

Elérhetőségeink:

1535 Budapest, Pf. 952

06 40 200 480

(H 8:00-20:00, K-P 8:00-18:00)

info@mpb.hu

www.postabiztosito.hu

Személyesen bármely postán

A PostaNyugdíj Program Stabil (2 3023)

folyamatos díjas díjvisszatérítéssel elérési életbiztosítás



Az elérhető gondoskodás

Posta
Biztosító

Tartalom

*A PostaNyugdíj Program Stabil (2 3023 kódszámú)
folyamatos díjas díjvisszatérítéses elérési életbiztosítás feltételei*

<i>Bevezető</i>	<i>4</i>
<i>A PostaNyugdíj Program Stabil (2 3023)</i>	<i>6</i>
<i>Általános életbiztosítási feltételek</i>	<i>6</i>
<i>1.számú melléklet (díjak, költségek)</i>	<i>26</i>
<i>2. számú melléklet (visszavásárlási táblázat)</i>	<i>27</i>
<i>A PostaNyugdíj Program Stabil kiegészítő élet- és balesetbiztosítás feltételei</i>	<i>29</i>
<i>Kockázati kiegészítő életbiztosítás különös feltételei</i>	<i>32</i>
<i>Baleseti eredetű rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás különös feltételei</i>	<i>33</i>
<i>Díjátvállalás munkanélkülivé válás esetére, kiegészítő biztosítás</i>	<i>37</i>
<i>1. számú melléklet (kiegészítő élet- és balesetbiztosítás feltételeihez)</i>	<i>40</i>
<i>2. számú melléklet (kiegészítő élet- és balesetbiztosítás feltételeihez)</i>	<i>41</i>

Bevezető

Tisztelt Ügyfelünk!

Köszönjük a Magyar Posta Életbiztosító Zrt. (továbbiakban: Posta Biztosító) iránti megtisztelő bizalmát! Kérjük, hogy figyelmesen olvassa el a kezében tartott Ügyféltájékoztató és biztosítási szerződési feltételek kiadványunkat. Ez mindenben irányadó az Ön által megkötni kívánt biztosítási szerződésre, a szerződő felek jogaira és kötelezettségeire. Törekedtünk a közérthető fogalmazásra, amennyiben mégis maradna tisztázatlan kérdése, akkor forduljon bizalommal biztosításközvetítőjéhez, a Magyar Posta Zrt. munkatársához (továbbiakban: Magyar Posta), aki megadja Önnek a szükséges tájékoztatást.

Az Ügyféltájékoztató és biztosítási szerződési feltételek részletes megismerése és írásban történő átvétele után Ön a biztosítási ajánlat aláírásával kifejezi szándékát a biztosítási szerződés megkötésére.

A bevezetőben tájékoztatjuk Önt a Posta Biztosító és a Magyar Posta legfontosabb adatairól, a felügyeleti szervünkről, a fogyasztói panaszügyintézésről, valamint a biztosítási szerződés alapjául szolgáló jogszabályokról. Az Ügyféltájékoztatónkban részletesen ismertetjük Önnek azokat a tudnivalókat, amelyek a biztosítási szerződésre vonatkoznak. A Személyes adatok kezelése és titoktartás részben felsoroljuk az adatvédelem és az adatkezelés szabályait és azokat a szervezeteket is, amelyeknek az Ön biztosítási titkot képező adatait a Posta Biztosító továbbíthatja.

Legfontosabb adatok

- ▶ Posta Biztosító székhelye: 1022 Budapest, Bég utca 3–5.; Levélcíme: 1535 Budapest, Pf. 952, Ügyfélszolgálati telefonszáma: 06 40 200 480 (munkanapokon 8:00-18:00 óráig kedvezményes helyi díjjal hívható).
- ▶ Magyar Posta székhelye: 1138 Budapest, Dunavirág u. 2-6. Magyar Posta (illetve az alkalmazásában, megbízásában eljáró természetes személy) függő biztosításközvetítőként a Magyar Posta Életbiztosító Zrt. nevében jár el, a biztosításközvetítői tevékenység során okozott szakmai károkért a Magyar Posta Életbiztosító Zrt. áll helyt. A Magyar Posta közvetlen részesedéssel rendelkezik a Magyar Posta Biztosító Zrt.-ben és a Magyar Posta Életbiztosító Zrt.-ben. Más biztosítóban, biztosításközvetítőben, biztosítási szaktanácsadóban sem közvetlen, sem közvetett részesedéssel nem rendelkezik.

