A jelen biztosítási szabályzat értelmében a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek az alábbiak:

- a) Tisztálkodás képessége: a tisztálkodás képessége kádban vagy zuhanyzóban (beleértve a kádba és a zuhanyzóba való be és kiszállás képességét) vagy más eszközzel történő megfelelő tisztálkodás;
- b) Öltözködés képessége: valamennyi ruházat le- és felvételének, biztonságos ki- és begombolásának kivitelezése, művégtagok vagy más gyógyászati segédeszközök le és felvételének képessége;
- c) Helyváltoztatás: az ágyból, karosszékéből, toloszékéből történő felállás és az azokra történő leülés képessége,

- d) Mozgásképesség: beltéri mozgás képessége ugyanazon a lakószinten, egyik helyiségből a másikba történő eljutás képessége;
- e) Mellékhelyiség használata: széklet vagy vizeletürítése mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használata a személyes higiéne céljából;
- f) Táplálkozás: az elkészített vagy készen kapható étel önálló elfogyasztásának képessége.

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

(24) Súlyos fejsérülés

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

A baleset a jelen biztosítási szabályzat értelmében kizárólag a biztosított akaratától független, hirtelen fellépő külső, erőszakos behatás. A gerincvelő sérülései és a fej bármilyen más okból bekövetkező sérülései nem tekinthetők biztosítási eseménynek.

(25) Szklerózis multiplex

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

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

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

(26) Végtagbénulás

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

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

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

(27) Beszédképesség elvesztése

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

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

(28) Siketség

Mindkét fül hallóképességének teljes, végleges és visszafordíthatatlan elvesztése betegség vagy baleset következtében. A diagnózist audiometriás és hallásküszöb vizsgálattal fül-orr-gégész szakorvosnak kell megállapítani.

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

(29) Nagyfokú égési sérülés

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

(30) Jóindulatú agydaganat

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

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

(31) Előrehaladott bőrkérgesedés (Scleroderma progressiva)

A szisztémás kollagén-érrendszer megbetegedése, amely tovaterjedő kötőszövetes átalakulást okoz a bőrben, az erekben és a belső szervekben. A diagnózist biopsziás, és szerológiai vizsgálat egyértelmű eredmé-

nyével kell alátámasztani, és bizonyítani kell a szív, a tüdő vagy a vese érintettségét.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:

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

(32) Szisztémás lupus erythematosus nephritis-szel (SLE)

Több szervet érintő autoimmun megbetegedés, amit a saját veseszövet elleni auto-antitestek termelése jellemez. A jelen biztosítási szabályzat értelmében az SLE diagnózisát azokra az esetekre tartjuk fenn, amikor az SLE a veséket érinti (vesebiopsziával igazolt Class III – Class V lupus nephritis, a WHO osztályozás szerint).

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

A lupus nephritis WHO szerinti klasszifikációja:

- Class I: lupus glomerulonephritis minimális elváltozással
- Class II: mezangiális lupus glomerulonephritis
- Class III: fokális szegmenseket érintő proliferatív lupus glomerulonephritis
- Class IV: diffúz proliferatív lupus glomerulonephritis
- Class V: membranózus lupus glomerulonephritis
- Class VI: Előrehaladott szklerotikus glomerulonephritis

4. § A biztosító teljesítése

- (1) A biztosítási eseményt, annak bekövetkeztétől számított 15 napon belül a biztosítónak írásban be kell jelenteni.
- (2) A szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Biztosítási Szabályzat 4. számú mellékletében felsorolt dokumentumokat kell a biztosító részére átadni.
- (3) A biztosító által meghatározott, a szolgáltatás igénybevételének elbírálásához szükséges dokumentumokat legkésőbb a diagnózis megállapítását, illetve a kórházból történő elbocsátást követő 30 napon belül be kell nyújtani a biztosító részére. Ennek elmulasztása esetén a biztosító annyiban megtagadhatja a szolgáltatás teljesítését, amennyiben emiatt lényeges körülmények utóbb kideríthetetlenekké válnak.
- (4) Az igényelbírálás tartama alatt a biztosító jogosult a saját költségén és az általa megnevezett orvosokkal a biztosítottat megvizsgáltatni. A biztosítási esemény megállapítása érdekében a biztosító bizonyos kérdések tisztázására maga is beszerezhet adatokat. Amennyiben a biztosított megtagadja a szükséges orvosi vizsgálatok elvégzését, vagy a benyújtott vizsgálati eredmények elégtelenek a kárigény megítéléséhez, a biztosító annyiban megtagadhatja a szolgáltatás teljesítését, amennyi-

ben emiatt lényeges körülmények utóbb kideríthetetlenekké válnak.

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

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?



5. § Mentésülés és kizárások

(1) Az Általános Biztosítási Szabályzatban meghatározott kizárásokon túl a biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon betegségre, egészségi állapotra, illetve műtetre, amelynek bekövetkezése közvetlenül vagy közvetve okozati összefüggésben van az alábbiakkal:

- a) a főbiztosított gyógyszerekkel vagy tudatmódosító szerekkel történő visszaélése;
- b) a főbiztosított mértéktelen alkohol fogyasztása, illetve alkoholbetegsége;
- c) a főbiztosított bűncselekményben vagy erőszakos cselekedetekben vagy zavargásban történő jogellenes részvétele;
- d) maghasadás, illetve radioaktív vagy egyéb ionizáló sugárzás, kivéve, ha az ilyen sugárzást jogszabályban feljogosított egészségügyi intézmény vagy orvos utasítására gyógyászati céllal alkalmazzák;
- e) mérgező vagy maró anyagok bevétele, illetve gázok, gőzök vagy füst belélegzése, amennyiben a belélegzett anyagok koncentrációja a jogszabályban meghatározott egészségügyi határértéket meghaladja;
- f) a kiegészítő biztosítási szerződés megkötését megelőzően keletkezett betegséggel, egészségi állapottal vagy műtétrel.

6. § A biztosítási szerződés megszűnése

Az Általános Biztosítási Szabályzatban meghatározott eseteken túl a biztosítás automatikusan megszűnik:

- a) a biztosítási összeg kifizetésével;
- b) a három hónapos várakozási időn belül bekövetkezett biztosítási esemény esetén a díj visszafizetésével.

Budapest, 2016. július 1.

CSONTTÖRÉS ÉS ÉGÉSI SÉRÜLÉS ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-F14) BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A jelen kiegészítő biztosítás a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen biztosítási szabályzat rendelkezései szerint. A jelen biztosítási szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetMax Élet-, Baleset- és Egészség Kiegészítő Biztosítás (MET-285, MET-286, MET-287) Általános Biztosítási Szabályzata (Általános Biztosítási Szabályzat) irányadó. Amennyiben a jelen biztosítási szabályzat bármely rendelkezése eltér az Általános Biztosítási Szabályzattól, a jelen biztosítási szabályzat rendelkezése irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

A kiegészítő biztosítás biztosítottja a kiegészítő biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

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

(2) A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a kiegészítő biztosítási szerződésben megjelölt biztosítási összegből az adott törésre vagy égési sérülésre a térítési táblázatban meghatározott százalékos összeget fizeti ki. **A biztosítási összeg** tehát a kiegészítő biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a (6) bekezdésben meghatározott százalékos mértéke.

(3) Az ugyanazon balesetből származó több egészségkárosodásra (csonttörés, égési sérülés) meghatározott biztosítási összeg összeadásra kerül, azonban annak teljes összege nem haladhatja meg a kiegészítő biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget.

(4) A térítési táblázatban nem említett egészségkárosodás (csonttörés, égési sérülés) a táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján, súlyosságukkal arányosan kerül elbírálásra. A térítés mértékét a biztosító orvos szakértője állapítja meg. Amennyiben a baleseti eredetű csonttörés vagy égési sérülés mértéke a táblá-

zatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján nem éri el az 1%-ot, a biztosító biztosítási szolgáltatást nem teljesít.

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

(6) A jelen kiegészítő biztosítás szabályzata szerint esedékes szolgáltatás a biztosítás egyéb szolgáltatásaitól függetlenül kerül kifizetésre.

Térítési táblázat

Az egészségkárosodás mértékét a következő térítési táblázat szerint kell megállapítani:

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

Lapocka, kulcsont, térdkalács, szegycsont, lábtő, lábközépcsontok törései:	
– Nyílt törések	20%
– Zárt törések	13%
Gerinctörések (farkcsont törés kivételével):	
– Csigolyatestek kompressziós törése	20%
– Tövisnyúlvány, harántnyúlvány, ízületi nyúlvány törései	7%
Homlok, halánték, falcsont vagy nyakszirtcsont törései:	
– Csontszilánkok benyomódásával	30%
– Csontszilánkok benyomódása nélkül	10%
Borda vagy bordák, arccsont, farkcsont vagy szárcapocscsont (kivéve boka) törései:	
– Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	16%
– Minden egyéb nyílt törés	12%
– Többszörös törés (legalább egy teljes törés)	8%
– Egyszerű zárt csonttörések	5%
Kézujj és lábujj törések:	
– Nyílt törések	5%
– Zárt törések	3%
ÉGÉSI SÉRÜLÉSEK	
A bőr másodfokú és harmadfokú égései, amelyek a testfelület legalább 27%-át érintik	100%

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

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?



