

MetLife®



A Metlife Europe d.a.c. MetMax Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297)

Általános Biztosítási Szabályzata

Budapest, 2018. január 1.

TARTALOMJEGYZÉK

Összefoglaló kivonat a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítás (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) általános biztosítási szabályzatához	5
A Metlife Europe d.a.c. MetMax Élet-, Baleset- És Egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) Általános Biztosítási Szabályzata	8
I. A biztosítási szerződéssel kapcsolatos általános fogalmak	8
II. A baleset- és egészségbiztosítással kapcsolatos fogalmak	9
III. A biztosítási szerződés alanyai	10
IV. A biztosítási szerződés megkötése, a kockázatviselés kezdete	11
V. Várakozási idő	12
VI. A szerződéskötés különös szabályai	12
VII. A biztosítási szerződés létrejötte a biztosító ráutaló magatartásával	12
VIII. A biztosítási szerződés megkötését megelőző tájékoztatás	12
IX. A biztosítási szerződés megkötését követő tájékoztatás	12
X. A biztosítási érdek	13
XI. Kedvezményezett kijelölése	13
XII. A biztosítási szerződés tartama	13
XIII. Belépés a szerződésbe	13
XIV. Közlési és változás bejelentési kötelezettség	14
XV. A biztosítási kockázat jelentős növekedése	14
XVI. A biztosítás díja	14
XVII. Az értékkövetés	15
XVIII. A díjfizetési kötelezettség elmulasztásának következményei	15
XIX. A biztosítási szerződés ismételt hatályba léptetése	15
XX. A biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás	15
XXI. A biztosítási esemény bekövetkezésére vonatkozó bejelentési kötelezettség	16
XXII. A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése	18
XXIII. A biztosító mentesülése	18
XXIV. Kizárások	18
XXV. A biztosítási szerződés különös felmondása	19
XXVI. A biztosítási szerződés rendes felmondása	20
XXVII. A biztosítás megszűnése	20
XXVIII. A biztosítási titok	20
XXIX. A veszélyközösség védelme céljából történő adatátadás	22
XXX. Az ügyfelek adatkezeléssel kapcsolatos jogai és azok érvényesítése	22
XXXI. Panaszkezelés	23
XXXII. Adózással kapcsolatos szabályok	23
XXXIII. Jognyilatkozatok	24
XXXIV. Elévülés	24
XXXV. Irányadó jog, illetékes bíróság	24
XXXVI. A biztosítási szerződésre vonatkozó jogszabályi rendelkezésektől lényegesen eltérő feltételek	24
Halálesetre szóló (kockázati) biztosítás (MET-K36; MET-EK7) Különös Biztosítási Szabályzata	26
Hirtelen halál esetére szóló biztosítás (MET-SD3; MET-ED3) Különös Biztosítási Szabályzata	27

Baleseti halál esetére szóló biztosítás (MET-HCI; MET-EHJ) Különös Biztosítási Szabályzata	28
Baleseti halál esetére szóló járadék szolgáltatás biztosítás (MET-HC2; MET-HC3; MET-EHK; MET-EHL) Különös Biztosítási Szabályzata	29
Közlekedési baleseti halál esetére szóló biztosítás (MET-TA4; MET-EA4) Különös Biztosítási Szabályzata	30
Szülők egyazon balesetből bekövetkező halála esetére szóló biztosítás (MET-OR6; MET-EO6) Különös Biztosítási Szabályzata	31
Szülők egyazon balesetből bekövetkező halála esetére szóló járadék szolgáltatás biztosítás (MET-OR7; MET-EO7; MET-OR8; MET-EO8) Különös Biztosítási Szabályzata	32
Baleseti maradandó egészségkárosodás (1%-) esetére szóló biztosítás (MET-RC1; MET-EC1) Különös Biztosítási Szabályzata	33
Baleseti maradandó egészségkárosodás (1%-) esetére szóló biztosítás 250%-ig terjedő progresszív térítéssel (MET-RC2; MET-EC2) Különös Biztosítási Szabályzata	35
Baleseti maradandó egészségkárosodás (31%-) esetére szóló biztosítás (MET-RC7; MET-EC7) Különös Biztosítási Szabályzata	37
Baleseti maradandó egészségkárosodás (61%-) esetére szóló biztosítás (MET-RC8; MET-EC8) Különös Biztosítási Szabályzata	39
Baleseti maradandó egészségkárosodás (51%-) esetére szóló járadék szolgáltatás biztosítás (MET-RC5; MET-EC5; MET-RC6; MET-EC6) Különös Biztosítási Szabályzata	41
Maradandó egészségkárosodás és rehabilitáció esetére szóló biztosítás (MET-Y01; MET-EY1) Különös Biztosítási Szabályzata	43
Maradandó egészségkárosodás és rehabilitáció esetére szóló járadék szolgáltatás biztosítás (MET-Y02; MET-EY2; MET-Y03; MET-EY3) Különös Biztosítási Szabályzata	45
Csonttörés és égési sérülés esetére szóló biztosítás (MET-F14; MET-EF2) Különös Biztosítási Szabályzata	47
Balesetből származó kórházi ellátás esetén, (1. naptól) napi térítésre szóló biztosítás (MET-NB3; MET-ENA) Különös Biztosítási Szabályzata	48
Balesetből származó kórházi ellátás esetén, (5. naptól) napi térítésre szóló biztosítás (MET-NB4; MET-ENB) Különös Biztosítási Szabályzata	50
Balesetből származó kórházi ellátás esetén, (1. naptól) napi térítésre szóló biztosítás 200%-ig terjedő progresszív térítéssel (MET-NB5; MET-ENC) Különös Biztosítási Szabályzata	51
Balesetből származó kórházi ellátás esetén, (5. naptól) napi térítésre szóló biztosítás 200%-ig terjedő progresszív térítéssel (MET-NB6; MET-END) Különös Biztosítási Szabályzata	53
Balesetből származó műtéti beavatkozás esetére szóló biztosítás (MET-SB3, MET-ESC) Különös Biztosítási Szabályzata	55
Balesetből származó műtéti beavatkozás esetére szóló biztosítás 200%-ig terjedő progresszív térítéssel (MET-SB4, MET-ESD) Különös Biztosítási Szabályzata	56
Kórházi ellátás esetén, (1. naptól) napi térítésre szóló biztosítás (MET-NB7; MET-ENE) Különös Biztosítási Szabályzata	58
Kórházi ellátás esetén, (5. naptól) napi térítésre szóló biztosítás (MET-NB8; MET-ENF) Különös Biztosítási Szabályzata	60
Kórházi ellátás esetén, (1. naptól) napi térítésre szóló biztosítás 200%-ig terjedő progresszív térítéssel (MET-NB9; MET-ENG) Különös Biztosítási Szabályzata	62
Kórházi ellátás esetén, (5. naptól) napi térítésre szóló biztosítás 200%-ig terjedő progresszív térítéssel (MET-NB0; MET-ENH) Különös Biztosítási Szabályzata	64
Műtéti beavatkozás esetére szóló biztosítás (MET-SB5, MET-ESE) Különös Biztosítási Szabályzata	66
Műtéti beavatkozás esetére szóló biztosítás 200%-ig terjedő progresszív térítéssel (MET-SB6, MET-ESF) Különös Biztosítási Szabályzata	68
Critical Care biztosítás (MET-C28; MET-C69; MET-C29; MET-C70; MET-C30; MET-C71) Különös Biztosítási Szabályzata	70
Cukorbetegség súlyos szövődményei esetére szóló biztosítás (MET-DI3, MET-EI3) Különös Biztosítási Szabályzata	76

Dr. MetLine Magyarország Asszisztencia biztosítás Különös Biztosítási Szabályzata (MET-A27, MET-A28)	78
Dr. MetLine Magyarország Asszisztencia biztosításhoz kapcsolódó közlekedési baleseti halál esetére szóló biztosítás Különös Biztosítási Szabályzata	80
Dr. MetOnLine Asszisztencia biztosítás Különös Biztosítási Szabályzata (MET-A47, MET-A48)	81
1. SZÁMÚ MELLÉKLET: Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata	84
2. SZÁMÚ MELLÉKLET: Csonttörések és égési sérülések táblázata	85
3. SZÁMÚ MELLÉKLET: Műtéti beavatkozások táblázata	86
4. SZÁMÚ MELLÉKLET: A szerződés kiemelt paraméterei	90
5. SZÁMÚ MELLÉKLET: Díjkezelési tájékoztató	92
6. SZÁMÚ MELLÉKLET: Cégismertető	94
7. SZÁMÚ MELLÉKLET: Az adózással kapcsolatos szabályok	96

Összefoglaló kivonat a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítás (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) általános biztosítási szabályzatához

Az Összefoglaló kivonat célja és tartalma

A jelen összefoglaló kivonat célja az, hogy az ügyfél tájékozott döntésének elősegítése érdekében, közérthetően, átlátható és könnyen kezelhető módon, bemutassa a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítások (MET-285, MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) („biztosítási szerződés” vagy „biztosítás”) legfontosabb paramétereit és lényeges elemeit.

A jelen összefoglaló kivonat nem tartalmazza teljes körűen a biztosítási szerződésekre irányadó valamennyi feltételt. Ezen feltételekről az ügyfél részletesen a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) Általános Biztosítási Szabályzatában, illetve az egyes biztosítások Különös Biztosítási Szabályzatában tájékozódhat. Jelen Szabályzat a www.metlife.hu oldalon is elérhető.

Kinek ajánlja a biztosító a biztosítást?

A biztosítást a biztosító azon ügyfeleknek ajánlja, akik szükségesnek tartják, hogy a biztosító a maguk vagy szeretteik életével, egészségével kapcsolatos eseményekre is biztosítási fedezetet nyújtson.

Milyen jogosultságai vannak a biztosításközvetítőnek?

A biztosításközvetítő tevékenysége a biztosítási szerződés megkötésének elősegítésére, a biztosítási termékek ismeretetésére, ajánlására, az ezzel kapcsolatos felvilágosításra, a biztosítási szerződések értékesítésének szervezésére, továbbá a biztosítási szerződések lebonyolításában és teljesítésében való közreműködésre terjed ki. A biztosításközvetítő a biztosító nevében jognyilatkozat tételre nem jogosult. A biztosításközvetítő biztosítási díj átvételére, illetve a biztosítótól az ügyfélnek járó összeg kifizetésében való közreműködésre nem jogosult.

Kik a biztosításban érintett személyek?

A biztosítás a biztosító és a szerződő között, a biztosított életével, egészségével kapcsolatos biztosítási eseményre jön létre. A szerződő és a biztosított azonos vagy különböző személy lehet. A biztosított olyan személy lehet, aki a biztosítási szerződés megkötésekor a 16. életévét betöltötte, és az egyes biztosításokra megállapított maximális belépési életkort nem töltötte be. A biztosítási szerződés legfeljebb 5 biztosítottra jöhet létre. A kedvezményezett az a személy, aki a biztosítási szolgáltatásra jogosult.

(Részletek a 10. oldalon.)

Mi a kockázatviselés tartama?

A biztosító kockázatviselése a felek által a biztosítási szerződésben meghatározott időpontban, ennek hiányában a szerződés létrejöttének időpontjában kezdődik, feltéve, hogy a biztosítás első díját vagy díjrészletét megfizették. A kockázatviselés tartama megegyezik a biztosítási szerződés tartamával. A biztosító egyes biztosítási események

kockázatát csak a biztosítási szerződés létrejöttét követő későbbi időponttól vállalja. (Részletek a 11. oldalon.)

Mi a biztosítás tartama?

A biztosítási szerződés egy éves időtartamra jön létre azzal, hogy amennyiben a felek annak megszűnését legalább 30 nappal megelőzően írásban eltérően nem nyilatkoznak, a biztosítási szerződés az 1 éves időtartam elteltével minden esetben újabb 1 évvel meghosszabbodik, kivéve, ha a biztosított betöltötte a maximális belépési életkort. (Részletek a 13. oldalon.)

Miről tájékoztatja a biztosító a szerződőt?

A biztosítási szerződés megkötése előtt a biztosító írásban tájékoztatja a szerződőt a biztosító adatairól és a biztosítási szerződés jellemzőiről.

A biztosítási szerződés tartama alatt a biztosító írásban tájékoztatja a szerződőt a biztosítás létrejöttéről, valamint annak szolgáltatási értékéről és egyéb, külön jogszabály által előírt adatokról.

(Részletek a 12. oldalon.)

Szükséges-e a biztosított hozzájárulása a biztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához?

A biztosítási szerződés létrejöttéhez és módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges, ha a szerződést nem ő köti meg.

(Részletek a 13. oldalon.)

Melyek a kedvezményezett kijelölésének szabályai?

A szerződő a kedvezményezettet a biztosítóhoz címzett és a biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal jelölheti ki. Ha nem a biztosított a szerződő fél, a kedvezményezett kijelöléséhez a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Kedvezményezettnek több személy is jelölhető, illetve a biztosítási szerződés különböző szolgáltatásaira különböző személyek is jelölhetők kedvezményezettnek. (Részletek a 13. oldalon.)

Milyen kötelezettségei vannak a szerződőnek és a biztosítottak?

A szerződő és a biztosított köteles a biztosítási szerződés megkötésekor minden lényeges körülményt, a biztosítási szerződés megkötését követően pedig az azokban bekövetkezett változást a biztosítóval közölni. A szerződő a díj fizetésére köteles. A szerződő és a biztosított (kedvezményezett) köteles a biztosítási eseményt a biztosítónak határidőben bejelenteni és a szükséges felvilágosításokat megadni.

(Részletek a 13. oldalon.)

Milyen szabályok vonatkoznak a biztosítási díjra?

A biztosítás első díja vagy díjrészlete a felek által meghatározott időpontban, ennek hiányában az ajánlat megteletkor, minden további díj vagy díjrészlet pedig annak az

időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.

A biztosítási díj éves díj, a szerződő felek azonban megállapodhatnak az éves díj havi, negyedéves vagy féléves részletekben történő megfizetésében.

(Részletek a 14. oldalon.)

Hogyan őrzi meg a biztosítás az értékét?

Amennyiben a biztosítási szerződés rendelkezik az értékvetés jogával, a biztosító minden biztosítási évfordulón felajánlja a szerződőnek, hogy a biztosítási összeget és a biztosítás rendszeres díját meghatározott mértékkel és módon növelje.

(Részletek a 15. oldalon.)

Hatályba helyezhető-e újra a díjfizetés elmulasztása miatt megszünt biztosítás?

A díjfizetési kötelezettség elmulasztása miatt megszünt biztosítás esetén, a megszünés napjától számított 180 napon belül, a szerződő, az elmaradt díjak megfizetésével kérheti a biztosítás ismételt hatályba léptetését.

(Részletek a 15. oldalon.)

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

A biztosító a biztosított és a további biztosítottak életével, egészségével kapcsolatos biztosítási eseményekre nyújt szolgáltatást.

Az élet-, baleset- és egészségbiztosítási események és szolgáltatások rendkívül széles köre lehetőséget biztosít a szerződő számára arra, hogy a maga vagy szerettei életével, egészségével kapcsolatos eseményekre megfelelő biztosítási fedezetet válasszon.

A halál esetére szóló életbiztosítás a biztosított halála, míg a hirtelen halál esetére szóló életbiztosítás a biztosított baleseti, vagy betegségből eredő, hirtelen bekövetkezett halála esetére nyújt egyösszegű biztosítási szolgáltatást.

(Részletek a 26., 27. oldalon.)

A baleseti halál esetére szóló balesetbiztosítás a biztosított baleseti eredetű halála esetére nyújt egyösszegű vagy járadék formájában fizetett biztosítási szolgáltatást.

(Részletek a 28. oldalon.)

A baleseti halál esetére szóló balesetbiztosítás a szülők egyazon balesettel összefüggésben bekövetkezett halála esetére is köthető, akár egyösszegű, akár járadék formájában fizetett biztosítási összeg választása mellett.

(Részletek a 31. oldalon.)

A közlekedési baleseti halál esetére szóló balesetbiztosítás a biztosított közlekedési baleseti eredetű halála esetére nyújt egyösszegű biztosítási szolgáltatást.

(Részletek a 30. oldalon.)

A baleseti maradandó egészségkárosodás esetére szóló egészségbiztosítás a biztosított baleseti eredetű teljes vagy részleges maradandó egészségkárosodása esetére nyújt fedezetet.

A szerződő a biztosított teljes maradandó egészségkárosodása mellett a biztosított 1, 31, 51, illetve a 61%-os mértéket elérő részleges maradandó egészségkárosodása esetére köthet egészségbiztosítást, emellett a teljes maradandó egészségkárosodás, illetve a legalább 1%-os mértéket elérő részleges maradandó egészségkárosodás esetére szóló biztosítás a biztosítási összeg 250%-áig terjedő mértékű térítési összegre is köthető.

(Részletek a 33-42. oldalon.)

Balesetből, illetve balesetből vagy betegségből eredő maradandó egészségkárosodás esetére szóló egészségbiztosítás a biztosított teljes vagy részleges maradandó egészségkárosodása esetére nyújt egyösszegű vagy járadék formájában fizetett biztosítási szolgáltatást.

(Részletek a 43-46. oldalon.)

Csonttörés és égési sérülés esetére is választható egészségbiztosítás.

(Részletek a 47. oldalon.)

Balesetből, illetve balesetből vagy betegségből eredő kórházi ellátásra az 1. és az 5. naptól is köthető egészségbiztosítás, emellett az 1. naptól, illetve az 5. naptól szóló biztosítások a biztosítási összeg 200%-áig terjedő mértékű térítési összegre is köthető. Az intenzív kórházi ellátás idejére a biztosító csak az 1. naptól térítőt biztosítás esetében a biztosítási összeg 50%-os mértékkel növelt összegét fizeti ki.

(Részletek a 48-54., 58-65. oldalon.)

Balesetből, illetve balesetből vagy betegségből eredő műtéti beavatkozásra illetve a biztosítási összeg 200%-áig terjedő mértékű térítési összegre is köthető egészségbiztosítás.

(Részletek a 55-57., 66-69. oldalon.)

A Critical Care egészségbiztosítás súlyos betegségek bekövetkezésének esetére nyújt fedezetet. A biztosító a súlyos betegségeket három csoportba sorolja, a biztosítás a szerződő választása alapján, a súlyos betegségek meghatározott csoportjába tartozó betegségek bekövetkezése esetére köthető.

(Részletek a 70. oldalon.)

Az egészségbiztosítás a cukorbetegség súlyos szövődményeire is köthető.

(Részletek a 76. oldalon.)

A Dr. MetLine Asszisztencia egészségbiztosítások a szerződő választása alapján Magyarország területén nyújtanak fedezetet napi 24 órában, magyar nyelven nyújtott telefonos orvosi tanácsadás igénybevételére, szakorvosi vizsgálat megszervezésére, betegszállítás és betegápolás ellátására.

(Részletek a 78. oldalon.)

A Dr. MetOnLine Asszisztencia egészségbiztosítás a fenti-eken túl külföldi szakorvos által készített orvosi szakvélemény kiállítására, online orvosi- és táplálkozási tanácsadás

ellátására, online egészségfelmérésre, illetve szakorvosi- és szűrővizsgálat online igénylésére és megszervezésére nyújt fedezetet.

(Részletek a 81. oldalon.)

Mit kell tenni, ha káresemény történik?

A biztosítási eseményt, annak bekövetkezésétől számított 30 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 biztosító a biztosítási szolgáltatást a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához szükséges összes okirat benyújtását követő 30 napon belül teljesíti, amennyiben a teljesítésre köteles.

Mely esetekben mentesül a biztosító a szolgáltatási kötelezettség alól, illetve mely esetekre nem terjed ki a biztosítás?

A biztosító a biztosítások Általános Biztosítási Szabályzatában és Különös Biztosítási Szabályzatában meghatározott esetekben mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, illetve az Általános Biztosítási Szabályzatban és a Különös Biztosítási Szabályzatokban meghatározott eseményeket kizárja a kockázatviselés köréből.

(Részletek a 18. oldalon.)

Hogyan szűnik meg a biztosítás?

A fogyasztónak minősülő ügyfél az életbiztosítási szerződést az annak létrejöttétől számított tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül felmondhatja. A biztosítási szerződés megszűnik a biztosított halála esetén, ha a biztosítási esemény bekövetkezik, kivéve ha a biztosítási szerződés Különös Biztosítási Szabályzata eltérően nem rendelkezik, a biztosított lejáratú életkorának betöltése esetén a biztosítási időszak utolsó napján, ha a biztosítási szerződést a szerződő vagy a biztosító felmondja, ha a biztosítási szerződés Különös Szabályzata úgy rendelkezik, a díjfizetési kötelezettség elmulasztása esetén, és a biztosítás Különös Biztosítási Szabályzatában meghatározott esetekben.

(Részletek a 19. oldalon.)

Hogyan kezeli a biztosító a személyes és a biztosítási titoknak minősülő adataimat?

A biztosító az ügyfelek személyes és biztosítási titoknak minősülő adatait az ügyfelek hozzájárulása alapján jogosult kezelni. Az adatkezelés célhoz kötött, azaz a biztosító csak azokat a személyes és biztosítási titoknak minősülő adatokat jogosult kezelni, amelyek a biztosítás létrejöttével, nyilvántartásával, a biztosítási szolgáltatással összefüggnek. A biztosító az adatokat csak abban az esetben továbbíthatja harmadik személyek részére, ha ahhoz az ügyfél hozzájárult vagy az adattovábbítást jogszabály lehetővé teszi. A biztosítások Általános Biztosítási Szabályzata részletesen és teljes körűen tartalmazza azoknak a szervezeteknek a felsorolását, amelyeknek a biztosító az ügyfelek személyes és biztosítási titoknak minősülő adatait továbbíthatja.

(Részletek a 20. oldalon.)

Hogyan és hol terjeszthető elő a biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panasz?

Az ügyfél panaszát szóban vagy írásban a biztosítónál terjesztheti elő. A biztosító a panaszt megvizsgálja és szükség szerint orvosolja.

A panasz elutasítása esetén a biztosító válaszában írásban tájékoztatja az ügyfelet arról, hogy a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvényben meghatározott fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Felügyeletnél fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet, vagy a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén bírósághoz fordulhat, vagy a Pénzügyi Békéltető Testület eljárását kezdeményezheti, amennyiben a Pénzügyi Békéltető Testület eljárására vonatkozó szabályok alapján fogyasztónak minősül.

(Részletek a 23. oldalon.)

Melyek a biztosítások adózására vonatkozó szabályok?

A biztosítás adózásával kapcsolatos szabályokat a biztosítások Általános Biztosítási Szabályzat, Az adózással kapcsolatos szabályok című 7. számú melléklete tartalmazza, továbbá a mindenkor hatályos adózási szabályok a biztosító honlapján megtalálhatók.

(Részletek a 23. oldalon.)

Mikor hatályos a biztosítási szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozat?

A biztosítási szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozat akkor hatályos, ha azt írásban tették, és az a másik félhez megérkezett, illetve telefonon, PIN kód használatával tették.

(Részletek a 24. oldalon.)

Meddig érvényesíthető a biztosítási szerződésből eredő igény?

Az ügyfél a biztosításból eredő követelését a követelés esedékessé válásától számított 5 évig érvényesítheti.

(Részletek a 24. oldalon.)

Hogyan tájékozódhat a szerződő a legegyszerűbben a biztosítással kapcsolatos információkról?

A MyMetLife ügyfélportál használatával a szerződő elektronikusan tájékozódhat a biztosítással kapcsolatos adatokról, befektetésének aktuális értékéről, továbbá adattovábbítást és tranzakciókat végezhet a biztosításon.

Mit érdemes tudni a biztosítóról?

A biztosító a tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejti MetLife Europe d.a.c. A biztosító és magyarországi fióktelepe adatait a kiegészítő biztosítások Általános Biztosítási Szabályzatának, Cégismerető című, 6. számú melléklete tartalmazza.

A METLIFE EUROPE D.A.C. METMAX ÉLET-, BALESSET- ÉS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSOK (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) ÁLTALÁNOS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A jelen Általános Biztosítási Szabályzatban foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. („biztosító”) élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződéseire („biztosítási szerződés” vagy „biztosítás”) érvényesek, feltéve, hogy a szerződést a felek a jelen Általános Biztosítási Szabályzatra hivatkozással kötötték. A jelen Általános Biztosítási Szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a biztosítások biztosítási szabályzatainak rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései irányadók.

I. A biztosítási szerződéssel kapcsolatos általános fogalmak

- 1. Aktuális biztosítási díj:** A biztosítási tartam egy időpontjában érvényes biztosítási díj, amelynek összege a jelen Általános Biztosítási Szabályzatban meghatározott értékkel, illetve díjmódosítás következtében változhat.
- 2. Aktuális biztosítási összeg:** A biztosítási összeg módosítása következtében megváltozott biztosítási összeg, amely a biztosítási tartamon belül egy adott időpontban aktuális, a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás alapjául szolgáló összeg.
- 3. Biztosítási ajánlat:** A szerződő, biztosítási szerződés megkötésére irányuló, írásbeli szándéknyilatkozata.
- 4. Biztosítási díj:** A szerződő által, a biztosító fedezetvállalásának ellenértékeként fizetett rendszeres díj.
- 5. Biztosítási esemény:** A biztosított életével, egészségével kapcsolatos olyan esemény, amelyet a biztosítás Különös Biztosítási Szabályzata ekként határoz meg, és amely a biztosító szolgáltatását kiváltja.
- 6. Biztosítási év:** A biztosítási szerződés létrejöttének napjától a következő év azonos napjáig, illetve minden azt követő év azonos napjáig terjedő időtartam. Amennyiben egy adott hónapban nincs olyan nap, amely a biztosítási szerződés létrejöttének napjával megegyezik, a biztosítási év kezdő napja a hiányzó napot követő nap. Amennyiben a jelen Általános Biztosítási Szabályzat eltérően nem rendelkezik év alatt biztosítási évet kell érteni.
- 7. Biztosítási évforduló:** A biztosítási év végének, egyben az új biztosítási év kezdetének a napja.
- 8. Biztosítási hónap:** A biztosítási szerződés létrejöttének napjától a következő hónap azonos napjáig, illetve

minden azt követő hónap azonos napjáig terjedő időtartam. Amennyiben egy adott hónapban nincs olyan nap, amely a biztosítási szerződés létrejöttének napjával megegyezik, a biztosítási hónap kezdő napja a hiányzó napot követő nap. Amennyiben a jelen Általános Biztosítási Szabályzat eltérően nem rendelkezik, hónap alatt biztosítási hónapot kell érteni.

9. Biztosítási hónapforduló: A biztosítási hónap végének, egyben az új biztosítási hónap kezdetének a napja.

10. Biztosítási időszak: Egy év, amelynek kezdete a biztosítási szerződés létrejöttének napja, vége pedig a biztosítási időszak utolsó napja (fordulónap). A biztosítási időszak a fordulónapot követő napon újra kezdődik. Amennyiben a fordulónap munkaszüneti napra esik, a fordulónap az ezt követő első munkanap.

11. Biztosítási összeg: Az a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás alapjául szolgáló összeg, amelynek megfizetését, mint biztosítási szolgáltatást, a biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a jelen Általános Biztosítási Szabályzatban foglaltak szerint vállalja.

12. Biztosítási titok: Minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a biztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a biztosításközvetítő ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

13. Biztosításközvetítő: A biztosítási szerződés létrehozására irányuló üzletszerű tevékenységet végző természetes vagy jogi személy, akinek tevékenysége kiterjed a biztosítási szerződés megkötésének elősegítésére, a biztosítási termékek ismertetésére, ajánlására, az ezzel kapcsolatos felvilágosításra, a biztosítási szerződések értékesítésének szervezésére, továbbá a biztosítási szerződések lebonyolításában és teljesítésében való közreműködésre. A biztosításközvetítő függő biztosításközvetítő (ügynök vagy többes ügynök), illetve független biztosításközvetítő (alkusz) lehet.

14. Díjfizetési tartam: A tartamnak az a része, amelyre a biztosítási díj esedékes.

15. Díjjal fedezett tartam: A tartamnak az a része, amelyre az esedékes díj megfizetésre került és amely tartam eltelte.

16. Díjtúrészhatár: Az előírt és a befizetett díj összege közötti különbözeti összeg, amely összeg erejéig a biztosító a szerződő helyett az elmaradt biztosítási díjat rendezi,

illetve amelynek összegével a biztosító rendelkezik. A díjtűrőhatár összegének mértékét a jelen Általános Biztosítási Szabályzat, Díjkezelési tájékoztató című, 5. számú melléklete határozza meg.

17. Értékkövetés: A biztosítási díjnak és biztosítási összegnek az árszínvonal változásához évente egy alkalommal történő hozzáigazítása.

18. Fogyasztó: Az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személy.

19. Gazdálkodó szervezet: A gazdasági társaság, az európai részvénytársaság, az egyesülés, az európai gazdasági egyesülés, az európai területi társulás, a szövetség, a lakásszövetkezet, az európai szövetkezet, a vízgazdálkodási társulat, az erdőbirtokossági társulat, az állami vállalat, az egyéb állami gazdálkodó szerv, az egyes jogi személyek vállalata, a közös vállalat, a végrehajtói iroda, a közjegyzői iroda, az ügyvédi iroda, a szabadalmi ügyvivői iroda, az önkéntes kölcsönös biztosító pénztár, a magánnyugdíjpénztár, az egyéni cég, továbbá az egyéni vállalkozó. Az állam, a helyi önkormányzat, a költségvetési szerv, az egyesület, a köztestület, valamint az alapítvány gazdálkodó tevékenységével összefüggő polgári jogi kapcsolataira is a gazdálkodó szervezetre vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

20. Hirdetmény: A biztosítónak a biztosítási szerződésre vonatkozó közleménye, amelyet a biztosító a honlapján hoz nyilvánosságra.

21. Késedelmi kamat: A biztosítási díj késedelmes megfizetése esetén a biztosító által felszámított, a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvényben meghatározott mértékű kamat.

22. Kezdeti biztosítási díj: A biztosítási szerződés létrejöttkor érvényes, az első biztosítási évre vonatkozó díj.

23. Kezdeti biztosítási összeg: A biztosítási szerződés létrejöttkor érvényes biztosítási összeg. Minimális és maximális mértékét a jelen Általános Biztosítási Szabályzat, A szerződés kiemelt paraméterei című, 4. számú melléklete határozza meg.

24. Kötvény: A biztosító által kibocsátott, a biztosítási szerződés létrejöttét és a biztosítási fedezetet igazoló okirat.

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

26. Maradékjog: Azon jog, amely a díjfizetés elmaradása, illetve a biztosítási szerződésnek a biztosítási összeg kifizetése nélküli megszűnése esetében fennmarad. A biztosítás maradékjoggal nem rendelkezik.

27. Rendszeres díj: A biztosítási időszak első napján esedékes és a biztosítás tartama alatt folytatólagosan fizetett díj.

28. Rendszeres díjas biztosítás: Olyan biztosítás, amelynek a díja a biztosítás tartama során meghatározott időszakonként válik esedékessé.

29. Személyes adat: Bármely meghatározott természetes személlyel („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.

30. Területi és időbeli hatály: A területi hatály a világ összes országa, az időbeli hatály a kockázatviselés tartama.

31. Ügyfél: A szerződő, a biztosított, a kedvezményezett, a károsult, a biztosító számára szerződéses ajánlatot tett és a biztosító szolgáltatására jogosult más személy.

