



1.§ Általános rendelkezések

A Forrás II Halasztott Jelzálogkölcson Vegyes Életbiztosítási szerződés (továbbiakban: biztosítás) a jelen Különös Feltételek valamint az OTP Garancia Biztosító Zrt. Életbiztosítás Általános Feltételei és az OTP Garancia Biztosító Zrt. Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételei alapján jön létre az OTP Garancia Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító), valamint bármely személy (továbbiakban: szerződő) között.

Amennyiben jelen Különös Feltételek bármely rendelkezése eltér az Életbiztosítási Általános Feltételekben vagy a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételeiben foglaltaktól, a Különös Feltételek rendelkezései az irányadók.

A biztosítás banki jelzáloghitel és jelzálog típusú hitel fedezetűül szolgálhat. A kölcsönrel kapcsolatos szabályozást a hitelt nyújtó bank Üzlet-szabályzata tartalmazza.

2.§ Biztosítási esemény

A biztosítás szempontjából biztosítási esemény:

- a.** a biztosítottnak a biztosítási tartam lejártakor való életbenléte;
- b.** a biztosítottnak a tartamon belül bekövetkező halála;
- c.** a biztosítottnak a tartamon belül bekövetkező 51%-os mértékű, vagy azt meghaladó baleseti rokkantsága;
- d.** a biztosítottnál a biztosítás tartamán belül
 - d/1.** rosszindulatú daganatos (rákos) megbetegedés diagnosztizálása,
 - d/2.** szívroham diagnosztizálása,
 - d/3.** szívkoszorúér megkerülő (by-pass) műtét végrehajtása,
 - d/4.** stroke (maradandó agykárosodások) diagnosztizálása,
 - d/5.** veseelégtelenség diagnosztizálása,
 - d/6.** létfontosságú szerv átültetése,
 - d/7.** vakság diagnosztizálása,
 - d/8.** súlyos égési sérülés diagnosztizálása,
 - d/9.** az ún. „4 mindennapi cselekmény” elvégzésére való képtelenség diagnosztizálása,
 - d/10.** szklerosis multiplex diagnosztizálása
 - d/11.** vértranszfúzióból származó HIV vagy AIDS fertőzés diagnosztizálása.

3.§ A szerződés tartama és a kockázatviselés kezdete

Jelen biztosítási szerződés határozott – a szerződő által választott minimum 10 maximum 25 éves – tartamra jön létre. A lejárt napja a tartam utolsó évének biztosítási évfordulója.

A biztosító kockázatviselésének kezdete az OTP Garancia Biztosító Zrt. Életbiztosítási Általános Feltételei 7.§-ában rögzítettek szerinti, vagy az életbiztosítási ajánlaton megjelölt egyéb időpont.

Amennyiben a szerződő a biztosítási ajánlatán megjelölte a kockázatviselés kezdetét, úgy az ajánlat felvételekor megfizetett, átutalt vagy átadott pénzösszeg díjelőlegnek minősül, ezért az előleg megfizetése nem eredményezi a biztosítási szerződés hatálybalépését.

Amennyiben a későbbiekben igényelt azon hitel felvétele, melynek fedezetűül jelen biztosítás szolgál, a bank Üzletszabályzatában foglaltak szerint nem történik meg, a biztosítás az eredeti feltételek mellett továbbra is hatályban marad.

4.§ A kiegészítő szerződés

Amennyiben a felveendő hitelösszeg meghaladja az eredeti biztosítási összeg mértékét, a két összeg különbségére a bank számára elégséges fedezet biztosítása céljából az eredeti biztosítás valamennyi biztosítottjára kiegészítő szerződést köthet az ügyfél, melynek tartama minimum 5, maximum 25 év lehet. A kiegészítő szerződés új szerződésnek minősül. A hitelszerződés, valamint a kiegészítő szerződés tartama oly módon kerül meghatározásra, hogy a bank számára a futamidő lejártakor szükséges hitelfedezet rendelkezésre álljon.