3. § Kizárások

(1) Az Általános Biztosítási Szabályzatban meghatározott kizárásokon túl a biztosítás nem terjed ki azon törésekre és égési sérülésekre, amelyek oka közvetlenül vagy közvetve, egészében vagy részben:

- veleszületett rendellenességek és az ebből fakadó következmények,
- bármilyen betegség, egészségi rendellenesség, előrehaladott kórfolyamat,
- bármely betegségre visszavezethető csontgyengülés, patológiás csonttörések,
- a rendszeres túlterhelés eredményeként fellépő törések (stressz törések).

Budapest, 2016. július 1.

BALESETBŐL SZÁRMAZÓ KÓRHÁZI ELLÁTÁSRA (MET-N00) ÉS MŰTÉTI BEAVATKOZÁS ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-S00) BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A balesetből származó kórházi ellátásra és műtéti beavatkozásra szóló kiegészítő biztosítás a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen biztosítási szabályzat rendelkezései szerint. A jelen biztosítási szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetMax Élet,- Baleset- és Egészség Kiegészítő Biztosítás (MET-285, MET-286, MET-287) Általános Biztosítási Szabályzata (Általános Biztosítási Szabályzat) irányadó.

Amennyiben a jelen biztosítási szabályzat bármely rendelkezése eltér az Általános Biztosítási Szabályzattól, a jelen biztosítási szabályzat rendelkezése irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

A kiegészítő biztosítás biztosítottja a kiegészítő biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

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

(1) Balesetből származó kórházi ellátásra szóló napi térítés

a) Amennyiben a biztosított személy, a kiegészítő biztosítási szerződés hatályba lépése után bekövetkezett baleset következtében benn fekvőként kórházi ellátásban részesül, a biztosító a kiegészítő biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki a biztosítottnak a kórházi ellátás 1. napjától az ellátás tartama alatt, de legfeljebb a 90. naptári napig. **A biztosítási összeg** tehát a kiegészítő biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a kórházi ellátás

napjainak számával, legfeljebb azonban 90 nappal, megszorított összege.

b) Amennyiben a biztosított személy a kórházi ellátás tartama alatt intenzív ellátásban részesül, a biztosítási összeg az intenzív ellátás napjaira az a) pontban meghatározott összeg 50%-kal növelt összegével megegyező összeg.

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

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

e) Ugyanazon, vagy hasonló ok következtében szükségessé vált kórházi ellátás esetén a biztosító a kiegészítő biztosítási szerződés hatálya alatt legfeljebb 2 alkalommal teljesít kórházi napi térítési szolgáltatást.

(2) Balesetből származó műtét esetén fizetendő térítés

a) Ha a biztosított személy a kiegészítő biztosítási szerződés hatályba lépése után bekövetkezett baleset következtében kórházi ellátásban részesül, és orvos által elvégzett műtétet hajtanak végre rajta, a biztosító műtéti térítésként a kiegészítő biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek az egyes műtéti beavatkozásokra meghatározott százalékos mértékét fizeti ki. Az egyes műtéti beavatkozásokat és az azokra meghatározott százalékos mértéket a balesetből vagy betegségből származó kórházi ellátás esetén, napi térítésre (MET-NA7) és műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás (MET-SA7) biztosítási szabályzatának 1. számú melléklete („műtéti táblázat”) tartalmazza. **A biztosítási összeg** tehát a kiegészítő biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a műtéti táblázatban meghatározott százalékos mértéke.

b) Ha ugyanazon műtéti eljárásban több sebészeti beavatkozás szükséges, akkor a biztosítási összeg a legmagasabb százalékos mértékű műtéti beavatkozás százalékos mértékével megegyező összeg.

c) Abban az esetben, ha az elvégzett műtét nem szerepel a műtéti táblázatban, akkor a biztosítási összeg a műtéti táblázatban meghatározott, azonos bonyolultságú műtetre megállapított százalékos mértékkel megegyező összeg.

d) A műtét bonyolultsági fokát a műtéti táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján a biztosító orvosa állapítja meg.

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?



3. § Kizárások

(1) Az Általános Biztosítási Szabályzatban meghatározott kizárásokon túl a biztosítás nem terjed ki azon kórházi ellátásra és műtéti térítésre, amelynek oka közvetlenül vagy közvetve, részben vagy egészében:

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

Budapest, 2016. július 1.

BALESETBŐL VAGY BETEGSÉGBŐL SZÁRMAZÓ KÓRHÁZI ELLÁTÁS ESETÉN, NAPI TÉRÍTÉSRE (MET-NA7) ÉS MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-SA7) BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A jelen kiegészítő biztosítás a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen biztosítási szabályzat rendelkezései szerint. A jelen biztosítási szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetMax Élet-, Baleset- és Egészség Kiegészítő Biztosítás (MET-285, MET-286, MET-287) Általános Biztosítási Szabályzata (Általános Biztosítási Szabályzat) irányadó. Amennyiben a jelen biztosítási szabályzat bármely rendelkezése eltér az Általános Biztosítási Szabályzattól, a jelen biztosítási szabályzat rendelkezése irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

A kiegészítő biztosítás biztosítottja a kiegészítő biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

(1) Kórházi ellátásra szóló napi térítés

a) Amennyiben a biztosított személy, a biztosítási szerződés hatályba lépése után bekövetkezett sérülés vagy első alkalommal bekövetkezett betegség következtében benn fekvőként kórházi ellátásban részesül, a biztosító a kiegészítő biztosítási szerződésben meghatározott kórházi napi térítési összeget fizeti ki a biztosítottnak a kórházi ellátás 1. napjától az ellátás tartama alatt, de legfeljebb a 90. naptári napig. **A biztosítási összeg** tehát a kiegészítő biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a kórházi ellátás napjainak számával, legfeljebb azonban 90 nappal, megszorított összege.

b) Amennyiben a biztosított személy a kórházi ellátás tartama alatt intenzív ellátásban részesül, a biztosítási összeg az intenzív ellátás napjaira az a) pontban meghatározott összeg 50%-kal növelt összegével megegyező összeg.

c) A kórházi ellátást követően a biztosító az a) pontban meghatározott összeg 50%-ával megegyező összeget fizet ki a biztosított rehabilitációja céljából.

d) A kórházi ellátás tartamának legalább 1 napos megszakítása esetén a biztosító a következő kórházi ellátást új kórházi ellátásként veszi figyelembe.

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

f) Ugyanazon, vagy hasonló ok következtében szükségessé vált kórházi ellátás esetén a biztosító a kiegészítő biztosítási szerződés hatálya alatt legfeljebb 2 alkalommal teljesít kórházi napi térítési szolgáltatást.

(2) Műtéti térítés

a) Ha a biztosított személy a biztosítási szerződés hatályba lépése után bekövetkezett sérülés vagy első alkalommal bekövetkezett betegség következtében kórházi ellátásban részesül, és műtétet végeznek rajta, a biztosító műtéti térítésként a kiegészítő biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek az egyes műtéti beavatkozásokra meghatározott százalékos mértékét fizeti ki. Az egyes műtéti beavatkozásokat és az azokra meghatározott százalékos mértéket e jelen biztosítási szabályzat 1. számú melléklete („műtéti táblázat”) tartalmazza. **A biztosítási összeg** tehát a kiegészítő biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a műtéti táblázatban meghatározott százalékos mértéke.

b) Ha ugyanazon műtéti eljárásban több sebészeti beavatkozás szükséges, akkor a biztosítási összeg a legmagasabb százalékos mértékű műtéti beavatkozás százalékos mértékével megegyező összeg.

c) Abban az esetben, ha az elvégzett műtét nem szerepel a műtéti táblázatban, akkor a biztosítási összeg a műtéti táblázatban meghatározott, azonos bonyolultságú műtétre megállapított százalékos mértékkel megegyező összeg. A műtét bonyolultsági fokát a műtéti táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján a biztosító orvosa állapítja meg.

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?



3. § Kizárások

(1) Az Általános Biztosítási Szabályzatban meghatározott kizárásokon túl a jelen biztosítási szabályzat alapján nem minősül biztosítási eseménynek és a szolgáltatási összeg nem kerül kifizetésre, ha a biztosított kórházi és/vagy műtéti ellátását okozó baleset vagy betegség közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:

- a) születési rendellenességek és az ebből fakadó következmények,
- b) terhesség, szülés, vetélés (spontán vagy művi terhesség megszakítás), koraszülés,
- c) a kockázatviselés kezdetét követő első 60 napon, mint várakozási időn belül bekövetkezett bármilyen betegség miatt szükségessé vált kórházi ellátás és műtéti beavatkozás,
- d) a kockázatviselés kezdetét követő első 180 nap, mint várakozási idő alatt végrehajtott, a mandula, illetve orrpolip eltávolítását célzó műtét, illetve kórházi gyógykezelése,
- e) kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,

- f) orvosi rutin vizsgálat vagy egyéb vizsgálat, ha nincsen egészségromlásra utaló tényleges tüneti jel, továbbá laboratóriumi diagnózis és röntgen vizsgálat, kivéve a megelőző orvosi vizsgálat során megállapított, egészségkárosodás következtében alkalmazott ilyen jellegű vizsgálatot,
- g) elmebeli és idegi rendellenességek és gyógykezelésük, valamint alkohol és hallucinogén anyag függőségi elvonókúra és gyógykezelésük,
- h) a kórházi ellátás tartama alatt elszennvedett bármilyen fertőzés,
- i) bármely olyan kezelés vagy gyógymód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben, rehabilitációs vagy utókezelő központban végeznek,
- j) bármely olyan beavatkozás, amely nem minősül műtétnek illetve olyan műtéti beavatkozás, amelyet nem orvos végzett.