32. Ügymenet kiszervezése: A biztosító biztosítási vagy azzal közvetlenül összefüggő tevékenysége valamely részének végzésére más személy részére adott megbízás.

33. Vállalkozás: Az üzletszerű gazdasági tevékenységet folytató gazdálkodó szervezet.

II. A baleset- és egészségbiztosítással kapcsolatos fogalmak

1. Baleset: A biztosított akaratán kívül hirtelen fellépő külső behatás, amely szakorvos által igazolt testi sérüléssel jár. 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 kihűlés, a napszúrás, a Nap általi égés és a hõguta, az öngyilkosság vagy öngyilkossági kísérletből eredő sérülés és az orvosi műhiba.

2. Baleseti halál: A biztosítottnak a biztosítás tartama alatt, a baleset időpontját követő 180 napon belül bekövetkezett halála.

3. Betegség: Olyan egészségkárosodás, amelyet a biztosított a biztosítás hatálybalépését követően, első alkalommal szenved el.

4. Csonttörés: A csont balesetből származó töréses sérülése, függetlenül attól, hogy a törés maradandó egészségkárosodást eredményez-e vagy sem. A fogak, foggyökerek, fogpótlások törései és sérülései nem tekinthetők csonttörésnek.

5. Égési sérülés: A bőrnek hőenergiával, alacsony hőmérséklettel, illetve kémiai anyagokkal való érintkezéséből eredő sérülése, függetlenül attól, hogy a sérülés maradandó-e vagy sem.

6. Fekvő beteg: Az a személy, aki fekvő betegként, legalább 24 órán át folyamatosan kórházi ellátásban részesül.

7. Intenzív ellátás: A kórház, közvetlen életveszély elhárítását célzó és arra szakosodott, 24 órás folyamatos szakorvosi felügyeletet biztosító és intenzív elnevezés alatt működő, különálló egységében nyújtott ellátás.

8. Kórház: Az az egészségügyi intézmény, amely megfelel az alábbi követelményeknek:

- a. hatósági működési engedéllyel rendelkezik és működik,
- b. elsősorban a kórházban történő kezeléssel, fekvő 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, rehabilitációs intézet, vagy hasonló létesítmény,

9. Nyílt törés: A csont olyan jellegű törése, amikor a tört csont a bőrreteget is átszakítja.

10. 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.

11. Patológiás törés: A csont betegség által gyengített területének törése.

12. Stressz törés (Fáradásos törés): A csont olyan jellegű törése, amikor a csont rendszeres túlterhelés miatt sérül.

13. Teljes törés (Komplett törés): A csont olyan jellegű törése, amikor a csont teljes vastagságában eltörik.

14. Többszörös törés: A csontnak több helyen való törése. A csont darabos törése esetén a csonttörés többszörös törésnek számít, ha több mint két szilánk van.

15. Várakozási idő: Az az időtartam, amely alatt a biztosító kockázatot nem vállal, várakozási idő kikötése esetén a kockázatviselés a várakozási idő elteltét követően kezdődik.

Kik a biztosításban érintett személyek?

III. A biztosítási szerződés alanyai

1. Biztosító: A biztosító a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c.

A biztosító és magyarországi fióktelepének adatait a jelen Általános Biztosítási Szabályzat, Cégismertető című, 6. számú melléklete határozza meg.

2. Szerződő: A szerződő az a természetes vagy jogi személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz, annak elfogadása esetén a biztosítási szerződést a biztosítóval megkötö, és a biztosítási díjak fizetésére kötelezettséget vállal. A szerződő személyének módosításához a szerződő és a biztosított hozzájárulása szükséges.

3. Biztosított: A biztosított az a természetes személy, akinek az életével, egészségével kapcsolatos eseményre a biztosítási szerződés létrejön. A biztosítási szerződés legfeljebb 5 biztosítottra jöhet létre. A biztosított olyan személy lehet, aki a biztosítási szerződés megkötésekor,

illetve a biztosított belépési életkora megállapításának időpontjában a 16. életévét betöltötte és az alábbi táblázatban szerepelő egyes biztosítások esetében meghatározott lejáratú életkort még nem töltötte be. A biztosított belépési életkorát a biztosító úgy állapítja meg, hogy a biztosítási szerződés megkötésének évéből levonja a biztosított születésének az évét. A biztosított aktuális életkora a biztosítási szerződés első évében megegyezik a biztosított belépési életkorával, a biztosítási szerződés első évét követő években pedig úgy kerül megállapításra, hogy a biztosító az adott évből a biztosítási évfordulón levonja a biztosított születésének az évét. Az így megállapított aktuális életkor a következő biztosítási évfordulóig érvényes.

Biztosítás	Maximális belépési életkor (év)	Lejáratú életkor (év)
Halálesetre szóló (kockázati) biztosítás	64	65
Hirtelen halál esetére szóló biztosítás	64	65
Baleseti halál esetére szóló biztosítás	79	80
Baleseti halál esetére szóló járadék szolgáltatás biztosítás	79	80
Közlekedési baleseti halál esetére szóló biztosítás	79	80
Szülők egyazon balesetből bekövetkező halála esetére szóló biztosítás	79	80
Szülők egyazon balesetből bekövetkező halála esetére szóló járadék szolgáltatás biztosítás	79	80
Baleseti maradandó egészségkárosodás (1% -) esetére szóló biztosítás	64	65
Baleseti maradandó egészségkárosodás (1%-) esetére szóló biztosítás 250%-ig terjedő progresszív térítéssel	64	65
Baleseti maradandó egészségkárosodás (31% -) esetére szóló biztosítás	64	65
Baleseti maradandó egészségkárosodás (61% -) esetére szóló biztosítás	64	65
Baleseti maradandó egészségkárosodás (51% -) esetére szóló járadék szolgáltatás biztosítás	64	65
Maradandó egészségkárosodás és rehabilitáció esetére szóló biztosítás	64	65
Maradandó egészségkárosodás és rehabilitáció esetére szóló járadék szolgáltatás biztosítás	64	65
Csonttörés és égési sérülés esetére szóló biztosítás	64	65

Balesetből származó kórházi ellátás esetén, (1. naptól) napi térítésre szóló biztosítás	74	75
Balesetből származó kórházi ellátás esetén, (5. naptól) napi térítésre szóló biztosítás	74	75
Balesetből származó kórházi ellátás esetén, (1. naptól) napi térítésre szóló biztosítás 200%-ig terjedő progresszív térítéssel	74	75
Balesetből származó kórházi ellátás esetén, (5. naptól) napi térítésre szóló biztosítás 200%-ig terjedő progresszív térítéssel	74	75
Balesetből származó műtéti beavatkozás esetére szóló biztosítás	74	75
Balesetből származó műtéti beavatkozás esetére szóló biztosítás 200%-ig terjedő progresszív térítéssel	74	75
Kórházi ellátás esetén, (1. naptól) napi térítésre szóló biztosítás	64	65
Kórházi ellátás esetén, (5. naptól) napi térítésre szóló biztosítás	64	65
Kórházi ellátás esetén, (1. naptól) napi térítésre szóló biztosítás 200%-ig terjedő progresszív térítéssel	64	65
Kórházi ellátás esetén, (5. naptól) napi térítésre szóló biztosítás 200%-ig terjedő progresszív térítéssel	64	65
Műtéti beavatkozás esetére szóló biztosítás	64	65
Műtéti beavatkozás esetére biztosítás 200%-ig terjedő progresszív térítéssel	64	65
Critical Care biztosítás	64	65
Cukorbetegség súlyos szövődményei esetére szóló biztosítás	64	65
Dr. MetLine Magyarország Asszisztencia biztosítás	74	75
Dr. MetOnLine Asszisztencia biztosítás	74	75

4. Kedvezményezett: Az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító szolgáltatására jogosult. 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.

Hogyan jön létre a biztosítás, mi a kockázatviselés tartama?

IV. A biztosítási szerződés megkötése, a kockázatviselés kezdete

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

2. A biztosítási szerződés megkötésének előfeltétele, hogy a szerződő a biztosítónál rendelkezzen érvényes biztosítási szerződéssel, vagy annak megkötésére a biztosítónak a biztosítással egy időben ajánlatot tegyen.

3. A biztosítási szerződés megkötését a szerződő kezdeményezi azzal, hogy ajánlatot tesz.

A szerződő ajánlatához nincs kötve, azt a kockázat elbírálására rendelkezésre álló határidő alatt visszavonhatja. Ez esetben a biztosító a szerződő által megfizetett díjat vagy díjrészletet a szerződőnek kamatmentesen visszafizeti.

4. A biztosítónak az ajánlat elbírálására, annak a biztosítóhoz történő beérkezésétől számított, 15 nap, ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, 60 nap áll rendelkezésére (kockázatelbírálási időszak).

5. A kockázatelbírálás keretében a biztosító felméri a biztosítási szerződéssel kapcsolatos biztosítási kockázatot.

6. A kockázat elbírálása alapján a biztosító jogosult a szerződő ajánlatának elfogadására, módosított tartalommal történő elfogadására vagy elutasítására.

7. A biztosító az ajánlat elutasítását nem köteles megindokolni.

8. A biztosító jogosult egészségi nyilatkozat kitöltését vagy orvosi vizsgálat elvégzését előírni.

9. Amennyiben az ajánlat és a hozzá tartozó okiratok adatai hibásak vagy hiányosak, a biztosító, a kockázat elvállalásához szükséges mértékben, további adatokat vagy okiratokat kérhet.

10. Amennyiben a biztosító az ajánlatot elfogadja, kötvényt állít ki, ezzel a biztosítási szerződés létrejön.

11. Amennyiben a kötvény tartalma a szerződő fél ajánlatától eltér, és az eltérést a szerződő fél a kötvény kézhezvételét követő 15 napon belül nem kifogásolja, a biztosítási szerződés a kötvény szerinti tartalommal jön létre. Ez a rendelkezés lényeges eltérésekre akkor alkalmazható, ha a biztosító az eltérésre a szerződő fél figyelmét a kötvény átadásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a biztosítási szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.

12. A biztosító kockázatviselése a felek által a biztosítási szerződésben meghatározott időpontban, ennek hiányában a szerződés létrejöttének időpontjában kezdődik, feltéve, hogy a biztosítás első díját vagy díjrészletét megfizették. A kockázatviselés tartama megegyezik a biztosítási szerződés tartamával.

V. Várakozási idő

1. A biztosító egyes biztosítási események kockázatát csak a biztosítási szerződés létrejöttét követő későbbi időponttól vállalja.
2. A várakozási idővel érintett biztosítási eseményeket és a várakozási idő tartamát a biztosítás Különös Biztosítási Szabályzata határozza meg.

VI. A szerződéskötés különös szabályai

1. Ha a biztosított kiskorú, és a biztosítási szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülője köti meg, a biztosítási szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges. A gyámhatóság jóváhagyásával érvényes a biztosítási szerződés akkor is, ha a biztosított a cselekvőképességében, vagyoni jognyilatkozatai tekintetében, részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy.
2. A biztosított a biztosítási szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a biztosítási szerződés a biztosítási időszak végével megszűnik, kivéve, ha a biztosított a szerződésbe belép.

VII. A biztosítási szerződés létrejötte a biztosító ráutaló magatartásával

1. Ha a szerződő fél fogyasztó, a biztosítási szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatra annak beérkezésétől számított 15 napon belül – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, 60 napon belül – nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és a díjszabásnak megfelelően tették. Ilyen esetben a biztosítási szerződés, az ajánlat szerinti tartalommal, az ajánlatnak a biztosító részére történt átadásának időpontjára visszamenő hatállyal a kockázatbírálási idő elteltét követő napon jön létre.
2. Ha az 1. pontban foglaltak szerint létrejött biztosítási szerződés esetén 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.
3. Ha az 1. pontban foglaltak szerint létrejött biztosítási szerződés lényeges kérdésben eltér a jelen Általános Biztosítási Szabályzat rendelkezéseitől, a biztosító a szerződés létrejöttétől számított 15 napon belül javasolhatja, hogy a szerződést a jelen Általános Biztosítási Szabályzat rendelkezéseinek megfelelően módosítsák. Ha a szerződő a javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül a biztosítási szerződést 30 napra írásban felmondhatja.

Miről tájékoztatja a biztosító a szerződőt?

VIII. A biztosítási szerződés megkötését megelőző tájékoztatás

1. A biztosító a biztosítási szerződés megkötése előtt, a kötelezettségvállalás tagállamának hivatalos nyelvén, bizonyítható és azonosítható módon, közérthetően, egyértelműen és részletesen, írásban tájékoztatja a szerződőt a biztosító és annak magyarországi fióktelepe adatairól, felügyeleti hatóságáról, a biztosítási szerződés jellemzőiről és egyéb, külön jogszabályban meghatározott adatokról.
2. A biztosító, amennyiben arra köteles, felméri a szerződő igényeit, illetve a szerződő által megadott információk alapján pontosítja azokat, továbbá termékismertetőt ad át a szerződő részére.
3. A biztosítót terhelő tájékoztatási kötelezettség az alkuszt terheli, amennyiben a biztosítási szerződés megkötésében alkusz működik közre.
4. A szerződő írásban, aláírásával ellátottan, nyilatkozik arról, hogy az 1-3. pontokban meghatározott tájékoztatást megkapta, illetve arról, hogy a szerződéskötést megelőzően milyen más, a megkötendő biztosítási szerződéssel összefüggő tájékoztatást kapott meg.
5. Amennyiben a biztosítási szerződés feltétele a biztosított orvosi vizsgálata, akkor a biztosító arról is tájékoztatást ad, hogy a biztosított az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló törvény alapján az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.
6. Ha a biztosítási szerződést nem a biztosított köti, a szerződő a hozzá intézett nyilatkozatokról a biztosítottat köteles tájékoztatni.

IX. A biztosítási szerződés megkötését követő tájékoztatás

1. Az életbiztosítási szerződés megkötését követően a biztosító a biztosítási szerződés létrejöttétől számított 30 napon belül tájékoztatja a szerződőt a biztosítási szerződés létrejöttéről. Amennyiben a szerződő fél fogyasztó, a biztosító ezen tájékoztatásban felhívja a szerződő figyelmét arra, hogy a biztosítási szerződést a tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül írásban, indokolás nélkül felmondhatja, kivéve ez alól a külön jogszabályban meghatározott eseteket.
2. A biztosító, amennyiben arra köteles, évente legalább egyszer írásban tájékoztatja a szerződőt a biztosítási szerződés szolgáltatási értékéről és egyéb, külön jogszabály által előírt adatokról.
3. Az értékkövetés érvényesítése során a biztosító tájékoztatja a szerződőt az értékkövetéssel érintett és nem érintett elemek vonatkozásában. A biztosító felhívja a figyelmet a biztosítási szerződés értékkövetéssel kapcsolatos rendelkezéseire, külön is kitérve az ügyfelet az értékkövetéssel kapcsolatban megillető jogokra.

4. A biztosító az 1-3. pontokban meghatározott tájékoztatást a MyMetLife ügyfélportálon teszi elérhetővé azon szerződők részére, akik nyilatkoztak annak igénybeviteléről és nem papíralapú értesítési módot választottak.
5. A biztosító lehetővé teszi, hogy a szerződő tájékozhasson biztosítási szerződéséről. A tájékoztatást a biztosító az alábbi elérhetőségeken biztosítja:
 - a. a biztosító ügyfélszolgálatán hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, keddtől csütörtökig tartó munkanapokon 8:30 és 17:00 óra között, pénteki munkanapon 8:30 és 16:00 óra között,
 - b. a biztosító központi telefonszámán hétfői munkanapon 8:00 és 20:00 óra között, keddtől csütörtökig tartó munkanapokon 8:00 és 17:00 óra között, pénteki munkanapon 8:00 és 16:00 óra között,
 - c. a MyMetLife ügyfélportálon azon szerződők részére, akik nyilatkoztak annak igénybeviteléről.
6. Ha a szerződést nem a biztosított köti, a biztosítási esemény bekövetkezéséig vagy a biztosított belépéséig a szerződő a hozzá intézett nyilatkozatokról és a biztosítási szerződésben bekövetkezett változásokról a biztosítottat köteles tájékoztatni.
7. A biztosító a jelen Általános Biztosítási Szabályzatot honlapján közzéteszi.

Szükséges-e a biztosított hozzájárulása a biztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához?

X. A biztosítási érdek

A biztosítási szerződés létrejöttéhez és módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges, ha a szerződést nem ő köti meg.

A biztosított hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek a kedvezményezett kijelölését tartalmazó része semmis; ilyen esetben kedvezményezettnek a biztosítottat vagy örökösét kell tekinteni, aki a szerződő félnek köteles megtéríteni a kifizetett biztosítási díjakat és a szerződésre fordított költségeket.

Melyek a kedvezményezett kijelölésének szabályai?

XI. Kedvezményezett kijelölése

1. A szerződő a kedvezményezettet a biztosítóhoz címzett és a biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal jelölheti ki, és a biztosítási esemény bekövetkezéséig bármikor ugyanilyen formában visszavonhatja, vagy a kijelölt kedvezményezett helyett más kedvezményezettet nevezhet meg. Ha nem a biztosított a szerződő fél, mindezekhez a biztosított írásbeli hozzájárulása is szükséges.
2. Ha a szerződő a biztosítotthoz vagy a kedvezményezetthez intézett írásbeli nyilatkozattal kötelezettséget vál-

lal arra, hogy a kedvezményezett kijelölését folyamatosan hatályban tartja, a kedvezményezett kijelölését nem lehet visszavonni vagy megváltoztatni azon személy hozzájárulása nélkül, akinek részére a kötelezettségvállalást tették. A szerződő fél nyilatkozatáról a biztosítót tájékoztatni kell.

3. A kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal, vagy jogutód nélkül megszűnik.

4. A szerződő a biztosítási szerződés különböző szolgáltatásaira különböző kedvezményezettet jelölhet, amennyiben a biztosítási szerződés Különös Biztosítás Szabályzata másképp nem rendelkezik. Azonos biztosítási szolgáltatásra több kedvezményezett is jelölhető a kedvezményezettekre jutó százalékos mérték egyidejű megjelölésével.

5. Ha a százalékos mértékek együttes összege nem éri el a 100%-ot, a biztosító a kedvezményezettek között a kedvezményezés arányában osztja szét a teljes biztosítási összeget.

6. Amennyiben kedvezményezettet nem neveztek meg, vagy a kedvezményezett megnevezése nem volt érvényes és emiatt a kedvezményezett a biztosított örököse, a biztosító a biztosítási összeget az örökösök között egyenlő arányban fizeti ki.

Mi a biztosítás tartama?

XII. A biztosítási szerződés tartama

A biztosítási szerződés 1 éves időtartamra jön létre azzal, hogy amennyiben a felek annak megszűnését legalább 30 nappal megelőzően írásban eltérően nem nyilatkoznak, a biztosítási szerződés az 1 éves időtartam elteltével minden esetben újabb 1 évvel meghosszabbodik, kivéve, ha a biztosított betöltötte a maximális belépési életkort.

Milyen jogai és kötelezettségei vannak a szerződőnek és a biztosítottnak?

XIII. Belépés a szerződésbe

1. Ha a biztosítási szerződést nem a biztosított kötötte, a biztosított a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal a biztosítási szerződésbe beléphet; a belépéshez a biztosító hozzájárulása nem szükséges. A belépéssel a szerződő felet megillető jogok és az őt terhelő kötelezettségek összessége a biztosítottra száll át.

2. Ha a biztosított belép a biztosítási szerződésbe, a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a biztosított a szerződő féllal egyetemlegesen felelős. A biztosítási szerződésbe belépő biztosított köteles a szerződő félnek a biztosítási szerződésre fordított költségeit – ideértve a biztosítási díjat is – megtéríteni.

XIV. Közlési és változás bejelentési kötelezettség

1. A szerződő fél köteles a szerződéskötéskor a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval közölni, amelyeket ismert vagy ismernie kellett.
2. A biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a szerződő fél közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.
3. A szerződő fél köteles a lényeges körülmények változását a biztosítóknak a változás bekövetkezésétől számított 15 napon belül írásban bejelenteni.
4. Lényeges körülménynek minősül, egyebek között, a biztosított foglalkozásának, munkakörének, sport vagy szabadidős tevékenységének megváltozása.
5. Lényeges körülménynek minősül, egyebek között, a szerződő azon személyes adataiban történő változás, amely adatokat a szerződő a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvény („Pmt.”) alapján történő ügyfél-átvilágítás során a biztosítóknak megadott; ezen adatok változását a szerződő a változástól számított 5 munkanapon belül köteles bejelenteni.
6. A közlésre és változás bejelentésre irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet és a biztosítottat; egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.
7. A közlési és változás bejelentési kötelezettség megsértése esetén a biztosító a jelen Biztosítási Szabályzat XXII. pontjában foglaltak szerint mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól.

Milyen következményekkel jár a biztosítási kockázat jelentős növekedéséről való tudomásszerzés?

XV. A biztosítási kockázat jelentős növekedése

1. Ha a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a biztosítási szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül javaslatot tehet a biztosítási szerződés módosítására, vagy a biztosítási szerződést 30 napra írásban felmondhatja.
2. Ha a szerződő fél a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a biztosítási szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő fél figyelmét felhívta.

3. Az 1. és 2. pontokban meghatározott jogkövetkezmények akkor alkalmazhatók, ha a biztosítási szerződés létrejöttétől, valamint a lényeges körülményekben, kérdésekben bekövetkezett változások bejelentésére nyitva álló határidőtől kevesebb, mint 5 év telt el. Baleset- és betegségbiztosítási szerződés esetén a jogkövetkezmények a teljes biztosítási tartam során alkalmazhatók.
4. Egészségbiztosítás esetén nem tekinthető a biztosítási kockázat jelentős növekedésének a biztosított életkora előrehaladásából származó természetes egészségromlás lehetősége.

Milyen szabályok vonatkoznak a biztosítási díjra?

XVI. A biztosítás díja

1. A biztosítási díj kiszámítása a biztosító díjszabása alapján a biztosított életkorának, egészségi állapotának, foglalkozásának, a szerződőtől beérkezett információkból következő egyéb kockázati tényezőknél, 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 a szerződőtől esetlegesen bekért egyéb dokumentumokból szerzi meg.
2. A biztosítás első díja vagy díjrészlete a felek által meghatározott időpontban, ennek hiányában az ajánlat megtételekor, minden további díj vagy díjrészlet pedig annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.
3. A díjat a biztosító a biztosítási szerződés megkötéséig díjelőlegnek tekinti, és kamatmentes letétként kezeli.
4. A díj a biztosítóhoz való beérkezéssel minősül megfizetettnek.
5. Az ajánlat elutasítása esetén a biztosító a díjelőleget a szerződőnek visszafizeti.
6. A díjfizetés módját a szerződő az ajánlat megtételekor megválasztja. A díjfizetési módokat a jelen Általános Biztosítási Szabályzat, Díjkezelési tájékoztató című, 5. számú melléklete határozza meg.
7. A szerződő írásban, vagy telefonon, szóban kérheti a díjfizetés módjának módosítását, amennyiben az esedékes díjat megfizette. A módosított díjfizetési mód a díj soron következő esedékességének időpontjától érvényes.
8. A biztosítási díj éves díj. A szerződő felek megállapodhatnak az éves díj havi, negyedéves vagy féléves részletekben történő megfizetésében, ez esetben a biztosító pótdíjat számít fel, amelynek mértékét minden biztosítási szerződés vonatkozásában évente állapítja meg.
9. A díjfizetés gyakoriságát a szerződő az ajánlat megtételekor megválasztja.
10. A szerződő írásban, vagy telefonon, szóban kérheti a díjfizetés gyakoriságának módosítását, amennyiben a biztosítási díjat a biztosítási évfordulóiig megfizette. A

módosított díjfizetési gyakoriság a biztosítási évfordulót követően érvényes.

11. A biztosítónak jogában áll a rendszeres díj vagy díjrészlet minimális mértékét meghatározni, és azt naptári évenként egyszer módosítani. A rendszeres díj, vagy díjrészlet mindenkor aktuális minimális mértékét a jelen Általános Biztosítási Szabályzat, A szerződés kiemelt paraméterei című, 4. számú melléklete határozza meg.

12. Csoportos beszedési megbízás esetén a biztosító jogosult a szerződő bankszámláját a díj esedékességéhez képest, az esedékesség hónapjában, más időpontban megterhelni.

13. Amennyiben az elvárt és a befizetett díj összegének különbözete a díjtűrészhatár összegét nem haladja meg, úgy a biztosító a különbözeti összeget a szerződő helyett megfizeti, illetve azzal maga rendelkezik.

14. A díj mértékére és kezelésére vonatkozó részletes szabályokat a jelen Általános Biztosítási Szabályzat, A szerződés kiemelt paraméterei című, 4. számú melléklete és a Díjkezelési tájékoztató című, 5. számú mellékletei határozzák meg.

15. Az esedékes, de meg nem fizetett díjat a biztosító a biztosítási összegből levonással érvényesíti.

16. Az élet-, baleset- és egészségbiztosítási események bekövetkezési valószínűségének jelentős változása esetén a biztosító a biztosítási szerződés 5. évfordulóját követően, módosíthatja a kockázati díjrata mértékét. Az élet-, baleset- és egészségbiztosítási események bekövetkezési valószínűségének jelentős változása alatt azt kell érteni, hogy a 16-80. életév közötti korosztályban a valószínűség legalább 5%-kal eltér a kockázati díj utolsó kalkulációjában alkalmazott valószínűségtől.

XVII. Az értékkövetés

1. Amennyiben a biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés jogával, a biztosító minden biztosítási évfordulón felajánlja a szerződőnek, hogy a biztosítási összeget és a biztosítás rendszeres díját a 2-5. pontokban meghatározott mértékkel és módon növelje.

2. A biztosító az értékkövetés mértékét úgy határozza meg, hogy az a minden naptári év február 1. napján érvényes, a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett, az előző naptári évre vonatkozó fogyasztói árindextől legfeljebb 5 százalékponttal térjen el. A biztosító az értékkövetést azon biztosítási szerződések tekintetében alkalmazza, amelyek évfordulója a naptári év május 1. napját követő időpontra esik.

3. A biztosító a szerződőt az értékkövetésről a biztosítási évfordulót legalább két hónappal megelőzően írásban értesíti. Az értesítés a biztosítási évfordulót követően érvényes biztosítási összeget és biztosítási díjat tartalmazza.

4. Amennyiben a szerződő az értékkövetést elfogadja, a biztosítási szerződés a biztosítási évfordulót követően a növelt biztosítási összeggel és díjjal érvényes.

5. A szerződő értékkövetést elutasító nyilatkozatának elmaradása esetén az értékkövetés elfogadottnak minősül.

6. A szerződő az értékkövetésről szóló értesítés kézhezvételétől számított 30 napon belül írásban értesítheti a biztosítót arról, hogy az értékkövetést nem fogadja el. Ez esetben a biztosítás változatlan feltételekkel hatályban marad.

7. A biztosítás értékkövetésének további szabályait a biztosítási szerződés Különös Biztosítási Szabályzata tartalmazza.

XVIII. A díjfizetési kötelezettség elmulasztásának következményei

1. Ha az esedékes biztosítási díjat vagy díjrészletet nem fizetik meg, a biztosító, az esedékesség napjától számított 60. napon – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a szerződő felet a felszólítás elküldésétől számított 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja.

2. A póthatáridő eredménytelen elteltével a biztosítási szerződés megszűnik.

Hatályba helyezhető-e újra a díjfizetés elmulasztása miatt megszünt biztosítás?

XIX. A biztosítási szerződés ismételt hatályba léptetése

1. Abban az esetben, ha a biztosítási szerződés a folytatólagos díj meg nem fizetése következtében szűnt meg, a szerződő fél a díjmaradás napjától számított 180 napon belül írásban kérheti a biztosítót a kockázatviselés helyreállítására.

2. A biztosító a biztosítási fedezetet a megszünt szerződés feltételei szerint helyreállíthatja, feltéve, hogy az összes elmaradt biztosítási díjat megfizetik.

3. Ha a szerződő a kockázatviselés helyreállítását a díj meg nem fizetése következtében megszünt biztosítási szerződés megszűnését követő 180 napon túl kéri, a biztosító a kérelmet új biztosítási szerződés megkötésére tett ajánlatnak tekinti.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

XX. A biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás

A biztosítási eseményt és a biztosítási szolgáltatást a biztosítási szerződés Különös Biztosítási Szabályzata határozza meg.

Mit kell tenni, ha káresemény történik?

XXI. A biztosítási esemény bekövetkezésére vonatkozó bejelentési kötelezettség

1. A biztosítási eseményt, annak bekövetkezésétől számított 30 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.

2. A halálesetre, a hirtelen halál esetére, a baleseti halál esetére, a közlekedési baleseti halál és a szülők egyazon balesetből bekövetkező halála esetére szóló biztosításokra vonatkozó biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez az alábbi okiratokat kell benyújtani a biztosítónak:

a. eredeti, érvényes biztosítási kötvény vagy a kötvény elvesztését igazoló és két tanú által aláírt nyilatkozat,

b. a biztosító kitöltött és aláírt igénybejelentő nyomtatványa,

c. a biztosító haláleset utáni orvosi jelentés nyomtatványa,

d. hitelesített halotti anyakönyvi kivonat,

e. halottvizsgálati bizonyítvány másolata,

f. boncjegyzőkönyv másolata, amennyiben készült,

g. a halálhoz vezető betegség kezdetének és lefolyásának tisztázásához szükséges orvosi dokumentumok, leletek másolata, így a gyógykezelések, vizsgálatok, kórházi zárójelentések, szövettani eredmények, műtéti leírások iratainak másolata, szakorvosi iratok másolata, a háziorvosi betegkarton másolata, a halotti epikrízist tartalmazó kórházi zárójelentés másolata, amennyiben készült,

h. hatósági eljárás esetén a tényállás megállapítására alkalmas hatósági okirat, rendőrségi határozat, vádindítvány vagy vádirat, bírósági ítélet vagy az eljárás során hozott egyéb határozat, amennyiben ilyen készült és az okirat szükséges a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához,

i. véralkohol vizsgálati eredmény, toxikus anyagok szedésére vonatkozó vizsgálati eredmény másolata amennyiben készült,

j. rendőrségi vagy munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben készült,

k. a kedvezményezett életben létének igazolásához és a kedvezményezett személyének azonosításához szükséges okiratok, így különösen a személyi igazolvány, illetve amennyiben a kedvezményezettet nem nevezték meg, vagy a kedvezményezett meghalt, jogerős öröklési bizonyítvány, jogerős hagyatékátadó végzés másolata,

l. kiskorú kedvezményezett esetén, gyámhatósági határozat.

3. A baleseti maradandó egészségkárosodás esetére szóló biztosításokra vonatkozó biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez az alábbi okiratokat kell benyújtani a biztosítónak:

a. a vizsgálati eredmények, az orvosi jelentés, valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával, illetőleg az egészségkárosodás mértékének igazolásával,

b. állapotrosszabbodás esetén a szolgáltatás megállapítása óta történt orvosi vizsgálatok, kezelések dokumentumainak a másolata,

c. az egészségkárosodás véglegessé válását követően készült kezelőorvosi állapotleírás,

d. amennyiben a sérült testrész a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően már károsodott, a korábban felállított orvosi diagnózisok, vizsgálatok, gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentáció másolata, amennyiben ilyen készült,

e. hatósági eljárás esetén a tényállás megállapítására alkalmas hatósági okirat, rendőrségi határozat, vádindítvány vagy vádirat, bírósági ítélet vagy az eljárás során hozott egyéb határozat, amennyiben ilyenek készültek és az okiratok szükségesek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához,

f. véralkohol vizsgálati eredmény, toxikus anyagok szedésére vonatkozó vizsgálati eredmény másolata amennyiben ilyen készült,

g. rendőrségi vagy munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben ilyen készült.