5.§ Fogalmak

Jelen Különös Feltételek alkalmazása szempontjából:

(1) Biztosított: Az az ajánlattételkor 16-60 év közötti természetes személy, akinek az életével kapcsolatos biztosítási eseményekre a biztosítási szerződés létrejön.

A biztosítás nem jöhet létre, ha a biztosított életkora a biztosítás lejártakor meghaladja a 70 évet.

A szerződő felek megállapodása alapján a 2.§ b.-d. pontjában felsorolt biztosítási események vonatkozásában, kiegészítő záradék alkalmazásával további biztosított személy jelölhető.

Az eredeti biztosítás, valamint a kiegészítő biztosítás biztosítottjainak személye meg kell, hogy egyezzen.

(2) Kedvezményezett: Az a személy, aki jogosult a biztosító szolgáltatására. A szerződő fél az eredetileg kijelölt kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal bármikor más kedvezményezettet nevezhet meg. Ha a biztosított és a szerződő fél személye különböző, a kedvezményezett jelöléséhez a biztosított írásbeli jóváhagyása is szükséges.

(3) Biztosítási díj: A szerződő által az ajánlattételkor fizetni vállalt biztosítási díj.

(4) Biztosítási díjelőleg: Az ajánlattételkor a szerződő által fizetett pénzösszeg, amely a biztosítási díjba beszámít, illetve a szerződő részére visszajár, amennyiben a szerződés nem lép hatályba.

(5) Biztosítási időszak: A biztosítási időszak 1 év.

(6) Biztosítási évforduló: A biztosítás tartamán belüli, a biztosítás kockázatviselés kezdetének megfelelő nap.

(7) Biztosítási összeg: A biztosítási díjhoz tartozó, a biztosítási szerződésben (ajánlat, kötvény) megjelölt összeg.

(8) Technikai kamat: A biztosítási díj számításához felhasznált kamatláb. Mértéke 2,5%.

(9) Többlethozam: A módosított díjtartalékán elért, a technikai kamathozam feletti kamatnyereség.

(10) Nyereségtartalék: A biztosító a többlethozam minimum 80%-ából nyereségtartalékot képez, melyet jelen szerződési feltételekben megnevezett személyek számára visszajuttat.

(11) Szolgáltatási tartalék: A szerződő által befizetett díjakból a hatályos jogszabályoknak megfelelően a jövőbeni szolgáltatások és költségek fedezetére képzett tartalék.

(12) Díjtartalék: A szolgáltatási és nyereségtartalék összege.

6.§. Betegségek meghatározása

Jelen feltételek alkalmazása szerint a betegségek meghatározása a biztosító kockázatviselése szempontjából a következő:

(1) Rák: Egy vagy több rosszindulatú daganat jelenlétét jelenti, beleértve a leukémiát (a krónikus limfocitás leukémián kívül), a nyirokmirigyekből kiinduló rosszindulatú daganatokat (lymfómák), és a Hodgkin betegséget is, amelyeket a rosszindulatú sejtek ellenőrizhetetlen növekedése és áttételei, valamint az egészséges szövetekre történő ráterjedése és azok megsemmisítése jellemeznek. A diagnózist onkológus szakorvosnak kell igazolnia. Jelen biztosítási szerződés az alábbi rákfajtákra nem terjed ki:

- a.** A rák rosszindulatú elváltozásait in situ mutató daganatokra (beleértve a CIN-1, CIN-2, CIN-3 típusú cervicális dysplasiát is), vagy amelyeket szövettanilag rosszindulatúvá válása előtti állapotúnak írtak le.
- b.** Melanomákra, amelyek a szövettani vizsgálat szerint kevesebb mint 1,5 mm vastagságúak, vagy amelyek ráterjedése a „Clark Level 3” mélységet nem éri el.
- c.** A bőr valamennyi fokozott elszarusodásával járó állapotára, illetve basalsejtes rákjára.
- d.** A bőr valamennyi pikkelysejt karcinómájára, hacsak nem más szervekre is áttért.
- e.** Kaposi szarkómára és a HIV fertőzéshez, illetve az AIDS-hez kapcsolódó egyéb daganatokra.
- f.** Prostatára, melyet szövettanilag TNM klasszifikáció T 1-ként írtak le (beleértve a T 1 (a), vagy T 1 (b), vagy ennek megfelelő, vagy más alacsonyabb klasszifikációt is).