Panaszügyintézés

Társaságunk számára fontos, hogy Ön, mint a Posta Biztosító Ügyfele elégedett legyen szolgáltatásunkkal. Amennyiben Önnek a biztosítási szerződésével, ill. a Magyar Posta (illetve az alkalmazásában, megbízásában eljáró természetes személy) biztosításközvetítői tevékenységével kapcsolatos panasa van, azt szóban (személyesen a Biztosító székhelyén található Ügyfélszolgálaton, vagy telefonon), vagy írásban (személyesen, vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) teheti meg.

Kérjük, hogy írásban forduljon közvetlenül a Minőségbiztosítási osztályunkhoz, ahol kivizsgáljuk bejelentését és 15 napon belül válaszolunk Önnek:

Posta Biztosító Minőségbiztosítási osztály
1535 Budapest, Pf. 952 (levélben)
vagy panasz@mpb.hu (e-mailben).
Fax: 423-42-98

Amennyiben panaszára nem kapott kielégítő választ a Biztosítótól, a panaszával a következő intézményekhez fordulhat: Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletének (továbbiakban: PSZÁF) Ügyfélszolgálati Főosztálya, békéltető testületek. Amennyiben vitás ügyét nem tudja peren kívül érvényesíteni, Önnek jogában áll bírósági utat igénybe venni.

Felügyeleti szerv

A Posta Biztosító és biztosításközvetítője, a Magyar Posta felügyeleti szerve a PSZÁF, melynek címe: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.; levélcíme: 1535 Budapest 114. Pf. 777; Ügyfélszolgálati telefonszáma: 06 40 203 776. A PSZÁF a biztosításközvetítőkről nyilvántartást vezet, amely nyilvántartás megtekinthető a www.pszaf.hu honlapon.

Jognyilatkozatok, szerződésre alkalmazandó jog

Minden jognyilatkozat csak írásban érvényes, a felmondást és a rész- vagy teljes visszavásárlási kérelmet pedig – ha nem személyesen nyújtja be – javasoljuk, hogy ajánlott levélben juttassa el Társaságunk részére. Az Ön jognyilatkozata csak akkor hatályos, ha az a Posta Biztosító valamely szervezeti egységének a tudomására jut. Minden iratban az irányadó nyelv a magyar, úgyszintén az esetleges jogvitában, amely magyar bíróság előtt zajlik a magyar jogszabályok alapján, melyek az itt nem szabályozott kérdésekre mindig vonatkoznak.

Jogszabályok

A biztosítási tevékenység és a biztosítási szerződés alapjául szolgáló két legfontosabb jogszabály a Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény (Ptk.) és a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (Bit). A szerződésre (díjfizetésre, szolgáltatásra) vonatkozó adójogszabály a mindenkor hatályos személyi jövedelemadóról szóló törvény (1995. évi CXVII. törvény a személyi jövedelemadóról).

A PostaNyugdíj Program Stabil (2 3023)