4. Maradandó egészségkárosodás és rehabilitáció esetére szóló biztosításokra vonatkozó biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez az alábbi okiratokat kell benyújtani a biztosítónak:

a. a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a maradandó egészségkárosodás megállapítására jogosult intézmény szakvéleménye

b. a biztosítás megszűnését követően a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatalhoz vagy a maradandó egészségkárosodás megállapítására jogosult intézményhez való igénybejelentés időpontját igazoló dokumentum,

c. az egészségkárosodás kialakulásához vezető betegség/betegségek kezdetének és lefolyásának megállapításához szükséges orvosi dokumentumok, leletek másolata, így a gyógykezelések, vizsgálatok, kórházi zárójelentések, szövettani eredmények, műtéti leírások iratainak másolata, szakorvosi iratok másolata,

d. állapotrosszabbodás esetén a biztosítási szolgáltatás megállapítása óta történt orvosi vizsgálatok, kezelések dokumentumainak a másolata,

e. az egészségkárosodás véglegessé válását követően készült kezelőorvosi állapotleírás dokumentuma,

f. amennyiben a sérült testrész a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően már károsodott, a korábban felállított orvosi diagnózisok, vizsgálatok, gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentáció másolata, amennyiben ilyen készült,

g. hatósági eljárás esetén a tényállás megállapítására alkalmas hatósági okirat, rendőrségi határozat, vádindítvány vagy vádirat, bírósági ítélet vagy az eljárás során hozott egyéb határozat, amennyiben ilyenek készültek és az okiratok szükségesek a biztosítási esemény bekövet-

kezelésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához,

h. véralkohol vizsgálati eredmény, toxikus anyagok szedésére vonatkozó vizsgálati eredmény másolata amennyiben ilyen készült,

i. rendőrségi vagy munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben ilyen készült.

5. A csonttörés és égési sérülés esetére szóló biztosításra vonatkozó biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez az alábbi okiratokat kell benyújtani a biztosítónak:

a. a csonttörést vagy égési sérülést igazoló lelet másolata, szükség esetén az eredeti röntgenkép,

b. 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,

c. a sérült testrészrel kapcsolatban, a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően felállított orvosi diagnózisok, vizsgálatok, gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentáció másolata, amennyiben ilyen készült,

d. hatósági eljárás esetén a tényállás megállapítására alkalmas hatósági okirat, rendőrségi határozat, vádindítvány vagy vádirat, bírósági ítélet vagy az eljárás során hozott egyéb határozat, amennyiben ilyenek készültek és az okiratok szükségesek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához,

e. véralkohol vizsgálati eredmény, toxikus anyagok szedésére vonatkozó vizsgálati eredmény másolata amennyiben ilyen készült,

f. rendőrségi vagy munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben ilyen készült.

6. A kórházi ellátás és műtéti beavatkozás esetére szóló biztosításokra vonatkozó biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez az alábbi okiratokat kell benyújtani a biztosítónak:

a. a kórházi tartózkodásról és ellátásról szóló 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,

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

c. hatósági eljárás esetén a tényállás megállapítására alkalmas hatósági okirat, rendőrségi határozat, vádindítvány vagy vádirat, bírósági ítélet vagy az eljárás során hozott egyéb határozat, amennyiben ilyen készült és az okirat szükséges a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához,

d. véralkohol vizsgálati eredmény, toxikus anyagok szedésére vonatkozó vizsgálati eredmény másolata amennyiben ilyenek készültek,

e. rendőrségi vagy munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben ilyenek készültek.

7. A Critical Care biztosításra vonatkozó biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez az alábbi okiratokat kell benyújtani a biztosítónak:

a. a biztosítási eseményt leíró és alátámasztó, szakorvos vagy intézmény által igazolt orvosi dokumentáció (zárójelentések, vizsgálati- és szövettani eredmények),

b. szükség esetén a biztosítási eseményt alátámasztó, aktuálisan elvégzett szakorvosi vizsgálati eredmény,

c. a biztosító által a bejelentést követően meghatározott egyéb irat vagy dokumentum, illetve vizsgálati eredmény,

d. hatósági eljárás esetén a tényállás megállapítására alkalmas hatósági okirat, rendőrségi határozat, vádindítvány vagy vádirat, bírósági ítélet vagy az eljárás során hozott egyéb határozat, amennyiben ilyenek készültek és az okiratok szükségesek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához,

e. véralkohol vizsgálati eredmény, toxikus anyagok szedésére vonatkozó vizsgálati eredmény másolata amennyiben ilyenek készültek,

f. rendőrségi vagy munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben ilyenek készültek.

8. A cukorbetegség súlyos szövödményei esetére szóló biztosításra vonatkozó biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez az alábbi okiratokat kell benyújtani a biztosítónak:

a. a biztosítási eseményt leíró és alátámasztó, szakorvos, vagy egészségügyi intézmény által kiállított orvosi dokumentáció (zárójelentések, vizsgálati- és szövettani eredmények),

b. a beavatkozásról szóló egészségügyi dokumentáció (zárójelentés) másolata, amely tartalmazza a kórtörténeti adatokat, a felállított diagnózisokat, az alkalmazott kezeléseket, illetve műtét esetén a műtéti beavatkozás pontos leírását, valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával,

c. a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata a káresemény háttérében álló alapbetegség(ek) megnevezésével, Haemoglobin A1c vizsgálat eredménye és a betegség(ek) első kórismézésének pontos időpontjával,

d. szükség esetén a biztosítási eseményt alátámasztó, aktuálisan elvégzett szakorvosi vizsgálati eredmény.

9. A személyi igazolvány benyújtásának kötelezettségét a kedvezményezett annak bemutatásával teljesíti.

10. A 2-8. pontokban meghatározott okiratok mellett a biztosító egyéb okiratok benyújtását is kérheti, illetve maga is beszerezhet okiratokat, amennyiben azok a biztosítási szolgáltatásra való jogosultság elbírálásához szükségesek.

11. A 2-8. pontokban meghatározott okiratok mellett a biztosítási szolgáltatásra jogosult egyéb okiratokat is benyújthat a biztosítónak, amennyiben, álláspontja szerint, azok a biztosítási szolgáltatásra való jogosultság elbírálásához szükségesek.

12. Amennyiben a biztosítási szolgáltatási igény benyújtását megelőzően nem került sor átvilágításra, a kedvezményezett Pmt. előírásai szerinti ügyfél-átvilágításához

szükséges okiratok vagy azok hitelesített másolatainak benyújtása szükséges.

13. Amennyiben 2-12. pontban meghatározott okiratok nem magyar nyelven készültek, azok hiteles magyar fordításának beszerzése, illetve a fordítás költsége a biztosítási szolgáltatásra jogosult személyt terheli.

14. A biztosító a biztosítási szolgáltatásra való jogosultság elbírálásához szükséges okiratokról, illetve egyéb bizonyítékokról a biztosítási szolgáltatásra jogosultat tájékoztatja.

15. Amennyiben az okirat beszerzéséhez adatvédelmi okok miatt az érintett hozzájárulása szükséges, a hozzájárulás beszerzése, illetőleg megadása a biztosítási szolgáltatásra jogosult személy kötelezettsége és a dokumentumok beszerzésének költsége is a biztosítási szolgáltatásra jogosult személyt terheli.

16. Az okiratok beszerzésével kapcsolatos költséget az köteles viselni, aki igényét a biztosítóval szemben érvényesíteni kívánja.

17. Amennyiben az igény elbírálásához orvosi vizsgálat szükséges, a biztosított köteles annak alávetni magát, ennek elmaradása esetén a biztosító a rendelkezésre álló dokumentumok alapján dönt.

18. A biztosító a biztosítási szolgáltatást a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához szükséges összes okirat benyújtását követő 30 napon belül teljesíti, amennyiben a teljesítésre köteles.

XXII. A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése

1. A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése esetén a biztosító az eredetivel megegyező kötvénymásodlatot állít ki, amennyiben ezt a szerződő kéri, és teljes bizonyító erejű magánokiratban nyilatkozik az eredeti kötvény elvesztéséről vagy megsemmisüléséről.

2. A másodlat kibocsátásával az eredeti kötvény érvénytelenné válik, amely tény a biztosító a biztosítási kötvény másodlatán feltünteti.

Mely esetekben mentesül a biztosító a szolgáltatási kötelezettség alól, illetve mely esetekre nem terjed ki a biztosítás?

XXIII. A biztosító mentesülése

1. **A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a szerződő fél bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.**

2. **Élet- és egészségbiztosítási szerződés esetén a közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a**

biztosító kötelezettsége, ha a biztosítási szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.

3. **Élet- és egészségbiztosítási szerződés esetén a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése ellenére beáll a biztosító kötelezettsége, ha a változás bejelentési határidő leteltét követően 5 év már eltelt.**

4. **A biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a szerződő fél, a biztosított (kedvezményezett) a biztosítási esemény bekövetkezését a biztosítási szerződésben megállapított határidőben a biztosítónak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetatlenné válik.**

5. **Életbiztosítási szerződés esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, azzal összefüggésben vagy a szerződéskötéstől számított 2 éven belül elkövetett öngyilkossága következtében halt meg.**

6. **Élet- és balesetbiztosítási szerződés esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét. A mentesülés nem vonatkozik arra a kedvezményezettre, aki nem hatott közre a biztosított halálának bekövetkezésében.**

7. **Balesetbiztosítási szerződés esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, ha bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással a szerződő, a biztosított, vagy a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk, üzletvezetésre jogosult tagjuk, bármely munkakört betöltő alkalmazottjuk, tagjuk vagy megbízottjuk okozta.**

XXIV. Kizárások

1. A biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek azt az eseményt, amely:

a. bármely olyan eseménnyel összefüggésben következett be, 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 származéka vagy változata,

b. közvetve vagy közvetlenül összefüggésben áll harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel, lázadással, zavargással vagy terrorcselekménnyel, hadüzenettel vagy anélkül vívott harccal, határviilongással, 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,

c. a biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51‰ vagy azt meghaladó véralkoholszint) összefüggésben következett be.

2. A biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek azt az eseményt, amely közvetve vagy közvetlenül, egészben vagy részben:

a. a biztosítási szerződés hatálybalépése előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés, betegség vagy egészségi rendellenességgel kapcsolatban következett be,

b. bármely idegi vagy elmebeli rendellenességgel összefüggésben következett be, függetlenül annak elnevezésétől vagy osztályozásától (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezavar),

c. azt a sérülést amely sérvet, lumbágót vagy sciaticat (az ülő-ideg zsába egyedi formáját) okoz,

d. a biztosított motoros eszközökkel folytatott sporttevékenységének következménye,

e. a biztosított hivatásszerű sportolása közben következett be,

f. bármely, különlegesen veszélyes sportcselekménnyel, így a küzdősportok közül a birkózással, az ökölvívással, a harcművészetekkel (különösen: judo, karate, aikido, kungfu, iaido, taekwon-do, kempo, kendo, kick-box, pankráció, szumo, capoeira, tai-chi, thai box, hapkido, ketracharc) összefüggésben következett be,

g. az egyéb sportok és hobbijellegű tevékenységek közül a hegyi kerékpározással, (Mountain bike), BMX-cross-szal, BMX-szel és skate-tel, gyorsasági kerékpározással összefüggésben következett be,

h. bármely, extrém sportcselekménnyel összefüggésben következett be; extrém sportnak minősül a társadalombiztosítási szerv által annak tekintett szabadidős tevékenység, így: a bázisugrás, a mélybe ugrás (bungee jumping), az egykezes és nyílttengeri vitorlázás, az ejtőernyőzés, a falmászás, a hegy- és sziklamászás az V. foktól, a hőlégballoonozás, a jet-ski, a magashegyi expedíció, a műrepülés, a paplanernyőzés, a rally, a roncsautó sport, a sárkányrepülés, a vadvízi evezés, a vízisízés; a kizárás a biztosítás tartama alatt a társadalombiztosítási szerv által alkalmazott mindenkor aktuális hivatalos besorolás szerint extrém sportnak tekintett egyéb szabadidős tevékenységekre is kiterjed,

i. bármely légi jármű, repülő szerkezet, vagy ejtőernyő pilótaként vagy utasként történő használata során következett be, kivéve, ha a biztosítási esemény a szervezett légi utas- vagy áruforgalom keretében végrehajtott olyan légi úton vagy körrepülésen való részvétel következménye, amelyen a biztosított a légi forgalomban engedélyezett légi jármű utasaként, személyzeteként vagy az előbbi járműre vezetői engedéllyel rendelkező, hivatásszerűen tevékenykedő vezetőként vett részt,

j. föld alatti vagy víz alatti munkavégzés vagy ilyen területen folytatott sporttevékenység következménye,

k. robbanószerkekkel, robbanó szerkezetekkel való foglalkozás következménye,

l. a biztosított fegyverviselésével okozati összefüggésben következett be,

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

n. baleset esetén a biztosított ittas állapotával (1,5‰ – közlekedési baleset esetén 0,8‰ – vagy azt meghaladó véralkohol szint) okozati összefüggésben következett be,

o. azzal összefüggésben következett be, hogy a biztosított kábító, bódító szerek, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatt állt, vagy egyéb vegyi anyagot bódító szerként alkalmazott, kivéve, ha a fenti állapot egészségügyi intézményben dolgozó egészségügyi alkalmazott utasítása alapján, az utasítás pontos betartása mellett alakult ki,

p. azzal összefüggésben következett be, hogy a biztosított, munkavégzése során, a munkavédelmi szabályokat szándékosan vagy súlyosan gondatlanul megsértette, továbbá,

q. a baleset bekövetkezését követően nem vett igénybe haladéktalanul orvosi segítséget vagy az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig nem folytatta,

r. gyógykezelés következtében kialakult betegség vagy bakteriális fertőzés (a baleseti sérülésből származó pyogénikus fertőzések kivételével),

s. a biztosított öncsonkításával vagy ennek kísérletével összefüggésben következett be, tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori elme- és tudatállapotára,

t. olyan balesetből eredő sérülés következménye, amely összefügg a biztosított aktív szolgálatával bármely nemzet vagy nemzetközi szervezet bármely fegyveres erejénél.

Hogyan szűnik meg a biztosítás?

XXV. A biztosítási szerződés különös felmondása

1. Az életbiztosítási szerződést – hitelfedezeti vagy 6 hónapnál rövidebb tartamú biztosítás kivételével – a fogyasztónak minősülő szerződő fél a biztosítási szerződés létrejöttéről szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül írásbeli nyilatkozattal – indoklás nélkül – felmondhatja. A 30 napos határidő jogvesztő.

2. A biztosítási szerződés a szerződő felmondó nyilatkozatának a biztosítóhoz való megérkezését követő nap 0:00 órájkor megszűnik.

3. A szerződő felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően a biztosító köteles 30 napon belül a szerződő által a biztosítási szerződéssel kapcsolatban bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel elszámolni.

4. Az elszámolás során a biztosító a szerződő részére a kockázatviselés megszűnését követő időszakra megfizetett díjat visszafizeti.

5. A biztosítás díja a kockázatviselés kezdetétől a biztosítás megszűnéséig eltelt időszakra számítottan az éves díj 365-öd részének és a kockázatviselés napjai számának szorzata (biztosítás éves díja/365 × kockázatviselés napjainak száma).

XXVI. A biztosítási szerződés rendes felmondása

1. A biztosítási szerződést a biztosító a jelen Általános Biztosítási Szabályzat VII. fejezet 3. pontban és XV. fejezet 1. pontban meghatározott esetekben felmondhatja.
2. A balesetbiztosítási szerződést a biztosító 30 napos felmondási idővel a biztosítási időszak utolsó napjára felmondhatja.
3. A biztosítási szerződést a szerződő 30 napos felmondási idővel a biztosítási időszak utolsó napjára felmondhatja.
4. A biztosítás megszűnéséig a díj esedékes.
5. A biztosítás megszűnését követő időszakra megfizetett díjat a biztosító a szerződő részére visszafizeti.

XXVII. A biztosítás megszűnése

1. Az egyes biztosítási szerződések megszűnnek:
 - a. a biztosított halála esetén,
 - b. ha a biztosítási esemény bekövetkezik, kivéve ha a biztosítási szerződés Különös Biztosítási Szabályzata eltérően nem rendelkezik,
 - c. a biztosított lejárati életkorának betöltése esetén a biztosítási időszak utolsó napján,
 - d. ha a biztosítási szerződést a szerződő vagy a biztosító felmondja a jelen Általános Biztosítási Szabályzat XXV. és XXVI. fejezetei alapján,
 - e. a díjfizetési kötelezettség elmulasztása esetén, a jelen Általános Biztosítási Szabályzat XVIII. fejezete alapján,
 - f. a biztosítás Különös Biztosítási Szabályzatában meghatározott esetekben.
 - g. Az a-d. és f. pontokban meghatározott esetekben a megszűnéssel nem érintett egyes biztosítások hatályban maradnak.
2. A biztosítási szerződés megszűnésekor a felek kölcsönösen lemondanak a díjtűréshatár mértékét meg nem haladó követelésükről.

Hogyan kezeli a biztosító a személyes és a biztosítási titoknak minősülő adataimat?

XXVIII. A biztosítási titok

1. A biztosító köteles a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény („Bit.”) 135-143. §-aiban, valamint a 149-151. §-aiban meghatározott biztosítási titokra vonatkozó szabályokat maradéktalanul betartani.
2. A biztosító az ügyfelek személyes és különleges adatait az ügyfelek hozzájárulása alapján jogosult kezelni.
3. A biztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó

követelések megítéléséhez szükséges, vagy a Bit. által meghatározott egyéb cél lehet. Ettől eltérő célból végzett adatkezelést a biztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány, és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

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

5. 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 2. pontban meghatározott célokból, az Eüak. rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

6. A biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

7. A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat addig kezelhet, ameddig a biztosítási szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

8. A biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött 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.

9. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

10. 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.

11. A Bit. alapján 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 adósságrendezési 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 biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli,

f. a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,

g. a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,

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, a csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,

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

m. a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,

n. a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,

o. a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal szemben, ha az a)-j) 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,

p. 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 és az adatkérés célját.

12. A biztosító 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, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,

b. a Btk. szerinti kábítószer-keresedelemmel, 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, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

13. 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.

14. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzés során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.

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

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

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.

16. 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 ahhoz írásban hozzájárult, vagy

b. ha, az ügyfél 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.

17. 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.

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

19. Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, az Eüak-ban meghatározott egészségügyi adatok, vagy az Infotv. törvény szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén 20 év elteltével törölni kell.

20. Azon személyek nevét, akik részére a biztosító az ügyfelek személyes és különleges adatait továbbítja, a biztosító a honlapján közzéteszi.

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

XXIX. A veszélyközösség védelme céljából történő adatátadás

1. 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 adatai,
- b. a biztosított személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatok,
- c. az a) pontban meghatározott személyt érintő korábbi – élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatok,
- d. a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatok, és
- e. a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatok.

2. 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.

3. 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.

4. A megkeresett biztosító a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított 15 napon belül köteles átadni a megkereső biztosítónak. A megkeresésben megjelölt adatok teljesítésének a helyességéért és pontosságáért a megkeresett biztosító a felelős.

5. A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő 90 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.

6. 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 1 évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő 1 évig kezelhető.

7. 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.

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

XXX. Az ügyfelek adatkezeléssel kapcsolatos jogai és azok érvényesítése

1. Az ügyfél jogosult a biztosítótól kérelmezni:

- a. tájékoztatást személyes és különleges adatai kezeléséről,
- b. személyes vagy különleges adatainak helyesbítését, valamint
- 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.

2. Az 1. pontban felsoroltakat az ügyfél írásban kérheti a biztosítótól, ha személyazonosságát okiratokkal igazolta.

3. A biztosító gondoskodik a személyes és különleges adatok biztonságáról, megteszi azokat a technikai és szervezési intézkedéseket és kialakítja azokat az eljárási szabályokat, amelyek az Infotv., valamint az egyéb adat- és titokvédelmi szabályok érvényre juttatásához szükségesek.

4. A biztosító a vele szerződő bel- és külföldi adatkezelőt, illetve adatfeldolgozót, szerződésben nyilatkoztatja az adatok kezelésére, feldolgozására és továbbítására szolgáló eljárások és berendezések biztonsági előírásoknak való megfeleléséről, illetőleg az adatszolgáltatás és adattárolás biztonságának szintjéről, valamint az ezért viselt felelősségükről. A személyes és különleges adatokat a biztosító kizárólag azon adatkezelő, illetve adatfeldolgozó részére jogosult továbbítani, amelynél az adatvédelemnek az irányadó jogszabályok által támasztott követelményei valamennyi adatra nézve teljesülnek.

5. Abban az esetben, ha a személyes vagy különleges adatokhoz fűződő jogokat megsértik, az ügyfél 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.

Hogyan és hol terjeszthető elő a biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panasz?

XXXI. Panaszkezelés

1. A biztosító biztosítja, hogy az ügyfél a biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) közölhesse.
2. A biztosító a személyesen közölt szóbeli panaszt ügyfélszolgálati helyiségében, hétfői munkanapon 8:00 órától 20:00 óráig, keddtől csütörtökig tartó munkanapokon 8:30 órától 17:00 óráig, pénteki munkanapon 8:30 órától 16:00 óráig folyamatosan fogadja.
3. A biztosító a telefonon közölt szóbeli panaszt telefonszámán hétfői munkanapon 8:00 órától 20:00 óráig, keddtől csütörtökig tartó munkanapokon 8:00 órától 16:00 óráig, pénteki munkanapon 8:00 órától 16:00 óráig folyamatosan fogadja.
4. A szóbeli panasz fogadása időpontjának változásáról a biztosító hirdetmény útján ad tájékoztatást.
5. A biztosító az írásbeli panaszt postai címén, elektronikus levelezési címén és telefax számán folyamatosan fogadja.
6. A szóbeli és írásbeli panasz fogadására szolgáló ügyfélszolgálati helyiség címét, a biztosító telefonszámát, postai címét, elektronikus levelezési címét és telefax számát a jelen Biztosítási Szabályzat, Cégismertető című, 6. számú melléklete határozza meg.
7. A biztosító a szóbeli panaszt azonnal megvizsgálja, és szükség szerint orvosolja. Ha az ügyfél a panasz kezelésével nem ért egyet, a biztosító a panaszról és az azzal kapcsolatos álláspontjáról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolati példányát a személyesen közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek átadja, a telefonon közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek, a panasz közlését követő 30 napon belül, megküldi, egyebekben az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el.
8. Ha a panasz azonnali kivizsgálása nem lehetséges, a biztosító a panaszról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolati példányát a személyesen közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek átadja, telefonon közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek, a panasz közlését követő 30 napon belül, megküldi, egyebekben az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el.
9. A biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indoklással ellátott álláspontját a panasz közlését követő 30 napon belül megküldi az ügyfélnek.

10. A panasz elutasítása esetén a biztosító válaszában írásban tájékoztatja az ügyfelet arról, hogy a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvényben (a továbbiakban: MNBtv.) meghatározott fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Felügyeletnél fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet, vagy a biztosítási szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén bírósághoz fordulhat, vagy a Pénzügyi Békéltető Testület eljárását kezdeményezheti, amennyiben a Pénzügyi Békéltető Testület eljárására vonatkozó szabályok alapján fogyasztónak minősül. A biztosító tájékoztatja a fogyasztót arról, hogy tett-e általános alávetési nyilatkozatot és megadja a Pénzügyi Békéltető Testület székhelyét, telefonos és internetes elérhetőségét, valamint a levelezési címét, továbbá a fogyasztó külön kérésére megküldi a Pénzügyi Békéltető Testület által készített és a biztosító rendelkezésére bocsátott kérelem nyomtatványt.

11. Az MNB és a Pénzügyi Békéltető Testület székhelyét, telefonos és internetes elérhetőségét valamint levelezési címét az Általános Biztosítási Szabályzat, Cégismertető című, 6. számú melléklete tartalmazza.

12. A biztosító a panaszkezelési szabályzatát az ügyfélszolgálati helyiségeiben kifüggeszti és a honlapján közzéteszi.

Melyek az életbiztosítás adózására vonatkozó szabályok?

XXXII. Adózással kapcsolatos szabályok

1. A biztosítások adózására a következő jogszabályok vonatkoznak:
 - a. a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény,
 - b. a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény,
 - c. az egészségügyi hozzájárulásról szóló 1998. évi LXVI. törvény,
 - d. a 195/1997. (XI. 5.) Korm. rendelet a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény végrehajtásáról,
 - e. a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló 1991. évi IV. törvény,
 - f. a társasági adóról és az osztalékadóról szóló 1996. évi LXXXI. törvény,
 - g. a számvitelről szóló 2000. évi C. törvény.
2. Az 1. pontban meghatározott tájékoztatás nem tér ki minden, a biztosítási szerződés adózásával kapcsolatos szabályra.
3. A szerződő kötelezettsége, hogy figyelemmel kísérelje a hivatkozott jogszabályokat, mert azok változása befolyásolhatja az adózással kapcsolatos tudnivalókat. Az

adózással kapcsolatos mindenkor hatályos tájékoztatót a biztosító internetes honlapját közzéteszi.

4. Az adózással kapcsolatos szabályokat a jelen Biztosítási Szabályzat 7. számú mellékletét képező, Az adózással kapcsolatos szabályok határozza meg.

Mikor hatályos a biztosítási szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozat?

XXXIII. Jognyilatkozatok

1. A biztosítóhoz intézett nyilatkozat a biztosítóval szemben akkor hatályos, ha azt írásban tették, és az a biztosító székhelyére megérkezett.
2. A postán, faxon vagy elektronikus levélben elküldött, valamint a személyesen átadott papír alapú nyilatkozat írásbelinek minősül, amennyiben azt a biztosító postai címére, telefax számára, elektronikus levelezési címére küldték meg, illetve a biztosító székhelyén adták át.
3. A biztosítóhoz elektronikus levélben elküldött nyilatkozat abban az esetben érvényes, ha az e-mail cím, amiről az üzenetet küldték, a küldő személyéhez kapcsolt, korábban rögzített e-mail cím, és az üzenethez csatolták a nyilatkozatot, kérelmet tartalmazó szkennelt dokumentumot, amit az ügyfél aláírt.
4. A biztosító jogosult a faxon vagy az e-mail üzenetben hozzá megérkezett dokumentumokat eredetiben is bekérni.
5. A MyMetLife ügyfélportálon tett nyilatkozat írásbelinek minősül.
6. A biztosítóhoz a biztosító telefonszámán tett nyilatkozat a biztosítóval szemben akkor hatályos, ha a nyilatkozatot a szerződő a jelen Biztosítási Szabályzatban meghatározott esetekben, biztonsági kód (PIN kód) használatával tette.
7. Az ügyfél csak személyesen teheti meg azokat a jognyilatkozatokat, amelyek az azonosítását, adatainak egyeztetését és a természetes személy azonosító adatait érintik.
8. A biztosítási szerződéssel kapcsolatos, a biztosító és az ügyfél által postai úton, könyvelt küldeményként megküldött nyilatkozatokat a kézbesítés megkísérlésének napján kézbesítettnek kell tekinteni, ha a címzett az átvételt megtagadta. Ha a kézbesítés azért volt eredménytelen, mert a címzett az iratot nem vette át (az a nyilatkozatot tevő félhez „nem kereste” jelzéssel érkezett vissza), a nyilatkozatot – az ellenkező bizonyításáig – a postai kézbesítés második megkísérlésének napját követő 5. munkanapon kézbesítettnek kell tekinteni.
9. A személyesen átadott nyilatkozatokat kézbesítettnek kell tekinteni, ha azok átvételét a címzett elismerte vagy megtagadta.
10. A biztosító elektronikus úton megküldött nyilatkozata abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor azt a biztosító igazolható módon kiküldte az ügyfél által megadott e-mail címre.

Meddig érvényesíthető a biztosítási szerződésből eredő igény, melyik bíróság illetékes jogvita esetén?

XXXIV. Elévülés

1. A biztosítási szerződésből eredő igények 5 év alatt évülnek el. Az elévülés akkor kezdődik, amikor a követelés esedékessé válik.
2. Amennyiben a biztosítási szolgáltatásra jogosult igényét az elévülési határidő elteltét követően az elévülés nyugvása vagy megszakítása következtében érvényesíti, a biztosító a biztosítási szolgáltatást kamatmentes letétként kezeli.

XXXV. Irányadó jog, illetékes bíróság

1. A jelen Biztosítási Szabályzatra hivatkozással kötött biztosítási szerződésre a magyar jog irányadó.
2. A biztosítási szerződésből fakadó jogviták esetén a járásbíróság hatáskörébe tartozó perre kizárólag a Budai Központi Kerületi Bíróság, a törvényszék hatáskörébe tartozó perre kizárólag a Tatabányai Törvényszék illetékes.

XXXVI. A biztosítási szerződésre vonatkozó jogszabályi rendelkezésektől lényegesen eltérő feltételek

1. **A jelen Biztosítási Szabályzat eltér a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény („Ptk.”) 6:443. § (3) bekezdés rendelkezéseitől, mivel úgy rendelkezik, hogy a szerződő ajánlatához nincs kötve, azt a kockázat elbírálására rendelkezésre álló határidő alatt visszavonhatja.**
2. **A jelen Biztosítási Szabályzat eltér a Ptk. 6:361. § (4) bekezdés rendelkezéseitől, mivel úgy rendelkezik, hogy:**
 - a. **a díjat a biztosító a biztosítási szerződés megkötéséig díjelőlegnek tekinti, és kamatmentes letétként kezeli,**
 - b. **a szerződő ajánlatának visszavonása esetén a biztosító a szerződő által megfizetett díjat vagy díjrészletet a szerződőnek kamatmentesen visszafizeti,**
 - c. **a befizetett díjat a biztosító annak azonosításáig, illetve visszautalásig kamatmentes letétként kezeli,**
 - d. **amennyiben a biztosítási szolgáltatásra jogosult igényét az elévülési határidő elteltét követően az elévülés nyugvása vagy megszakítása következtében érvényesíti, a biztosító a biztosítási szolgáltatást kamatmentes letétként kezeli.**
3. **A jelen Biztosítási Szabályzat eltér a Ptk. 6:449. § (2) bekezdés rendelkezéseitől, mivel úgy rendelkezik, hogy a díjfizetés elmulasztása következtében megszűnt biztosítási szerződés esetén a szerződő fél a megszűnés napjától számított 180 napon belül**

írásban kérheti a biztosítót a kockázatviselés helyreállítására.

4. A jelen Biztosítási Szabályzat eltér a Ptk. 6:443. § (1) bekezdés rendelkezéseitől, mivel úgy rendelkezik, hogy a biztosító az írásban létrejött biztosítási szerződés esetén is biztosítási fedezetet igazoló dokumentumot állít ki.