4. § A biztosító teljesítése

A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Biztosítási Szabályzat 4. számú mellékletben felsorolt dokumentumokat kell a biztosító részére benyújtani.

Budapest, 2016. július 1.

BALESETBŐL VAGY BETEGSÉGBŐL SZÁRMAZÓ KÓRHÁZI ELLÁTÁS ESETÉN, NAPI TÉRÍTÉSRE (MET-NA7) ÉS MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-SA7) BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA 1. SZÁMÚ MELLÉKLETE

MŰTÉTI BEAVATKOZÁSOK SZÁZALÉKOS TÉRÍTÉSÉNEK TÁBLÁZATA a balesetből vagy balesetből és betegségből származó kórházi ellátás esetén, napi térítésre és műtéti térítésre szóló biztosításokhoz	
MŰTÉTI BEAVATKOZÁS LEÍRÁSA	A maximális szolgáltatási összeg %-a
FEJ, NYAK	
Pajzsmirigy eltávolítása	75%
Mellékpajzsmirigy eltávolítása	50%
Száj daganatának műtéti ellátása	25%
Fültőmirigy daganat	50%
Thyreoglossus (pajzsmirigyhez és nyelvhez tartozó) ciszta vagy tályog kimetszése	50%
MELLKAS, MELL	
Mellkas megnyitása, mellkas plasztika	100%
Tüdő vagy tüdőlebeny eltávolítása	100%
Echinococcus ciszta eltávolítása a tüdőből	75%
Nyelőcsőműtét	75%
Szív vagy aortaműtét	100%
Egy- vagy kétoldali radikális melleltávolítás	75%
Egy- vagy kétoldali egyszerű melleltávolítás	50%
Mell részleges eltávolítása	25%
Melldaganat vagy ciszta kimetszése	25%
Légcsőmetszés	25%
Becsővezés mellkas csapoláshoz	25%
Mellkas csapolás	10%
Mediasztinum daganat eltávolítása a szegycsont felvágásával	75%
Mellhártya összenövésének felszabadítása	25%
Tüdőbeékelődés eltávolítása	50%
Légmellkezelés (PTX) a mellkas megnyitásával	50%
Diagnosztikus mellkas feltárás	50%
Hörgő- vagy légcsősztent behelyezése	50%
Hörgő ciszta vagy tályog eltávolítása	50%
HAS	
Has feltárása	50%

Vakbélműtét	25%
Hasi tályog becsővezése	25%
Sérvek műtéti ellátása: bubonokéle (kezdődő lágyékajlati sérv), omphalokéle (köldöksérv), merokéle (combsérv), hidrokéle (visszérv), cystocele (hólyag sérv), heresérv, hüvelysérv, hasfali sérv, műtét utáni sérv	25%
Teljes vagy részleges gyomoreltávolítás, vagotómia, pylorus plasztika, nyombél-fekély	50%
Fekély (gyomor, bél) perforációjának elvarrása	50%
Béleltávolítás	50%
Hasüregi daganat eltávolítása	75%
Végbél eltávolítás hasi behatolással	100%
Végbél előreesés műtéti ellátása hasi behatolással	75%
A végbél záró izomzatának berepedése, tályog vagy ciszta	25%
Aranyérműtét	25%
Májtályog (feltárással)	50%
Echinococcus ciszta a májban	75%
Részleges májeltávolítás	75%
Epehólyag eltávolítása	75%
Hasnyálmirigyműtét	100%
Lép eltávolítása	75%
Vastagbél-, vékonybél-, hólyag sztóma készítése	50%
Bél anasztomózis (a bél két részletének egyesítése)	50%
Teljes vastagbél eltávolítás	75%
Záróizom plasztika, epevezeték beszűjtetése	75%
Azonos hasi metszésből végzett két vagy több sebészeti beavatkozás egyetlen műtétnek számít.	
NYIROKCSOMÓK	
Nyirokcsomó eltávolítása hónaljából vagy lágyékból	50%
HÚGY ÉS IVARSZERVEK	
Vese eltávolítása	75%
Daganat, kő, húgycső, húgyhólyag eltávolítása:	
– sebészi úton	75%

– endoszkóppal	25%
Prostata eltávolítása	75%
Prostata eltávolítása a húgycsőön keresztül	50%
Here vagy mellékhere eltávolítása	25%
Húgycsőműtét	25%
Hólyageltávolítás, szeméremcsont fölötti behatolással	75%
Húgyhólyag teljes eltávolítása	100%
Vese, húgycső, vesemedence plasztika	50%
Vesekő, epekő vagy húgycsőben lévő kő zúzása	50%
Pig-Tail katéter felhelyezése	10%
Barlangos test plasztika	50%
Részleges húgyvezeték eltávolítás áthidalással	50%
Teljes pénisz eltávolítás a nyirokcsomó eltávolításával	100%
Teljes prostata eltávolítás medencei nyirokcsomó eltávolítással	100%
Körülmetélés	10%
Ondózsínór lekötése	25%
Hólyag diverticulum eltávolítása	50%
ORTOPÉDIAI MŰTÉTEK	
Hosszú csöves csontok korrekciós műtéti ellátása	50%
Egyéb csontok korrekciós műtéti ellátása	25%
Törések egyszerű rögzítése	10%
Kulcscsont, bordák, ujjpercek, csukló, kézközépcsontok, lábtő és lábközépcsontok, csontnyúlványok, csigolyák törésének rögzítése	10%
Izületi metszés, beleértve az ízületi szabadtest eltávolítását	50%
Ganglion eltávolítása	10%
Csontkinövés eltávolítása	25%
Alagút szindróma műtéti ellátása	25%
Váll-, könyök-, csukló-, boka-, csípő-, térdficam rögzítése	10%
Térdkalács ficamának rögzítése	10%
Patella (térdkalács) sebészeti eltávolítása	50%
Ujjficam rögzítése	10%
Meniszkusz eltávolítás arthroszkóppal	50%
Ujjamputáció (bármely ujj)	25%
Lábközépcsont, kézközépcsont amputációja	25%

Amputáció a csuklótól vagy a lábtőcsontoktól felfelé	75%
Ínhüvely bemetszése (tendosynovitis – ín ízületi hártya gyulladás – okozta szűkület felszabadítása)	10%
Kalapácsujj, ujj deformitás, lábközépcsont deformitás korrekciós műtétje	25%
Inak vagy idegek összevarrása	25%
Arthroszkópos térd vagy vállműtét	50%
Csípő- vagy egyéb hosszú csöves csont csontvésése	75%
Achilles-ín szakadása	50%
Közepes ízületek merevítése (pl. boka)	50%
Könyök, térd, váll ízületbehatoló vagy supracondylaris (ízületfej feletti) törései	50%
Csípő, térd vagy váll teljes ízületi plasztikája	100%
Gerinctörés sebészeti ellátása vagy elmerelvítése	100%
VÉNÁK	
Varicosus véna eltávolítása (visszértműtét)	
– egy lábon	25%
– mindkét lábon	50%
Varicosus vénák lekötése	10%
Véna elvarrása sérülés után	25%
Vénás thrombus eltávolítása	25%
FÜL – ORR – GÉGE	
Külső-, vagy középfül műtét	25%
Mandulaeltávolítás – garat- és orrmandula	25%
Légcsőmetszés	25%
Gége kiirtása	75%
Hangszalagműtét	25%
Nyelvcsap eltávolítása	25%
Légcsőmetszés, sztóma készítése	25%
Tubus vagy lélegeztető cső eltávolítása	10%
Rekesztályog, vérömleny bemetszése	10%
Fülpolip eltávolítása	10%
Mandula körüli tályog kimetszése	10%
Nyelvfék átvágása	10%
Dobhártya bemetszése és tubus behelyezése	10%
Külső hallójáratokból csontkinövés vagy csontdaganat eltávolítása	25%
Teljes vagy részleges állkapocs eltávolítás	75%
Gége-, garat-, nyelvcső eltávolítás	75%
Egyensúlyozó ideg kimetszése	75%