folyamatos díjas díjvisszatérítéses elérési életbiztosítás feltételei

Általános életbiztosítási feltételek

1. Általános rendelkezések, a biztosítási szerződés létrejötte, alanyai

- 1.1. Az Általános életbiztosítási feltételekben leírtak – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – a Magyar Posta Életbiztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) életbiztosítási szerződéseire, illetve egyéb biztosítási szerződéseinek életbiztosítást tartalmazó részére érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozva kötötték. A jelen Általános életbiztosítási feltételekben és az életbiztosítás különös feltételeiben nem szabályozott kérdésekben a Magyar Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.
- 1.2. Az életbiztosítási szerződés megkötésének előfeltétele, hogy a Szerződő írásban ajánlatot tesz a Biztosítónak. Az Ajánlatot a Biztosító elutasíthatja. Az Ajánlat elutasítását a Biztosító nem köteles megindokolni.
- 1.3. A biztosítási szerződés a Szerződő és a Biztosító kölcsönös írásbeli megállapodásával jön létre.
- 1.4. A szerződés akkor is létrejön, ha a Biztosító az Ajánlatra a szervezeti egységéhez való beérkezésétől számított 15 napon belül nem nyilatkozik. Ilyen esetben a szerződés az Ajánlatnak a Biztosító vagy képviselője részére történő átadása időpontjára visszamenőleges hatállyal jön létre.
- 1.5. A Biztosító a neki befizetett díj ellenében vállalja az életbiztosítási kockázatot.
- 1.6. A Szerződő az a személy, aki a biztosítás megkötésére ajánlatot tesz és a biztosítási díj fizetését vállalja.
- 1.7. A Biztosított az a személy, akinek az életével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön.
- 1.8. Amennyiben a Szerződő nem azonos a Biztosítottal, a Biztosított írásbeli hozzájárulása is szükséges a szerződés megkötéséhez és módosításához. Ha a Biztosított kiskorú és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló személy köti meg, a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása is szükséges.
- 1.9. Az életbiztosítási szerződés Kedvezményezettje az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a szolgáltatás igénybevételére jogosult. Kedvezményezettként több személy is megnevezhető. A kedvezményezés a biztosítási tartam alatt írásbeli kérelemmel megváltoztatható. Ha a Szerződő és a Biztosított személye nem azonos, akkor a Kedvezményezett jelöléséhez és módosításához a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. A Biztosított hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek a Kedvezményezett kijelölését tartalmazó része semmis, ilyen esetben Kedvezményezettnek a Biztosítottat, illetve örökösét kell tekinteni, aki azonban az ennek folytán neki járó biztosítási összegből a szerződő fél költségeit, beleértve a kifizetett biztosítási díjakat köteles megtéríteni. A Kedvezményezett jelölése és annak megváltoztatása csak akkor lép hatályba,

amikor a Szerződő és a Biztosított erre vonatkozó írásbeli nyilatkozata a Biztosítóhoz beérkezik. Kedvezményezett lehet: a szerződésben megnevezett személy, vagy amennyiben a Kedvezményezettet a szerződésben nem jelölték, akkor az elérési szolgáltatás esetén a Biztosított, haláleseti szolgáltatás esetén a Biztosított örököse.

- 1.10. A Biztosított a szerződő fél beleegyezésével a szerződésbe bármikor beléphet, a belépéshez a Biztosító hozzájárulása nem szükséges. A Biztosított – mielőtt a szerződés felmondás, vagy díjfizetés elmaradása miatt megszűnik – a Biztosítóval közölt írásos nyilatkozatával a Szerződő fél helyébe léphet.

2. Az életbiztosítással összefüggő fogalmak

- 2.1. Technikai kamatláb: az a kamatláb, amellyel a Biztosító az élet- és járadékbiztosítási díj megállapításakor kalkulál. A Biztosító garantálja, hogy a biztosítási összeg fedezetére képzett díjtartalékhoz a szerződés tartama alatt a folyamatos díjából képzett tartalék esetén évi 2,25%, a rendkívüli díjából képzett tartalék esetén évi 0% kamatot ír jóvá, még abban az esetben is, ha a díjtartalék befektetésével elért valós hozam ennél alacsonyabb.
- 2.2. Díjtartalék: az életbiztosítási díjából képzett elkülönített tartalék, amely a később bekövetkező biztosítási események (halál, elérés) kapcsán járó szolgáltatások fedezetéül szolgál. Az életbiztosítás díjtartaléka (azonos a matematikai tartalékkal) nem egyenlő a Szerződő által befizetett díjakkal. A Biztosító a szerződésre befizetett rendkívüli díjakat külön számlán tartja nyilván és ezekre külön díjtartalékot képez.
- 2.3. Többlethozam: a díjtartalékok befektetési hozamának és a technikai kamatlábnak a különbsége.
- 2.4. Maradékjogok: az életbiztosítási szerződés feltételeiben meghatározott azon jogok, amelyek a díjfizetés elmaradása, illetőleg a szerződésnek a biztosítási összeg kifizetése nélküli megszűnése esetében fennmaradnak.