A jelen Biztosítási Szabályzat kizárólag az alábbi mellékletekkel együtt érvényes:

1. számú melléklet: Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata
2. számú melléklet: Csonttörések és égési sérülések táblázata
3. számú melléklet: Műtéti beavatkozások táblázata
4. számú melléklet: A szerződés kiemelt paraméterei
5. számú melléklet: Díjkezelési tájékoztató
6. számú melléklet: Cégismertető
7. számú melléklet: Az adózással kapcsolatos szabályok

HALÁLESETRE SZÓLÓ (KOCKÁZATI) BIZTOSÍTÁS (MET-K36; MET-EK7) KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A jelen biztosítás („biztosítási szerződés” vagy „biztosítás”) a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen Különös Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint. A jelen Különös Biztosítási Szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) Általános Biztosítási Szabályzata irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

I. A biztosított

A biztosítás biztosítottja a biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

II. A biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás

1. Biztosítási eseménynek minősül a biztosított halála.
2. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki, feltéve, hogy a biztosítás a halálestet bekövetkeztekor érvényben volt.

III. Értékkövetés

1. A biztosítás biztosítási összege és díja is növekszik, ha a szerződő az indexálást nem utasította el.
2. A biztosítás díja a biztosítási összeg növekedésénél nagyobb arányban növekedhet, mert az új díjtétel kiszámítása a biztosított aktuális életkorának figyelembevételével történik.

Budapest, 2018. január 1.

HIRTELEN HALÁL ESETÉRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS (MET-SD3; MET-ED3) KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A jelen biztosítás („biztosítási szerződés” vagy „biztosítás”) a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen Különös Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint. A jelen Különös Biztosítási Szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) Általános Biztosítási Szabályzata irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

I. A biztosított

A biztosítás biztosítottja a biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

II. A biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás

1. A biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála az alábbi okokból:
 - a. Baleset
 - b. Szívizominfarktus
 - c. Agyi érkatasztrófa
2. A biztosító a biztosított baleset napját követő 180 napon belüli halála, illetve a szívinfarktus vagy az agyi érkatasztrófa diagnosztizálásának felállítását követő 30 napon belüli halála esetén nyújt biztosítási szolgáltatást. A balesetnek, illetve a diagnosztizálásának a biztosítás tartama alatt kell bekövetkeznie.
3. A biztosító abban az esetben is nyújt szolgáltatást, ha a biztosított halála a biztosítás tartama alatt, szívinfarktus vagy agyi érkatasztrófa miatt következett be és a diagnosztizálás vagy a halál okának megállapítása a biztosított halála után történik meg.
4. Az orvosi vizsgálati eredmények hiányában, a haláleset okának igazolása kizárólag boncolási jegyzőkönyv alapján történik meg.

III. A biztosítási eseménynek minősülő betegségek meghatározása

1. Szívizominfarktus

Az akut és heveny szívizominfarktus a vérellátás akadályozottságának (elégtelenségének) következtében kialakult (hirtelen) szívizomelhalás. A diagnosztizálásához 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. a szívinfarktus típusos klinikai tüneteinek akut megjelenése vagy
- b. 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.

2. Agyi érkatasztrófa

Az agyi érkatasztrófa olyan, agyi szövetelhalást okozó hirtelen fellépő idegrendszeri esemény, amit agyi értrombózis, illetve embólia vagy-, koponyán belüli vérzés (állományi, illetve pókhálójárta alatti) okoz. A diagnosztizálásához MRI (mágneses rezonancia vizsgálat), CT (komputertomográfia) vagy más megbízható képalkotó eljárással készült vizsgálati eredmény valamint szakvélemény szükséges, amely az eseményt követően, az eseménnyel okozati összefüggésben álló maradandó, kóros idegrendszeri károsodást állapít meg. A biztosítási szerződés nem jöhet létre, amennyiben a biztosítottat a kockázatviselés kezdete előtt már diagnosztizálták az alábbiakban felsoroltakkal:

- a. TIA Transient Ischemic Attack (átmeneti, 24 óránál rövidebb ideig tartó, maradandó tüneteket nem okozó agyi keringési zavarok);
- b. Baleseti sérülés, fertőzés, érgyulladás vagy gyulladással járó betegség következtében kialakult agykárosodás

IV. Értékkövetés

1. A biztosítás biztosítási összege és díja is növekszik, ha a szerződő az indexálást nem utasította el.
2. Amennyiben az aktuális díjnövelés összege nem elegendő a biztosítási szolgáltatás összegének azonos mértékű növeléséhez, a biztosítási összeg a díjnövelés által ténylegesen fedezett mértékig kerül növelésre.

Budapest, 2018. január 1.

BALESETI HALÁL ESETÉRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS (MET-HCI; MET-EHJ) KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A jelen biztosítás („biztosítási szerződés” vagy „biztosítás”) a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen Különös Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint. A jelen Különös Biztosítási Szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) Általános Biztosítási Szabályzata irányadó.

III. Értékkövetés

1. A biztosítás biztosítási összege és díja is növekszik, ha a szerződő az indexálást nem utasította el.
2. A biztosítás díja és biztosítási összege azonos arányban növekszik.

Budapest, 2018. január 1.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

I. A biztosított

A biztosítás biztosítottja a biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

II. A biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás

1. A biztosítási esemény a biztosított balesettel összefüggésben, a baleset időpontját követő 180 napon belül bekövetkezett halála, feltéve, hogy a baleset és a haláleset bekövetkezésének időpontjában a biztosítás érvényben van.
2. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek az alábbi táblázat szerinti mérték („térítés összege”) fizeti ki.

A biztosított életkora	A térítés összege a biztosítási összeg százalékában
16 – 59 év	100%
60 – 64 év	70%
65 – 69 év	65%
70 – 74 év	60%
75 – 79 év	50%

BALESETI HALÁL ESETÉRE SZÓLÓ JÁRADÉK SZOLGÁLTATÁS BIZTOSÍTÁS (MET-HC2; MET-HC3; MET-EHK; MET-EHL) KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A jelen biztosítás („biztosítási szerződés” vagy „biztosítás”) a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen Különös Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint. A jelen Különös Biztosítási Szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) Általános Biztosítási Szabályzata irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

I. A biztosított

A biztosítás biztosítottja a biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

II. A biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás

1. A biztosítási esemény a biztosított baleset következtében, a baleset időpontját követő 180 napon belül bekövetkezett halála, feltéve, hogy a baleset és a haláleset bekövetkezésének időpontjában a biztosítás érvényben van.
2. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a kedvezményezett részére a biztosítási szerződésben meghatározott 5 vagy 10 éves időtartam alatt a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek az alábbi táblázat szerinti mértéke alapján havi járadékot („járadék összege”) fizet.

A biztosított életkora	A járadék összege a biztosítási összeg százalékában
16 – 59 év	100%
60 – 64 év	70%
65 – 69 év	65%
70 – 74 év	60%
75 – 79 év	50%

3. A járadék kifizetése a biztosítási szolgáltatásra való jogosultság megállapítását követő hónap 10. napján kezdődik, amennyiben a jogosultság a hónap 15. napjáig megállapításra kerül. Amennyiben a szolgáltatásra való jogosultság a hónap 15. napját követően kerül megállapításra, a járadék kifizetése a következő hónapot követő hónap 10. napján kezdődik.

III. Értékkövetés

1. A biztosítások biztosítási összege és díja is növekszik, ha a szerződő az indexálást nem utasította el.
2. A biztosítás díja és biztosítási összege azonos arányban növekszik.

Budapest, 2018. január 1.

KÖZLEKEDÉSI BALESETI HALÁL ESETÉRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS (MET-TA4; MET-EA4) KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A jelen biztosítás („biztosítási szerződés” vagy „biztosítás”) a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen Különös Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint. A jelen Különös Biztosítási Szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) Általános Biztosítási Szabályzata irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

I. A biztosított

A jelen biztosítás biztosítottja a biztosítási ajánlatban biztosítottként megjelölt természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

II. A biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás

1. A biztosítási esemény a biztosított közlekedési balesettel összefüggésben, a baleset időpontját követő 180 napon belül bekövetkezett halála, feltéve, hogy a baleset és a haláleset bekövetkezésének időpontjában a biztosítás érvényben van.
2. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.

III. A biztosítással kapcsolatos fogalmak

1. **Közlekedési baleset:** 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 sem, 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:** Bármely, érvényes forgalmi engedéllyel és/vagy hivatalos nyilvántartásba vétellel rendelkező

közforgalmú közúti és vízi jármű, vonat vagy polgári utasszállító repülőgép illetve kerékpár.

IV. Értékkövetés

1. A biztosítás biztosítási összege és díja is növekszik, ha a szerződő az indexálást nem utasította el.
2. A biztosítás díja és biztosítási összege azonos arányban növekszik.

Budapest, 2018. január 1.

SZÜLŐK EGYAZON BALESETBŐL BEKÖVETKEZŐ HALÁLA ESETÉRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS (MET-OR6; MET-EO6) KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A jelen biztosítás („biztosítási szerződés” vagy „biztosítás”) a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen Különös Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint. A jelen Különös Biztosítási Szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) Általános Biztosítási Szabályzata irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

I. A biztosított

A biztosítás biztosítottja a biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy, továbbá ezen személy házastársa/élettársa, akivel együtt szülői a kedvezményezett gyermek(ek)nek.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

II. A biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás

1. A biztosítási esemény a biztosítottak ugyanazon balesettel összefüggésben, a baleset időpontjától számított 180 napon belül bekövetkezett halála, feltéve, hogy a baleset és a haláleset bekövetkezésének időpontjában a biztosítás érvényben van.
2. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki a kedvezményezett(ek) részére, akik a biztosított vér szerinti vagy örökbefogadott gyermeke(i), akik maximális életkora 24 év lehet.

III. A biztosítási szerződés megszűnése

1. Amennyiben a biztosított gyermekének vagy legfiatalabb gyermekének életkora meghaladja a 24. életévet, úgy a jelen biztosítás a 24. életév betöltését követő biztosítási évforduló napján megszűnik.

IV. Értékkövetés

1. A biztosítás biztosítási összege és díja is növekszik, ha a szerződő az indexálást nem utasította el.
2. A biztosítás díja és biztosítási összege azonos arányban növekszik.

Budapest, 2018. január 1.

SZÜLŐK EGYAZON BALESETBŐL BEKÖVETKEZŐ HALÁLA ESETÉRE SZÓLÓ JÁRADÉK SZOLGÁLTATÁS BIZTOSÍTÁS (MET-OR7; MET-EO7; MET-OR8; MET-EO8) KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A jelen biztosítás („biztosítási szerződés” vagy „biztosítás”) a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen Különös Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint. A jelen Különös Biztosítási Szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) Általános Biztosítási Szabályzata irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

I. A biztosított

A biztosítás biztosítottja a biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy és a biztosított házastársa/élettársa, akivel együtt szülői a kedvezményezett gyermek(ek)nek.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

II. A biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás

1. A biztosítási esemény a biztosítottak ugyanazon balesettel összefüggésben, a baleset időpontjától számított 180 napon belül bekövetkezett halála, feltéve, hogy a baleset és a haláleset bekövetkezésének időpontjában a biztosítás érvényben van.
2. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a kedvezményezett(ek) részére a biztosítási szerződésben meghatározott 5 vagy 10 éves időtartam alatt a biztosítási szerződésben meghatározott összegű havi járadékot fizet.
3. A biztosítási szerződés kedvezményezettje(i) a biztosított vér szerinti vagy örökbefogadott gyermeke(i), akik maximális életkora 24 év lehet.
4. A járadék kifizetésének feltétele, hogy szerződés kedvezményezettje(i) a járadékfizetés megkezdésekor 24 év alatti(ak) legyen(ek).

5. A járadék kifizetése a biztosítási szolgáltatásra való jogosultság megállapítását követő hónap 10. napján kezdődik, amennyiben a jogosultság a hónap 15. napjáig megállapításra kerül. Amennyiben a szolgáltatásra való jogosultság a hónap 15. napját követően kerül megállapításra, a járadék kifizetése a következő hónapot követő hónap 10. napján kezdődik.

III. A biztosítási szerződés megszűnése

1. Amennyiben a biztosított gyermekének vagy legfiatalabb gyermekének életkora meghaladja a 24. életévet, úgy a jelen biztosítás a 24. életév betöltését követő biztosítási évforduló napján megszűnik.

IV. Értékkövetés

1. A biztosítások biztosítási összege és díja is növekszik, ha a szerződő az indexálást nem utasította el.
2. A biztosítás díja és biztosítási összege azonos arányban növekszik.

Budapest, 2018. január 1.

BALESETI MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS (1%-) ESETÉRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS (MET-RC1; MET-EC1) KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A jelen biztosítás („biztosítási szerződés” vagy „biztosítás”) a biztosítási tevékenységét Magyarországon területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen Különös Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint. A jelen Különös Biztosítási Szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) Általános Biztosítási Szabályzata irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

I. A biztosított

A biztosítás biztosítottja a biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

II. A biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás

1. A biztosítási esemény a biztosított baleseti eredetű teljes vagy részleges maradandó egészségkárosodása, feltéve, hogy a baleset a biztosítás tartama alatt következett be.
2. Baleseti eredetű teljes maradandó egészségkárosodásnak minősül a biztosított, balesettel összefüggésben, a baleset időpontjától számított 180 napon belül bekövetkezett egészségkárosodása, amennyiben az, orvos által igazoltan, kialakultnak és stabilnak tekinthető, annak mértéke eléri a 100%-ot, 12 egymást követő hónapban folyamatosan fennállt és ezen időszak végén is maradandónak, véglegesnek és visszafordíthatatlannak minősült.
3. Baleseti eredetű teljes maradandó egészségkárosodás esetén a biztosító a biztosítási összeget fizeti ki.
4. Baleseti eredetű teljes maradandó egészségkárosodásnak minősül az Általános Biztosítási Szabályzat, Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata című, 1. számú mellékletét képező meghatározott egészségkárosodás abban az esetben is, ha az nem állt fenn folyamatosan 12 egymást követő hónapban.

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

6. Baleseti eredetű részleges maradandó egészségkárosodásnak minősül a biztosított, balesettel összefüggésben, a baleset időpontjától számított 180 napon belül bekövetkezett, legalább 1%-os mértéket elérő, és 100%-os mértéket el nem érő, az Általános Biztosítási Szabályzat, Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata című, 1. számú mellékletében meghatározott egészségkárosodása.

7. Baleseti eredetű részleges maradandó egészségkárosodás esetén a biztosító a térítés összegét az Általános Biztosítási Szabályzat, Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata című, 1. számú mellékletében meghatározottak szerint állapítja meg.

8. A jobb és a baloldali felső végtag, az Általános Biztosítási Szabályzat, Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata című, 1. számú mellékletében meghatározott, egészségkárosodása esetén a térítés összege azonos.

9. Amennyiben a biztosított olyan egészségkárosodást szenved, amely az Általános Biztosítási Szabályzat, Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata című, 1. számú mellékletében nem került feltüntetésre, úgy az egészségkárosodás, annak jellege alapján, az ott meghatározott egészségkárosodásokkal kerül összehasonlításra és az összehasonlítás alapján elbírálásra, a biztosított foglalkozásának figyelmen kívül hagyásával.

10. Az egészségkárosodás mértékét, szükség esetén, a biztosító orvosszakértője állapítja meg, aki döntését más orvosszakértői testület megállapításától függetlenül hozza meg.

11. A biztosító az egészségkárosodás jellegének, maradandóságának és mértékének egyértelmű orvosi megállapítását megelőzően szolgáltatást nem teljesít. Az egészségkárosodás mértékét és maradandóságát a baleset bekövetkezését követő 2 éven belül meg kell állapítani.

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

13. Az ugyanazon balesetből származó több egészségkárosodásra meghatározott térítési összegek összeadásra kerülnek azzal, hogy a térítés teljes összege nem haladhatja meg a biztosítás biztosítási összegét.

14. A biztosítási szerződés létrejötte előtt már maradandóan károsodott testrészek, szervek, a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.

15. Amennyiben a biztosított egészségi állapota tovább romlik azon biztosítási esemény következményeként, amelynek alapján a biztosító már részbeni kifizetést teljesített, a biztosított, a baleset bekövetkezésétől számított 2 éven belül, további igényt érvényesíthet a biztosítóval szemben. Az igényt írásban, az egészségi állapotot igazoló egészségügyi dokumentációval együtt kell benyújtani a biztosítóhoz. A biztosító az egészségkárosodás mértékét felülvizsgálja, és annak eredményeként a biztosítási összeg erejéig további szolgáltatást teljesíthet. A baleset bekövetkezésétől számított 2 éven túl további igény nem érvényesíthető.

III. A biztosítási szerződés megszűnése

1. Az Általános Biztosítási Szabályzatban meghatározott eseteken túl a biztosítás megszűnik, amennyiben a biztosító által megállapított maradandó egészségkárosodás esetén biztosítási szolgáltatás történt.

IV. Értékkövetés

1. A biztosítás biztosítási összege és díja is növekszik, ha a szerződő az indexálást nem utasította el.
2. A biztosítás díja és biztosítási összege azonos arányban növekszik.

Budapest, 2018. január 1.

BALESETI MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS (1%-) ESE- TÉRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS 250%-IG TERJEDŐ PROGRESSZÍV TÉRÍTÉSSEL (MET-RC2; MET-EC2) KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI SZA- BÁLYZATA

A jelen biztosítás („biztosítási szerződés” vagy „biztosítás”) a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen Különös Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint. A jelen Különös Biztosítási Szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) Általános Biztosítási Szabályzata irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

I. A biztosított

A biztosítás biztosítottja a biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

II. A biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás

1. A biztosítási esemény a biztosított baleseti eredetű teljes vagy részleges maradandó egészségkárosodása, feltéve, hogy a baleset a biztosítás tartama alatt következett be.
2. Baleseti eredetű teljes maradandó egészségkárosodásnak minősül a biztosított, balesettel összefüggésben, a baleset időpontjától számított 180 napon belül bekövetkezett egészségkárosodása, amennyiben az, orvos által igazoltan, kialakultnak és stabilnak tekinthető, annak mértéke eléri a 100%-ot, 12 egymást követő hónapban folyamatosan fennállt és ezen időszak végén is maradandónak, véglegesnek és visszafordíthatatlannak minősült.
3. Baleseti eredetű teljes maradandó egészségkárosodás esetén a biztosító a biztosítási összeget a 16. pontban meghatározott progressziós mértékkel növelten fizeti ki („progressziós térítés összege”).
4. Baleseti eredetű teljes maradandó egészségkárosodásnak minősül az Általános Biztosítási Szabályzat, Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata

című, 1. számú mellékletében meghatározott egészségkárosodás abban az esetben is, ha az nem állt fenn folyamatosan 12 egymást követő hónapban.

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

6. Baleseti eredetű részleges maradandó egészségkárosodásnak minősül a biztosított, balesettel összefüggésben, a baleset időpontjától számított 180 napon belül bekövetkezett, legalább 1%-os mértéket elérő, és 100%-os mértéket el nem érő, az Általános Biztosítási Szabályzat, Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata című, 1. számú mellékletében meghatározott egészségkárosodása.

7. Baleseti eredetű részleges maradandó egészségkárosodás esetén a biztosító a térítés összegét az Általános Biztosítási Szabályzat, Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata című, 1. számú mellékletében meghatározottak szerint állapítja meg azzal, hogy a térítés összegét növeli a 16. pontban meghatározott progressziós mértékkel.

8. A jobb és a baloldali felső végtag, az Általános Biztosítási Szabályzat, Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata című, 1. számú mellékletében meghatározott, egészségkárosodása esetén a térítés mértéke azonos.

9. Amennyiben a biztosított olyan egészségkárosodást szenved, amely az Általános Biztosítási Szabályzat, Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata című 1. számú mellékletében nem került feltüntetésre, úgy az egészségkárosodás, annak jellege alapján, az ott meghatározott egészségkárosodásokkal kerül összehasonlításra és az összehasonlítás alapján elbírálásra, a biztosított foglalkozásának figyelmen kívül hagyásával.

10. Az egészségkárosodás mértékét, szükség esetén, a biztosító orvosszakértője állapítja meg, aki döntését más orvosszakértői testület megállapításától függetlenül hozza meg.

11. A biztosító az egészségkárosodás jellegének, maradandóságának és mértékének egyértelmű orvosi megállapítását megelőzően szolgáltatást nem teljesít. Az egészségkárosodás mértékét és maradandóságát a baleset bekövetkezését követő 2 éven belül meg kell állapítani.

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

13. Az ugyanazon balesetből származó több egészségkárosodásra meghatározott térítési összegek összeadásra kerülnek azzal, hogy a térítés teljes összege nem haladhatja meg a biztosítási összeg 250%-át.

14. A biztosítási szerződés létrejötte előtt már maradóan károsodott testrészek, szervek, a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.

15. Amennyiben a biztosított egészségi állapota tovább romlik azon biztosítási esemény következményeként, amelynek alapján a biztosító már részbeni kifizetést teljesített, a biztosított, a baleset bekövetkezésétől számított 2 éven belül, további igényt érvényesíthet a biztosítóval szemben. Az igényt írásban, az egészségi állapotot igazoló egészségügyi dokumentációval együtt kell benyújtani a biztosítóhoz. A biztosító az egészségkárosodás mértékét felülvizsgálja, és annak eredményeként a baleset időpontjában aktuális biztosítási összeg 250%-os mértékének erejéig további szolgáltatást teljesíthet. A baleset bekövetkezésétől számított 2 éven túl további igény nem érvényesíthető.

16. Az egészségkárosodás mértékét és az annak alapján megállapított progressziós térítés összegét az alábbi táblázat tartalmazza.

Az egészség károsodás mértéke	A progressziós térítés összege a térítési összeg százalékában
0 – 25%	100%
26 – 30%	110%
31 – 35%	120%
36 – 40%	130%
41 – 45%	140%
46 – 50%	150%
51 – 55%	160%
56 – 60%	170%
61 – 65%	180%
66 – 70%	190%
71 – 75%	200%
76 – 80%	210%
81 – 85%	220%
86 – 90%	230%
91 – 95%	240%
96 – 100%	250%

III. A biztosítási szerződés megszűnése

1. Az Általános Biztosítási Szabályzatban meghatározott eseteken túl a biztosítás megszűnik, amennyiben a biztosító által megállapított maradandó egészségkárosodás esetén biztosítási szolgáltatás történt.

IV. Értékkövetés

1. A biztosítás biztosítási összege és díja is növekszik, ha a szerződő az indexálást nem utasította el.

2. A biztosítás díja és biztosítási összege azonos arányban növekszik.

Budapest, 2018. január 1.

BALESETI MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS (31%-) ESE-TÉRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS (MET-RC7; MET-EC7) KÜLÖNÖS BIZ-TOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A jelen biztosítás („biztosítási szerződés” vagy „biztosítási”) a biztosítási tevékenységét Magyarországon területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen Különös Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint. A jelen Különös Biztosítási Szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) Általános Biztosítási Szabályzata irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

I. A biztosított

A biztosítás biztosítottja a biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

II. A biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás

1. A biztosítási esemény a biztosított baleseti eredetű teljes vagy részleges maradandó egészségkárosodása, feltéve, hogy a baleset a biztosítás tartama alatt következett be.
2. Baleseti eredetű teljes maradandó egészségkárosodásnak minősül a biztosított, egyazon balesettel összefüggésben, a baleset időpontjától számított 180 napon belül bekövetkezett egészségkárosodása, amennyiben az, orvos által igazoltan, kialakultnak és stabilnak tekinthető, annak mértéke eléri a 100%-ot, 12 egymást követő hónapban folyamatosan fennállt és ezen időszak végén is maradandónak, véglegesnek és visszafordíthatatlannak minősült.
3. Baleseti eredetű teljes maradandó egészségkárosodás esetén a biztosító a biztosítási összeget fizeti ki.
4. Baleseti eredetű teljes maradandó egészségkárosodásnak minősül az Általános Biztosítási Szabályzat, Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata című, 1. számú mellékletében meghatározott egészségkárosodás abban az esetben is, ha az nem állt fenn folyamatosan 12 egymást követő hónapban.

5. A biztosító a térítés összegéből levonja azt az összeget, amelyet az ugyanazon balesetből származó ugyanazon egészségkárosodásra részleges maradandó egészségkárosodás esetén már kifizetett.

6. Baleseti eredetű részleges maradandó egészségkárosodásnak minősül a biztosított, egyazon balesettel összefüggésben, a baleset időpontjától számított 180 napon belül bekövetkezett, legalább 31%-os mértéket elérő, és 100%-os mértéket el nem érő, az Általános Biztosítási Szabályzat, Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata című, 1. számú mellékletében meghatározott egészségkárosodása.

7. Baleseti eredetű részleges maradandó egészségkárosodás esetén a biztosító a biztosítás mértékét az Általános Biztosítási Szabályzat, Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata című 1. számú mellékletében meghatározottak szerint állapítja meg.

8. A jobb és a baloldali felső végtag, az Általános Biztosítási Szabályzat, Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata című, 1. számú mellékletében meghatározott egészségkárosodása esetén a térítés összege azonos.

9. Amennyiben a biztosított olyan egészségkárosodást szenved, amely a jelen Biztosítási Szabályzat, Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata című, 1. számú mellékletében nem került feltüntetésre, úgy az egészségkárosodás, annak jellege alapján, az ott meghatározott egészségkárosodásokkal kerül összehasonlításra és az összehasonlítás alapján elbírálásra, a biztosított foglalkozásának figyelmen kívül hagyásával.

10. Az egészségkárosodás mértékét, szükség esetén, a biztosító orvosszakértője állapítja meg, aki döntését más orvosszakértői testület megállapításától függetlenül hozza meg.

11. A biztosító az egészségkárosodás jellegének, maradandóságának és mértékének egyértelmű orvosi megállapítását megelőzően szolgáltatást nem teljesít. Az egészségkárosodás mértékét és maradandóságát a baleset bekövetkezését követő 2 éven belül meg kell állapítani.

12. A biztosító az igényelbírálás tartama alatt jogosult a saját költségén a biztosítottat az általa megnevezett orvosokkal megvizsgáltatni olyan gyakran, ahogy az orvosok szakmai szempontból indokolt.

13. Az ugyanazon balesetből származó több egészségkárosodásra meghatározott térítési összegek összeadásra kerülnek azzal, hogy a térítés teljes összege nem haladhatja meg a biztosítási összeget.

14. Amennyiben a biztosított egészségi állapota tovább romlik azon biztosítási esemény következményeként, amelynek alapján a biztosító már részbeni kifizetést teljesített, a biztosított, a baleset bekövetkezésétől számított 2 éven belül, további igényt érvényesíthet a biztosítóval szemben. Az igényt írásban, az egészségi állapotot igazoló egészségügyi dokumentációval együtt kell benyújtani a biztosítóhoz. A biztosító az egészségkárosodás mértékét felülvizsgálja, és annak eredményeként a biztosítási összeg erejéig további szolgáltatást teljesíthet. A baleset bekövetkezésétől számított 2 éven túl további igény nem érvényesíthető.

III. A biztosítási szerződés megszűnése

1. Az Általános Biztosítási Szabályzatban meghatározott eseteken túl a biztosítás megszűnik, amennyiben a biz-

tosító által megállapított maradandó egészségkárosodás esetén biztosítási szolgáltatás történt.

IV. Értékkövetés

1. A biztosítás biztosítási összege és díja is növekszik, ha a szerződő az indexálást nem utasította el.
2. A biztosítás díja és biztosítási összege azonos arányban növekszik.

Budapest, 2018. január 1.

BALESETI MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS (61%-) ESETÉRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS (MET-RC8; MET-EC8) KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A jelen biztosítás („biztosítási szerződés” vagy „biztosítás”) a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen Különös Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint. A jelen Különös Biztosítási Szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) Általános Biztosítási Szabályzata irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

I. A biztosított

A biztosítás biztosítottja a biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

II. A biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás

1. A biztosítási esemény a biztosított baleseti eredetű teljes vagy részleges maradandó egészségkárosodása, feltéve, hogy a baleset a biztosítás tartama alatt következett be.
2. Baleseti eredetű teljes maradandó egészségkárosodásnak minősül a biztosított, egyazon balesettel összefüggésben, a baleset időpontjától számított 180 napon belül bekövetkezett egészségkárosodása, amennyiben az, orvos által igazoltan, kialakultnak és stabilnak tekinthető, annak mértéke eléri a 100%-ot, 12 egymást követő hónapban folyamatosan fennállt és ezen időszak végén is maradandónak, véglegesnek és visszafordíthatatlannak minősült.
3. Baleseti eredetű teljes maradandó egészségkárosodás esetén a biztosító a biztosítási összeget fizeti ki.
4. Baleseti eredetű teljes maradandó egészségkárosodásnak minősül az Általános Biztosítási Szabályzat, Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata című, 1. számú mellékletében meghatározott egészség-

károsodás abban az esetben is, ha az nem állt fenn folyamatosan 12 egymást követő hónapban.

5. A biztosító a térítés összegéből levonja azt az összeget, amelyet az ugyanazon balesetből származó ugyanazon egészségkárosodásra részleges maradandó egészségkárosodás esetén már kifizetett.

6. Baleseti eredetű részleges maradandó egészségkárosodásnak minősül a biztosított, egyazon balesettel összefüggésben, a baleset időpontjától számított 180 napon belül bekövetkezett, legalább 61%-os mértéket elérő, és 100%-os mértéket el nem érő, az Általános Biztosítási Szabályzat, Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata című 1. számú mellékletében meghatározott egészségkárosodása.

7. Baleseti eredetű részleges maradandó egészségkárosodás esetén a biztosító a térítés mértékét az Általános Biztosítási Szabályzat, Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata című, 1. számú mellékletében meghatározottak szerint állapítja meg.

8. A jobb és a baloldali felső végtag, az Általános Biztosítási Szabályzat, Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata című, 1. számú mellékletében meghatározott egészségkárosodása esetén a térítés összege azonos.

9. Amennyiben a biztosított olyan egészségkárosodást szenved, amely az Általános Biztosítási Szabályzat, Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata című, 1. számú mellékletében nem került feltüntetésre, úgy az egészségkárosodás, annak jellege alapján, az ott meghatározott egészségkárosodásokkal kerül összehasonlításra és az összehasonlítás alapján elbírálásra, a biztosított foglalkozásának figyelmen kívül hagyásával.

10. Az egészségkárosodás mértékét, szükség esetén, a biztosító orvosszakértője állapítja meg, aki döntését más orvosszakértői testület megállapításától függetlenül hozza meg.

11. A biztosító az egészségkárosodás jellegének, maradandóságának és mértékének egyértelmű orvosi megállapítását megelőzően szolgáltatást nem teljesít. Az egészségkárosodás mértékét és maradandóságát a baleset bekövetkezését követő 2 éven belül meg kell állapítani.

12. A biztosító az igényelbírálás tartama alatt jogosult a saját költségén a biztosítottat az általa megnevezett orvosokkal megvizsgáltatni olyan gyakran, ahogy az orvosok szakmai szempontból indokolt.

13. Az ugyanazon balesetből származó több egészségkárosodásra meghatározott térítési összegek összeadásra

kerülnek azzal, hogy a térítés teljes összege nem haladhatja meg a biztosítási összeget.

14. Amennyiben a biztosított egészségi állapota tovább romlik azon biztosítási esemény következményeként, amelynek alapján a biztosító már részbeni kifizetést teljesített, a biztosított, a baleset bekövetkezésétől számított 2 éven belül, további igényt érvényesíthet a biztosítóval szemben. Az igényt írásban, az egészségi állapotot igazoló egészségügyi dokumentációval együtt kell benyújtani a biztosítóhoz. A biztosító az egészségkárosodás mértékét felülvizsgálja, és annak eredményeként a biztosítási összeg erejéig további szolgáltatást teljesíthet. A baleset bekövetkezésétől számított 2 éven túl további igény nem érvényesíthető.