(2) Szívroham: A szívizom egy részének elhalását jelenti, annak eredményeként, hogy nem megfelelő a kérdéses terület vérellátása, és mindezt tipikus mellkasi fájdalom, új EKG elváltozások és a megemelkedett szívenzim értékek szintje bizonyítja.

(3) Szívkoszorúér megkerülő műtétei (by-pass): A szívkoszorúér by-pass beültetés azt jelenti, hogy szívsebész szakorvos tanácsára aktuális by-pass műtétet hajtanak végre, hogy a koszorúerek elzáródását vagy szűkületét korigálják. Nem minősülnek by-pass műtétnek az olyan nem műtéti technikák, mint például az érplasztika, a lézeres kezelés vagy nem sebészeti eljárások.

(4) Stroke (Maradandó agykárosodások): Olyan agyi érrendszertörténetek, amelyek 24 óránál hosszabb ideg tartó neurológiai következményekkel járnak, beleértve az agyszövetek infarktuszát, az agyvérzést és az agyembóliát koponyán kívüli forrásból. A tartós idegrendszeri károsodást egy neurológusnak kell megerősítenie legkorábban 6 héttel az esemény után, ennél korábbi kárigény nem fogadható el. Ki vannak zárva olyan agyi tünetek, mint például a migrén, traumából vagy a csökkent oxigéntartalomtól származó agyi sérülés, a szemet vagy a látóideget érintő érrendszeri betegségek, az egyensúlyi rendszer vérellátási rendellenességei.

(5) Veseelégtelenség: A vesék működésének krónikus visszafordíthatatlan leállását jelentő betegség utolsó szakasza, amelynek eredményeként rendszeres dialízist végeznek vagy veseátültetést hajtanak végre.

(6) Alapvető szerv átültetése: A paciensnél tényleges szív (teljes szív), tüdő, máj, vese hasnyálmirigy (csak a Langerhans szigetsejtek transzplantációja nem) vagy csontvelő átültetést hajtanak végre.

(7) Vaktság: Mindkét szem látásának teljes, klinikailag igazolt, visszavonhatatlan elvesztése akut betegség vagy baleset eredményeként. A vaktságot szemészorvosnak kell diagnosztizálnia.

(8) Súlyos égési sérülés: Harmadfokú égési sérülés, amely a testfelszín legalább 20%-át érinti, ahogyan ezt a un. „9-es szabály”, vagy a „Lund and Browder Body Surface Chart” által mérik.

(9) Az ún. „4 mindennapi cselekmény” elvégzésére való képtelenség (hosszútávú gondoskodás): Ez a feltétel azt jelenti, hogy a biztosított személy betegsége vagy baleset miatt teljesen és visszavonhatatlanul képtelenné vált arra, hogy más személy nélkül elvégezzen az alábbi 6 kategóriából legalább 4 tevékenységet.

a. Személyi higiénia: A személyes tisztaság fenntartásához szükséges mértékű mosdás, fürdés.

b. Öltözködés: Az összes szükséges ruhadarab fel-, illetve levétele.

c. Mozgás: Egyik szobából a másikba való mozgás, leülés, felállás ágyról vagy székről.

d. Evés, ivás: Az elkészített étel, ital elfogyasztása.

e. WC használat: A WC-re való leülés, onnan való felállás és a személyes higiénia biztosítása.

f. Kontinencia: A vizelet és széklet ürítési funkciók önkontrollja.

(10) Szklerosis multiplex: Kórházban dolgozó neurológus szakorvos által diagnosztizált egyértelmű szklerosis multiplex a demielinizáció, a persistáló neurológiai rendellenességekre és a funkciók leromlásának tipikus tüneteivel. A diagnózis megerősítését neurológiai vizsgálatokra alapozzák (pl.: lumbalpunkció, látási, hallási reakciók mérése, központi idegrendszeri MRI).