3. Biztosítási események

- 3.1. Biztosítási események
 - ▶ a Biztosított kockázatviselés ideje alatt bekövetkező halála, vagy
 - ▶ a Biztosított életben léte a szerződés lejáratakor (elérés).

4. Szolgáltatások

- 4.1. A biztosítási szolgáltatásokat az életbiztosítás különös feltételei határozzák meg.

5. A biztosítási szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete

- 5.1. A biztosítási szerződés legkorábban az azt követő nap 0 órájától lép hatályba, amikor a Szerződő a biztosítás első díját a Biztosító számlájára befizette vagy áttalta, illetve a pénztárába befizette, feltéve, hogy az életbiztosítási szerződés már létrejött vagy utóbb létrejön.

- 5.2. Ha a Szerződő az első díjat a szerződés létrejötte előtt fizeti meg, ezt az összeget a szerződés létrejötteig a Biztosító kamatmentes díjelőlegként kezeli, melyet a biztosítási szerződés létrejötte után a biztosítási díjba beleszámít. Ha a szerződés nem jön létre, a Biztosító az első befizetett díjat a Szerződőnek 15 napon belül visszafizeti.
- 5.3. A Biztosító kockázatviselésének feltétele a szerződés hatálybalépése, a biztosítási díj Biztosító számlájára történő beérkezése.
- 5.4. A Biztosító kockázatviselésének kezdete a biztosítási Ajánlat aláírását követő hónap elseje. A biztosítás tartama a kockázatviselés kezdetétől a biztosítás lejáratáig terjedő, egész években meghatározott idő. A biztosítás lejáratja a biztosítás tartamának utolsó évében a kockázatviselés kezdeteként megjelölt hónap első napjának nulla órája.
- 5.5. A biztosítási évforduló a biztosítási szerződés tartama alatt minden évben a kockázatviselés kezdeteként megjelölt hónap első napja. A biztosítási hónapforduló minden hónapban a hónap első napja.

6. A biztosítási szerződés megszűnése

- 6.1. A biztosítási szerződés megszűnik:
 - ▶ a biztosítási szerződésben meghatározott lejárat i időpontban,
 - ▶ felmondás miatt,
 - ▶ a Biztosított biztosítási tartamon belüli halála esetén,
 - ▶ a biztosítási díj nem fizetése esetén (6.2., 6.3.),
 - ▶ az életbiztosítás különös feltételeiben meghatározott egyéb esetekben.
- 6.2. Ha a Szerződő a biztosítás első díját az esedékességtől számított 30 napon belül nem egyenlíti ki, halasztást nem kapott, illetőleg a Biztosító díjkövetelését bírósági úton nem érvényesítette, a szerződés az esedékességtől számított 30. nap után megszűnik.
- 6.3. Ha a Szerződő a biztosítás folytatólagos díját az esedékességtől számított 60 napon belül nem egyenlíti ki, halasztást nem kapott, illetőleg a Biztosító díjkövetelését bírósági úton nem érvényesítette, és a díjfizetés elmaradásának időpontjában nincs visszavásárlási értéke, a szerződés az esedékességtől számított 60. nap után megszűnik.