III. A biztosítási szerződés megszűnése

1. Az Általános Biztosítási Szabályzatban meghatározott eseteken túl a biztosítás megszűnik, amennyiben a biztosító által megállapított maradandó egészségkárosodás esetén biztosítási szolgáltatás történt.

IV. Értékkövetés

1. A biztosítás biztosítási összege és díja is növekszik, ha a szerződő az indexálást nem utasította el.
2. A biztosítás díja és biztosítási összege azonos arányban növekszik.

Budapest, 2018. január 1.

BALESETI MARADANDÓ EGÉSZSÉ GKÁROSODÁS (51%-) ESETÉRE SZÓLÓ JÁRADÉK SZOLGÁLTATÁS BIZTOSÍTÁS (MET-RC5; MET-EC5; MET-RC6; MET-EC6) KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A jelen biztosítás („biztosítási szerződés” vagy „biztosítás”) a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen Különös Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint. A jelen Különös Biztosítási Szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) Általános Biztosítási Szabályzata irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

I. A biztosított

A biztosítás biztosítottja a biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

II. A biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás

1. A biztosítási esemény a biztosított baleseti eredetű maradandó egészségkárosodása, feltéve, hogy a baleset a biztosítás tartama alatt következett be.
2. Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásnak minősül a biztosított, egyazon balesettel összefüggésben, a baleset időpontjától számított 180 napon belül bekövetkezett, az Általános Biztosítási Szabályzat, Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata című, 1. számú mellékletében meghatározott egészségkárosodása, amennyiben az, orvos által igazoltan, kialakultnak és stabilnak tekinthető és annak mértéke eléri az 51%-ot.
3. Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás esetén a biztosító a biztosítási összegnek az Általános Biztosítási Szabályzat, Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata című, 1. számú mellékletében meghatározott mértékét fizeti ki („térítés összege”). A térítés összege havi járadék formájában, a biztosítási szerződésben meghatározott 5 vagy 10 éves időtartam alatt kerül kifizetésre.

4. A térítés összege a biztosított részére, a biztosított halála esetén a kedvezményezett részére kerül kifizetésre.

5. A járadék kifizetése a biztosítási szolgáltatásra való jogosultság megállapítását követő hónap 10. napján kezdődik, amennyiben a jogosultság a hónap 15. napjáig megállapításra kerül. Amennyiben a szolgáltatásra való jogosultság a hónap 15. napját követően kerül megállapításra, a járadék kifizetése a következő hónapot követő hónap 10. napján kezdődik.

6. Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásnak minősülnek az Általános Biztosítási Szabályzat, Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata című, 1. számú mellékletében meghatározott egészségkárosodások.

7. A jobb és a baloldali felső végtag, az Általános Biztosítási Szabályzat, Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata című, 1. számú mellékletében meghatározott, egészségkárosodása esetén a térítés összege azonos.

8. Amennyiben a biztosított olyan egészségkárosodást szenved, amely a jelen Biztosítási Szabályzat, Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata című, 1. számú mellékletében nem került feltüntetésre, úgy az egészségkárosodás, annak jellege alapján, az ott meghatározott egészségkárosodásokkal kerül összehasonlításra és az összehasonlítás alapján elbírálásra, a biztosított foglalkozásának figyelmen kívül hagyásával.

9. Az egészségkárosodás mértékét, szükség esetén, a biztosító orvosszakértője állapítja meg, aki döntését más orvosszakértői testület megállapításától függetlenül hozza meg.

10. A biztosító az egészségkárosodás jellegének, maradandóságának és mértékének egyértelmű orvosi megállapítását megelőzően szolgáltatást nem teljesít. Az egészségkárosodás mértékét és maradandóságát a baleset bekövetkezését követő 2 éven belül meg kell állapítani.

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

12. Az ugyanazon balesetből származó több egészségkárosodásra meghatározott térítési összegek összeadásra kerülnek azzal, hogy a térítés teljes összege nem haladhatja meg a biztosítás biztosítási összegét.

13. Amennyiben a biztosított egészségi állapota tovább romlik azon biztosítási esemény következményeként, amelynek alapján a biztosító már részbeni kifizetést teljesített, a biztosított, a baleset bekövetkezésétől számított 2 éven belül, további igényt érvényesíthet a biztosítóval szemben. Az igényt írásban, az egészségi állapotot igazoló egészségügyi dokumentációval együtt kell benyújtani a biztosítóhoz. A biztosító az egészségkárosodás mértékét felülvizsgálja, és annak eredményeként a baleset időpontjában aktuális biztosítási összeg erejéig további szolgáltatást teljesíthet. A baleset bekövetkezésétől számított 2 éven túl további igény nem érvényesíthető.

III. A biztosítási szerződés megszűnése

1. Az Általános Biztosítási Szabályzatban meghatározott eseteken túl a biztosítás megszűnik, amennyiben a biztosító által megállapított maradandó egészségkárosodás esetén biztosítási szolgáltatás történt.

IV. Értékkövetés

1. A biztosítás biztosítási összege és díja is növekszik, ha a szerződő az indexálást nem utasította el.
2. A biztosítás díja és biztosítási összege azonos arányban növekszik.

Budapest, 2018. január 1.

MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS ÉS REHABILITÁCIÓ ESETÉRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS (MET-Y01; MET-EY1) KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A jelen biztosítás („biztosítási szerződés” vagy „biztosítás”) a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen Különös Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint. A jelen Különös Biztosítási Szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) Általános Biztosítási Szabályzata irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

I. A biztosított

A biztosítás biztosítottja a biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

II. A biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás

1. A biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező, balesettel vagy előzmény nélküli betegséggel összefüggésben kialakult maradandó egészségkárosodása az alábbiak szerint:

- a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a maradandó egészségkárosodás megállapítására jogosult intézmény szakvéleménye a biztosítottnál 39%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodást állapított meg és a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a maradandó egészségkárosodás megállapítására jogosult intézmény szakvéleménye szerint rehabilitációja nem javasolt,
- a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a maradandó egészségkárosodás megállapítására jogosult intézmény szakvéleménye a biztosítottnál 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodást állapított meg, feltéve, mindkét esetben, hogy a biztosított az egészségkárosodásának megállapítására vonatkozó igénybejelentését a kockázatviselés tartama alatt nyújtja be az illetékes hatósághoz.

2. A biztosítási esemény időpontja a szakvélemény kelte.

3. Maradandó egészségkárosodás esetén a biztosító a biztosítási összeget az alábbiak szerint fizeti ki („térítés összege”).

- 39%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás esetén az egészségkárosodás mértékének arányában megállapított százalékos mértéket,
- 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás esetén a teljes mértéket.

4. A biztosító a biztosítási összegből levonja azt az összeget, amelyet részleges maradandó egészségkárosodás esetén már kifizetett.

5. A biztosító az egészségkárosodás jellegének, maradandóságának és mértékének egyértelmű megállapítását megelőzően szolgáltatást nem teljesít. Az egészségkárosodás mértékét és maradandóságát a bekövetkezését követő 2 éven belül meg kell állapítani.

6. A biztosító az igényelbírálás tartama alatt jogosult a saját költségén a biztosítottat az általa megnevezett orvosokkal megvizsgáltatni, és az eredménytől függően a szolgáltatási igényt elfogadni vagy elutasítani.

7. A biztosítási szerződés létrejötte előtt már maradandóan károsodott testrészek, szervek, a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.

8. Amennyiben a biztosított egészségi állapota tovább romlik azon biztosítási esemény következményeként, amelynek alapján a biztosító már részbeni kifizetést teljesített, a biztosított, a baleset bekövetkezésétől számított 2 éven belül, további igényt érvényesíthet a biztosítóval szemben. Az igényt írásban, a szakvéleménnyel és az egészségi állapotot igazoló egészségügyi dokumentációval együtt kell benyújtani a biztosítóhoz. A biztosító az egészségkárosodás mértékét felülvizsgálja, és annak eredményeként az egészségkárosodás megállapításának időpontjában aktuális biztosítási összeg erejéig további szolgáltatást teljesíthet. Az egészségkárosodás megállapításának bekövetkezésétől számított 2 éven túl további igény nem érvényesíthető.

III. Várakozási idő

1. A biztosító a II. fejezet 1. pontjában meghatározott, betegséggel összefüggésben kialakult maradandó egészségkárosodás esetén, a kockázatot abban az esetben vállalja, ha a maradandó egészségkárosodás a biztosítási szerződés létrejöttét követő 6 hónap eltelte után következik be.

IV. A biztosítási szerződés megszűnése

1. Az Általános Biztosítási Szabályzatban meghatározott eseteken túl a biztosítás megszűnik, amennyiben marandó egészségkárosodás esetén biztosítási szolgáltatás történt.

V. Értékkövetés

1. A biztosítás biztosítási összege és díja is növekszik, ha a szerződő az indexálást nem utasította el.
2. A biztosítás díja és biztosítási összege azonos arányban növekszik.

Budapest, 2018. január 1.

MARADANDÓ EGÉSZSÉGGKÁROSODÁS ÉS REHABILITÁCIÓ ESETÉRE SZÓLÓ JÁRADÉK SZOLGÁLTATÁS BIZTOSÍTÁS (MET-Y02; MET-EY2; MET-Y03; MET-EY3) KÜLÖNÖS BIZTOSÍ- TÁSI SZABÁLYZATA

A jelen biztosítás („biztosítási szerződés” vagy „biztosítás”) a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen Különös Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint. A jelen Különös Biztosítási Szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) Általános Biztosítási Szabályzata irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

I. A biztosított

A biztosítás biztosítottja a biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

II. A biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás

1. A biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező, balesettel vagy előzmény nélküli betegséggel összefüggésben kialakult maradandó egészségkárosodása az alábbiak szerint:

a. a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a maradandó egészségkárosodás megállapítására jogosult intézmény szakvéleménye a biztosítottnál 39%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodást állapított meg és a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a maradandó egészségkárosodás megállapítására jogosult intézmény szakvéleménye szerint rehabilitációja nem javasolt

b. a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a maradandó egészségkárosodás megállapítására jogosult intézmény szakvéleménye a biztosítottnál 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodást állapított meg, feltéve, mindkét esetben, hogy a biztosított az egészségkárosodásának megállapítására vonatkozó igénybejelentését a kockázatviselés tartama alatt nyújtja be az illetékes hatósághoz.

2. A biztosítási esemény időpontja a szakvélemény kelté.

3. Maradandó egészségkárosodás esetén a biztosító a biztosítási összeget az alábbiak szerint fizeti ki („térítés összege”).

a. 39%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás esetén az egészségkárosodás mértékének arányában megállapított mértéket,

b. 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás esetén a teljes mértéket.

4. A térítés összege havi járadék formájában, a biztosítási szerződésben meghatározott 5 vagy 10 éves időtartam alatt kerül kifizetésre.

5. A térítés összege a biztosított részére, a biztosított halála esetén a kedvezményezett részére kerül kifizetésre.

6. A járadék kifizetése a biztosítási szolgáltatásra való jogosultság megállapítását követő hónap 10. napján kezdődik, amennyiben a jogosultság a hónap 15. napjáig megállapításra kerül. Amennyiben a szolgáltatásra való jogosultság a hónap 15. napját követően kerül megállapításra, a járadék kifizetése a következő hónapot követő hónap 10. napján kezdődik.

7. A biztosító az egészségkárosodás jellegének, maradandóságának és mértékének egyértelmű megállapítását megelőzően szolgáltatást nem teljesít. Az egészségkárosodás mértékét és maradandóságát a bekövetkezését követő 2 éven belül meg kell állapítani.

8. A biztosító az igényelbírálás tartama alatt jogosult a saját költségén a biztosítottat az általa megnevezett orvosokkal megvizsgáltatni, és az eredménytől függően a szolgáltatási igényt elfogadni vagy elutasítani.

9. A biztosítási szerződés létrejötte előtt már maradandóan károsodott testrészek, szervek, a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.

10. Amennyiben a biztosított egészségi állapota tovább romlik azon biztosítási esemény következményeként, amelynek alapján a biztosító már részbeni kifizetést teljesített, a biztosított, a baleset bekövetkezésétől számított 2 éven belül, további igényt érvényesíthet a biztosítóval szemben. Az igényt írásban, a szakvéleménnyel és az egészségi állapotot igazoló egészségügyi dokumentációval együtt kell benyújtani a biztosítóhoz. A biztosító az egészségkárosodás mértékét felülvizsgálja, és annak eredményeként az egészségkárosodás megállapításának időpontjában aktuális biztosítási összeg erejéig további

szolgáltatást teljesíthet. Az egészségkárosodás megállapításának bekövetkezésétől számított 2 éven túl további igény nem érvényesíthető.

III. Várakozási idő

1. A biztosító a II. fejezet 1. pontjában meghatározott, betegséggel összefüggésben kialakult maradandó egészségkárosodás esetén, a kockázatot abban az esetben vállalja, ha a maradandó egészségkárosodás a biztosítási szerződés létrejöttét követő 6 hónap eltelte után következik be.

IV. A biztosítási szerződés megszűnése

1. Az Általános Biztosítási Szabályzatban meghatározott eseteken túl a biztosítás megszűnik, amennyiben a mara-

dandó egészségkárosodás esetén biztosítási szolgáltatás történt.

V. Értékkövetés

1. A biztosítás biztosítási összege és díja is növekszik, ha a szerződő az indexálást nem utasította el.
2. A biztosítás díja és biztosítási összege azonos arányban növekszik.

Budapest, 2018. január 1.

CSONTTÖRÉS ÉS ÉGÉSI SÉRÜLÉS ESETÉRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS (MET-F14; MET-EF2) KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A jelen biztosítás („biztosítási szerződés” vagy „biztosítás”) a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen Különös Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint. A jelen Különös Biztosítási Szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) Általános Biztosítási Szabályzata irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

I. A biztosított

A biztosítás biztosítottja a biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

II. A biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás

1. A biztosítási esemény balesettel összefüggésben bekövetkezett csonttörés vagy balesettel összefüggésben bekövetkezett égési sérülés.
2. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítás biztosítási összegének a csonttörés vagy égési sérülés egyes eseteire meghatározott, százalékos mértékét fizeti ki („térítés mértéke”).
3. A csonttörés és égési sérülés egyes esetei, valamint a térítés mértéke az Általános Biztosítási Szabályzat, Csonttörések és égési sérülések táblázata című, 2. számú mellékletében kerülnek meghatározásra.
4. Az ugyanazon balesetből származó több csonttörés vagy égési sérülés esetén a csonttörésre vagy égési sérülésre meghatározott térítési összegek összeadásra kerülnek azzal, hogy a térítés teljes összege nem haladhatja meg a biztosítás biztosítási összegét.
5. Amennyiben a biztosított olyan csonttörést vagy égési sérülést szenved, amely az Általános Biztosítási Szabályzat, Csonttörések és égési sérülések táblázata című, 2. számú mellékletében nem került feltüntetésre, úgy a csonttörés vagy égési sérülés, annak jellege alapján, az ott meghatározott csonttöréssel vagy égési sérüléssel kerül összehasonlításra és az összehasonlítás alapján elbírálásra.

6. A térítés mértékét, szükség esetén, a biztosító orvosszakértője állapítja meg, aki döntését más orvosszakértői testület megállapításától függetlenül hozza meg.

7. Amennyiben a térítés mértéke nem éri el az 1 %-ot, a biztosító kifizetést nem teljesít.

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

9. Csonttörésnek és égési sérülésnek minősülnek az Általános Biztosítási Szabályzat, Csonttörések és égési sérülések táblázata című, 2. számú mellékletében meghatározott esetek.

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?

III. Kizárások

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

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

IV. Értékkövetés

1. A biztosítás biztosítási összege és díja is növekszik, ha a szerződő az indexálást nem utasította el.
2. A biztosítás díja és biztosítási összege azonos arányban növekszik.

Budapest, 2018. január 1.

BALESETBŐL SZÁRMAZÓ KÓRHÁZI ELLÁTÁS ESETÉN, (1. NAPTÓL) NAPI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS (MET-NB3; MET-ENA) KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A jelen biztosítás („biztosítási szerződés” vagy „biztosítás”) a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen Különös Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint. A jelen Különös Biztosítási Szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) Általános Biztosítási Szabályzata irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

I. A biztosított

A biztosítás biztosítottja a biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

II. A biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás

1. A biztosítási esemény a biztosított balesettel összefüggésben, a baleset bekövetkezésének napjától számított 180 napon belül történő kórházi ellátása, feltéve, hogy a baleset a biztosítás tartama alatt következett be.

2. Amennyiben a biztosított benn fekvőként kórházi ellátásban részesül, a biztosító a biztosítási összegnek a kórházban töltött napok számával szorzott összegének az alábbi táblázat szerinti mértékét fizeti ki a biztosított részére a kórházi ellátás 1. napjától a kórházi ellátás legfeljebb 90. napjáig („térítés összege”). A térítés összege tehát a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a kórházi ellátás napjainak számával, legfeljebb azonban 90 nappal, megszorított összege.

A biztosított életkora	A térítés összege a biztosítási összeg százalékában
16 – 64 év	100%
65 – 69 év	70%
70 – 74 év	60%

3. Amennyiben a biztosított a kórházi ellátás tartama alatt intenzív ellátásban részesül, a biztosító az intenzív ellátás napjaira a térítési összeg 50%-kal növelt összegét fizeti ki.

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

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

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

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?

III. Kizárások

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

a. bármilyen betegség, bakteriális fertőzés (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzés kivételével),

b. kozmetikai és plasztikai sebészeti, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,

c. a kórházi ellátás tartama alatt elszenvedett bármilyen fertőzés,

d. bármely olyan kezelés vagy gyógymód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben, rehabilitációs vagy utókezelő központban végeznek.

IV. Értékkövetés

1. A biztosítás biztosítási összege és díja is növekszik, ha a szerződő az indexálást nem utasította el.
2. A biztosítás díja és biztosítási összege azonos arányban növekszik.

Budapest, 2018. január 1.

BALESETBŐL SZÁRMAZÓ KÓRHÁZI ELLÁTÁS ESETÉN, (5. NAPTÓL) NAPI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS (MET-NB4; MET-ENB) KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A jelen biztosítás („biztosítási szerződés” vagy „biztosítás”) a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen Különös Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint. A jelen Különös Biztosítási Szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) Általános Biztosítási Szabályzata irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

I. A biztosított

A biztosítás biztosítottja a biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

II. A biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás

1. A biztosítási esemény a biztosított balesettel összefüggésben, a baleset bekövetkezésének napjától számított 180 napon belül történő kórházi ellátása, feltéve, hogy a baleset a biztosítás tartama alatt következett be.
2. Amennyiben a biztosított benn fekvőként 5 napot meghaladó kórházi ellátásban részesül, a biztosító a biztosítási összegnek a kórházban töltött napok számával szorzott összegének az alábbi táblázat szerinti mértékét fizeti ki a biztosított részére a kórházi ellátás 1. napjától a kórházi ellátás legfeljebb 90. napjáig („térítés összege”). A térítés összege tehát a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a kórházi ellátás napjainak számával, legfeljebb azonban 90 nappal, megszorított összege.

A biztosított életkora	A térítés összege a biztosítási összeg százalékában
16 – 64 év	100%
65 – 69 év	70%
70 – 74 év	60%

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

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

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

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?

III. Kizárások

1. Az Általános Biztosítási Szabályzatban meghatározott kizárásokon túl a biztosítás nem terjed ki azon kórházi ellátásra, amelynek oka közvetlenül vagy közvetve, részben vagy egészében:
 - a. bármilyen betegség, bakteriális fertőzés (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzés kivételével),
 - b. kozmetikai és plasztikai sebészeti, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,
 - c. a kórházi ellátás tartama alatt elszennvedett bármilyen fertőzés,
 - d. bármely olyan kezelés vagy gyógy mód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben, rehabilitációs vagy utókezelő központban végeznek.

IV. Értékkövetés

1. A biztosítás biztosítási összege és díja is növekszik, ha a szerződő az indexálást nem utasította el.
2. A biztosítás díja és biztosítási összege azonos arányban növekszik.

Budapest, 2018. január 1.

BALESETBŐL SZÁRMAZÓ KÓRHÁZI ELLÁTÁS ESETÉN, (1. NAPTÓL) NAPI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS 200%-IG TERJEDŐ PROGRESSZÍV TÉRÍTÉSSSEL (MET-NB5; MET-ENC) KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A jelen biztosítás („biztosítási szerződés” vagy „biztosítás”) a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen Különös Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint. A jelen Különös Biztosítási Szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) Általános Biztosítási Szabályzata irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

I. A biztosított

A biztosítás biztosítottja a biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

II. A biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás

1. A biztosítási esemény a biztosított balesettel összefüggésben, a baleset bekövetkezésének napjától számított 180 napon belül történő kórházi ellátása, feltéve, hogy a baleset a biztosítás tartama alatt következett be.
2. Amennyiben a biztosított benn fekvőként kórházi ellátásban részesül, a biztosító a biztosítási összegnek a kórházban töltött napok számával szorzott összegének az alábbi táblázat szerinti mértékét fizeti ki a biztosított részére a kórházi ellátás 1. napjától a kórházi ellátás legfeljebb 90. napjáig („térítés összege”). A térítés összege tehát a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a kórházi ellátás napjainak számával, legfeljebb azonban 90 nappal, megszorított összege.

A biztosított életkora	A térítés összege a biztosítási összeg százalékában
16 – 64 év	100%

65 – 69 év	70%
70 – 74 év	60%

3. Balesetből származó kórházi ellátás esetén a biztosító a biztosítási összeget a 8. pontban meghatározott progressziós mértékkel növelten fizeti ki („progressziós térítés összege”).

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

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

6. Ugyanazon, vagy hasonló ok következtében szükségessé vált kórházi ellátások esetén a biztosító a biztosítási szerződés hatálya alatt legfeljebb 2 alkalommal teljesíti a kórházi napi térítési szolgáltatást.

7. Ugyanazon, vagy hasonló ok következtében szükségessé vált kórházi ellátásra meghatározott térítési összegek összeadásra kerülnek azzal, hogy a térítés teljes összege nem haladhatja meg a biztosítási összeg 200%-át.

8. A kórházi ellátás napjainak száma alapján megállapított progressziós térítés összegét az alábbi táblázat tartalmazza.

A kórházi ellátás napjainak száma	A progressziós térítés összege a térítési összeg százalékában
1 – 14	100%
15 – 21	125%
22 – 30	150%
31 – 60	175%
61 – 90	200%

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?

III. Kizárások

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

a. bármilyen betegség, bakteriális fertőzés (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzés kivételével),

b. kozmetikai és plasztikai sebészeti, 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.

IV. Értékkövetés

1. A biztosítás biztosítási összege és díja is növekszik, ha a szerződő az indexálást nem utasította el.

2. A biztosítás díja és biztosítási összege azonos arányban növekszik.

Budapest, 2018. január 1.

BALESETBŐL SZÁRMAZÓ KÓRHÁZI ELLÁTÁS ESETÉN, (5. NAPTÓL) NAPI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS 200%-IG TERJEDŐ PROGRESSZÍV TÉRÍTÉSSSEL (MET-NB6; MET-END) KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A jelen biztosítás („biztosítási szerződés” vagy „biztosítás”) a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen Különös Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint. A jelen Különös Biztosítási Szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) Általános Biztosítási Szabályzata irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

I. A biztosított

A biztosítás biztosítottja a biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

II. A biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás

1. A biztosítási esemény a biztosított balesettel összefüggésben, a baleset bekövetkezésének napjától számított 180 napon belül történő kórházi ellátása, feltéve, hogy a baleset a biztosítás tartama alatt következett be.
2. Amennyiben a biztosított benn fekvőként 5 napot meghaladó kórházi ellátásban részesül, a biztosító a biztosítási összegnek a kórházban töltött napok számával szorzott összegének az alábbi táblázat szerinti mértékét fizeti ki a biztosított részére a kórházi ellátás 1. napjától a kórházi ellátás legfeljebb 90. napjáig („térítés összege”). A térítés összege tehát a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a kórházi ellátás napjainak számával, legfeljebb azonban 90 nappal, megszorított összege.

A biztosított életkora	A térítés összege a biztosítási összeg százalékában
16 – 64 év	100%
65 – 69 év	70%
70 – 74 év	60%

3. Balesetből származó kórházi ellátás esetén a biztosító a biztosítási összeget a 8. pontban meghatározott progressziós mértékkel növelten fizeti ki („progressziós térítés összege”).

4. 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.

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

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

7. Ugyanazon, vagy hasonló ok következtében szükségessé vált kórházi ellátásra meghatározott térítési összegek összeadásra kerülnek azzal, hogy a térítés teljes összege nem haladhatja meg a biztosítási összeg 200%-át.

8. A kórházi ellátás napjainak száma alapján megállapított progressziós térítés összegét az alábbi táblázat tartalmazza.

A kórházi ellátás napjainak száma	A progressziós térítés összege a térítési összeg százalékában
1 – 14	100%
15 – 21	125%
22 – 30	150%
31 – 60	175%
61 – 90	200%

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?

III. Kizárások

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

a. bármilyen betegség, bakteriális fertőzés (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzés kivételével),

b. kozmetikai és plasztikai sebészeti, 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.

IV. Értékkövetés

1. A biztosítás biztosítási összege és díja is növekszik, ha a szerződő az indexálást nem utasította el.

2. A biztosítás díja és biztosítási összege azonos arányban növekszik.

Budapest, 2018. január 1.

BALESETBŐL SZÁRMAZÓ MŰTÉTI BEAVATKOZÁS ESETÉRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS (MET-SB3, MET-ESC) KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A jelen biztosítás („biztosítási szerződés” vagy „biztosítás”) a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen Különös Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint. A jelen Különös Biztosítási Szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) Általános Biztosítási Szabályzata irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

I. A biztosított

A biztosítás biztosítottja a biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

II. A biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás

1. A biztosítási esemény a biztosított balesettel összefüggésben, a baleset bekövetkezésének napjától számított 180 napon belül történő műtéti ellátása, feltéve, hogy a baleset a biztosítás tartama alatt következett be.
2. Amennyiben a biztosított a kórházi ellátás alatt műtéti ellátásban részesül, a biztosító a biztosítási összegnek, az egyes műtéti ellátásokra meghatározott, százalékos mértékének az alábbi táblázat szerinti mértékét fizeti ki („térítés összege”).

A biztosított életkora	A térítés összege a biztosítási összeg egyes műtéti ellátásokra meghatározott százalékos mértékének százalékában
16 – 64 év	100%
65 – 69 év	70%
70 – 74 év	60%

3. Az egyes műtéti ellátásokat és a térítés összegét az Általános Biztosítási Szabályzat, Műtéti beavatkozások térítésének táblázata („műtéti táblázat”) című, 3. számú melléklete tartalmazza.

4. Ha ugyanazon műtéti ellátás során több sebészeti beavatkozás szükséges, úgy a térítés összege nem haladhatja meg az egyes műtéti ellátásokra megállapított legmagasabb térítési összeget.

5. Amennyiben a műtéti ellátás nem szerepel a műtéti táblázatban, úgy a műtéti ellátás, annak jellege alapján, az ott meghatározott műtéti ellátásokkal kerül összehasonlításra és az összehasonlítás alapján elbírálásra. A műtéti eljárás jellegét, bonyolultságának mértékét, és a műtéti táblázatban meghatározott műtéti eljárásokkal való összehasonlítását a biztosító orvosszakértője állapítja meg, aki döntését más orvosszakértői testület megállapításától függetlenül hozza meg.

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?

III. Kizárások

1. Az Általános Biztosítási Szabályzatban meghatározott kizárásokon túl a biztosítás nem terjed ki azon 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 sebészeti, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,
- c. a kórházi ellátás tartama alatt elszennvedett bármilyen fertőzés,
- d. bármely olyan kezelés vagy gyógy mód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben, rehabilitációs vagy utókezelő központban végeznek.

IV. Értékkövetés

1. A biztosítás biztosítási összege és díja is növekszik, ha a szerződő az indexálást nem utasította el.
2. A biztosítás díja és biztosítási összege azonos arányban növekszik.

Budapest, 2018. január 1.

BALESETBŐL SZÁRMAZÓ MŰTÉTI BEAVATKOZÁS ESETÉRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS 200%-IG TERJEDŐ PROGRESSZÍV TÉRÍTÉSSEL (MET-SB4, MET-ESD) KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A jelen biztosítás („biztosítási szerződés” vagy „biztosítás”) a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen Különös Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint. A jelen Különös Biztosítási Szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) Általános Biztosítási Szabályzata irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

I. A biztosított

A biztosítás biztosítottja a biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

II. A biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás

1. A biztosítási esemény a biztosított balesettel összefüggésben, a baleset bekövetkezésének napjától számított 180 napon belül történő műtéti ellátása, feltéve, hogy a baleset a biztosítás tartama alatt következett be.
2. Amennyiben a biztosított a kórházi ellátás alatt műtéti ellátásban részesül, a biztosító a biztosítási összegnek, az egyes műtéti ellátásokra meghatározott, százalékos mértékének az alábbi táblázat szerinti mértékét fizeti ki („térítés összege”).

A biztosított életkora	A térítés összege a biztosítási összeg egyes műtéti ellátásokra meghatározott százalékos mértékének százalékában
16 – 64 év	100%
65 – 69 év	70%
70 – 74 év	60%

3. Balesetből származó műtéti beavatkozás esetén a biztosító a térítési összeget a 8. pontban meghatározott progressziós mértékkel növelten fizeti ki („progressziós térítés összege”).

4. Az egyes műtéti ellátásokat és a térítés összegét az Általános Biztosítási Szabályzat, Műtéti beavatkozások térítésének táblázata („műtéti táblázat”) című, 3. számú melléklete tartalmazza.

5. Ha ugyanazon műtéti ellátás során több sebészeti beavatkozás szükséges, úgy a térítés összege nem haladhatja meg az egyes műtéti ellátásokra megállapított legmagasabb térítési összeget.

6. Balesetből származó műtéti beavatkozás esetén a biztosító a térítés mértékét a jelen Biztosítási Szabályzat, Műtéti beavatkozások térítésének táblázata („műtéti táblázat”) című, 3. számú mellékletében meghatározottak szerint állapítja meg azzal, hogy a térítés mértékét növeli a 8. pontban meghatározott progressziós mértékkel.

7. Amennyiben a műtéti ellátás nem szerepel a műtéti táblázatban, úgy a műtéti ellátás, annak jellege alapján, az ott meghatározott műtéti ellátásokkal kerül összehasonlításra és az összehasonlítás alapján elbírálásra. A műtéti eljárás jellegét, bonyolultságának mértékét, és a műtéti táblázatban meghatározott műtéti eljárásokkal való összehasonlítását a biztosító orvosszakértője állapítja meg, aki döntését más orvosszakértői testület megállapításától függetlenül hozza meg.

8. Az egyes műtéti ellátásokra meghatározott progressziós térítés összegét az alábbi táblázat tartalmazza.

Az egyes műtéti ellátásokra meghatározott, százalékos mértéke

A progressziós térítés összege a térítési összeg százalékában

1 – 5%	100%
6 – 10%	110%
11 – 25%	125%
26 – 50%	150%
51 – 75%	175%
76 – 100%	200%

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?