(11) Vértranszfúzióból származó HIV vagy AIDS fertőzés: A biztosított személy HIV vagy AIDS fertőzött, ha:

- a.** a fertőzés olyan transfúzió után tulajdonítható, melyet az illető jelen biztosítási szerződés megkötése után kapott;
- b.** a transfúziót végző intézmény elismeri a felelősséget;
- c.** a fertőzött biztosított személy nem hemofilias;
- d.** életveszélyes állapot áll fenn és nincsen ismert gyógyítási mód.

7. § Díjfizetés

(1) A biztosítás havi díjfizetésű. A havi díjfizetéstől eltérő díjfizetés esetén a biztosító a díjból engedményt adhat.

(2) A biztosítási díjak fizetése kizárólag banki folyószámláról történő csoportos beszedési megbízással lehetséges.

(3) Amennyiben a biztosítás hitel fedezetével szolgál, a hitelfelvétel időpontjától a biztosító díjkedvezményben részesítheti a szerződőt.

(4) Amennyiben a szerződő a biztosítási ajánlatán megjelölte a kockázatviselés kezdetét, úgy az ajánlat felvételekor megfizetett, átutalt vagy átadott pénzösszeg díjelőlegnek minősül. A folytatólagos díjat a szerződő a kockázatviselés kezdetét követő minden díjfizetési időszaknak az első díjfizetés napjával megegyező napján köteles megfizetni, az ajánlaton megjelölt módon. A biztosítás díja lejáratig vagy annak a hónapnak a végéig fizetendő, amelyben a 2. § b.-d. pontjában felsorolt biztosítási események valamelyike bekövetkezett.

(5) Amennyiben a szerződő a szerződéskötéskor az indexálást választotta, akkor a biztosítás havi díja minden biztosítási évfordulótól kezdődően 5%-kal emelkedik. A biztosítási összeg az indexált vagy a nem indexált biztosítási díj fizetése esetén is azonos, így indexált díjfizetés választása esetén az induló díj alacsonyabb értékről indul, mint a nem indexált esetben. Az indexált vagy nem indexált díjfizetés választására vonatkozó döntését a szerződő a szerződéskötést követően utóbb nem módosíthatja.

(6) Amennyiben az ajánlathoz tartozó hitelkérelem benyújtására (vagy közvetlenül a bank részére vagy a biztosító ügynökének történő átadással) a szerződés létrejöttéig sor került, és a benyújtott hitelkérelmet a bank utólagosan elutasítja, vagy az ügyfél a hitelkérelmét visszavonja, a szerződőnek a hitelkérelem elbírálásától/visszavonásától számított 15 napon belül joga van elállni a biztosítási szerződéstől. Ebben az esetben a befizetett biztosítási díjakat a biztosító az írásbeli elállás kézhezvételétől számított 8 munkanapon belül visszautalja a szerződő részére.

8. § Díjfizetés elmulasztása

A biztosítási díj megfizetésének elmulasztása esetén a szerződő a 13. § és 14. §-ban meghatározottak szerint jogosult maradékjogokra.

SZOLGÁLTATÁSOK

9.§ Lejáratú szolgáltatás

A biztosító, a biztosított életbenléte esetén, annak az évnek a biztosítási évfordulóját követően, amelyben a szerződő által választott tartam lejár, egyösszegben kifizeti a biztosítási összeget és a nyereségtartalékot a kedvezményezett részére. A kifizetés az utolsó szükséges okmány beérkezését követő 15 napon belül esedékes. A kifizetéssel a biztosítás megszűnik.