7. A Biztosító kockázatviselésének korlátai

- 7.1. A Biztosító a biztosítási összeg nagyságától és a Biztosított korától függően kérheti egészségi nyilatkozat kitöltését.
- 7.2. A Biztosító az egészségi nyilatkozat tartalmától, illetőleg a biztosítási összeg nagyságától, valamint a Biztosított életkorától függően a szerződés létrejöttéhez orvosi vizsgálat elvégzését, és az orvosi vizsgálat eredményeinek a Biztosítóhoz történő beérkezését is kérheti. Amennyiben a biztosítási szerződés feltétele a leendő Ügyfél orvosi vizsgálata, akkor az Ügyfél az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.

- 7.3. Ha a biztosítás orvosi vizsgálat nélkül jön létre, a Biztosító a szerződés hatálybalépésének napjától számított hat havi várakozási időt köt ki. Ha a Biztosított e várakozási időn belül meghal, a Biztosító a befizetett díjakat visszatéríti és ezzel a biztosítás megszűnik.
- 7.4. A Biztosító azonban a biztosítási összeget fizeti ki, ha a Biztosított a várakozási időn belül bekövetkezett baleset következtében hal meg.
- 7.5. Orvosi vizsgálat esetén, amennyiben a Biztosító elfogadja az Ajánlatot, a biztosítást várakozási idő nélkülnek kell tekinteni.
- 7.6. A Biztosító orvosi vizsgálat nélkül is eltekinthet a várakozási időtől, de ezért pótdíjat számolhat fel.

8. A biztosítási tartam

- 8.1. A biztosítás egész évekre 5-50 éves tartamra köthető.

9. Közlési kötelezettség

- 9.1. A Szerződő és a Biztosított köteles a szerződés megkötésekor a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a Biztosítóval írásban közölni, amelyeket ismer, vagy ismernie kell.
- 9.2. Ha a Biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá ha a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását közlik, 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetve ha a kockázatot a feltételek értelmében nem vállalhatja, a szerződést 30 napra írásban felmondja.
- 9.3. A közlésre, illetve a változás bejelentésére irányuló kötelezettség a Szerződő felet és a Biztosítottat egyaránt terheli.
- 9.4. A Szerződő (Biztosított) köteles a szerződés tartama alatt a következő változásokat 8 munkanapon belül írásban bejelenteni:
 - ▶ lakcím (Szerződő, Biztosított),
 - ▶ személyi adatok (Szerződő, Biztosított),
 - ▶ foglalkozás (Biztosított),
 - ▶ rendszeresen űzött sporttevékenység (Biztosított).
- 9.5. A Biztosító a bejelentett, megváltozott körülmények hatására bekövetkező kockázatváltozás (csökkenés vagy növekedés) miatt a lecsökkent vagy megemelkedett kockázat fennállásának időszakára díjcsökkentést vagy díjemelést javasolhat. Miután a Biztosító értesül a Biztosított megváltozott körülményeiről, 15 napon belül írásban tájékoztatja a Szerződőt a megváltozott díjról. Amennyiben a Szerződő a módosítási javaslatot nem fogadja el vagy az értesítésre 15 napon belül nem válaszol, a szerződés kockázatnövekedés esetén a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, feltéve, hogy erre a jogkövetkezményre a Biztosító a javaslat közlésével egyidejűleg felhívta a figyelmet.
- 9.6. A közlésre, illetve a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy:

- ▶ a Biztosító az elhallgatott körülményt ismerte,
- ▶ a közlés elmaradása sem a Szerződőnek, sem a Biztosítottnak nem róható fel,
- ▶ a Biztosított időközben elhunyt, és az elhallgatott vagy nem a valóságnak megfelelően közölt körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében,
- ▶ a biztosítási szerződés megkötése óta 5 év már eltelt.

10. A Biztosító mentesülése

- 10.1. A Biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a Biztosított a Kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét. Ebben az esetben a Biztosító a visszavásárlási összeget az örökösöknek fizeti meg és a Kedvezményezett abból nem részesülhet.
- 10.2. Mentesül a Biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a Biztosított halálának oka a szerződéskötés napjától számított két éven belül elkövetett öngyilkossága. Ebben az esetben a Biztosító a haláleset időpontjában meglévő díjtartalékot fizeti ki a Kedvezményezettnek.
- 10.3. Mentesül a Biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a Biztosított halála a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, vagy azzal összefüggésben következett be. Ebben az esetben a Biztosító a haláleset időpontjában meglévő díjtartalékot fizeti ki a Kedvezményezettnek.