III. Kizárások

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

- bármilyen betegség, bakteriális fertőzés (a bal-eseti sérülésből származó pyogenikus fertőzés kivételével),**
- kozmetikai és plasztikai sebészeti, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,**
- a kórházi ellátás tartama alatt elszenvedett bármilyen fertőzés,**
- bármely olyan kezelés vagy gyógymód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben, rehabilitációs vagy utókezelő központban végeznek.**

IV. Értékkövetés

- A biztosítás biztosítási összege és díja is növekszik, ha a szerződő az indexálást nem utasította el.**
- A biztosítás díja és biztosítási összege azonos arányban növekszik.**

Budapest, 2018. január 1.

KÓRHÁZI ELLÁTÁS ESETÉN, (1. NAPTÓL) NAPI TÉRÍTÉS-RE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS (MET-NB7; MET-ENE) KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A jelen biztosítás („biztosítási szerződés” vagy „biztosítás”) a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen Különös Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint. A jelen Különös Biztosítási Szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) Általános Biztosítási Szabályzata irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

I. A biztosított

A biztosítás biztosítottja a biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

II. A biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás

1. A biztosítási esemény a biztosított, a biztosítás hatálybalépését követően bekövetkezett balesettel vagy betegséggel összefüggésben történő, kórházi ellátása, feltéve, hogy a baleset vagy a betegség a biztosítás tartama alatt következett be.
2. Amennyiben a biztosított benn fekvőként kórházi ellátásban részesül, a biztosító a biztosítási összeget fizeti ki a biztosított részére a kórházi ellátás 1. napjától a kórházi ellátás legfeljebb 90. napjáig („térítés összege”). A térítés összege tehát a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a kórházi ellátás napjainak számával, legfeljebb azonban 90 nappal, megszorított összege.
3. Amennyiben a biztosított a kórházi ellátás tartama alatt intenzív ellátásban részesül, a biztosító az intenzív ellátás napjaira a biztosítási összeg 50%-kal növelt összegét fizeti ki.
4. 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.

5. Ugyanazon, vagy hasonló ok következtében szükségessé váló, egymást követő kórházi ellátások esetén a kórházi ellátások teljes időtartama ugyanazon baleset vagy betegség következményének számít kivéve, ha az egyes kórházi ellátások között legalább 12 hónap eltelik.
6. Ugyanazon, vagy hasonló ok következtében szükségessé vált kórházi ellátás(ok) esetén a biztosító a biztosítási szerződés hatálya alatt legfeljebb 2 alkalommal teljesít kórházi napi térítési szolgáltatást.
7. A kórházi ellátást követően a biztosító a térítési összeg 50%-ával megegyező összeget fizet ki a biztosított rehabilitációja céljából.

III. Várakozási idő

1. A várakozási idő a biztosítási szerződés hatálybalépésétől számított 60 nap, a mandula, illetve orrpolip eltávolítását célzó kórházi gyógykezelés esetén 180 nap.

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?

IV. Kizárások

1. Az Általános Biztosítási Szabályzatban meghatározott kizárásokon túl a jelen biztosítási szabályzat alapján nem minősül biztosítási eseménynak és a biztosítási összeg nem kerül kifizetésre, ha a biztosított kórházi ellátását okozó baleset vagy betegség közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben áll a felsoroltak bármelyikével:
 - a. születési rendellenességek és az ebből fakadó következmények,
 - b. terhesség, szülés, vetélés, művi terhességmegszakítás, koraszülés,
 - c. meddőséggel vagy művi megtermékenyítéssel kapcsolatos kivizsgálások és kezelések,
 - d. kozmetikai és plasztikai sebészeti, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,
 - e. orvosi rutin vizsgálat vagy egyéb vizsgálat, ha nincs egészségromlásra utaló tényleges tüneti jel, továbbá laboratóriumi diagnózis és röntgen vizsgálat, kivéve a megelőző orvosi vizsgálat során meg-

állapított, egészségkárosodás következtében alkalmazott ilyen jellegű vizsgálatot,

f. elmebeli és idegi rendellenességek és gyógykezelésük, valamint alkohol és hallucinogén anyag függőségi elvonókúra és gyógykezelésük,

g. a kórházi ellátás tartama alatt elszennvedett bármilyen fertőzés,

h. bármely olyan kezelés vagy gyógymód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben, rehabilitációs vagy utókezelő központban végeznek,

i. bármely olyan beavatkozás, amely nem minősül műtétnak illetve olyan műtéti beavatkozás, amelyet nem orvos végzett.

V. Értékkövetés

1. A biztosítás biztosítási összege és díja is növekszik, ha a szerződő az indexálást nem utasította el.

2. Amennyiben az aktuális díjnövelés összege nem elegendő a biztosítási szolgáltatás összegének azonos mértékű növeléséhez, a biztosítási összeg a díjnövelés által ténylegesen fedezett mértékig kerül növelésre.

Budapest, 2018. január 1.

KÓRHÁZI ELLÁTÁS ESETÉN, (5. NAPTÓL) NAPI TÉRÍTÉS-RE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS (MET-NB8; MET-ENF) KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A jelen biztosítás („biztosítási szerződés” vagy „biztosítás”) a biztosítási tevékenységét Magyarországon területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen Különös Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint. A jelen Különös Biztosítási Szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) Általános Biztosítási Szabályzata irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

I. A biztosított

A biztosítás biztosítottja a biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

II. A biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás

1. A biztosítási esemény a biztosított, a biztosítás hatálybalépését követően bekövetkezett balesettel vagy betegséggel összefüggésben történő, kórházi ellátása, feltéve, hogy a baleset vagy a betegség a biztosítás tartama alatt következett be.
2. Amennyiben a biztosított benn fekvőként 5 napot meghaladó kórházi ellátásban részesül, a biztosító a biztosítási összeget fizeti ki a biztosított részére a kórházi ellátás 1. napjától a kórházi ellátás legfeljebb 90. napjáig („térítés összege”). A térítés összege tehát a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a kórházi ellátás napjainak számával, legfeljebb azonban 90 nappal, megszorított összege.
3. 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.
4. Ugyanazon, vagy hasonló ok következtében szükségessé váló, egymást követő kórházi ellátások esetén a kórházi ellátások teljes időtartama ugyanazon baleset

vagy betegség következményének számít kivéve, ha az egyes kórházi ellátások között legalább 12 hónap eltelik.

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

III. Várakozási idő

1. A várakozási idő a biztosítási szerződés hatálybalépésétől számított 60 nap, a mandula, illetve orrpolip eltávolítását célzó kórházi gyógykezelés esetén 180 nap.

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?

IV. Kizárások

1. Az Általános Biztosítási Szabályzatban meghatározott kizárásokon túl a jelen biztosítási szabályzat alapján nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosítási összeg nem kerül kifizetésre, ha a biztosított kórházi ellátását okozó baleset vagy betegség közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben áll a felsoroltak bármelyikével:
 - a. születési rendellenességek és az ebből fakadó következmények,
 - b. terhesség, szülés, vetélés, művi terhességmegszakítás, koraszülés,
 - c. meddőséggel vagy művi megtermékenyítéssel kapcsolatos kivizsgálások és kezelések,
 - d. kozmetikai és plasztikai sebészeti, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,
 - e. orvosi rutin vizsgálat vagy egyéb vizsgálat, ha nincs egészségromlásra utaló tényleges tüneti jel, továbbá laboratóriumi diagnózis és röntgen vizsgálat, kivéve a megelőző orvosi vizsgálat során megállapított, egészségkárosodás következtében alkalmazott ilyen jellegű vizsgálatot,
 - f. elmebeli és idegi rendellenességek és gyógykezelésük, valamint alkohol és hallucinogén anyag függőségi elvonókúra és gyógykezelésük,
 - g. a kórházi ellátás tartama alatt elszennvedett bármilyen fertőzés,

-
- h. bármely olyan kezelés vagy gyógymód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben, rehabilitációs vagy utókezelő központban végeznek,**
i. bármely olyan beavatkozás, amely nem minősül műtétnek illetve olyan műtéti beavatkozás, amelyet nem orvos végzett.

V. Értékkövetés

1. A biztosítás biztosítási összege és díja is növekszik, ha a szerződő az indexálást nem utasította el.

2. Amennyiben az aktuális díjnövelés összege nem elegendő a biztosítási szolgáltatás összegének azonos mértékű növeléséhez, a biztosítási összeg a díjnövelés által ténylegesen fedezett mértékig kerül növelésre.

Budapest, 2018. január 1.

KÓRHÁZI ELLÁTÁS ESETÉN, (1. NAPTÓL) NAPI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS 200%-IG TERJEDŐ PROGRESSZÍV TÉRÍTÉSSEL (MET-NB9; MET-ENG) KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A jelen biztosítás („biztosítási szerződés” vagy „biztosítás”) a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen Különös Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint. A jelen Különös Biztosítási Szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) Általános Biztosítási Szabályzata irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

I. A biztosított

A biztosítás biztosítottja a biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

II. A biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás

1. A biztosítási esemény a biztosított, a biztosítás hatálybalépését követően bekövetkezett balesettel vagy betegséggel összefüggésben történő, kórházi ellátása, feltéve, hogy a baleset vagy a betegség a biztosítás tartama alatt következett be.
2. Amennyiben a biztosított benn fekvőként kórházi ellátásban részesül, a biztosító a biztosítási összeget fizeti ki a biztosított részére a kórházi ellátás 1. napjától a kórházi ellátás legfeljebb 90. napjáig („térítés összege”). A térítés összege tehát a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a kórházi ellátás napjainak számával, legfeljebb azonban 90 nappal, megszorított összege.
3. Kórházi ellátás esetén a biztosító a biztosítási összeget a 8. pontban meghatározott progressziós mértékkel növelten fizeti ki („progressziós térítés összege”).
4. 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.

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

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

7. Ugyanazon, vagy hasonló ok következtében szükségessé vált kórházi ellátásra meghatározott térítési összegek összeadásra kerülnek azzal, hogy a térítés teljes összege nem haladhatja meg a biztosítási összeg 200%-át.

8. A kórházi ellátás napjainak száma alapján megállapított progressziós térítés összegét az alábbi táblázat tartalmazza.

A kórházi ellátás napjainak száma	A progressziós térítés összege a térítési összeg százalékában
1 – 14	100%
15 – 21	125%
22 – 30	150%
31 – 60	175%
61 – 90	200%

III. Várakozási idő

1. A várakozási idő a biztosítási szerződés hatálybalépésétől számított 60 nap, a mandula, illetve orrpolip eltávolítását célzó kórházi gyógykezelés esetén 180 nap.

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?

IV. Kizárások

1. Az Általános Biztosítási Szabályzatban meghatározott kizárásokon túl a jelen biztosítási szabályzat alapján nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosítási összeg nem kerül kifizetésre,

ha a biztosított kórházi ellátását okozó baleset vagy betegség közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben áll a felsoroltak bármelyikével:

- a. születési rendellenességek és az ebből fakadó következmények,
- b. terhesség, szülés, vetélés, művi terhességmegszakítás, koraszülés,
- c. meddőséggel vagy művi megtermékenyítéssel kapcsolatos kivizsgálások és kezelések,
- d. kozmetikai és plasztikai sebészeti, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,
- e. orvosi rutin vizsgálat vagy egyéb vizsgálat, ha nincs egészségromlásra utaló tényleges tüneti jel, továbbá laboratóriumi diagnózis és röntgen vizsgálat, kivéve a megelőző orvosi vizsgálat során megállapított, egészségkárosodás következtében alkalmazott ilyen jellegű vizsgálatot,
- f. elmebeli és idegi rendellenességek és gyógykezelésük, valamint alkohol és hallucinogén anyag függőségi elvonókúra és gyógykezelésük,

g. a kórházi ellátás tartama alatt elszenvedett bármilyen fertőzés,

h. bármely olyan kezelés vagy gyógymód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben, rehabilitációs vagy utókezelő központban végeznek,

i. bármely olyan beavatkozás, amely nem minősül műtétnek illetve olyan műtéti beavatkozás, amelyet nem orvos végzett.

V. Értékkövetés

1. A biztosítás biztosítási összege és díja is növekszik, ha a szerződő az indexálást nem utasította el.

2. Amennyiben az aktuális díjnövelés összege nem elegendő a biztosítási szolgáltatás összegének azonos mértékű növeléséhez, a biztosítási összeg a díjnövelés által ténylegesen fedezett mértékig kerül növelésre.

Budapest, 2018. január 1.

KÓRHÁZI ELLÁTÁS ESETÉN, (5. NAPTÓL) NAPI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS 200%-IG TERJEDŐ PROGRESSZÍV TÉRÍTÉSSEL (MET-NB0; MET-ENH) KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A jelen biztosítás („biztosítási szerződés” vagy „biztosítás”) a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen Különös Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint. A jelen Különös Biztosítási Szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) Általános Biztosítási Szabályzata irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

I. A biztosított

A biztosítás biztosítottja a biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

II. A biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás

1. A biztosítási esemény a biztosított, a biztosítás hatálybalépését követően bekövetkezett balesettel vagy betegséggel összefüggésben történő, kórházi ellátása, feltéve, hogy a baleset vagy a betegség a biztosítás tartama alatt következett be.
2. Amennyiben a biztosított benn fekvőként 5 napot meghaladó kórházi ellátásban részesül, a biztosító a biztosítási összeget fizeti ki a biztosított részére a kórházi ellátás 1. napjától a kórházi ellátás legfeljebb 90. napjáig („térítés összege”). A térítés összege tehát a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a kórházi ellátás napjainak számával, legfeljebb azonban 90 nappal, megszorított összege.
3. Kórházi ellátás esetén a biztosító a biztosítási összeget a 8. pontban meghatározott progressziós mértékkel növelten fizeti ki („progressziós térítés összege”).
4. A kórházi ellátás tartamának legalább 1 napos megszakítása esetén a biztosító a következő kórházi ellátás(o-

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

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

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

7. Ugyanazon, vagy hasonló ok következtében szükségessé vált kórházi ellátásra meghatározott térítési összegek összeadásra kerülnek azzal, hogy a térítés teljes összege nem haladhatja meg a biztosítási összeg 200%-át.

8. A kórházi ellátás napjainak száma alapján megállapított progressziós térítés összegét az alábbi táblázat tartalmazza.

A kórházi ellátás napjainak száma	A progressziós térítés összege a térítési összeg százalékában
1 – 14	100%
15 – 21	125%
22 – 30	150%
31 – 60	175%
61 – 90	200%

III. Várakozási idő

1. A várakozási idő a biztosítási szerződés hatálybalépésétől számított 60 nap, a mandula, illetve orrpolip eltávolítását célzó kórházi gyógykezelés esetén 180 nap.

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?

IV. Kizárások

1. Az Általános Biztosítási Szabályzatban meghatározott kizárásokon túl a jelen biztosítási sza-

bályzat alapján nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosítási összeg nem kerül kifizetésre, ha a biztosított kórházi ellátását okozó baleset vagy betegség közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben áll a felsoroltak bármelyikével:

- a. születési rendellenességek és az ebből fakadó következmények,
- b. terhesség, szülés, vetélés, művi terhességmegszakítás, koraszülés,
- c. meddőséggel vagy művi megtermékenyítéssel kapcsolatos kivizsgálások és kezelések,
- d. kozmetikai és plasztikai sebészeti, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,
- e. orvosi rutin vizsgálat vagy egyéb vizsgálat, ha nincs egészségromlásra utaló tényleges tüneti jel, továbbá laboratóriumi diagnózis és röntgen vizsgálat, kivéve a megelőző orvosi vizsgálat során megállapított, egészségkárosodás következtében alkalmazott ilyen jellegű vizsgálatot,
- f. elmebeli és idegi rendellenességek és gyógykezelésük, valamint alkohol és hallucinogén anyag függőségi elvonókúra és gyógykezelésük,

g. a kórházi ellátás tartama alatt elszenvedett bármilyen fertőzés,

h. bármely olyan kezelés vagy gyógymód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben, rehabilitációs vagy utókezelő központban végeznek,

i. bármely olyan beavatkozás, amely nem minősül műtétnek illetve olyan műtéti beavatkozás, amelyet nem orvos végzett.

V. Értékkövetés

1. A biztosítás biztosítási összege és díja is növekszik, ha a szerződő az indexálást nem utasította el.

2. Amennyiben az aktuális díjnövelés összege nem elegendő a biztosítási szolgáltatás összegének azonos mértékű növeléséhez, a biztosítási összeg a díjnövelés által ténylegesen fedezett mértékig kerül növelésre.

Budapest, 2018. január 1.

MŰTÉTI BEAVATKOZÁS ESETÉRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS (MET-SB5, MET-ESE) KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A jelen biztosítás („biztosítási szerződés” vagy „biztosítás”) a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen Különös Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint. A jelen Különös Biztosítási Szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) Általános Biztosítási Szabályzata irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

I. A biztosított

A biztosítás biztosítottja a biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

II. A biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás

1. A biztosítási esemény a biztosított, a biztosítás hatálybalépését követően bekövetkezett balesettel vagy betegséggel összefüggésben történő, műtéti ellátása, feltéve, hogy a baleset vagy a betegség a biztosítás tartama alatt következett be.
2. Amennyiben a biztosított a kórházi ellátás alatt műtéti ellátásban részesül, a biztosító a biztosítási összegnek, az egyes műtéti ellátásokra meghatározott, százalékos mértékét fizeti ki („térítés összege”).
3. Az egyes műtéti ellátásokat és a térítés mértékét az Általános Biztosítási Szabályzat, Műtéti beavatkozások térítésének táblázata („műtéti táblázat”) című, 3. számú melléklete tartalmazza.
4. Ha ugyanazon műtéti ellátás során több sebészeti beavatkozás szükséges, úgy a térítés összege nem haladhatja meg az egyes műtéti ellátásokra megállapított legmagasabb térítési összeget.
5. Amennyiben a műtéti ellátás nem szerepel a műtéti táblázatban, úgy a műtéti ellátás, annak jellege alapján, az ott meghatározott műtéti ellátásokkal kerül összehasonlításra és az összehasonlítás alapján elbírálásra. A műtéti eljárás jellegét, bonyolultságának mértékét, és a műtéti táblázatban meghatározott műtéti eljárásokkal

való összehasonlítását a biztosító orvosszakértője állapítja meg, aki döntését más orvosszakértői testület megállapításától függetlenül hozza meg.

III. Várakozási idő

1. A várakozási idő a biztosítási szerződés hatálybalépésétől számított 60 nap, a mandula, illetve orrpolip eltávolítását célzó műtét esetén 180 nap.

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?

IV. Kizárások

1. Az Általános Biztosítási Szabályzatban meghatározott kizárásokon túl a jelen biztosítási szabályzat alapján nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosítási összeg nem kerül kifizetésre, ha a biztosított kórházi és/vagy műtéti ellátását okozó baleset vagy betegség közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben áll a felsoroltak bármelyikével:
 - a. születési rendellenességek és az ebből fakadó következmények,
 - b. terhesség, szülés, vetélés, művi terhességmegszakítás, koraszülés,
 - c. meddőséggel vagy művi megtermékenyítéssel kapcsolatos kivizsgálások és kezelések,
 - d. kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,
 - e. orvosi rutin vizsgálat vagy egyéb vizsgálat, ha nincs egészségromlásra utaló tényleges tüneti jel, továbbá laboratóriumi diagnózis és röntgen vizsgálat, kivéve a megelőző orvosi vizsgálat során megállapított, egészségkárosodás következtében alkalmazott ilyen jellegű vizsgálatot,
 - f. elmebeli és idegi rendellenességek és gyógykezelésük, valamint alkohol és hallucinogén anyag függőségi elvonókúra és gyógykezelésük,
 - g. a kórházi ellátás tartama alatt elszennvedett bármilyen fertőzés,
 - h. bármely olyan kezelés vagy gyógymód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben, rehabilitációs vagy utókezelő központban végeznek,

i. bármely olyan beavatkozás, amely nem minősül műtétnek illetve olyan műtéti beavatkozás, amelyet nem orvos végzett.

V. Értékkövetés

1. A biztosítás biztosítási összege és díja is növekszik, ha a szerződő az indexálást nem utasította el.
2. Amennyiben az aktuális díjnövelés összege nem elegendő a biztosítási szolgáltatás összegének azonos mértékű növeléséhez, a biztosítási összeg a díjnövelés által ténylegesen fedezett mértékig kerül növelésre.

Budapest, 2018. január 1.

MŰTÉTI BEAVATKOZÁS ESETÉRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS 200%-IG TERJEDŐ PROGRESSZÍV TÉRÍTÉSSEL (MET-SB6, MET-ESF) KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A jelen biztosítás („biztosítási szerződés” vagy „biztosítás”) a biztosítási tevékenységét Magyarországon területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen Különös Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint. A jelen Különös Biztosítási Szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) Általános Biztosítási Szabályzata irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

I. A biztosított

A biztosítás biztosítottja a biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

II. A biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás

1. A biztosítási esemény a biztosított, a biztosítás hatálybalépését követően bekövetkezett balesettel vagy betegséggel összefüggésben történő, műtéti ellátása, feltéve, hogy a baleset vagy a betegség a biztosítás tartama alatt következett be.
2. Amennyiben a biztosított a kórházi ellátás alatt műtéti ellátásban részesül, a biztosító a biztosítási összegnek, az egyes műtéti ellátásokra meghatározott, százalékos mértékét fizeti ki („térítés összege”).
3. Műtéti beavatkozás esetén a biztosító a térítési összeget a 8. pontban meghatározott progressziós mértékkel növelten fizeti ki („progressziós térítés összege”).
4. Az egyes műtéti ellátásokat és a térítés mértékét az Általános Biztosítási Szabályzat, Műtéti beavatkozások százalékos térítésének táblázata („műtéti táblázat”) című, 3. számú melléklete tartalmazza.
5. Ha ugyanazon műtéti ellátás során több sebészeti beavatkozás szükséges, úgy a térítés mértéke az egyes műtéti ellátásokra megállapított legmagasabb térítési mérték, a térítés teljes összege nem haladhatja meg a biztosítási összeg 200%-át.

6. Műtéti beavatkozás esetén a biztosító a térítés mértékét az Általános Biztosítási Szabályzat, Műtéti beavatkozások százalékos térítésének táblázata („műtéti táblázat”) című, 3. számú mellékletében meghatározottak szerint állapítja meg azzal, hogy a térítés mértékét növeli a 8. pontban meghatározott progressziós mértékkel.
7. Amennyiben a műtéti ellátás nem szerepel a műtéti táblázatban, úgy a műtéti ellátás, annak jellege alapján, az ott meghatározott műtéti ellátásokkal kerül összehasonlításra és az összehasonlítás alapján elbírálásra. A műtéti eljárás jellegét, bonyolultságának mértékét, és a műtéti táblázatban meghatározott műtéti eljárásokkal való összehasonlítását a biztosító orvosszakértője állapítja meg, aki döntését más orvosszakértői testület megállapításától függetlenül hozza meg.
8. Az egyes műtéti ellátásokra meghatározott progressziós térítés összegét az alábbi táblázat tartalmazza.

Az egyes műtéti ellátásokra meghatározott, százalékos mértéke	A progressziós térítés összege a térítési összeg százalékában
1 – 5%	100%
6 – 10%	110%
11 – 25%	125%
26 – 50%	150%
51 – 75%	175%
76 – 100%	200%

III. Várakozási idő

1. A várakozási idő a biztosítási szerződés hatálybalépésétől számított 60 nap, a mandula, illetve orrpolip eltávolítását célzó műtét esetén 180 nap.

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?

IV. Kizárások

1. Az Általános Biztosítási Szabályzatban meghatározott kizárásokon túl a jelen biztosítási szabályzat alapján nem minősül biztosítási eseménynek

és a biztosítási összeg nem kerül kifizetésre, ha a biztosított kórházi és/vagy műtéti ellátását okozó baleset vagy betegség közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben áll a felsoroltak bármelyikével:

- a. születési rendellenességek és az ebből fakadó következmények,
- b. terhesség, szülés, vetélés, művi terhességmegszakítás, koraszülés,
- c. meddőséggel vagy művi megtermékenyítéssel kapcsolatos kivizsgálások és kezelések,
- d. kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,
- e. orvosi rutin vizsgálat vagy egyéb vizsgálat, ha nincs egészségromlásra utaló tényleges tüneti jel, továbbá laboratóriumi diagnózis és röntgen vizsgálat, kivéve a megelőző orvosi vizsgálat során megállapított, egészségkárosodás következtében alkalmazott ilyen jellegű vizsgálatot,
- f. elmebeli és idegi rendellenességek és gyógykezelésük, valamint alkohol és hallucinogén anyag függőségi elvonókúra és gyógykezelésük,

- g. a kórházi ellátás tartama alatt elszenvedett bármilyen fertőzés,
- h. bármely olyan kezelés vagy gyógymód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben, rehabilitációs vagy utókezelő központban végeznek,
- i. bármely olyan beavatkozás, amely nem minősül műtétnek illetve olyan műtéti beavatkozás, amelyet nem orvos végzett.

V. Értékkövetés

1. A biztosítás biztosítási összege és díja is növekszik, ha a szerződő az indexálást nem utasította el.
2. Amennyiben az aktuális díjnövelés összege nem elegendő a biztosítási szolgáltatás összegének azonos mértékű növeléséhez, a biztosítási összeg a díjnövelés által ténylegesen fedezett mértékig kerül növelésre.

Budapest, 2018. január 1.

CRITICAL CARE BIZTOSÍTÁS (MET-C28; MET-C69; MET-C29; MET-C70; MET-C30; MET-C71) KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A jelen biztosítás („biztosítási szerződés” vagy „biztosítás”) a biztosítási tevékenységét Magyarországi területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen Különös Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint. A jelen Különös Biztosítási Szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) Általános Biztosítási Szabályzata irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

I. A biztosított

A biztosítás biztosítottja a biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

II. A biztosítási esemény és a 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 a biztosítási szerződés hatálybalépését követő első alkalommal szenved el.
3. A **Critical Care-1** (MET-C28; MET-C69) elnevezésű csoport választása esetén a kockázatviselés a III. fejezet 1. pontban meghatározott betegségekre terjed ki.
4. A **Critical Care-7** (MET-C29; MET-C70) elnevezésű csoport választása esetén a kockázatviselés a III. fejezet 1 – 7. pontokban meghatározott betegségekre, egészségi állapotokra és műtéti beavatkozásokra terjed ki.
5. A **Critical Care-32** (MET-C30; MET-C71) elnevezésű csoport választása esetén a kockázatviselés a III. fejezet 1 – 32. pontokban meghatározott betegségekre, egészségi állapotokra és műtéti beavatkozásokra terjed ki.

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

7. 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.

8. A biztosítási eseménynek minősülő betegségek, egészségi állapotok és műtéti beavatkozásokat a III. fejezet 1 – 32. pontokban kerülnek meghatározásra.

III. A biztosítási eseménynek minősülő 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:

- a. In situ rosszindulatú elváltozások, a szövettanilag pre-malignus (daganatot megelőző állapot, vagyis olyan állapot melyből rosszindulatú daganat alakul(hat) ki) vagy noninvaszív, a szöveti határokat figyelembe vevő, a környezetét nem elárasztó daganatok, ideértve az in situ mell-daganatokat és a CIN-1; CIN-2; CIN-3 osztályú méhnyaki diszpláziákat;
- b. Hiperkeratózisos, bazalióma és pikkelyes bőrrákok, áttét nélküli melanómák, ha a tumor vastagsága (Breslow-féle osztályozás szerint) 1,5 mm alatt van, vagy a Clark szerinti osztályozás szerint 3 szint alatti;
- c. A TNM osztályozás szerint szövettanilag igazolt T1a vagy T1b típusú prosztatatarákok vagy más stádium besorolás esetén a TNM-mel azonos vagy alacsonyabb besorolású prosztatatarákok, a pajzsmirigy 1 cm-nél kisebb átmérőjű T1N0M0 besorolású papilláris mikrokarcinómája, a hólyag papilláris mikrokarcinómája, RAI 3 stádiumnál alacsonyabb besorolású krónikus limfoid leukémia;
- d. AIDS megbetegedés, illetve HIV fertőzöttség mellett megjelenő bármely rosszindulatú daganat.

2. Akut (heveny) szívinfarktus

Az akut (heveny) szívinfarktus a vérellátás akadályozottságának (elégtelenségének) következtében kialakult (hirtelen) szívinfarktus.

hoz 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. a szívinfarktus típusos klinikai tüneteinek akut megjelenése vagy
- b. 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 (állományi, 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:

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

4. Szívkoszorúér műtét

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

5. Veseelégtelenség

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

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

6. Aplasztikus Anémia (csontvelő elégtelenség)

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

- a. Véréksítmény átömlesztése (vérátömlesztés);

- b. Csontvelő stimuláció;
- c. Immunszuppresszív (immunrendszert gátló) szerek alkalmazása;
- d. Csontvelő átültetése.

A diagnózist hematológus által készített szakvéleménnyel kell alátámasztani.

7. Vakság

Mindkét szem látóképességének teljes, végleges és visszafordíthatatlan elvesztése betegség vagy baleset következtében. A súlyos látásgyengülés, csökkent fényérzékelés, látótér csökkenés vagy részleges vakság jelen 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 diagnosztizálását szívkatéteres és szívvultrahang 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, koszorúérfestéssel igazolt, legalább 75%-os beszűkülése, vagy másik két artéria 60%-os lumen csökkenése, függetlenül attól, hogy műtéti beavatkozás történt-e. A jelen definíció szempontjából a szív koszorú-érrendszer részei a következők: bal főtörzs, bal elülső leszálló ág (LAD, RDA), a körbefutó ág (RCX) és a jobb koszorúér (RCA, ACD).

A diagnózist alátámasztásához az alábbi feltételek mind-egyikének a teljesülése szükséges:

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

11. Elsődleges kisvérköri hipertónia

Az elsődleges pulmonáris hipertónia diagnosztizálásának 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.

- a. Az artéria pulmonális nyomása legalább 30 Hgmm vagy annál nagyobb;
- b. Az EKG jobb kamra hipertrófiát mutat (RV1 + SV5 > 1,05 mV);

- c. Nyugalmi állapotban csökkent a vér oxigén koncentrációja;
- d. 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:

- a. FEV 1 teszt eredménye következetesen kevesebb, mint 1 liter. A FEV1 az egy mp alatt erőltetett légzéssel kilégtetett levegő mennyisége;
- b. Állandó oxigénpótló kezelés a hipoxémiára (vér oxigénhiányos állapotára);
- c. Artériás vérgáz vizsgálat során az oxigén parciális nyomása 55 Hgmm (higanymilliméter) vagy kevesebb ($\text{PaO}_2 \leq 55$ Hgmm);
- d. Nyugalmi nehézlégzés.

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

13. Végállapotú májbetegség

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

- a. Állandó sárgaság;
- b. Hasvízkór;
- c. Hepato-encephalopathia. (A májelégtelenség végső stádiumának a szövődménye, amikor a felszaporodott mérgezőanyagok következtében az agy és az idegrendszer károsodik. Ennek következményeképpen kóma, vagy más fokú eszméletváltozások, viselkedési zavarok és reflex zavarok alakulnak ki).