10.§ Tartam közbeni szolgáltatás

A biztosított tartam közbeni halála, vagy a 2.§ c. vagy d. pontjában felsorolt bármely biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási összeget és a nyereségtartalékot fizeti ki a kedvezményezett részére. A biztosító egy szerződés esetén a 2.§ d. pontjában meghatározott több biztosítási esemény bekövetkezése esetén is csak egy biztosítási esemény vonatkozásában nyújt szolgáltatást és a biztosítási összeg kifizetésével jelen biztosítás megszűnik. Több betegség együttes fellépésekor vagy a biztosítási eseményt követő újabb betegség fellépésekor is csak egy esemény vonatkozásában nyújt a biztosító szolgáltatást. A kifizetés az utolsó szükséges okmány beérkezését követő 15 napon belül esedékes. A kifizetéssel a biztosítás megszűnik.

11.§. A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltételei

A biztosítási eseményt a biztosítóhoz a szolgáltatás iránti igénnyel együtt a bekövetkezéstől számított 30 napon belül be kell jelenteni.

A 2.§ c.–d. pontjaiban felsorolt biztosítási eseményekre szóló igényt a biztosító bírálja el.

A biztosító a 2.§ d. pontjában felsorolt biztosítási eseményekre szóló igényeket az alábbi dokumentumok megléte esetén fogadja el.

(1) Rosszindulatú daganatos (rák) megbetegedés diagnosztizálása a megfelelő kórszövettani vizsgálat eredménye alapján történik.

(2) Szívroham (infarctus) elfogadásának feltételei a következők:

- a kórelőzményben szereplő tipikus mellkasi fájdalom dokumentálása;
- az infarctusra jellemző EKG eltérések megléte;
- a szívizom elhalására jellemző enzimértékek emelkedésének kimutatása.

A fenti három kritériumból kettő megléte elegendő az infarctus diagnosztizálásához.

(3) Szívkoszorúér megkerülő (by-pass) műtét elfogadásához a műtét előtti kórelőzmény, illetve részletes kivizsgálás és a műtét leírás, vagy annak kivonata szükséges.

(4) Stroke (maradandó agykárosodások) esetén a történést követő 6 hét múlva a biztosító által megbízott ideggyógyász szakorvos által megállapított maradandó idegrendszeri károsodás dokumentálása alapján történik az esemény elfogadása.

(5) Veseelégtelenség a krónikus és visszafordíthatatlan működés kiesésre vonatkozó laboratóriumi leletek, valamint a 60 napja folyó dialysis igazolásával kerül elfogadásra.

(6) Létfontosságú szerv átültetésének elfogadásához szükségesek a kórelőzmény, illetve a transplantációs műtét dokumentumai vagy azok kivonatai.

(7) Vakságot, amely betegség vagy baleset miatt következett be, szemész szakorvosnak kell igazolnia a végállapothoz vezető kórkép dokumentációja mellett.

(8) Súlyos égési sérülés a megfelelő kritériumokat tartalmazó kórházi zárójelentés alapján kerül elfogadásra.

(9) Az ún. „4 mindennapi cselekmény” elvégzésére való képtelenség diagnosztizálásának elfogadása a biztosító által megbízott orvosszakértő vizsgálata alapján történik.

(10) Szklerosis multiplex diagnosztizálása a kórelőzmény, a kórelőzmény, a laboratóriumi eredmények, az idegrendszeri tünetek, valamint az elvégzett képalkotó eljárások alapján a biztosító által megbízott ideggyógyász szakorvos véleménye alapján kerül elfogadásra.

(11) Vértranszfúzióból származó HIV vagy AIDS fertőzés diagnosztizálásának elfogadása a HIV vírus fertőzés laboratóriumi diagnosztizálásán, illetve a szerzett immunhiányos szindróma (AIDS) klinikai laboratóriumi eltérések dokumentálásán alapul, feltéve, hogy a 6.§ (11) pontjában felsorolt feltételek fennállnak.

A szívkoszorúér megkerülő műtete és szervtranszplantáció műtete előtt, ha az nem Magyarországon történik, a biztosító orvosszakértőjével történő konzultáció szükséges.