11. Kizárások

- 11.1. A Biztosító az alábbiakkal kapcsolatosan bekövetkező biztosítási eseményeket kizárja kockázatviselési köréből:
 - ▶ háborús, polgárháborús események, felkelés, zavargás, lázadás,
 - ▶ radioaktív vagy ionizáló sugárzás (kivéve a terápiás célú orvosi kezelést),
 - ▶ nukleáris energia folytán bekövetkezett balesetek,
 - ▶ terrorcselekmények,
 - ▶ az elme- és tudatzavarban bekövetkezett balesetek, ha azok a Biztosított alkohol, kábítószer, vagy gyógyszerek miatti lényeges korlátozottsága miatt következtek be.
- 11.2. A Biztosító nem fizeti ki a haláleseti összeget, amennyiben bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt a Biztosított jogellenes, súlyosan gondatlan magatartása okozta. Jogellenes, súlyosan gondatlan magatartás alatt a következőket kell érteni:
 - ▶ súlyosan ittas (0,8 ezrelék véralkoholszint vagy a felett), vagy
 - ▶ kábítószer alkalmazásának hatása alatti állapotával közvetlen összefüggésben bekövetkező biztosítási esemény,
 - ▶ jogosítvány nélküli járművezetés közben bekövetkező biztosítási esemény.
- 11.3. Amennyiben a fentiek valamelyike teljesül, a biztosítási összeg helyett a visszavásárlási összeg kerül kifizetésre.

12. Biztosítási díj

- 12.1. A biztosítás folyamatos díjfizetésű.
- 12.2. A folyamatos díjfizetésű biztosításokra a Biztosító havi díjfizetési részleteket állapít meg. A biztosítás éves díja a havi díjfizetési részletek összege.
- 12.3. A Biztosító a havi díjfizetési ütem mellett a biztosítási díj éves, féléves, illetve negyedéves részletekben történő kiegyenlítésére is lehetőséget ad. Ezekben az esetekben a Biztosító az éves díjból engedményt adhat.
- 12.4. Az első éves díj első részlete a szerződés létrejöttékor, minden későbbi díj pedig annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.
- 12.5. A biztosítási díj kiszámítása a Biztosító díjszabása alapján történik, melynél a Biztosító figyelembe veszi a Biztosított életkorát, nemét, egészségi állapotát, kórelőzményét, foglalkozását, a rendszeresen végzett sporttevékenységet, a biztosítás időtartamát, az elérési biztosítási összeget és a díjfizetés gyakoriságát. A Biztosító a Biztosított életkorát úgy állapítja meg, hogy a biztosítás kezdetének évszámából levonja a Biztosított születésének évszámát. Életkor helytelen bevallása esetén a Biztosított valódi korának megfelelő biztosítási összeg kerül kifizetésre a ténylegesen befizetett díj figyelembevételével.
- 12.6. A minimális folyamatos díj tartamfüggő és nagyságát e feltételek aktuális 1. számú melléklete tartalmazza.