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

14. Végállapotú betegség

Olyan betegség diagnózisának egyértelmű megállapítása, melynek következtében a biztosított halála 12 hónapon belül várhatóan bekövetkezik. A diagnózist szakorvos véleménye alapján a biztosító orvosszakértője 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. A máj méretének gyors csökkenése;

b. Az állományelhalás/szövetelhalás a teljes májleberny elpusztítja, csak az összeesett kötőszöveti szerkezetet megtartva a szerkezetkárosodott vázon;

c. A májfunkciós tesztek gyors romlása;

d. Mélyülő sárgaság;

e. Hepato-encephalopathia. (A májelégtelenség végső stádiumának a szövődménye, amikor a felszaporodott mérgezőanyagok következtében az agy és az idegrendszer károsodik. Ennek következményeképpen kóma, vagy más fokú eszméletváltozások, viselkedési zavarok és reflex zavarok alakulhatnak ki).

16. Szervátültetés

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

a. Legalább 96 óráig nincs válasz a külső ingerekre;

b. Az életfontos funkciók műszeres fenntartása szükséges;

c. 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 orvosszakértőjének 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 gerincvelő-nyílással nyert gerincvelő-folyadékban azonosított

bakteriális fertőzéssel és neurológus szakorvosi véleményével kell alátámasztani.

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

21. A gerincvelő szürkeállományának gyulladása (Poliomyelitis-Gyermekbénulás)

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

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

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

Alzheimer kór vagy visszafordíthatatlan szervi rendellenesség következtében kialakult értelmi képesség hanyatlás, ami olyan magatartásváltozással jár, hogy a biztonságos mindennapi életvitel folyamatos külső felügyeletet igényel. A funkciók beszűkülését klinikai értékelés és képalkotó eljárások is bizonyítják. A diagnózist a benyújtott orvosi dokumentumok és szakorvosi vélemények alapján a biztosító orvosszakértője 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 diagnózis alátámasztásához az alábbi körülmények és feltételek mindegyikének a teljesülése, illetve fennállása szükséges:

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

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

- 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;
- Öltözködés képessége: valamennyi ruházat le- és felvételének, biztonságos ki- és begombolásának kivitelezése, művégtagok vagy más gyógyászati segédeszközök le- és felvételének képessége;
- Helyváltoztatás: az ágyból, karosszékből, tolésszékből történő felállás és az azokra történő leülés képessége,
- Mozgásképesség: beltéri mozgás képessége ugyanazon a lakószinten, egyik helyiségből a másikba történő eljutás képessége;
- Mellékhelyiség használata: széklet vagy vizeletürítése mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használata a személyes higiéne céljából;
- 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 tekintendők 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 betegségre (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 hallás-küszöb 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 biztosított 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), komputertomográfias (CT) vagy más megbízható képalkotó eljárással készült vizsgálati eredmény alapján. A diagnózis alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges:

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

31. Előrehaladott bőrkérgesedés (Scleroderma progressiva)

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

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:

- Helyi bőrkérgesedés (scleroderma linearis, morpohoea);
- 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 rheumatológus, 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

IV. A biztosító teljesítése

1. A biztosító által meghatározott, a szolgáltatás igénybevételenek 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.

2. 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, amennyiben emiatt lényeges körülmények utóbb kideríthetetlenekké válnak.

V. Várakozási idő

A biztosító a III. fejezetben meghatározott biztosítási eseménynek minősülő betegségek, egészségi állapotok, és műtéti beavatkozások esetén a kockázatot abban az esetben vállalja, ha azok a biztosítási szerződés létrejöttét követő 3 hónap eltelte után következnek be.

A várakozási idő nem vonatkozik arra az esetre, ha a III. fejezetben meghatározott biztosítási eseménynek minősülő betegségek, egészségi állapotok, és műtéti beavatkozások balesettel összefüggésben következnek be.

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?

VI. 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 biztosított gyógyszerekkel vagy tudatmódosító szerekkel történő visszaélése;
- a biztosított mértéktelen alkoholfogyasztása, illetve alkoholbetegsége;
- a biztosított 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 biztosítási szerződés megkötését megelőzően keletkezett betegséggel, egészségi állapottal vagy műtéttel.

VII. A biztosítási szerződés megszűnése

1. Az Általános Biztosítási Szabályzatban meghatározott eseteken túl a biztosítás megszűnik:
 - a. a biztosítási összeg kifizetésével;
 - b. a várakozási időn belül bekövetkezett biztosítási esemény esetén a díj visszafizetésével.

VIII. Értékkövetés

1. A biztosítás biztosítási összege és díja is növekszik, ha a szerződő az indexálást nem utasította el.
2. A biztosítás díja a biztosítási összeg növekedésénél nagyobb arányban növekedhet, mert az új díjtétel kiszámítása a biztosított aktuális életkorának figyelembevételével történik.

Budapest, 2018. január 1.

CUKORBETEGSÉG SÚLYOS SZÖVŐDMÉNYEI ESETÉRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS (MET-DI3, MET-EI3) KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A jelen biztosítás („biztosítási szerződés” vagy „biztosítás”) a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen Különös Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint. A jelen Különös Biztosítási Szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) Általános Biztosítási Szabályzata irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

I. A biztosított

A biztosítás biztosítottja a biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

II. A biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás

1. A biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező cukorbetegségével kapcsolatban kialakuló súlyos szövődmény diagnosztizálása vagy alsó végtag eltávolítása a 3-5. pontokban foglaltak szerint.
2. A cukorbetegség a jelen biztosítás szempontjából a szénhidrát-anyagcsere zavara, amelyet az inzulin elégtelen termelése vagy a szövetek csökkent inzulin érzékenysége idéz elő.
3. A cukorbetegség szövődményeként kialakuló vesebetegség diagnosztizálása: a jelen biztosítás szempontjából a vesék gyulladást nem okozó betegségét jelenti, ideértve a vesék kis véreinek és a vesezsáknak a cukorbetegség miatti károsodását, amely a biztosítottnak a következők közül legalább egy komoly komplikációt okoz:
 - a. a vesék ereinek visszafordíthatatlan károsodása,
 - b. olyan teljes és végleges veseelégtelenség, amely rendszeres hemodialízist/peritoneális dialízist vagy vese transzplantációt igényel.

4. A cukorbetegség szövődményeként kialakuló szemfenéki elváltozás diagnosztizálása: a jelen biztosítás szempontjából a retina cukorbetegség által okozott gyulladást nem okozó betegségét jelenti, amely a biztosítottnak a következők közül legalább egy komoly komplikációt okoz:
 - a. sejtburjánzásra (proliferatív) képes, cukorbetegség okozta szemfenéki elváltozás,
 - b. vakság,
5. A cukorbetegség szövődményeként kialakuló alsó végtagok részleges vagy teljes eltávolítása.
6. A diagnózis napja az az időpont, amikor az összes kritériumot azonosították és a diagnózist az egészségi adatok között rögzítették. Diagnózist csak olyan orvos állíthat fel, aki rendelkezik a betegség megállapítására vonatkozó szakmai specializációval.
7. A jelen biztosítás vonatkozásában a biztosítási esemény az utolsó egészségi dokumentáció beérkezésekor következik be.
8. A biztosítási szolgáltatás nyújtásának további feltétele, hogy mind a cukorbetegség diagnosztizálásának, mind a 3-5. pontokban meghatározott betegségek diagnosztizálásának időpontjában a biztosítás hatályban legyen.
9. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget vagy annak meghatározott részét fizeti ki, feltéve, hogy a biztosítás a biztosítási esemény bekövetkezésekor hatályban van.
10. Bokaízület alatti amputáció esetén a biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeg 25%-os mértékét fizeti ki. Ez esetben a biztosítás nem szűnik meg és amennyiben további biztosítási esemény következik be, a biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeg 75%-át fizeti ki.
11. Amennyiben a 3-5. pontokban meghatározott cukorbetegségi szövődmények ugyanazon időpontban következnek be, a biztosított azon biztosítási esemény alapján jogosult biztosítási szolgáltatásra, amelynek esetében a biztosítási összeg százalékos mértéke magasabb.

III. A biztosítással kapcsolatos fogalmak

1. **Cukorbetegség:** jelen biztosítás szempontjából cukorbetegségnek minősül a szénhidrát anyagcsere zavara, amelyet az inzulin elégtelen termelése vagy a szövetek csökkent inzulin érzékenysége idéz elő.

2. Diagnózis napja: amikor a diagnózist az egészségi adatok között rögzítették. Diagnózist csak olyan orvos állíthat fel, aki rendelkezik a betegség megállapítására vonatkozó szakmai specializációval.

IV. A biztosító teljesítése

1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott egyösszegű szolgáltatás 100%-át nyújtja, kivéve a bokaízület alatti amputáció esetén.
2. Amennyiben bokaízület alatti amputáció következik be, a biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott egyösszegű szolgáltatás 25%-át nyújtja. A biztosítás nem szűnik meg és amennyiben további biztosítási esemény bekövetkezését is bejelentik, a biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott egyösszegű szolgáltatás 75%-át nyújtja.
3. Amennyiben a II. fejezet 1. pontjában meghatározott súlyos cukorbetegségi szövődmények ugyanazon időpontban következnek be, a biztosított egy eset utáni biztosítási szolgáltatásra jogosult, azon biztosítási esemény után, amelyhez a magasabb szolgáltatási összeg tartozik.
4. A biztosító a biztosítási összeget a biztosítottnak fizeti ki.

V. Várakozási idő

1. A biztosító a II. fejezet 3-5. pontokban meghatározott, biztosítási eseménynek minősülő, betegségek, egészségi állapotok, és műtéti beavatkozások esetén a kockázatot abban az esetben vállalja, ha azok illetve a biztosított cukorbetegségének diagnózisa a biztosítási szerződés létrejöttét követő 6 hónap eltelte után következnek be.

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?

VI. 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. alkohol, kábítószer vagy más bódító vagy függőséget okozó anyag fogyasztása,
 - b. a biztosítás megkötését megelőzően diagnosztizált cukorbetegség.

VII. A biztosítási szerződés megszűnése

Az Általános Biztosítási Szabályzatban meghatározott eseten túl a biztosítás megszűnik a teljes biztosítási összeg

kifizetésével vagy a várakozási időn belül bekövetkezett biztosítási esemény esetén a díj visszafizetésével.

VIII. Értékkövetés

1. A biztosítás biztosítási összege és díja is növekszik, ha a szerződő az indexálást nem utasította el.
2. Amennyiben az aktuális díjnövelés összege nem elegendő a biztosítási szolgáltatás összegének azonos mértékű növeléséhez, a biztosítási összeg a díjnövelés által ténylegesen fedezett mértékig kerül növelésre.

Budapest, 2018. január 1.

DR. METLINE MAGYARORSZÁG ASSZISZTENCIA BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA (MET-A27, MET-A28)

A jelen biztosítás („biztosítási szerződés” vagy „biztosítás”) a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen Különös Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint. A jelen Különös Biztosítási Szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) Általános Biztosítási Szabályzata irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

I. A biztosított

1. A biztosítás biztosítottja a biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.
2. A biztosítás szolgáltatását a biztosítottal egy háztartásban élő hozzátartozója is igénybe veheti. A biztosított és a vele egy háztartásban élő hozzátartozója a jelen Különös Biztosítási Szabályzatban ügyfélként kerül megjelölésre.

Mit nyújtanak az asszisztencia szolgáltatások?

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

II. Az asszisztencia szolgáltatás igénybevételének feltételei

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

III. 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:

- a. betegséggel, gyógykezeléssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdésekről,
 - b. gyógyszerek összetételéről, alkalmazhatóságáról, mellékhatásáról, helyettesíthetőségéről, áráról,
 - c. orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletekről,
 - d. ügyeletes gyógyszerárakról,
 - e. 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 Különös Biztosítási Szabályzat IV. fejezetében meghatározott szolgáltatást nyújtja.

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

1. Ha az ügyfél balesete, vagy a biztosítás hatálybalépését 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 1 munkanappal korábban nem értesíti az asszisztencia szolgáltatót, úgy a szolgáltatás ismételt megszervezésére az adott biztosítási éven belül a továbbiakban nem jogosult.

V. Az asszisztencia szolgáltatást nyújtó szolgáltató módosítása

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

VI. Értékkövetés

1. A biztosító évente egyszer, minden év május elsejével megváltoztathatja az asszisztencia biztosítás díját. A biztosító a változtatás mértékét az asszisztencia szolgáltató díjszabása szerint határozza meg.

Budapest, 2018. január 1.

DR. METLINE MAGYARORSZÁG ASSZISZTENCIA BIZTOSÍTÁS- HOZ KAPCSOLÓDÓ KÖZLEKEDÉSI BALESETI HALÁL ESETÉRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA

A jelen biztosítás („biztosítási szerződés” vagy „biztosítás”) a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen Különös Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint. A jelen Különös Biztosítási Szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) Általános Biztosítási Szabályzata irányadó.

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

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

I. A biztosított

1. A jelen biztosítás biztosítottja a biztosítási ajánlatban biztosítottként megjelölt természetes személy.

II. A biztosítással kapcsolatos fogalmak

1. **Közlekedési baleset:** 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 sem, 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:** Bármely, érvényes forgalmi engedéllyel és/vagy hivatalos nyilvántartásba vétellel rendelkező közforgalmú közúti és vízi jármű, vonat vagy polgári utasszállító repülőgép, illetve a kerékpár.

Milyen esetekre vonatkozik a közlekedési baleseti halál esetére szóló biztosítás?

III. Biztosítási esemény

1. A biztosítási esemény a biztosított közlekedési balesettel összefüggésben, a baleset időpontjától számított 180 napon belül bekövetkező halála, feltéve, hogy a közlekedési baleset bekövetkezésének időpontjában a biztosítás érvényben van.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító közlekedési baleseti halál esetén?

IV. Biztosítási szolgáltatás

1. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.
2. A kezdeti biztosítási összeg 1 000 000 Ft.

Budapest, 2018. január 1.

DR. METONLINE ASSZISZTENCIA BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZATA (MET-A47, MET-A48)

A jelen biztosítás („biztosítási szerződés” vagy „biztosítás”) a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. („biztosító”) és a szerződő között jön létre a jelen Különös Biztosítási Szabályzat rendelkezései szerint. A jelen Különös Biztosítási Szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a MetLife Europe d.a.c. MetMax élet-, baleset- és egészségbiztosítások (MET-285; MET-295; MET-286; MET-296; MET-287; MET-297) Általános Biztosítási Szabályzata irányadó.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

I. A biztosított

1. A biztosítás biztosítottja a biztosítási ajánlatban biztosítottként megnevezett természetes személy.
2. A biztosítás szolgáltatását a biztosítottal egy háztartásban élő hozzátartozója is igénybe veheti. A biztosított és a vele egy háztartásban élő hozzátartozója a jelen Különös Biztosítási Szabályzatban ügyfélként kerül megjelölésre.

Mit nyújtanak az asszisztencia szolgáltatások?

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

II. Az asszisztencia szolgáltatás igénybevételének feltételei

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

III. 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 ügyletekről,
 - c. ügyeletes gyógyszerárakról,
 - 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 Különös Biztosítási Szabályzat IV. fejezetében meghatározott szolgáltatást nyújtja.

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

1. Ha az ügyfél balesete vagy a biztosítás hatálybalépését 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 legálább 1 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 balesetével vagy a 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 7. pontban 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 jelen Különös Biztosítási Szabályzat II. fejezetében 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 összeállítása;
- 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 összeállítás.

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 betegségről 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.

V. Az asszisztencia szolgáltató online szolgáltatása

1. Online orvosi tanácsadás

a. Az asszisztencia szolgáltató orvosa az ügyfél online felületen, e-mail 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, e-mail 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, e-mail 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 1 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 kérdőívnek 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.

VI. Az asszisztencia szolgáltatást nyújtó szolgáltató módosítása

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

VII. Várakozási idő

A biztosító a IV. fejezetben meghatározott második orvosi vélemény szolgáltatását a biztosítási szerződés létrejöttétől számított három hónap elteltével vállalja, kivéve, ha a második orvosi szakvélemény szolgáltatásra balesettel összefüggésben bekövetkezett betegség vagy egészségi állapottal kapcsolatban kerül sor.

VIII. Értékkövetés

1. A biztosító évente egyszer, minden év május elsejével megváltoztathatja az asszisztencia biztosítás díját. A biztosító a változtatás mértékét az asszisztencia szolgáltató díjszabása szerint határozza meg. A Dr. MetLine Magyarország Asszisztencia biztosításhoz kapcsolódó közlekedési baleseti halál fedezet biztosítási összege nem változik.

Budapest, 2018. január 1.

1. SZÁMÚ MELLÉKLET: BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁSOK TÁBLÁZATA

I. Teljes maradandó egészségkárosodások

Testrészek egészségkárosodása	Térítés összege a biztosítási összeg százalékában
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%

II. Részleges maradandó egészségkárosodások

Testrészek egészségkárosodása	Térítés összege a biztosítási összeg százalékában
Az egyik felső végtag vállízülettől való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	70%
Az egyik felső végtag könyökízület fölött való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	65%
Az egyik felső végtag könyökízület alatt való teljes elvesztése, vagy működésképtelensége, továbbá az egyik kéz teljes elvesztése, vagy működésképtelensége	60%
Az egyik hüvelykujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	20%
Az egyik mutatóujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	10%
Bármely más ujj(ak) teljes elvesztése/ elvesztésük, vagy teljes működésképtelensége/működésképtelenségük	5%

Az egyik alsó végtag combközép fölött való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	70%
Az egyik alsó végtag combközépig való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége, kivéve térd teljes működésképtelensége	60%
A térd teljes működésképtelensége (ízületmerezvesség)	30%
Az egyik alsó végtag lábszár közepéig való, vagy egyik lábfej teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	50%
Az egyik lábfej boka szintjében való teljes elvesztése, vagy a boka teljes működésképtelensége	30%
Az egyik nagylábujj teljes elvesztése, vagy működésképtelensége	10%
Bármely más lábujj(ak) teljes elvesztése/ elvesztésük, vagy működésképtelensége/működésképtelenségük	5%
Az egyik szem látóképességének teljes elvesztése	40%
Az egyik szem látóképességének teljes elvesztése, amennyiben a biztosított a másik szem látóképességét már a biztosítási eseményt megelőzően elvesztette	65%
Az egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	30%
Az egyik fül hallóképességének teljes elvesztése, amennyiben a biztosított a másik fül hallóképességét már a biztosítási eseményt megelőzően elvesztette	45%
A szaglóérzék teljes elvesztése	10%
Az ízlelő képesség teljes elvesztése	5%

Budapest, 2018. január 1.

2. SZÁMÚ MELLÉKLET: CSONTTÖRÉSEK ÉS ÉGÉSI SÉRÜLÉSEK TÁBLÁZATA

Hogyan kell megállapítani a biztosítási szolgáltatás mértékét?

A baleseti sérülés jellege	Térítés összege a biztosítási összeg százalékában
CSONTTÖRÉSEK	
Medencetörések (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%
Combcsontról 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%
A sípcsont, felkarcsont, orsócsont vagy csukló törései:	
• Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	40%
• Minden egyéb nyílt törés	30%
• Többszörös törés (legalább egy teljes törés)	20%
• Egyszerű zárt csonttörések	15%
Felső vagy alsó állkapocs, külső boka, belső boka singcsont törései:	
• Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	30%
• Minden egyéb nyílt törés	20%
• Többszörös törés (legalább egy teljes törés)	16%
• Egyszerű zárt törések	10%
Lapocka, kulcscsont, térdkalács, szegycsont, lábtő, lábközépcsontok, kéztő, kézközépcsont törései:	
• Nyílt törések	20%
• Zárt törések	13%

Gerinctörések (farkcsont törés kivételével):

- | | |
|---|-----|
| • Csigolyatestek kompressziós törése | 20% |
| • Tövisnyúlvány, harántnyúlvány, ízületi nyúlvány törései | 7% |

Homlok, halánték, falcsontról vagy nyakszirtcsont törései:

- | | |
|-------------------------------------|-----|
| • Csontszilánkok benyomódásával | 30% |
| • Csontszilánkok benyomódása nélkül | 10% |
| • Koponyaalapi törések | 50% |

Borda vagy bordák, arccsont, farkcsont vagy szárcapocscsont (kivéve boka) törései:

- | | |
|---|-----|
| • Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés) | 16% |
| • Minden egyéb nyílt törés | 12% |
| • Többszörös törés (legalább egy teljes törés) | 8% |
| • Egyszerű zárt csonttörések | 5% |

Kézujj és lábujj törések:

- | | |
|-----------------|----|
| • Nyílt törések | 5% |
| • Zárt törések | 3% |

ÉGÉSI SÉRÜLÉSEK

A bőr másodfokú és harmadfokú égései, amelyek a testfelület legalább 27%-át érintik

100%

A bőr másodfokú és harmadfokú égései, amelyek a testfelület 18-26%-át érintik

60%

A bőr másodfokú és harmadfokú égései, amelyek a testfelület 9-17%-át érintik

30%

A bőr másodfokú és harmadfokú égései, amelyek a testfelület 4,5-8%-át érintik

16%

Budapest, 2018. január 1.

3. SZÁMÚ MELLÉKLET: MŰTÉTI BEAVATKOZÁSOK TÁBLÁZATA

Műtéti beavatkozás leírása	Térítés összege a biztosítási összeg százalékában
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%
Hörgőciszta vagy tályog eltávolítása	50%

HAS	
Has feltárása	50%
Vakbélműtét	25%
Hasi tályog becsővezése	25%
Sérvek műtéti ellátása: bubonokéle (kezdődő lágyékhajlati sérv), omphalokéle (köldöksérv), merokéle (combsérv), hidrokéle (vízsérv), cystocele (hólyag sérv), heresérv, hasfali sérv, műtét utáni sérv	25%
Teljes vagy részleges gyomoreltávolítás, vagotómia, pylorus plasztika, nyombélfekély	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 ellátása	25%
Aranyérműtét	25%
Májtaályog (feltárással)	50%
Echinococcus ciszta a májban	75%
Részleges májeltávolítás	75%
Epehólyag eltávolítása	75%
Hasnyálmirigyműtét	100%
Lép eltávolítása	75%
Vastagbél-, vékonybél-, hólyag sztóma készítése	50%
Bél anasztomózis (a bél két részletének egyesítése)	50%
Teljes vastagbél eltávolítás	75%
Záróizom plasztika, epevezeték beszájztatása	75%
Azonos hasi metszésből végzett két vagy több sebészi 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 húgycsővön keresztül	50%
Here vagy mellékhere eltávolítása	25%
Húgycsőműtét	25%
Hólyageltávolítás, szeméremcsont fölötti behatolással	75%
Húgyhólyag teljes eltávolítása	100%
Vese, húgycső, vesemedence plasztika	50%
Vesekő, epekő vagy húgycsőben lévő kő zúzása	50%
Pig-Tail katéter felhelyezése	10%
Barlangos test plasztika	50%
Részleges húgyvezeték eltávolítás áthidalással	50%
Teljes pénisz eltávolítás a nyirokcsomó eltávolításával	100%
Teljes prostata eltávolítás medencei nyirokcsomó eltávolítással	100%
Körülmetélés	10%
Ondózsínór lekötése	25%
Hólyag diverticulum eltávolítása	50%
ORTOPÉDIAI MŰTÉTEK	
Hosszú csöves csontok korrekciós műtéti ellátása	50%
Egyéb csontok korrekciós műtéti ellátása	25%
Ízületi metszés, beleértve az ízületi szabadtest eltávolítását	50%
Ganglion eltávolítása	10%
Csontkinövés eltávolítása	25%
Alagút szindróma műtéti ellátása	25%
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 – ínizületi 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 csontvése	75%
Achilles-ín szakadásának sebészeti ellátása	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 elmerevítése	100%
VÉNÁK	
Varicosus véna eltávolítása (visszerműtét)	
• 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-, nyelőcső eltávolítás	75%
Egyensúlyozó ideg kimetszése	75%
Kengyel eltávolítása	50%
Dobhártya plasztika	50%
Labirintus szerv eltávolítása	50%

Ékcsonton keresztüli rostacsont eltávolítása	50%
Teljes fültőmirigy eltávolítás	75%
Koponyalékelés az üregek felől	50%
Hangszalag eltávolítása	75%
Plasztikai beavatkozás az ajkakon	25%
Nyelvfék kimetszése	10%
Fültőmirigy eltávolítása	75%
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	
Körömeltávolítás	5%
Tályog bemetszése	5%
Polip eltávolítása a bélből	25%
KÜLÖNLEGES MŰTÉTEK	
Csontvelő átültetés	100%
BŐRGYÓGYÁSZAT	
Bőrbiopszia (szövetrész vizsgálata)	5%
Faggyúciszta bemetszése	5%
NŐI NEMI SZERVEK	
Teljes méheltávolítás	75%
Részleges méheltávolítás	50%
Petevezeték eltávolítása	50%
Petefészek 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%
Méhkürt plasztika	50%
Petefészek ékrezekciója	25%
Laparoszkópia - has tükrözése a hasfalon keresztül	50%
Hisztéroszkópia - méhtükrözés	25%

SZEMÉSZET	
Szaruhártya varrat	10%
Kötőhártya varrat	10%
Elülső üvegtest műtét	10%
Hátsó üvegtest műtét	50%
Jégárpa eltávolítása (egy műtéti eljárás keretében több jégárpa eltávolítása esetén is)	10%
Szürke hályog (cataracta) eltávolítása	50%
Zöld hályog (glaucoma) műtét	25%
Szem eltávolítása	50%
Röphártya kimetszése	10%
Szemhéj be- vagy kifordítása műtétilag	25%
Retinaleválás műtéti ellátása	50%
Könnycsatorna kimetszése	25%
Szívárványhártya (iris) eltávolítása vagy bemetszése	25%
Szaruhártya bemetszése asztigmia miatt	25%
Kancsalság műtéti ellátása	50%
Könnytömlő kimetszése	50%
Ínhártyaplasztika	50%
Szemlencse beültetése vagy eltávolítása	50%
Kötőhártya átültetése	25%
Kötőhártya felszínes sérülésének ellátása	10%
Szemhéj plasztika	10%
A szaruhártya fedőhám lekaparása	10%
Lencse plasztika (első kamra bemetszése, másodlagos szürkehályogműtét)	25%
Membráneltávolítás	10%
PLASZTIKAI SEBÉSZET	
Hegkimetszés	10%
Bőrlebens kimetszése átültetésre	25%
Többszörös ín- és idegvarrat	50%
Arcideg dekompresziós műtétje	75%
Homlok vagy arccsont csontvése	100%
IDEGSEBÉSZET	
Koponyatörés műtéti ellátása	75%
Koponyaplasztika	100%
Diagnosztikus vagy tüneti koponyalékelés	100%
Agyi aneurizma eltávolítása	100%
Agyállományi műtét	100%
Agy vagy agyhártyák műtéti ellátása	100%
Meningeoma eltávolítása	100%
Koponyalékelés	100%
Rosszindulatú agyi érelváltozás	100%

Hallóideg műtét	75%
Gerincvelő daganatok eltávolítása	100%
Ideggyök kimetszése	50%
Idegvarrat	50%
Neurinóma kimetszése	50%
Szimpatikus ideg átmetszése	75%

DAGANATOK

Ugyanazon daganat sugárkezelésére összességében fizethető szolgáltatási összeg megegyezik, a daganat sebészi eltávolításáért fizethető maximális térítés mértékével.

Budapest, 2018. január 1.

4. SZÁMÚ MELLÉKLET: A SZERZŐDÉS KIEMELT PARAMÉTEREI

A biztosítási szerződés minimális díja:

– csekkes díjfizetés esetén	
– éves	– 12 000 Ft / –
– féléves	– 6 000 Ft / –
– negyedéves	– 3 000 Ft / –
– havi	– 1 000 Ft / –
– egyéb díjfizetés esetén	
– éves	– 6 000 Ft / 20 €
– féléves	– 3 000 Ft / 10 €
– negyedéves	– 1 500 Ft / 5 €
– havi	– 500 Ft / 2 €

A jelen mellékletben meghatározott paraméterek változtatását a biztosító hirdetményben teszi közzé.

Választható biztosítási összegek, kockázatelbírálási összeghatárok

I. A biztosítások választható biztosítási összegei

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

A halál esetére szóló biztosítás biztosítási összegének

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

A baleseti halál esetére szóló biztosítás biztosítási összegének

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

A baleseti halál esetére szóló járadék szolgáltatás biztosítás biztosítási összegének

- maximuma, azaz a kifizethető összjáradék 50 000 000 Ft vagy 170 000 €
- minimuma, azaz a havi járadékösszeg 10 000 Ft vagy 34 €

A baleseti maradandó egészségkárosodás esetére szóló biztosítások biztosítási összegeinek

- minimuma: 500 000 Ft vagy 1 700 €
- maximuma: baleseti maradandó egészségkárosodás (1%-) 250%-ig terjedő progresszív térítés esetén maximum 20 000 000 Ft vagy 68 000 €
egyéb esetekben maximum 50 000 000 Ft vagy 170 000 €
- A baleseti maradandó egészségkárosodás esetére szóló járadék szolgáltatás biztosítás biztosítási összegének maximuma, azaz a kifizethető összjáradék összege 50 000 000 Ft vagy 170 000 €
- minimuma, azaz a havi járadékösszeg: 10 000 Ft vagy 34 €

A maradandó egészségkárosodás esetére szóló biztosítások biztosítási összegeinek

- minimuma: 500 000 Ft vagy 1 700 €
- maximuma: 50 000 000 Ft vagy 170 000 €
- A maradandó egészségkárosodás esetére szóló járadék szolgáltatás biztosítás biztosítási összegének maximuma, azaz a kifizethető összjáradék összege 50 000 000 Ft vagy 170 000 €
- minimuma, azaz a havi járadékösszeg: 10 000 Ft vagy 34 €

A Critical Care biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 1 000 000 Ft vagy 3 400 €
- maximuma: 50 000 000 Ft vagy 170 000 €

A balesetből származó kórházi napi térítésre szóló biztosítások biztosítási összegeinek

- minimuma: 2 000 Ft vagy 7 €
- maximuma: 16 000 Ft vagy 53 €

A kórházi napi térítésre szóló biztosítások biztosítási összegeinek

- minimuma: 2 000 Ft vagy 7 €
- maximuma: 16 000 Ft vagy 53 €

A baleseti műtéti térítésre szóló biztosítások biztosítási összegeinek

- minimuma: 100 000 Ft vagy 340 €
- maximuma: 800 000 Ft vagy 2 700 €

A műtéti térítésre szóló biztosítások biztosítási összegeinek

- minimuma: 100 000 Ft vagy 340 €
- maximuma: 800 000 Ft vagy 2 700 €

A csonttörés és égési sérülés esetére szóló biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 100 000 Ft vagy 340 €
- maximuma: 1 000 000 Ft vagy 3 400 €

Cukorbetegség súlyos szövődményei esetére szóló biztosítás összegének

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

Hirtelen halál esetére szóló biztosítás összegének

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

Szülők egyazon balesetből bekövetkező halála esetére szóló biztosítás összegének

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

Szülők egyazon balesetből bekövetkező halála esetére szóló járadék szolgáltatás biztosítás összegének

- minimuma: azaz a havi összjáradék 10 000 Ft vagy 34 €
- maximuma: azaz a kifizethető összjáradék 50 000 000 Ft vagy 170 000 €

Közlekedési baleseti halál esetére szóló biztosítás összegének

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

Budapest, 2018. január 1.

5. SZÁMÚ MELLÉKLET: DÍJKEZELÉSI TÁJÉKOZTATÓ

Milyen részletes szabályok vonatkoznak a díjfizetésre, díjkezelésre?