Kengyel eltávolítása	50%
Dobhártya plasztika	50%
Labirintus szerv eltávolítása	50%
Ékcsonton keresztüli rostacsont eltávolítása	50%
Teljes fültőmirigy eltávolítás	75%
Koponyalékelés az üregek felől	50%
Hangszalag eltávolítása	75%
Plasztikai beavatkozás az ajkakon	25%
Nyelvfék kimetszése	10%
Fültőmirigy eltávolítása	75%
DIAGNOSZTIKUS BEAVATKOZÁSOK	
Gégetükrözés	10%
Hörgő-, nyelőcső-, vastagbél-, szigmabél-, végbélükrözés, húgyhólyagükrözés	10%
Laparoszkópia	25%
ÉRSEBÉSZETI MŰTÉTEK	
Érplasztika (szív, nyaki erek, perifériás erek katéteres tágitása)	50%
Hasi aortatágulat, csípőaorta vagy combaorta műtét	100%
Hasi aortaműtét	100%
Szívkoszorúér festés	50%
Aorto-carotis vagy aorto- arteria subclavia (kulcscsont alatti artéria) áthidaló műtét	100%
Artériás vérrög eltávolítása	50%
Arteria carotis endarterektómia (plakk eltávolítás)	75%
ÁLTALÁNOS SEBÉSZET	
Körömmeltávolítás	5%
Tályog bemetszése	5%
Polip eltávolítása a bélből	25%
KÜLÖNLEGES MŰTÉTEK	
Csontvelő átültetés	100%
BŐRGYÓGYÁSZAT	
Bőrbioopszia (szövetrész vizsgálata)	5%
Faggyúcisza bemetszése	5%
Szemölcs eltávolítása	5%
NŐI NEMI SZERVEK	
Teljes méheltávolítás	75%
Részleges méheltávolítás	50%
Petevezeték eltávolítása	50%
Petefészkek eltávolítása	50%
Myoma (izomdaganat) eltávolítása	50%
Méhnyak polip eltávolítása	10%

Bartholin-mirigy ciszta kimetszése vagy kivarrása	25%
Méhnyak csonkolása	25%
Hüvelyplasztika	25%
Vulva teljes kimetszése	50%
Méhkürtplasztika	50%
Petefészkek ékrezekciója	25%
Endoszkópia (invazív laparoszkópia – hasfal tükrözése hasfalon keresztül)	50%
Endoszkópia (invazív hiszteroszkópia – méhtükrözés)	25%
SZEMÉSZET	
Szaruhártya varrat	10%
Kötőhártya varrat	10%
Elülső üvegtest műtét	10%
Hátsó üvegtest műtét	50%
Jégárpa eltávolítása (egy műteti eljárás keretében több jégárpa eltávolítása esetén is)	10%
Szürkehályog (cataracta) eltávolítása	50%
Zöldhályog (glaucoma) műtét	25%
Szem eltávolítása	50%
Röphártya kimetszése	10%
Szemhéj be vagy kifordítása műtétileg	25%
Retinaleválás műteti ellátása	50%
Könnycsatorna kimetszése	25%
Szívárványhártya (iris) eltávolítása vagy bemetszése	25%
Szaruhártya bemetszése asztigmia miatt	25%
Kancsalság műteti ellátása	50%
Könnytömlő kimetszése	50%
Inhártyaplasztika	50%
Szemlencse beültetése vagy eltávolítása	50%
Kötőhártya átültetése	25%
Kötőhártya felszínes sérülésének ellátása	10%
Szemhéj plasztika	10%
A szaruhártya fedőhám lekaparása	10%
Lencse plasztika (első kamra bemetszése, másodlagos szürkehályogműtét)	25%
Membráneltávolítás	10%
PLASZTIKAI SEBÉSZET	
Hegkimetszés	10%
Bőrlebeny kimetszése átültetésre	25%
Többszörös ín és idegvarrat	50%
Arcideg dekompressziós műtétje	75%
Homlok vagy arccsont csontvése	100%

IDEGSEBÉSZET	
Koponyatörés műtéti ellátása	75%
Koponyaplasztika	100%
Diagnosztikus vagy tüneti koponyalékelés	100%
Agyi aneurizma eltávolítása	100%
Agyállományi műtét	100%
Agy vagy agyhártyák műtéti ellátása	100%
Meningeoma eltávolítása	100%
Koponyalékelés	100%
Rosszindulatú agyi érelváltozás	100%
Hallóideg műtét	75%
Gerincvelő daganatok	100%
Ideggyök kimetszése	50%
Idegvarrat	50%

Neurinóma kimetszése	50%
Szimpatikus ideg átmetszése	75%
DIAGNOSZTIKUS BEAVATKOZÁSOK	
Gégetükrözés	10%
Hörgő-, nyelőcső-, gyomor-, végbél-, szig- mabél-, vastagbél-, húgyhólyagtükrözés	10%
Laparoszkópia	25%
Lumbalpunkció	10%
DAGANATOK	
Ugyanazon daganat műtéti ellátására és sugárkezelésére összességében fizethető szolgáltatási összeg megegyezik, a daganat sebészi eltávolításáért fizethető maximális szolgáltatási összeggel.	

Budapest, 2016. július 1.

DR. METLINE MAGYARORSZÁG ASSZISZTENCIA KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA (MET-A27)

A Dr. MetLine Magyarország Asszisztencia kiegészítő biztosítás („kiegészítő biztosítás”) a MetLife Europe Limited („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen biztosítási szabályzat rendelkezései szerint.

A jelen biztosítási szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetMax Élet-, Baleset- és Egészség Kiegészítő Biztosítás (MET-285, MET-286, MET-287) Általános Biztosítási Szabályzata („Általános Biztosítási Szabályzat”) irányadó.

Amennyiben a jelen biztosítási szabályzat bármely rendelkezése eltér az Általános Biztosítási Szabályzattól, a jelen biztosítási szabályzat rendelkezése irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

(1) A kiegészítő biztosítás biztosítottja a kiegészítő biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

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

(3) A kiegészítő biztosítás szolgáltatását a biztosítottal egy háztartásban élő hozzátartozója is igénybe veheti. A biztosított és a vele egy háztartásban élő hozzátartozója a jelen biztosítási szabályzatban ügyfélként kerül megjelölésre.

Mit nyújtanak az asszisztencia szolgáltatások?



Az asszisztencia szolgáltatásokat az Advance Medical Hungary Kft. nyújtja („asszisztencia szolgáltató”).

2. § Az asszisztencia szolgáltatás igénybevételének feltételei

Az asszisztencia szolgáltató az ügyfél telefonhívását követően, az ügyfél neve, születési helye és ideje, valamint kiegészítő biztosításának kötvényszáma alapján azonosítja az ügyfelet és ellenőrzi jogosultságát a szolgáltatás igénybe-vételére vonatkozóan.

3. § Az asszisztencia szolgáltató 7/24 telefonos orvosi tanácsadási szolgáltatása

(1) Az asszisztencia szolgáltató az év minden napján, 24 órában, a **+36-1-461-1512** telefonszámon fogadja az ügyfél hívását, amely rögzítésre kerül.

(2) Az asszisztencia szolgáltató a következőkről ad tájékoztatást magyar és angol nyelven:

- betegséggel, gyógykezeléssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdésekről,
- gyógyszerek összetételéről, alkalmazhatóságáról, mellékhatásáról, helyettesíthetőségéről, áráról,
- orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletekről,
- ügyeletes gyógyszertárakról,
- egészségügyi intézmények elérhetőségéről.

(3) Az asszisztencia szolgáltató által nyújtott információk kizárólag tájékoztató jellegűek. Az asszisztencia szolgáltató erre a tényre az ügyfél figyelmét a telefonbeszélgetés előtt szóban is felhívja.

(4) Orvosszakmai kérdés esetén az asszisztencia szolgáltató az ügyfél hívását orvosnak továbbítja, aki megválaszolja az ügyfél kérdéseit. Egyéb kérdés esetében az asszisztencia szolgáltató a jelen biztosítási szabályzat 4. §-ában meghatározott szolgáltatást nyújtja.

4. § Az asszisztencia szolgáltató szakorvosi vizsgálat és konzultáció ajánlásával és megszervezésével kapcsolatos szolgáltatása

(1) Ha az ügyfél balesete vagy a kiegészítő biztosítás hatályba lépését követően, előzmény nélkül kialakult betegsége miatt, szakorvosi vizsgálatra vagy konzultációra szorul, az asszisztencia szolgáltató az ügyfélnek segítséget nyújt abban, hogy megtalálja a szükségleteinek megfelelő egészségügyi szolgáltatót, ahol az igényelt szakorvosi ellátás vagy konzultáció térítéses betegként elérhető.

(2) Az asszisztencia szolgáltató az ügyfél kérése esetén a szakorvosi vizsgálat vagy konzultáció megszervezését is vállalja.

(3) Az asszisztencia szolgáltató által megszervezett egészségügyi szolgáltatások díját az ügyfél fizeti.

(4) A szakorvosi vizsgálat vagy konzultáció megszervezésének határideje az ügyfél igényének előterjesztésétől számított 10 munkanap.

(5) Amennyiben az ügyfél a számára megrendelt szolgáltatást a megszervezett időpontban nem kívánja igénybe venni, és erről a szolgáltatás időpontját megelőző legalább egy munkanappal korábban nem értesíti az asszisztencia szolgáltatót, úgy a szolgáltatás ismételt

megszervezésére az adott biztosítási éven belül a továbbiakban nem jogosult.

5. § Indexálás

A biztosító évente egyszer, minden év május elsejével indexálhatja az asszisztencia kiegészítő biztosítás díját. A biztosító az index mértékét az Általános Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint határozza meg.

6. § Az asszisztencia szolgáltatást nyújtó szolgáltató módosítása

A biztosító fenntartja a jogot az asszisztencia szolgáltatást nyújtó szolgáltató személyének módosítására.

Budapest, 2016. július 1.