13. Rendkívüli díj

- 13.1. A Szerződőnek lehetősége van a szolgáltatás növelése érdekében rendkívüli díj befizetésére is.
- 13.2. A rendkívüli díjas számla aktuális összege legkésőbb a szolgáltatással egyidejűleg kerül kifizetésre.
- 13.3. Ha a Szerződő a rendszeres díjfizetési kötelezettségét nem teljesítette, akkor a Biztosító a rendkívüli díjas számla aktuális összegéből a folyamatos díjas tartozását kiegyenlíti a díjmaradás időpontjától számított 60. nap után és a fennmaradó összeget tartja a rendkívüli díjas számlán.
- 13.4. A Biztosító a rendkívüli díjas számla aktuális összegéből akkor is levonja a folyamatos díjakat a rendkívüli díjas számla összegének erejéig, ha a rendkívüli díjas számla aktuális összege nem nyújt teljes fedezetet a folyamatos díjra. A rendkívüli díjas számla aktuális összege bármikor teljesen vagy részlegesen visszavásárolható. A Biztosító a rendkívüli díjas számla aktuális összegének teljes vagy részleges visszavásárlásakor költséget számít fel, melynek mértékét e feltétel aktuális 1. számú melléklete tartalmazza.
- 13.5. Garantált nettó hozam: a Biztosító az évesített nettó hozamot megadott időtartamra (minimum egy, maximum 3 naptári hónapra) előre állapítja meg és arra garanciát vállal. Egy hozam-megállapítási időszakra az évesített hozamot a Biztosító legkésőbb az előző hozam-megállapítási időszak utolsó munkanapján állapítja meg és egyidejűleg az időszak hosszának megjelölésével közzéteszi a postahelyeken. A meghirdetett garantált nettó hozam teljes egészében jóváírásra kerül a rendkívüli díjas számlán.

- 13.6. Költségek: a visszajuttatott hozamból a Biztosító éves szinten maximum 1,2 százalékpontot levon a szerződéssel kapcsolatos költségeinek fedezetére, amelyet figyelembe vesz a garantált nettó hozam meghirdetésekor.
- 13.7. A visszajuttatott hozam: az a bruttó hozam, amelyből a Biztosító maximum 1,2 százalékpont költséget még nem vonta le.
- 13.8. A hozam jóváírása: a befektetés kezdeti napja a rendkívüli díj Biztosító számlájára történő beérkezését követő hatodik nap. A befektetés utolsó napja az alapbiztosítás megszűnésének, vagy a rendkívüli díj visszavásárlásának illetve részvisszavásárlásának időpontját megelőző nap. A Biztosító a garantált hozamok jóváírását időarányosan havonta a hónap végén végzi. Tört időszak esetén a hozam jóváírása a napi kamatszámítás szabályai szerint történik. Hozamjóváírásra első alkalommal a befektetés kezdetekor érvényes garantált hozammal az adott naptári hónap végén kerül sor.
- 13.9. A hozam számításának alapja: egy adott időszakra vonatkozó hozam számításának alapja az időszak kezdetekor a rendkívüli díjas számla aktuális összege.
- 13.10. A hozam kiszámítása: a Biztosító a hozamot az adott hozam-megállapítási időszakra garantált évesített hozam alapján, teljes időszak (hónap) esetén havi, tört időszak (nap) esetén napi kamatozással számítja.
- 13.11. A havi nettó hozam számítás módja: az adott időszakra vonatkozó hozamszámítás alapja az időszak kezdetekor a rendkívüli díjas számla aktuális összege. A Biztosító egy adott időszakra, előre meghirdet egy j éves (nettó) hozamlábat, amelyből az adott időszakra kiszámolja a

$$j_h = (1 + j)^{\frac{1}{12}} - 1$$

havi hozamot* , amelyet a Biztosító teljes egészében visszajuttat a Biztosítottaknak.

- 13.12. A napi nettó hozam számítás módja: ha a szerződés a h naptári hónap t -edik napján megszűnik, akkor a h hónapra járó törthavi hozam:

$$j_{h, \text{törthavi}} = j_h \cdot \frac{t-1}{n}$$

ahol n a h naptári hónap napjainak száma.

- 13.13. A rendkívüli díjas számla aktuális összege a naptári hónap végén: a Biztosító a szerződés tartama alatt minden egyes naptári hónap utolsó napján, az adott időszakra a rendkívüli díjas számla előző hónap végi aktuális összegét a garantált hozammal tőkésíti. Az így meghatározott összeg a rendkívüli díjas számla aktuális összege.
- 13.14. A rendkívüli díjas számla aktuális összege naptári hónapon belül: a rendkívüli díjas számla előző hónap végi aktuális összege növelve az aktuális naptári hónap alatt a hozamszámítás szerint képződött napi kamatokkal.