I. Elszámolások és fizetési kötelezettségek pénzneme

1. A jelen Általános Biztosítási Szabályzat és a biztosítások szabályzata értelmében a fizetési kötelezettségek teljesítésének, valamint a biztosítási szerződéshez kapcsolódó díjak biztosító általi nyilvántartásának pénzneme a biztosításhoz tartozó főbiztosítás pénzneme.
2. Az euró alapú módozatok esetén:
 - a. a szerződő a díjat forintban is megfizetheti, ebben az esetben az esedékes díjnál 10%-kal magasabb összegű díj befizetése ajánlott az átváltásból fakadó költségek és az árfolyamváltozás fedezésére,
 - b. a biztosító bármilyen jellegű kifizetést átutalással és euróban teljesít; az átváltásból eredő költséget az ügyfél viseli.

II. 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.

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 megtörténtéig kamatmentes letétként kezeli.

2. A befizetés rendeltetésének megállapítása

- a. A szerződő a biztosításokra előírt rendszeres díjat fizethet be.
- b. Az előírt rendszeres díj a választott díjfizetési gyakoriság szerinti következő biztosítási időszak első napján esedékes.
- c. Az egyes módozatok tekintetében az alábbi díjfizetési módok választhatók:

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

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

d. 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 díjtűrészathatárnál kisebb a különbség, akkor a díjat a biztosító jóváírja. ha a díjtűrészathatárnál nagyobb a különbség, akkor biztosító vagy visszautalja vagy 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 az esedékességkor jóváírja, addig kamatmentes letétként kezeli.
nagyobb, mint az előírt díj, akkor	ha a díjtűrészathatárnál nagyobb a különbség, akkor összegét a biztosító az esedékességkor jóváírja, addig kamatmentes letétként kezeli és a többletet visszautalja

e. A díjtűrészathatár mértéke forint alapú módozatok esetén 300 Ft, euró alapú módozatok esetén 2 €.

3. A díj jóváírása

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

III. Számlázási rend

Kibocsátott számlán szereplő dátumok / A díj rendeltetése szerint	Teljesítés ideje	Számla kelte	Fizetési határidő
Első rendszeres díj	A kockázatviselés kezdetének napja.		
További rendszeres díj	A számla kiállításának napja, 20 nappal az aktuális díj esedékessége előtt	Az aktuális díj esedékességének napja	

Budapest, 2018. január 1.

6. SZÁMÚ MELLÉKLET: CÉGISMERTETŐ

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 mintegy 100 millió ügyfelet kiszolgáló és a FORTUNE 100® közül 90 céggel együttműködő MetLife közel 50 országban van jelen, és piacvezető szerepet tölt be az Egyesült Államokban, Japánban, Latin-Amerika, Ázsia, Európa és a Közel-Kelet országaiban.

A MetLife csoport tagjaként, a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe a magyar életbiztosítási piacon is értékálló hozamokat nyújtó és hosszú távú pénzügyi biztonság megteremtésére alkalmas megoldásokat kínál. A MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe számára fontos, hogy ügyfeleinek az elvártnál jobb minőségű szolgáltatást nyújtson, amelyre a jól felkészült kollégái jelentik a garanciát. További információért látogassa meg a www.metlife.hu honlapot.

A MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe adatai az alábbiak:

Neve: MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

Jogi formája: fióktelep

Cégjegyzékszám: 01-17-000934

Adószám: 25363926-2-41

Jegyzett tőkéje: 10,7 milliárd forint

Székhelye: 1138 Budapest, Népfürdő utca 22.

Székhelyének állama: Magyarország

Postai címe: 1138 Budapest, Népfürdő utca 22.

Telefonszáma: +36 1 391 1300

Fax száma: +36 1 391 1660

E-mail címe: info@metlife.hu

Internetes honlapja: www.metlife.hu

Panaszkezelő szervezeti egysége: Ügyfélszolgálati Osztály

Ügyfélszolgálatának címe: 1138 Budapest, Népfürdő utca 22.

Ügyfélszolgálatának telefonszáma: +36 1 391 1300

Ügyfélszolgálatának fax száma: +36 1 391 1660

Ügyfélszolgálatának e-mail címe: info@metlife.hu

Fogyasztóvédelmi kérdésekben eljáró hatáskörrel rendelkező felügyeleti hatósága: Magyar Nemzeti Bank (székhelye: 1054 Budapest, Szabadság tér 9.; telefonos elérhetősége: +36 1 428 2600; internetes elérhetősége: www.mnb.hu; e-mail címe: info@mnb.hu; levelezési címe: Magyar Nemzeti Bank, 1850 Budapest)

A biztosítási szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén eljáró hatósága: Pénzügyi Békéltető Testület (székhelye: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.; telefonos elérhetősége: +36 40 203 776; internetes elérhetősége: www.mnb.hu; e-mail címe: ugyfelszolgalat@mnb.hu; levelezési címe: Pénzügyi Békéltető Testület H-1525 Budapest Pf.:172.)

A MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe anyavállalatának adatai az alábbiak:

Neve: MetLife Europe d.a.c.

Jogi formája: részvénytársaság

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

Székhelyének állama: Írország

Nyilvántartási száma: 415123

Nyilvántartását végző hatóság: Central Bank of Ireland

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

Hatáskörrel rendelkező felügyeleti hatósága: Ír Pénzügyi Szolgáltatások Hatóságának Központi Bankja

Hatáskörrel rendelkező felügyeleti hatóságának székhelye: Central Bank of Ireland, PO Box 559, Dame Street, Dublin 2, Írország

A fizetőképességről és pénzügyi helyzetről szóló éves jelentés: a MetLife Europe d.a.c. 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. napján esedékes.

Budapest, 2018. január 1.

7. SZÁMÚ MELLÉKLET: AZ ADÓZÁSSAL KAPCSOLATOS SZABÁLYOK

Tájékoztató a személybiztosítási szerződéssel kapcsolatosan alkalmazandó adózási szabályokról

Jelen tájékoztató a 2017. január 1-jén hatályos jogszabályi rendelkezések összefoglalása, mely kizárólag a tájékoztatás célját szolgálja, és sem adótanácsadásnak, sem hivatalos jogszabály értelmezésnek nem minősül. A tájékoztató nem helyettesíti a vonatkozó mindenkor hatályos jogszabályok ismeretét, ezért kérjük, hogy adott konkrét esetben mindenképpen egyeztessen könyvelőjével, pénzügyi szakértőjével. A biztosító a jogszabályok jövőbeni változásáért vagy az illetékes hatóságok vagy bíróságok jogszabály értelmezéséért felelősséget nem vállal.

I. A személybiztosításokkal kapcsolatos fogalmak

A személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvényből (továbbiakban: Szja. tv.) a következőkben azokat a fogalmakat emeljük ki, amelyek a személybiztosításokkal kapcsolatos adózási szabályok szempontjából lényegesek.

Személybiztosítás: az élet-, a baleset- és a betegségbiztosítás [Szja tv. 3. § 90. pont].

Kockázati biztosítás: az olyan személybiztosítás, amely esetében biztosítási esemény bekövetkezése nélkül vagyoni érték kivonására nincs lehetőség (így különösen nincs lejáratú szolgáltatása és visszavásárlási értéke), azzal, hogy kockázati biztosításnak minősül a kockázati biztosítási elemeket is magában foglaló biztosítások esetében az igazoltan elkülönített kockázati biztosítási rész is, de nem minősül kockázati biztosításnak az olyan biztosítás – akkor sem, ha a biztosító teljesítését biztosítási esemény váltja ki –, ha az adott biztosítási szerződés vonatkozásában a biztosítási feltételek szerint a biztosító teljesítésének összege nem haladhatja meg az adott biztosítási szerződésre befizetett biztosítási díj és az azzal kapcsolatosan képződő hozam együttes összegét; e rendelkezés alkalmazásában nem minősül vagyoni érték kivonásának az a biztosítási esemény bekövetkezése nélküli biztosítói teljesítés (így különösen a díjkezdvezmény, díjengedmény, díjvisszatérítés), amelyre a díjat fizető személy jogosult, de vagyoni érték kivonásának minősül, ha a személybiztosítás díját más személy – ide nem értve a kifizetőnek nem minősülő magánszemélyt – fizette és a biztosítási esemény bekövetkezése nélküli biztosítói teljesítésre a biztosítás feltételei

szerint magánszemély jogosult, ez utóbbi esetben azzal, hogy amennyiben a magánszemély erre a szerződéskötést követően egy későbbi időpontban válik jogosulttá, akkor a biztosítás a teljes tartam alatt nem minősül kockázati biztosításnak [Szja tv. 3. § 91. pont].

Életbiztosítás: az olyan személybiztosítás, amely alapján a biztosító a természetes személy halála, meghatározott életkor vagy időpont elérése vagy más esemény bekövetkezése esetére a szerződésben meghatározott biztosítási összeg kifizetésére, járadék élethosszig tartó vagy meghatározott időszakra történő folyósítására vállal kötelezettséget [Szja tv. 3. § 92. pont].

Betegségbiztosítás (vagy egészségbiztosítás): az olyan személybiztosítás, amely alapján a biztosító a biztosított megbetegedése esetén a szerződésben meghatározott szolgáltatások teljesítésére vállal kötelezettséget, azzal, hogy betegségbiztosítás esetében a biztosító szolgáltatása kiterjedhet a szerződésben meghatározott, biztosítási eseménnyel kapcsolatban álló egészségügyi szolgáltatások miatt felmerült költségek egészségügyi szolgáltató számára történő megtérítésére is [Szja tv. 3. § 94. pont].

Balesetbiztosítás: az olyan betegségbiztosítás (vagy egészségbiztosítás), amely alapján a biztosító a biztosított baleset miatt bekövetkező halála, egészségkárosodása vagy rokkantsága esetére a szerződésben meghatározott biztosítási összeg vagy járadék fizetésére, valamint a szerződésben meghatározott egyéb szolgáltatásra vállal kötelezettséget [Szja tv. 3. § 94. pont].

Nyugdíjbiztosítás: olyan életbiztosítás, ahol a biztosító teljesítésére – a haláleseti szolgáltatást kivéve – a nyugdíjbiztosítási szerződés egész tartama alatt a biztosított jogosult, és a biztosítói teljesítést a biztosított

- halála,
- társadalombiztosítási nyugellátásról szóló jogszabály szerinti saját jogú nyugellátásra való jogosultságának megszerzése (ez alatt a tényleges nyugdíjas állapotot kell érteni),
- egészségi állapotának legalább 40%-os mértéket elérő károsodása, feltéve, hogy a nyugdíjbiztosítási szerződés létrejöttének időpontjában a biztosított egészségkárosodása a 40%-os mértéket nem éri el (függetlenül attól, hogy rokkantsági vagy rehabilitációs ellátásra jogosult-e vagy sem), vagy

d) a szerződés létrejöttkor érvényes öregségi nyugdíjkorhatár biztosított általi betöltése váltja ki, feltéve, hogy a nyugdíjbiztosítási szerződés létrejöttétől (az ajánlat ügyfél részéről történő aláírásának napjától) a biztosító biztosítási eseményre tekintettel történő teljesítéséig (kivéve a biztosított halálát, a biztosított legalább 40%-os mértékű egészségkárosodását, valamint, ha a biztosító teljesítése nem csökkenő összegű járadékszolgáltatás, és a járadékszolgáltatást a szerződés létrejöttétől számított legalább 10. év végéig vagy a biztosított haláláig nyújtják) legalább 10 év eltelik azzal, hogy a nyugdíjbiztosítási szerződésnek az a)–d) pontokban szereplő biztosítási eseményeket – a c) pont kivételével, ha a biztosított egészségkárosodása a nyugdíjbiztosítási szerződés létrejöttkor a 40%-os mértéket már eléri – tartalmaznia kell, és az a)–d) pontokban szereplő biztosítási eseményeken kívül más biztosítási eseményt nem tartalmazhat. Amennyiben a járadékszolgáltatás egy hónapra jutó várható összege az ötezer forintot nem éri el, a járadékszolgáltatás – a szerződés létrejöttétől számított 10. év letelte előtt – egy összegben is teljesíthető.

Nem csökkenő összegű járadékszolgáltatás: a biztosító olyan szolgáltatása, amikor a biztosító rendszeres teljesítései közül a mindenkori utolsó teljesítés – pénzben vagy más egységben kifejezett – összege nagyobb vagy egyenlő a mindenkori utolsó teljesítést közvetlenül megelőző biztosítói teljesítés összegénél, ideértve azt az esetet is, amikor a biztosítói teljesítés összege igazolhatóan kizárólag a biztosítói teljesítés gyakoriságának és/vagy a folyósítás tartamának módosulása vagy a magánszemély rendelkezése alapján a nyugdíjbiztosítási szerződésen jóváírt adó kedvezményezett magánszemély részére történő kiutalása miatt változik. (Szja tv. 3. § 97. pont)

II. Díjfizetések adókötelezettsége

A törvény különbséget tesz magánszemély és kifizető által fizetett biztosítási díj között, tekintettel arra, hogy magánszemélyek adózott jövedelemből fizetnek díjat, míg kifizetők esetében a díj fizetése a biztosított magánszemélynél (adómentes vagy adóköteles) jövedelemként jelentkezik.

Kifizető: az a belföldi illetőségű jogi személy, egyéb szervezet, egyéni vállalkozó, amely (aki) adókötelezettség alá eső jövedelmet juttat, függetlenül attól, hogy a juttatást közvetlenül vagy megbízottja (posta, hitelintézet) útján teljesíti. (Art. 178.§ 18. pont)

II. 1. Határozott tartamú életbiztosítások díja

Kifizető által magánszemély javára kötött határozott tartamú biztosítási szerződés alapján a kifizető által fizetett biztosítási díj után a kifizetőnek egyes meghatározott juttatásként kell az szja-t és az eho-t megfizetnie [Szja törvény 70. § (1) bekezdés c) pont]. A kifizetőt terhelő köz-

teher 2017-ben 43,66% [1,18 x (15% szja + 22% eho)], 2018-ban 41,3% [1,18 x (15% szja + 20% eho)]. Adóköteles biztosítási díjnak minősül magánszemély biztosítottra kötött biztosítási szerződés alapján más személy (általában a munkáltató, illetve más kifizető) által fizetett díj, kivéve, ha az Szja törvény 1. számú melléklete szerint adómentes.

II. 2. Kockázati biztosítások díja

Adómentes a lejáratú szolgáltatás és visszavásárlási érték nélküli kockázati biztosítás (halál eseti életbiztosítás, egészségbiztosítás és balesetbiztosítás) kifizető által – az ugyanazon kifizető esetében ugyanazon biztosított-ra tekintettel havonta, a minimálbér 30%-át (2017-ben 38.250 forintot) meg nem haladóan – fizetett díja (azonos szolgáltatási tartalommal rendelkező csoportos biztosítás esetében a fizetett díj egy biztosított-ra jutó része) [Szja. tv. 1. számú mellékletének 6.3. pont]. Amennyiben a kifizető által ugyanazon biztosított-ra fizetett kockázati biztosítás(ok) összesített díja meghaladja a minimálbér 30%-át, akkor az előtöltött rész után a szerződő kifizetőnek (a juttatónak) az egyes meghatározott juttatásoknak megfelelő mértékű szja és eho fizetési kötelezettsége keletkezik (összes közteher 2017-ben 43,66, 2018-ban 41,3%).

Nem minősül kockázati biztosításnak és ezért adóköteles az olyan biztosítás kifizető által fizetett díja, amelynél a biztosítási esemény bekövetkezése nélküli biztosítói teljesítésre (így különösen díjkezdvmény, díjengedmény, díjvisszatérítés) a biztosítás feltételei szerint magánszemély jogosult, ez utóbbi esetben azzal, hogy amennyiben a magánszemély erre a szerződéskötést követően egy későbbi időpontban válik jogosulttá, akkor a biztosítás a teljes tartam alatt nem minősül kockázati biztosításnak.

II. 3. Kockázati biztosításnak nem minősülő, határozatlan idejű, kizárólag halál esetére szóló életbiztosítások díja

Adómentes a kockázati biztosításnak nem minősülő, visszavásárlási értékkel rendelkező határozatlan idejű, kizárólag halál esetére szóló életbiztosítás (ún. whole life, WL) – szerződőként vagy a biztosítóhoz bejelentett díjfizetőként fizetett – 2017. december 31-ig megfizetett rendszeres díja is. Rendszeres díjnak minősül az a díj, amelyet a biztosítási szerződés alapján legalább évente egy alkalommal kell fizetni, és amelynek összege az adott biztosítási évben nem haladja meg az előző biztosítási évben fizetett díjak (díjelőírások) együttes összegének a Központi Statisztikai Hivatal által közzétett, a díjnövelés évét megelőző második évre vonatkozó éves fogyasztói árcsökkenés 30 százalékponttal növelt értékét, fogyasztói árcsökkenés esetén a 30 százalékpontot (2017-ben 30%, mert a 2015. évi infláció -0,1% volt). A biztosítási szerződési feltételekben rögzített események bekövetkezése miatt átmeneti időre lehetővé tett díjnemfizetés (szüneteltetés, díjmentesítés) időszakára is figyelembe vehető az ezen időszakot megelőző utolsó rendszeres díj alapulvéte-

lével a díjnémfizetési időszak hosszával arányos biztosítási díj [Szja törvény 1. számú melléklet 6.9. pont].

2018. január 1-jétől megszűnik az ilyen típusú életbiztosítások adómentessége, és a kifizetőnek az egyes meghatározott juttatások adózási szabályai szerint 41,3%-os közterhet $[1,18 \times (15\% \text{ szja} + 20\% \text{ eho})]$ kell fizetnie az ilyen biztosítások díja után. A 2017-ben megfizetett rendszeres biztosítási díjak adókezelése a díj megfizetésekor esedékes: ezek a díjak a 2017. december 31-ig hatályos szabályozás értelmében – függetlenül azok számviteli szempontú időbeli elhatárolásának kötelezettségétől, a halasztott költségelszámolástól – adómentesnek minősülnek.

A kifizetőnek az adómentesen fizetett díjak összegéről havonta, magánszemélyenkénti bontásban adatot kell szolgáltatnia a Nemzeti Adó- és Vámhivatal (NAV) részére [Szja tv. 1. számú melléklet 9.6. pont].

A nem rendszeres díjak – a díjfizetés időpontjában – egyes meghatározott juttatásként adókötelesek (összes közterher 2017-ben 43,66%, 2018-ban 41,3%).

III. A biztosító szolgáltatása

A biztosító szolgáltatása (biztosítási esemény bekövetkezése miatti kifizetése) főszabályként adómentes [Szja tv. 1. számú melléklet 6.6, 6.8 pont].

Biztosító szolgáltatása: a biztosítási esemény bekövetkezése miatt a biztosítót a biztosítási szerződés alapján terhelő kötelezettség keretében a biztosító által juttatott vagyoni érték [Szja tv. 3. § 64. pont].

Ugyanakkor adóköteles a baleset- és betegségbiztosítás alapján nyújtott jövedelmet pótló szolgáltatás összegéből (ideértve a szerződéses feltételek szerint az eltelt napok száma alapján járó napi térítésként vagy az eltelt napok száma alapján meghatározott biztosítási összeget is) a jövedelem-kiesés időszakára napi 15 000 forintot meghaladó rész, akkor, ha a biztosítási díj vagy annak egy része a díjfizetés időpontjában adómentes volt [Szja törvény 1. számú melléklet 6.6., 6.7. pont c) alpont].

Adóköteles a személybiztosítás alapján nyújtott olyan szolgáltatás is, amely nem minősül halál esetére szóló biztosítási, nyugdíjbiztosítási, járadékbiztosítási, balesetbiztosítási vagy betegségbiztosítási szolgáltatásnak, valamint az olyan biztosítási szerződés alapján nyújtott szolgáltatás, amelynek díját vagy díjának egy részét magánszemély költségként elszámolta.

Kamatjövedelemként adóköteles a határozott tartamú életbiztosítás elérési szolgáltatása a kedvezményezett magánszemélynél [Szja. tv. 65. § (1) d) pont]. A biztosító teljesítéséből a befizetett biztosítási díjak – kockázati biztosítási díjrésszel csökkentett – összegét meghaladó rész után a 2016. január 1-je előtt megszületett kamatjövedelemet 16%-os, az ezt követően megszületett kamatjövedelemet 15%-os mértékű személyi jövedelemadó terheli, amelyet a biztosító a kifizetés időpontjában állapít meg, von le. A

magánszemélynek ezt a jövedelmet az adóbevallásában nem kell szerepeltetnie.

2017. január 1-jét követően megszületett kamatjövedelem nem terheli eho fizetési kötelezettséggel.

A biztosításból származó kamatjövedelem kedvezményrendszere:

- Egyszeri díjas biztosítások esetén a szerződés létrejöttét követő 3. év elteltével a kamatjövedelem 50%-a, a szerződés létrejöttét követő 5. év elteltével a teljes jövedelem adómentes.
- Rendszeres díjas biztosítások esetén a szerződés létrejöttét követő 6. év elteltével a kamatjövedelem 50%-a, a szerződés létrejöttét követő 10. év elteltével a teljes jövedelem adómentes.

A kamatjövedelem kedvezményes adózására vonatkozó rendelkezések nem alkalmazhatóak abban az esetben:

- Ha a biztosítás időtartama alatt a szerződés szerinti elvárt díjon felüli díjfizetés (például eseti díjfizetés) történik, és a biztosító azt a díjtartalékkal együtt nem elkülönítetten (vagy nem a tartalék befizetett díjhoz való egyértelmű hozzárendelésével) tartja nyilván. Elkülönített nyilvántartás esetén az elvárt díjon felüli díjfizetés önálló biztosítási szerződés szerinti díjnak, egyszeri díjas biztosításnak tekintendő, ahol az elvárt díjon felüli díjfizetés időpontját kell a szerződés létrejöttének időpontjaként figyelembe venni.
- Ha a rendszeres díjak növelésének mértéke meghaladja a díjnövekedés évét megelőző második évre vonatkozó fogyasztói áremelkedés 30 százalékponttal (fogyasztói árcsökkenés esetén a 30 százalékpontot) növelt értékét. A rendszeres díjak növekedése mértékének meghatározásakor a kockázati biztosítás díját figyelmen kívül kell hagyni, továbbá a biztosítási szerződési feltételekben rögzített események bekövetkezése miatt átmeneti időre lehetővé tett díj-nemfizetés (szüneteltetés, díjmentesítés) időszakára is figyelembe vehető az ezen időszakot megelőző utolsó rendszeres díj alapulvételével a díj-nemfizetési időszak hosszával arányos biztosítási díj.

IV. Kockázati biztosításnak nem minősülő, határozatlan idejű, kizárólag halál esetére szóló életbiztosítások visszavásárlására vonatkozó adózási szabályok

Az Szja. tv. 28. § (2) bekezdése alapján egyéb jövedelemnek minősül a kifizető által magánszemély javára kötött, kockázati biztosításnak nem minősülő, határozatlan idejű, kizárólag halál esetére szóló életbiztosítás magánszemély általi visszavásárlásakor a biztosító által juttatott vagyoni értékből a magánszemély által fizetett biztosítási díj és az adóköteles biztosítási díjak együttes összegét meghaladó rész.

Az egyéb jövedelem után a magánszemélyt személyi jövedelemadó és egészségügyi hozzájárulás fizetési kötelezettség terheli. A személyi jövedelemadó 15%, az egészségügyi hozzájárulás mértéke a jövedelem megszerzésének időpontjától függ: az egészségügyi hozzájárulásról szóló 1998. évi LXVI. törvény (továbbiakban: Eho. tv.) 3. § (7) bekezdése alapján, ha a jövedelem megszerzésére az életbiztosítás megkötését követő – de legkorábban 2013. január 1-jétől számított – tizedik év elteltével kerül sor, az egészségügyi hozzájárulás mértéke 14%, egyéb esetben 22% 2017-ben, 20% 2018-ban. Ez utóbbi esetben az szja és az eho alapja 2017-ben a megszerzett jövedelem 82%-a, 2018-ban 83%-a [Szja tv. 29. §].

V. Nyugdíjbiztosítás – rendelkezés az adóról

Az Szja tv. szerint nyugdíjbiztosításnak az olyan életbiztosítás minősül, ahol a biztosító teljesítésére – a haláleseti szolgáltatást kivéve – a nyugdíjbiztosítási szerződés egész tartama alatt a biztosított jogosult, és a biztosítói teljesítést a biztosított

- halála,
- társadalombiztosítási nyugellátásról szóló jogszabály szerinti saját jogú nyugellátásra való jogosultságának megszerzése (ez alatt a tényleges nyugdíjas állapotot kell érteni),
- egészségi állapotának legalább 40%-os mértéket elérő károsodása, feltéve, hogy a nyugdíjbiztosítási szerződés létrejöttének időpontjában a biztosított egészségkárosodása a 40%-os mértéket nem éri el (függetlenül attól, hogy rokkantsági vagy rehabilitációs ellátásra jogosult-e vagy sem), vagy
- a szerződés létrejöttkor érvényes öregségi nyugdíjkorhatár biztosított általi betöltése váltja ki.

A törvény tehát kimondja, hogy a nyugdíjbiztosításnak alapesetben (kivéve, ha az egészségkárosodás már meghaladja a törvényben rögzített 40%-os mértéket) négy kockázatot (halál, egészségkárosodás, nyugdíjba vonulás, nyugdíjkorhatár elérése) kötelezően tartalmaznia kell, és ezen kívül a biztosítás más kockázatra nem terjedhet ki. Minden esetben feltétel, hogy a nyugdíjbiztosítási szerződés létrejöttétől a biztosító biztosítási eseményre tekintettel történő teljesítéséig (kivéve a biztosított halálát, a biztosított legalább 40 százalékos mértékű egészségkárosodását, valamint kivéve, ha a biztosító teljesítése nem csökkenő összegű járadékszolgáltatás és a járadékszolgáltatást a szerződés létrejöttétől számított legalább 10. év végéig vagy a biztosított haláláig nyújtják) legalább 10 év eltelik. Amennyiben a járadékszolgáltatás egy hónapra jutó várható összege az ötezer forintot nem éri el, a járadékszolgáltatás – a szerződés létrejöttétől számított 10. év letelte előtt – egy összegben is teljesíthető.

A szerződés létrejöttének az ajánlat vagy a szerződésmódosítás ügyfél részéről történő aláírásának napját kell tekinteni [Szja tv. 3. § 93. pont].

Az Szja tv. szerint a nyugdíjbiztosítási szerződés szerződője az adóbevallásában tett nyilatkozat (munkáltatói adómegállapítás esetén a munkáltatónak átadott nyugdíjbiztosítási nyilatkozat) alapján rendelkezhet az összevont adóalapja adójának az adókedvezmények levonása után fennmaradó részéből. A kedvezmény alapja a magánszemély által szerződőként befizetett összeg (ideértve a kifizetőnek nem minősülő más személy által fizetett, adómentes bevételnek minősülő vagy az összevont adóalapba tartozó jövedelemként adóköteles díjat is). A kedvezmény mértéke a befizetett összeg 20 százaléka, de legfeljebb az adóévben 130 ezer forint. A nyugdíjbiztosításhoz kötött kiegészítő kockázatokra befizetett összeg alapján nyugdíjbiztosítási nyilatkozat nem tehető. Amennyiben az alapbiztosítás kockázati biztosítási díjrésze meghaladja az alapbiztosítás díjának 10 százalékát, akkor az alapbiztosítás kockázati biztosítási díjrésze alapján nyugdíjbiztosítási nyilatkozat szintén nem tehető. [Szja tv. 44/C. § (1) bekezdés].

A nyugdíjbiztosításhoz köthető ugyan kiegészítő biztosítás, de a nyugdíjbiztosításhoz kötött kiegészítő biztosítás(ok)ra befizetett összeg alapján nyugdíjbiztosítási nyilatkozat nem tehető, azaz csak a főbiztosítás díja után jár az adókedvezmény. A főbiztosításba is választható a minimálistól eltérő biztosítási összeg, azonban ha a választott biztosítási összeghez tartozó kockázati díj meghaladja a főbiztosításra fizetett díj 10%-át, akkor csak a főbiztosítás díjának és a kockázati díjnak a különbségéről rendelkezhet a szerződő.

Az említett szabály alapján tehát kedvezmény illeti meg a magánszemélyt (nyugdíjbiztosítási szerződés szerződőjét):

- az általa megfizetett biztosítási díj után,
- a kifizetőnek nem minősülő más magánszemély által fizetett, a törvény alapján adómentes bevételnek minősülő díj után, továbbá
- a kifizetőnek nem minősülő más, nem magánszemély által fizetett, az összevont adóalapba tartozó jövedelemként adóköteles díj után (például a külföldi munkáltató cég által fizetett biztosítási díj után, tekintettel arra, hogy az egyes meghatározott juttatásként nem adózhat, ezért a magánszemélynek kell a közterheket megfizetnie).

A nyugdíjbiztosítási nyilatkozatot a magánszemély a biztosító által kiadott igazolás alapján teheti meg, amely tartalmazza a rendelkezési jogosultság alapjául szolgáló összeget, valamint a biztosító nevét, pénzforgalmi számlaszámát és a nyugdíjbiztosítási szerződés egyedi azonosító számát (szerződésszámát).

A nyugdíjbiztosítási szerződésre a szerződő nyugdíjbiztosítási nyilatkozata alapján átutalt összeget a magánszemélynek 20%-kal növelten kell visszafizetnie, ha a nyugdíjbiztosítás nyugdíjbiztosítási szolgáltatás nélkül megszűnik, vagy a szerződés úgy módosul, hogy az a szerződésmódosítást követően már nem minősül nyug-

díjbiztosításnak, vagy a nyugdíjbiztosítás alapján nyugdíjbiztosítási szolgáltatásnak nem minősülő vagyoni érték kivonására kerül sor.

Az Szja tv. az állami támogatással kapcsolatos visszafizetési kötelezettség szabályát általános szinten fogalmazza meg, és kimondja, hogy minden olyan vagyoni érték kivonása kiváltja az állami támogatás visszafizetési kötelezettségét, amely nem minősül nyugdíjszolgáltatásnak, függetlenül attól, hogy a nyugdíjbiztosítási szerződés a vagyoni érték kivonása következtében megszűnik-e vagy sem. Ilyen eset például a szerződés visszavásárlása, részleges visszavásárlása, a magánszemély által felvett kötvénykölcsön törlesztő részletének nyugdíjcélú megtakarítással szembeni elszámolása, ha díjfizetéssel részben vagy egészben nem fedezett időszakban a nyugdíjcélú megtakarítással szemben több mint hat havi kockázati biztosítási díjrész (kivéve

az alpbiztosítás legalacsonyabb összegű kötelező kockázati biztosítási díjrészét) elszámolására kerül sor, a törvényi rendelkezéseknek meg nem felelő járadékszolgáltatás.

A magánszemélynek a biztosító által kiadott igazolás alapján az adóhatóság közreműködése nélkül elkészített adóbevallásában kell bevallania a visszafizetési kötelezettség összegét és a bevallás benyújtására előírt határidőig kell megfizetnie annak a biztosító által le nem vont részét. A biztosító által nyújtott nyugdíjbiztosítási szolgáltatás (feltéve, hogy a biztosítói teljesítés a 3. § 93. pontjában nevesített biztosítási események valamelyikének bekövetkezésére tekintettel történik) az Szja tv. 1. számú melléklete 6.6. alpontjának c) pontja alapján adómentes.

Budapest, 2018. január 1.