12.§ Nyereségrészesedés

(1) A nyereségtartalék aktuális értékét a biztosító minden naptári évfordulót követően legkésőbb július 1-jén határozza meg. Ekkor az előző naptári évben a díjtartalékon realizált többlethozam minimum 80%-ának díjtartalék-arányos részét a biztosító az élő szerződések nyereségtartalékán jóváírja.

(2) A szerződés nyereségtartalékának értékéről a biztosító a jóváírást követően 30 napon belül írásban értesíti a szerződőt.

(3) A biztosítási tartam ideje alatt a szerződőnek bármikor lehetősége van arra, hogy a nyereségtartalékot teljesen vagy részlegesen felvegye. A biztosítás nyereségtartalékából felvett összeg nem lehet kisebb a biztosítás aktuális fizetendő éves díjánál, illetve ha a nyereségtartalék nem éri el a biztosítás aktuális éves díját, akkor a nyereségtartalék egészénél. Amennyiben a szerződő él ezzel a joggal, akkor a biztosítás változatlan díjjal és tartammal hatályban marad.

MARADÉKJOGOK

13.§ Visszavásárlás

(1) A biztosítás legalább 3 év díjjal fedezett tartam eltelte után visszavásárolható, ezen időszak eltelte előtt a biztosítás nem rendelkezik visszavásárlási értékkel.

(2) A biztosítási szerződés adott évfordulókon érvényes visszavásárlási értékeit a biztosítási szerződés részét képező, a kötvény mellékleteként megküldött Termékmertető II. rész tartalmazza. Biztosítási év közben történő visszavásárlás esetén a visszavásárlási összeg meghatározása a biztosítási év elején és végén érvényes értékek alapján, a biztosítási évből a visszavásárlásig eltelt idő figyelembe vételével történik.

A megadott értékek az alábbiakban leírt feltételezések mellett érvényesek, abban az esetben, ha a szerződő a szerződéses kötelezettségeinek folyamatosan eleget tesz.

A biztosító azzal a feltételezéssel él, hogy a biztosítási díj és a biztosítási összeg a tartam alatt változatlan marad, emellett az évfordulós értékek megadásakor az évfordulón fizetendő díjat, valamint a nyereségtartalékban elhelyezett, visszajuttatott többlethozamot az adatok előrejelzésénél a biztosító nem veszi figyelembe. A szerződés visszavásárlása esetén azonban a nyereségtartalék aktuális értéke is kifizetésre kerül. A még fel nem osztott és a szerződő számára jóvá nem írt többlethozam nem kerül kifizetésre.

(3) A visszavásárlási összeg kifizetése az ahhoz szükséges utolsó okirat beérkezését követő 15 napon belül történik.

14.§ Díjmentes leszállítás

(1) A biztosítás legalább 3 év díjjal fedezett tartam eltelte után díjmentesen leszállítható, ezen időszak eltelte előtt a biztosítás nem rendelkezik díjmentesen leszállított biztosítási értékkel. Díjmentes leszállítás esetén a biztosítás további díjfizetés nélkül, csökkentett biztosítási összeggel hatályban marad.

(2) A biztosítási szerződés adott évfordulókon érvényes díjmentesen leszállított biztosítási értékeit a biztosítási szerződés részét képező, a kötvény mellékleteként megküldött Termékismertető II. rész tartalmazza. Biztosítási év közben történő díjmentes leszállítás esetén a díjmentesen leszállított biztosítási összeg meghatározása a biztosítási év elején és végén érvényes értékek alapján, a biztosítási évből a díjmentes leszállításig eltelt idő figyelembe vételével történik.

A megadott értékek az alábbiakban leírt feltételezések mellett érvényesek, abban az esetben, ha a szerződő a szerződéses kötelezettségeinek folyamatosan eleget tesz.

A biztosító azzal a feltételezéssel él, hogy a biztosítási díj és a biztosítási összeg a tartam alatt változatlan marad, emellett az évfordulós értékek megadásakor az évfordulón fizetendő díjat, valamint a nyereségtartalékban elhelyezett, visszajuttatott többlethozamot az adatok előrejelzésénél a biztosító nem veszi figyelembe. Szolgáltatás teljesítése esetén azonban a nyereségtartalék aktuális értéke is kifizetésre kerül.