KÖZLEKEDÉSI BALESETI HALÁL ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A közlekedési baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás („kiegészítő biztosítás”) a MetLife Europe Limited („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen biztosítási szabályzat rendelkezései szerint.

A jelen biztosítási szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetMax Élet-, Baleset- és Egészség Kiegészítő Biztosítás (MET-285, MET-286, MET-287) Általános Biztosítási Szabályzata („Általános Biztosítási Szabályzat”) irányadó.

Amennyiben a jelen biztosítási szabályzat bármely rendelkezése eltér az Általános Biztosítási Szabályzattól, a jelen biztosítási szabályzat rendelkezése irányadó.

A közlekedési baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás kizárólag a Dr. MetLine Magyarország Asszisztencia kiegészítő biztosítással együtt köthető meg, és annak részét képezi.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

- (1) A jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja a kiegészítő biztosítási ajánlatban biztosítottként megjelölt természetes személy.
- (2) Biztosított az lehet, aki a biztosítási szerződés létrejöttékor 16. életévénél idősebb, de a 75. életévét még nem töltötte be.

2. § A biztosítással kapcsolatos fogalmak

(1) Közlekedési baleset: a jelen biztosítási szabályzat értelmében közlekedési balesetnek minősül a kockázatviselés hatálya alatt bekövetkezett olyan váratlan, előre nem látott közúti, vasúti vagy légi baleset, amelyet a biztosított személy utazása közben, akár utasként, akár a jármű vezetőjeként szenved el, függetlenül attól, hogy a közlekedési baleset bekövetkeztekor a jármű mozgásban van-e vagy áll, beleértve a járműre utazás céljából történő fel- és leszállást is. Közlekedési balesetnek minősülnek továbbá azok a közterületen történő, váratlan, előre nem látott események is, amikor jármű okoz testi sérülést a biztosítottnak a biztosított közúton történő közlekedése során.

(2) Jármű: a jelen biztosítás szempontjából járműnek minősül bármely, érvényes forgalmi engedéllyel és/vagy hivatalos nyilvántartásba vétellel rendelkező közforgal-

mú közúti jármű, vonat vagy polgári utasszállító repülőgép, kivéve a motorkerékpárt és a vízi járműveket.

Milyen esetekre vonatkozik a közlekedési baleseti halál esetére szóló biztosítás?



3. § Biztosítási esemény

A biztosítási esemény a biztosított közlekedési balesetből eredő, a baleset időpontjától számított 180 napon belül bekövetkező, halála.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító közlekedési baleseti halál esetén?



4. § Biztosítási szolgáltatás

- (1) A biztosított közlekedési balesetből származó halála esetén a biztosító kifizeti a haláleseti kedvezményezett részére a kiegészítő biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget, feltéve, hogy a kiegészítő biztosítási szerződés a közlekedési baleset bekövetkeztekor érvényben volt.
- (2) Kezdeti biztosítási összeg: 1.000.000 Ft.

5. § A biztosítás megszűnése

- (1) A biztosítás megszűnik:
 - a) az Általános Biztosítási Szabályzatban meghatározott esetekben,
 - b) a haláleseti összeg kifizetését követően.

Budapest, 2016. július 1.

A DR. METLINE ASSZISZTENCIA SZOLGÁLTATÁSOK – AUSZTRIA, NÉMETORSZÁG, ANGLIA – KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA – (MET-A31)

A Dr. MetLine Asszisztencia szolgáltatások – Ausztria, Németország, Anglia – kiegészítő biztosítás a MetLife Europe Limited („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen biztosítási szabályzat rendelkezései szerint. A jelen biztosítási szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetMax Élet-, Baleset- és Egészség Kiegészítő Biztosítás (MET-285, MET-286, MET-287) Általános Biztosítási Szabályzata (Általános Biztosítási Szabályzat) irányadó.

Amennyiben a jelen biztosítási szabályzat bármely rendelkezése eltér az Általános Biztosítási Szabályzattól, a jelen biztosítási szabályzat rendelkezése irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

- (1) A kiegészítő biztosítás biztosítottja a kiegészítő biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.
- (2) Biztosított az lehet, aki a biztosítási szerződés létrejöttkor 16. életévénél idősebb, de a 75. életévét még nem töltötte be.
- (3) A kiegészítő biztosítás szolgáltatását a biztosítottal egy háztartásban élő hozzátartozója is igénybe veheti. A biztosított és a vele egy háztartásban élő hozzátartozója a jelen biztosítási szabályzatban ügyfélként kerül megjelölésre.

Mit nyújtanak az asszisztencia szolgáltatások?



Az asszisztencia szolgáltatásokat a Europe Assistance Kft. nyújtja („asszisztencia szolgáltató”).

2. § Az asszisztencia szolgáltatás igénybevételének feltételei

- (1) Az asszisztencia szolgáltatást az ügyfél Ausztria, Németország és Anglia területén veheti igénybe.
- (2) Az asszisztencia szolgáltató az ügyfél telefonhívását követően, az ügyfél neve, születési helye és ideje, valamint kiegészítő biztosításának kötvényszáma alap-

ján, azonosítja az ügyfelet, és ellenőrzi jogosultságát a szolgáltatás igénybevételére vonatkozóan.

3. § Az asszisztencia szolgáltató Teledoktor 7/24 telefonos orvosi tanácsadási szolgáltatása

- (1) Az asszisztencia szolgáltató az év minden napján, 24 órában, a **+36-1-465-3727** telefonszámon fogadja az ügyfél hívását, amely hívás rögzítésre kerül.
- (2) Az asszisztencia szolgáltató a következőkről ad tájékoztatást magyar nyelven:
 - a) orvosi segítség (kórház, klinika, rendelő, orvos, ügyelet) megnevezése, címe, telefonszáma,
 - b) gyermekorvosi segítség (kórház, klinika, rendelő, orvos, ügyelet) megnevezése, címe, telefonszáma,
 - c) fogászati rendelő megnevezése, címe, telefonszáma, ügyelet,
 - d) gyógyszertárak megnevezése, címe, telefonszáma, ügyelet,
 - e) konzultáció keretében az ügyfél egészségi állapotáról,
 - f) orvosi szakkifejezések, kórházi zárójelentések magyarázata,
 - g) a laboratóriumi eredmények és az ezekből eredő összefüggések magyarázata,
 - h) orvosi eljárások magyarázata.
- (3) Az asszisztencia szolgáltató által nyújtott információk kizárólag tájékoztató jellegűek. Az asszisztencia szolgáltató erre a tényre az ügyfél figyelmét a telefonbeszélgetés előtt szóban is felhívja.
- (4) Orvosszakmai kérdés esetén az asszisztencia szolgáltató az ügyfél hívását orvosnak továbbítja, aki megválaszolja az ügyfél kérdéseit. Egyéb kérdés esetében az asszisztencia szolgáltató a jelen biztosítási szabályzat 4. §-ában meghatározott szolgáltatást nyújtja.

4. § Az asszisztencia szolgáltató betegszállítás és ápolás szervezésével kapcsolatos szolgáltatása

- (1) Ha az ügyfél a kiegészítő biztosítás hatályba lépését követően, előzmény nélkül kialakult betegsége miatt, szakorvosi vizsgálatra vagy kórházi ellátásra szorul, és a szakorvoshoz vagy a kórházba önerőből eljutni nem tud, az asszisztencia szolgáltató gondoskodik az ügyfél szállításának megszervezéséről.
- (2) Ha az ügyfél a kiegészítő biztosítás hatályba lépését követően, előzmény nélkül kialakult betegsége miatt, otthoni teendőinek ellátására nem képes, vagy ápolásra szorul, az asszisztencia szolgáltató, szakképzett ápoló

személyzet biztosításával, vállalja az ügyfél otthoni ápolásának, gondozásának megszervezését.

(3) Az asszisztencia szolgáltató által megszervezett egészségügyi szolgáltatások díját az ügyfél fizeti.

5. § Indexálás

A biztosító évente egyszer, minden év május elsejével indexálhatja az asszisztencia kiegészítő biztosítás díját. A biztosító az index mértékét az Általános Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint határozza meg.

6. § Az asszisztencia szolgáltatást nyújtó szolgáltató módosítása

A biztosító fenntartja a jogot az asszisztencia szolgáltatást nyújtó szolgáltató személyének módosítására.

Budapest, 2016. július 1.

DR. METONLINE ASSZISZTENCIA SZOLGÁLTATÁSOK KÜLÖNÖS FELTÉTELEI (MET-A47)

A Dr. MetOnLine Magyarország Asszisztencia kiegészítő biztosítás („kiegészítő biztosítás”) a MetLife Europe Limited („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen biztosítási szabályzat rendelkezései szerint.

A jelen biztosítási szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetMax Élet-, Baleset- és Egészség Kiegészítő Biztosítás (MET-285, MET-286, MET-287) Általános Biztosítási Szabályzata („Általános Biztosítási Szabályzat”) irányadó.

Amennyiben a jelen biztosítási szabályzat bármely rendelkezése eltér az Általános Biztosítási Szabályzattól, a jelen biztosítási szabályzat rendelkezése irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

(1) A kiegészítő biztosítás biztosítottja a kiegészítő biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

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

(3) A kiegészítő biztosítás szolgáltatását a biztosítottal egy háztartásban élő hozzátartozója is igénybe veheti. A biztosított és a vele egy háztartásban élő hozzátartozója a jelen biztosítási szabályzatban ügyfélként kerül megjelölésre.