TOVÁBBI RENDELKEZÉSEK

15.§ Kötvénykölcson

A biztosítás vonatkozásában a biztosító kötvénykölcsonnt nem nyújt.

16.§ Biztosítási szerződés megszűnése

A biztosítási szerződés megszűnik:

- a.** lejáratkor, amikor a biztosítási összeg és a nyereségtartalék kifizetésre kerül a kedvezményezett részére;
- b.** a 2.§ *b.-d.* pontjaiban meghatározott biztosítási események bármelyikének bekövetkezése esetén, amikor a biztosítási összeg és a nyereségtartalék kifizetésre kerül a kedvezményezett részére;
- c.** amikor a visszavásárlási összeg kifizetésre kerül a szerződő részére.

17.§ Egyéb rendelkezések

(1) A jelen feltételekben nem szabályozott kérdések vonatkozásában az OTP Garancia Biztosító Zrt. Életbiztosítás Általános Feltételei, az OTP Garancia Biztosító Zrt. Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételei, a Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény és az egyéb hatályos magyar jogszabályok rendelkezései irányadók.

(2) Hitelfedezeti Záradék: A szerződő felek az életbiztosítási szerződés tekintetében tudomásul veszik, hogy a biztosítási szerződésből eredő szolgáltatások jogosultja és egyben a mindenkori hiteltartozás mértékéig kedvezményezettje – az így a kedvezményezetté váló hitelező rendelkezésének biztosítóhoz történő beérkezéséig – valamennyi szolgáltatásra a hitelező.

(3) Kiegészítő Záradék: a Forrás II Halasztott Jelzálogkölcson Vegyes Életbiztosításhoz második biztosított jelöléséhez

1. A szerződő felek a 10.§ szerinti szolgáltatások vonatkozásában az ajánlaton feltüntetett külön díj ellenében további biztosítottként jelölik meg az ajánlaton második biztosítottként megjelölt személyt.

2. Amennyiben a szerződő és az első biztosított személye eltérő, akkor jelen záradék alkalmazásának feltétele az első biztosított írásbeli hozzájárulása.

3. Jelen záradék alkalmazásával a Forrás II Halasztott Jelzálogkölcson Vegyes Életbiztosítás vonatkozásában további biztosítási esemény a második biztosítottnak a biztosítási tartamon belül bármely okból bekövetkező halála, a második biztosítottnak a tartamon belül bekövetkező 51%-os mértékű vagy azt meghaladó baleseti rokkantsága, valamint a második biztosítottnál a biztosítás tartamán belül a jelen feltételek 2.§ *d.* pontjában felsorolt és az 6.§-ában részletezett betegségek diagnosztizálása.

4. A második biztosított halála esetén a haláleseti szolgáltatásra külön kedvezményezett jelölhető.

5. A második biztosítottal kapcsolatos, jelen kiegészítő záradék 3. pontjában felsorolt biztosítási események bekövetkezése esetén a biztosító szolgáltatásának teljesítésével a biztosítás további szolgáltatás nélkül akkor is megszűnik, ha az első biztosított vonatkozásában nem történt biztosítási esemény.

A biztosító jelen záradék szerint minden esetben csak egy biztosítási esemény után teljesít szolgáltatást. Ha mindkét biztosítottnál bekövetkezik a 2.§ *b.-d.* pontjaiban megjelölt valamely esemény, akkor a biztosító az időben előbb történt eseményt tekinti biztosítási eseménnyek. Amennyiben a biztosító nem tudja a benyújtott dokumentumok alapján megállapítani, hogy mely biztosítottnál történt meg időben előbb az esemény, akkor mindkét biztosított után arányosan (50% – 50%) teljesít szolgáltatást.

6. Jelen záradék alkalmazásával nem érintett minden egyéb kérdésben a Forrás II Halasztott Jelzálogkölcson Vegyes Életbiztosítás Különös Feltételei az irányadóak.