Mit nyújtanak az asszisztencia szolgáltatások?



Az asszisztencia szolgáltatásokat az Advance Medical Hungary Kft. nyújtja („asszisztencia szolgáltató”).

2. § Az asszisztencia szolgáltatás igénybevételének feltételei

Az asszisztencia szolgáltató az ügyfél telefonhívását követően, az ügyfél neve, születési helye és ideje, valamint kiegészítő biztosításának kötvényszáma alapján, azonosítja az ügyfelet, és ellenőrzi jogosultságát a szolgáltatás igénybevételére vonatkozóan.

3. § Az asszisztencia szolgáltató 7/24 telefonos orvosi tanácsadási szolgáltatása

(1) Az asszisztencia szolgáltató az év minden napján, 24 órában, a **+36-1-461-1512** telefonszámon fogadja az ügyfél hívását, amely rögzítésre kerül.

(2) Az asszisztencia szolgáltató a következőkről ad tájékoztatást magyar nyelven:

a) betegséggel, gyógykezeléssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdésekről, gyógyszerek összetételéről, alkalmazhatóságáról, mellékhatásáról, helyettesíthetőségéről, áráról,

b) orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletről,

c) ügyeletes gyógyszertárakról,

d) egészségügyi intézmények elérhetőségéről.

(3) Az asszisztencia szolgáltató által nyújtott információk kizárólag tájékoztató jellegűek. Az asszisztencia szolgáltató erre a tényre az ügyfél figyelmét a telefonbeszélgetés előtt szóban is felhívja.

(4) Orvosszakmai kérdés esetén az asszisztencia szolgáltató az ügyfél hívását orvosnak továbbítja, aki megválaszolja az ügyfél kérdéseit. Egyéb kérdés esetében az asszisztencia szolgáltató a jelen biztosítási szabályzat 4. §-ában meghatározott szolgáltatást nyújtja.

4. § Az asszisztencia szolgáltató szakorvosi vizsgálat és konzultáció ajánlásával és megszervezésével, valamint második orvosi szakvélemény beszerzésével kapcsolatos szolgáltatása

(1) Ha az ügyfél balesete vagy a kiegészítő biztosítás hatályba lépését követően, előzmény nélkül kialakult betegsége miatt, szakorvosi vizsgálatra vagy konzultációra szorul, az asszisztencia szolgáltató az ügyfélnek segítséget nyújt abban, hogy megtalálja a szükségleteinek megfelelő egészségügyi szolgáltatót, ahol az igényelt szakorvosi ellátás vagy konzultáció térítéses betegként elérhető.

(2) Az asszisztencia szolgáltató az ügyfél kérése esetén a szakorvosi vizsgálat vagy konzultáció megszervezését is vállalja.

(3) Az asszisztencia szolgáltató által megszervezett egészségügyi szolgáltatások díját az ügyfél fizeti.

(4) A szakorvosi vizsgálat vagy konzultáció megszervezésének határideje az ügyfél igényének előterjesztésétől számított 10 munkanap.

(5) Amennyiben az ügyfél a számára megrendelt szolgáltatást a megszervezett időpontban nem kívánja igénybe venni, és erről a szolgáltatás időpontját megelőző legalább egy munkanappal korábban nem értesíti

az asszisztencia szolgáltatót, úgy a szolgáltatás ismételt megszervezésére az adott biztosítási éven belül a továbbiakban nem jogosult.

(6) A biztosított a saját balesete vagy a kiegészítő biztosítási szerződés hatálya alatt, előzmény nélkül kialakult súlyos betegségével kapcsolatban, magas szintű szakmai tapasztalattal rendelkező, nemzetközileg elismert, általában külföldi szakorvos által készített orvosi távszakvélemény („második orvosi vélemény”) elkészítését kezdeményezheti. A második orvosi vélemény célja, hogy a biztosított betegségének gyógyítását támogassa.

(7) A második orvosi vélemény az alábbi betegségek esetén igényelhető:

- a) az életet fenyegető rosszindulatú daganatos megbetegedés,
- b) szívbetegségek, beleértve a szív- és érsebészeti beavatkozást szükségessé tevő kórképeket,
- c) szervátültetések,
- d) neurológiai és idegsebészeti betegségek,
- e) az idegrendszer degeneratív betegségei,
- f) a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és állapotok,
- g) az életet fenyegető egyéb betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás.

(8) A (12) bekezdésben meg nem határozott betegségek, állapotok esetén az asszisztencia szolgáltató a második orvosi vélemény nyújtása tekintetében mérlegelési jogkörrel rendelkezik.

(9) A második orvosi vélemény örökletes vagy vele született betegségek, illetve rendellenességek esetén nem vehető igénybe.

(10) A második orvosi vélemény igénybevételének a 2. §-ban meghatározott feltételeken túl az alábbi feltételei vannak:

- a) az asszisztencia szolgáltató által megküldött kérdőív kitöltése,
- b) jogi nyilatkozat aláírása, és mindezek megküldése az asszisztencia szolgáltató részére.

(11) Az igény beérkezését követően az asszisztencia szolgáltató esetfelelős orvost jelöl ki, akinek feladata a következő:

- a) biztosítottól a dokumentáció bekérése és ezek összesítése;
- b) második orvosi vélemény iránti igény jogosságának orvos-szakmai szempontú mérlegelése;
- c) második orvosi véleményt adó orvos kiválasztása, részére a dokumentáció megküldése, illetve az eset kezelése folyamán a kapcsolattartás;
- d) a második orvosi vélemény végső formájának összeállítása.

(12) Az asszisztencia szolgáltató a második orvosi véleményt postán vagy elektronikusan küldi meg a biztosított részére.

(13) Az asszisztencia szolgáltató a második orvosi vélemény átadása után, amennyiben erre a biztosított igényt tart, további konzultációt biztosít a biztosított számára.

(14) A biztosító mentesül a második orvosi vélemény beszerzésének kötelezettsége alól, amennyiben a biztosítottat a második orvosi vélemény tárgyát képező betegség tekintetében Magyarországon orvosi tevékenység végzésére hatósági engedéllyel rendelkező orvos nem vizsgálta meg, így betegségéről nem áll rendelkezésre dokumentáció.

(15) A második orvosi vélemény igénylésekor a biztosítottnak a kérelemhez csatolnia kell az esetről készült orvosi / kórházi leleteket, laboratóriumi vizsgálati eredményeket, orvosi jelentéseket, szövetmintákat, és minden egyéb vizsgálati eredményt, melyek alátámasztják a kezdeti diagnózist, továbbá csatolnia kell az asszisztencia szolgáltató által kért további jelentéseket és vizsgálati eredményeket.

(16) A biztosított kérésére és felhatalmazásával az asszisztencia szolgáltató kapcsolatba lép a kezelőorvossal, hogy megbeszélje vele az esetet, és bekérje tőle a megfelelő második orvosi véleményhez szükséges információt.

(17) A második orvosi vélemény iránti kérelem benyújtása magyar nyelven történik. A második orvosi vélemény kiállítása magyarul és angolul történik, eltérés esetén az angol nyelvű szöveg irányadó.

(18) A második orvosi vélemény az ügyfél által benyújtott adatok megbízhatóságától és pontosságától függ.

(19) A második orvosi vélemény nem használható fel a biztosított kezelőorvosa döntésének helyettesítésére, tekintve, hogy bármely klinikai döntés meghozatalához személyes orvos-beteg találkozás és tényleges orvosi kivizsgálás szükséges.

(20) A második orvosi vélemény elkészítésének határideje 15 munkanap attól az időponttól kezdve, amikor a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges összes dokumentum és lelet az asszisztencia szolgáltató rendelkezésére áll.

(21) A második orvosi vélemény szolgáltatására a biztosító a kiegészítő biztosítás hatályba lépésétől számított három hónap várakozási időt köt ki.

(22) A baleseti eredetű betegséggel, egészségi állapottal kapcsolatos második orvosi vélemény szolgáltatására a biztosító várakozási időt nem köt ki.

5. § Az asszisztencia szolgáltató online szolgáltatása

(1) Online orvosi tanácsadás

a) Az asszisztencia szolgáltató orvosa az ügyfél online felületen, email üzenet formájában eljuttatott kérdéseit az üzenet fogadásától számított 24 órán belül megválaszolja.

b) A válaszok kizárólag tájékoztató jellegűek, és nem helyettesíthetik a személyes orvosi vizsgálatot.

(2) Online táplálkozási tanácsadás

a) Az asszisztencia szolgáltató dietetikusa az ügyfél online felületen, email üzenet formájában eljuttatott, egészséges táplálkozással, diétával kapcsolatos kérdéseit az üzenet fogadásától számított 24 órán belül megválaszolja, illetve ez irányú kérés esetén telefonon tájékoztatja az ügyfelet.

b) A válaszok kizárólag tájékoztató jellegűek, és nem helyettesíthetik a személyes orvosi vizsgálatot.

(3) Szakorvosi vizsgálat és szűrővizsgálat megszervezése

a) Amennyiben az ügyfél betegsége vagy balesete miatt szakorvosi vizsgálatra vagy szűrővizsgálatra szorul, online felületen, email üzenet formájában kérheti ezek megszervezését, vagy jelezheti, hogy ezzel kapcsolatban visszahívást kér. Az asszisztencia szolgáltató az üzenet fogadásától számított 24 munkaórán belül írásban választ küld, vagy visszahívja az ügyfelet, és telefonbeszélgetés során tisztázza a fentiek megszervezésével kapcsolatos körülményeket.

b) A szakorvosi vizsgálat és a szűrővizsgálat költségeit az ügyfél viseli.

c) Amennyiben az ügyfél a megrendelt szolgáltatást a megbeszélt időpontban nem kívánja igénybe venni, és erről legalább egy munkanappal korábban nem értesíti az asszisztencia szolgáltatót, úgy a biztosított a megszervezett szolgáltatás ismételt megszervezésére az adott biztosítási éven belül a továbbiakban nem jogosult.

(4) Online egészségfelmérés

a) Az ügyfél az egészségügyi szolgáltató életmóddal, szív- és érrendszeri kockázatokkal kapcsolatos kérdéseket tartalmazó kérdőívének kitöltésével életmód tanácsot és értékelést kérhet.

b) Az online szolgáltatások igénybevételéhez az ügyfél az e-mail címének megadásával regisztrálja magát az asszisztencia szolgáltató www.drmetonline.hu internetes oldalán.

c) A kérések beérkezése után az asszisztencia szolgáltató ellenőrzi a szolgáltatás igénybevételére való jogosultságot.

d) Jogosult felhasználó esetében az asszisztencia szolgáltató e-mail visszaigazolásán keresztül megerősíti az ügyfél regisztrációját, és ettől kezdve válik jogosulttá az ügyfél az online szolgáltatások igénybevételére.

e) Az online szolgáltatás igénybevételére a biztosító várakozási időt nem köt ki.

6. § Indexálás

A biztosító évente egyszer, minden év május elsejével indexálhatja az asszisztencia kiegészítő biztosítás díját.

A biztosító az index mértékét az Általános Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint határozza meg.

7. § Az asszisztencia szolgáltatást nyújtó szolgáltató módosítása

A biztosító fenntartja a jogot az asszisztencia szolgáltatást nyújtó szolgáltató személyének módosítására.

Budapest, 2016. július 1.

1. SZÁMÚ MELLÉKLET

Az Általános Biztosítási Szabályzatban és a kiegészítő biztosítási szabályzatokban meghatározott változók értékei

A kiegészítő biztosítások összesített minimális díja:	<ul style="list-style-type: none"> – csekkes díjfizetés esetén: 12 000 Ft/év, – egyéb díjfizetés esetén: 6 000 Ft/év
Díjtűrészhatár:	300 Ft
A szerződés létrehozása érdekében felmerült költségek:	
– A típusú orvosi vizsgálat	8 000 Ft + ÁFA
– B típusú orvosi vizsgálat	3 300 Ft + ÁFA
– C típusú orvosi vizsgálat	3 300 Ft + ÁFA
– E típusú orvosi vizsgálat	14 800 Ft + ÁFA
– F típusú orvosi vizsgálat	22 600 Ft + ÁFA
– G típusú orvosi vizsgálat	11 400 Ft + ÁFA
– H típusú orvosi vizsgálat	12 200 Ft + ÁFA
– Költségátalány	2 000 Ft

A díj lehívásának időpontja a folyószámláról:	<p>A folyószámla terhelésének lehetséges kezdő dátumai a biztosító által a bankoknak átadott állomány alapján a következő:</p> <p>2016.07.13. 2016.08.11. 2016.09.13. 2016.10.13. 2016.11.14. 2016.12.13. 2017.01.12. 2017.02.13. 2017.03.13. 2017.04.13. 2017.05.12. 2017.06.14.</p> <p>A biztosító kizárja a felelősséget a saját tevékenységi körén kívül bekövetkező esetleges eltérésekért.</p>
---	---

A jelen mellékletben meghatározott költségek és díjak változtatását a biztosító hirdetményben teszi közzé.

Budapest, 2016. július 1.

2. SZÁMÚ MELLÉKLET

Választható biztosítási összegek, kockázatelbírálási összeghatárok

1. A kiegészítő biztosítások választható biztosítási összegei

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

A biztosítási összeg megválasztásánál a fő- és a kiegészítő biztosítás biztosítási összegét együttesen kell figyelembe venni, továbbá a fő- és a kiegészítő biztosítás az alábbiak szerint csak együttesen köthető meg.

A halál esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 250 000 Ft
- maximuma: 50 000 000 Ft

A baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 500 000 Ft
- maximuma: 50 000 000 Ft

A baleseti halál esetére szóló járadék szolgáltatás kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- **maximuma**, azaz a **kifizethető összjáradék**, a baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének legfeljebb **négyszerese**, azzal, hogy annak összege nem haladhatja meg az 50 000 000 Ft-ot

- minimuma, azaz a havi járadékösszeg 10 000 Ft
- a baleseti halál esetére szóló járadék szolgáltatás kiegészítő biztosítás csak az annak biztosítottjára kötött baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítással együtt köthető meg

A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 500 000 Ft
- maximuma: a baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének négyszerese, de maximum 50 000 000 Ft
- a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás esetére szóló kiegészítő biztosítás az adott biztosítotttra vonatkozó baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás nélkül nem köthető meg
- A baleseti eredetű súlyos maradandó egészségkárosodás esetére szóló járadék szolgáltatás kiegészítő biztosítás biztosítási összegének **maximuma**, azaz a **kifizethető összjáradék** összege, a **baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének** legfeljebb **négyszerese**, azzal, hogy annak összege nem haladhatja meg az 50 000 000 Ft-ot
- minimuma, azaz a havi járadékösszeg: 10 000 Ft

- a baleseti eredetű súlyos maradandó egészségkárosodás esetére szóló járadék szolgáltatás kiegészítő biztosítás csak az annak biztosítottjára kötött baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítással együtt köthető meg

A Critical Care kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 1 000 000 Ft
- maximuma: 50 000 000 Ft

A balesetből származó kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 2 000 Ft
- maximuma: 16 000 Ft
- a balesetből származó kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás az annak biztosítottjára kötött baleseti műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás nélkül nem köthető meg

A kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 2 000 Ft
- maximuma: 16 000 Ft
- a kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás az annak biztosítottjára kötött műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás nélkül nem köthető meg

A baleseti műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 100 000 Ft
- maximuma: 800 000 Ft
- a baleseti műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás az annak biztosítottjára kötött baleseti kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás nélkül nem köthető meg

A műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 100 000 Ft
- maximuma: 800 000 Ft
- a műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás az annak biztosítottjára kötött kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás nélkül nem köthető meg

A csonttörés és égési sérülés esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 100 000 Ft
- maximuma: 800 000 Ft
- a csonttörés és égési sérülés esetére szóló kiegészítő biztosítás az annak biztosítottjára kötött baleseti halál és baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás esetére szóló kiegészítő biztosítás nélkül nem köthető meg

2. Kockázatelbírálási összeghatárok

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

A szerződés létrejöttéhez szükséges orvosi vizsgálatokhoz tartozó összeghatárokat a lenti táblázat tartalmazza:

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

A	Belgyógyászati szakorvosi vizsgálat (mért vérnyomás értékekkel) és vizelet vizsgálat
B	12-elvezetéses EKG
C	Mellkas röntgen
E	1-es típusú laboratóriumi vizsgálat (éhgymri vérvétel)
F	2-es típusú laboratóriumi vizsgálat (éhgymri vérvétel)
G	Terheléses EKG
H	Kardiológiai ultrahang

Budapest, 2016. július 1.

3. SZÁMÚ MELLÉKLET

Milyen részletes szabályok vonatkoznak a díjfizetésre, díjkezelésre?



Díjkezelési tájékoztató

1. Elszámolások és fizetési kötelezettségek pénzneme

A jelen Általános Biztosítási Szabályzat és a kiegészítő biztosítások szabályzata értelmében a fizetési kötelezettségek teljesítésének, valamint a kiegészítő biztosítási szerződéshez kapcsolódó díjak biztosító általi nyilvántartásának pénzneme forint.

2. A beérkezett díjak kezelésének általános sémája

1) A befizetés azonosítása

A beérkezés napján kerül sor a befizetés azonosítására.

2) A befizetés rendeltetésének megállapítása

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

3) A díj jóváírása

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

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. 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.

A befizetések azonosításakor a biztosító vizsgálja a díjfizetőnek a Pmt. szerinti azonosításának megtörténtét. Amennyiben a díjfizető nem azonosított, a befizetést a biztosító az azonosítás megtörténteig kamatmentes letétként kezeli.

ad 2) A befizetés rendeltetésének megállapítása

A szerződő a kiegészítő biztosításokra előírt rendszeres díjat fizethet be.

– Az **előírt rendszeres díj** a választott díjfizetési gyakoriság szerinti következő biztosítási időszak első napján esedékes.

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

Az egyes kiegészítő biztosítások tekintetében az alábbi díjfizetési módok választhatók:

Folyószámla közvetlen terhelése
Postai / postai (bianco) csekkes befizetés
Ügyfél által kezdeményezett banki átutalás

a) Folyószámla közvetlen terhelése

A szerződő folyószámlájának a szerződő felhatalmazásával történő közvetlen terhelése esetén 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, előrenyomtatott összeget tartalmazó csekken érkezett befizetést rendszeres 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 Díjkönyvelési Csoportjához eljuttatni (cím a Cégismertetőben).

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.

A biztosítási díj rendeltetése	Bankszámlaszám	IBAN formátumú bankszámlaszám
Forint devizanemű díjbevitel számla		
Rendszeres díj	10918001-00000005-07640011	HU96 1091 8001 0000 0005 0764 0011

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	<ul style="list-style-type: none"> – ha a díjtűrészhatárnál kisebb a különbség, akkor a díjat a biztosító jóváírja. – ha a díjtűrészhatárnál 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.
megegyezik az előírt díjjal, akkor	a biztosító jóváírja.
nagyobb, mint az előírt díj, akkor	<ul style="list-style-type: none"> – a díjat vagy annak többszörösét a biztosító jóváírja, a maradék összeget pedig amennyiben kisebb, mint az előírt díj, de a díjtűrészhatárnál nagyobb, az összeghatártól függően visszautalja, vagy díjkülönbözetet kér be.

ad 3) A díj jóváírása

A már esedékes, rendszeres díjakat a beérkezés napján írja jóvá a biztosító.

3. 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

Budapest, 2016. július 1.

4. 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 nyomtatványát
- 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
- munkahelyi baleseti jegyzőkönyv (ha készült)
- véralkohol vizsgálati eredmény (ha készült)
- toxikus anyagok szedésére vonatkozó vizsgálati eredmény (ha készült)
- külföldön bekövetkezett biztosítási esemény esetén a biztosítási esemény körülményeiről a külföldi állami, vagy önkormányzati hatóság és egészségügyi intézmények által kiállított okiratok hiteles magyar fordítása
- a baleset tényét és körülményeit igazoló rendőrhatalósági jegyzőkönyv (amennyiben ilyen készült)

Valamennyi baleseti szolgáltatási igény esetén:

- amennyiben a sérült testrészt a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően már károsodott, a korábban felállított orvosi diagnózisok, vizsgálatok, gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentációk másolatait (ha létezik ilyen)

Csonttörés, égési sérülés szolgáltatás iránti igény esetén:

- a csonttörést, csontrepedést vagy égési sérülést igazoló lelet másolata (szükség esetén a biztosító bekerheti az eredeti röntgenképet is)
- a kórházi tartózkodásról és ellátásról szóló dokumentáció (zárójelentés) másolata, amely tartalmazza a kórházi tartózkodás időtartamát, a kórtörténeti adatokat, a felállított diagnózisokat, az alkalmazott kezeléseket, valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával
- a sérült testrészrel kapcsolatban, a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően felállított, orvosi diagnózisok, vizsgálatok, gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentációk másolatai (ha létezik ilyen)

Critical Care kiegészítő biztosításra vonatkozó szolgáltatás iránti igény esetén:

- a biztosítási eseményt leíró és alátámasztó, szakorvos- vagy intézmény által igazolt orvosi dokumentációt (zárójelentések, vizsgálati- és szövettani eredmények)
- szükség esetén a biztosítási eseményt alátámasztó, aktuálisan elvégzett szakorvosi vizsgálati eredményt
- a biztosító által a bejelentést követően meghatározott egyéb iratot vagy dokumentumot, illetve vizsgálati eredményt

Kórházi ellátás esetére irányuló szolgáltatási igény esetén:

- a kórházi tartózkodásról és ellátásról szóló magyar nyelvű egészségügyi dokumentáció (zárójelentés) másolata, amely tartalmazza a kórházi tartózkodás időtartamát, a kórtörténeti adatokat, a felállított diagnózisokat, az alkalmazott kezeléseket, illetve műtét esetén a műtéti beavatkozás pontos leírását, valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával
- kórházi zárójelentés (nem kórházi igazolás!), külföldi kórházi zárójelentés esetén magyar nyelvű hiteles fordítással
- ambuláns lap, orvosi dokumentumok másolata, hiteles magyar nyelvű fordítással
- a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata a káresemény hátterében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismézésének pontos időpontjával

Baleseti eredetű 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 boncolás történt
- halotti epikrízist tartalmazó kórházi zárójelentés

- az eredeti, érvényben lévő biztosítási kötvény vagy a kötvény elvesztésére vonatkozó nyilatkozat két tanú aláírásával
- azon okiratok, amelyek a kedvezményezetti jogosultság (személyazonosítás, illetve kedvezményezetti vagy örökös stáusz) igazolásához szükségesek
- jogerős öröklési bizonyítvány vagy jogerős hagyatékátadó végzés másolata (abban az esetben kell csatolni, ha a kedvezményezettet nem nevezték meg, vagy a kedvezményezett a biztosított előtt elhalálozott, és a kedvezményezett módosítására nem került sor)
- gyámhatósági határozat (kiskorú kedvezményezett esetén)
- haláleset utáni orvosi jelentés formanyomtatvány vagy a kezelőorvos, házi orvos nyilatkozata a káresemény hátterében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismézésének pontos időpontjával

Budapest, 2016. július 1.



Mit érdemes tudni a biztosítóról?

A MetLife, Inc. (NYSE: MET) leányvállalatain és tagvállalatain keresztül („MetLife”) a világ egyik legnagyobb életbiztosító társasága. Az 1868-ban alapított MetLife leányvállalatain és társvállalatain keresztül világszerte kínál életbiztosítási és életjáradék programokat, alkalmazotti juttatásokat, valamint vagyonkezelői szolgáltatásokat. A MetLife Magyarországi Fióktelepe 2012-ben lépett be a MetLife márkanévet viselő vállalatok sorába. Valós pénzügyi igényeken alapuló életbiztosítási és megtakarítási, valamint baleset- és betegségbiztosítási programjaink segítségével, egész életen át tartó kapcsolat kialakítására törekszünk ügyfeleinkkel.

A MetLife név világszerte csaknem **50 országban** jelent **bizalmat** mintegy **100 millió ügyfél** számára.

A MetLife vállalati ügyfelei közül **90 vállalat** a **Fortune 500-as** listájának első 100 helyezettje között szerepel.



A **magyarországi vállalat** 2015-ben és 2016-ban is elnyerte a **Superbrands** kitüntetést az életbiztosítási kategóriában.

FORTUNE
WORLD'S MOST
ADMIRED
COMPANIES 2015
#1 IN INSURANCE: LIFE & HEALTH

Tudta-e?

Már több mint 140 éves múlttal rendelkezünk. Mi voltunk az első életbiztosító aki kárkifizetést nyújtott a Titanic túlélői számára.

Mi több, a 2001. szeptember 11-i terrortámadás után a kárigények gyors kifizetése mellett további 1 milliárd dollárt fektettünk be részvényekbe, annak érdekében, hogy segítsük a pénzügyi piacok helyreállítását.

Biztos társak vagyunk egy váratlan esemény bekövetkezése esetén is! Társaságunk Magyarországon átlagosan 8 munkanapon belül teljesíti a kárkifizetést.

Mekkora a MetLife, Inc. versenytársaihoz képest?

Rangsor	Társaság	Jegyzett tőke (milliárd dollár)
21.	Allianz	926,2
48.	MetLife	884,2
125.	Generali Group	539,3
339.	NN Group	175,9
343.	Aegon	441,3
1181.	Uniq	35
1188.	Vienna Insurance Group	48,2

Forrás: Forbes – A világ Top 2000 vállalata, 2016. májusi adatok alapján www.forbes.com

☎ 06 1 391 1300

🌐 www.metlife.hu

© 2016 PNTS

Mit érdemes tudni a biztosítóról?



Általános információk

Cégnév: MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepe

Cím: 1138 Budapest, Népfürdő u. 22.

Cégjegyzékszám: 01-17-000934

Adószám: 25363926-2-41

Jegyzett tőke: 10,7 milliárd forint

Ügyfélszolgálat: 06 1 391 1300

Internet: www.metlife.hu

Email: info@metlife.hu

Anyavállalat: MetLife Europe Limited

Székhelye: 20 on Hatch, Lower Hatch Street, Dublin 2, Írország

Nyilvántartási száma: 415123

Nyilvántartását végző hatóság: Central Bank of Ireland

Tulajdonosa: MetLife EU Holding Company Limited, American Life Insurance Company, MetLife Holdings (Cyprus) Limited és International Technical and Advisory Services Limited (ITAS)

Felügyeleti szerv: Ír Pénzügyi Szolgáltatások Hatóságának Központi Bankja (Central Bank of Ireland, PO Box 559, Dame Street, Dublin 2, Írország), a fogyasztóvédelmi kérdésekben eljáró hatóság a Magyar Nemzeti Bank (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.)

A fizetőképességről és pénzügyi helyzetéről szóló éves jelentés: a MetLife Europe Limited a fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről szóló éves jelentést (SFCR) minden év június 30. napjáig teszi közzé a www.metlife.hu honlapon. Az első közzététel 2017. június 30-án esedékes.