13.15. Többlethozam: a Biztosító minden naptári év során befekteti a rendkívüli díjakból képzett díjtartalékot. A Biztosító minden naptári év végén kiszámolja, hogy a rendkívüli díjak díjtartalékán ténylegesen elért hozam, illetve a rendkívüli díjas ügyfélszámlákra az év során visszajuttatott hozamok milyen viszonyban vannak egymással. Amennyiben a visszajuttatott hozamok nem érnék el a tényleges hozam 85%-át, a visszajuttatott hozam és a ténylegesen elért hozam 85%-a közötti különbséget a Biztosító a többlethozam felosztásának időpontjában érvényben lévő szerződések között, azok rendkívüli díjas számláinak arányában felosztja. A többlethozam felosztását a Biztosító az adott naptári év végét követő 6 hónapon belül végzi el. A többlethozamot a felosztás időpontjáig a Biztosító az aktuális garantált hozammal kamatoztatja.

14. Reaktiválás

- 14.1. Ha a Szerződő a biztosítás megszűnésének, vagy a díjmentes leszállításának napjától számított 6 hónapon belül a teljes díjhátralékot az időarányos késedelmi kamattal együtt megfizeti, a kockázatviselés a teljes összeg megfizetését követő nap 0 órájától újra kezdődhet.
- 14.2. A reaktiválás feltétele, hogy biztosítási esemény ez alatt az idő alatt nem következett be, és a díjfizetés elmaradásának időtartama alatt nem történt kockázatnövelő esemény. Amennyiben jelentős kockázatnövelő esemény következett be, a Biztosító új egészségi nyilatkozat kitöltését, vagy orvosi vizsgálat elvégzését kérheti. A Biztosítónak lehetősége van új kockázat-elbírálás alkalmazására. Amennyiben szükség van új orvosi vizsgálat elvégzésére, annak költségei a Szerződőt terhelik. A Biztosító a reaktiválási kérelmet indoklás nélkül elutasíthatja.
- 14.3. Egy biztosítási szerződés reaktiválását legfeljebb kétszer lehet igénybe venni a biztosítási tartam alatt.

15. Az életbiztosítási díjtartalék

- 15.1. A Biztosító a biztosítási díjak egy részéből a biztosításmatematika elvei alapján díjtartalékot (matematikai tartalék) képez. A díjtartalékot szerződésenként tartja nyilván, és ez képezi a szerződés visszavásárlásának, díjmentes leszállításának és a befektetések többlethozamából való részesedésnek a számítási alapját.

16. A Szerződő felmondási joga, visszavásárlás, díjmentes leszállítás

- 16.1. Az életbiztosítási szerződés megkötését követően a Biztosító a szerződés létrejöttétől számított 30 napon belül tájékoztatja a Szerződőt a biztosítási szerződés létrejöttéről.
- 16.2. A Biztosító a biztosítási szerződés létrejöttéről szóló tájékoztatójában köteles a szerződést önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személy Szerződőt tájékoztatni, hogy az életbiztosítási tájékoztató kézhezvételétől számított 30 napon belül írásbeli nyilatkozattal, indoklás nélkül azonnali hatállyal felmondhatja a szerződést.

- 16.3. 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. A szerződés 30 napon belüli felmondása esetén a Biztosító a Szerződő által befizetett első díjból a szerződés létrejöttével kapcsolatosan felmerült adminisztrációs költségeire visszatarthatja a díj egy részét. A szerződés 30 napon belüli felmondása esetén a Biztosító a Szerződő által befizetett folyamatos díjból az éves díj huszonnegyedét, maximum azonban 3 000 forintot a szerződés létrejöttével kapcsolatosan felmerült adminisztrációs költségeire visszatarthatja. Amennyiben a szerződés létrejöttéhez orvosi vizsgálatra is szükség volt, a Biztosító ennek költségét is visszatarthatja, illetve a Szerződővel az orvosi vizsgálat díját megfizetheti.
- 16.4. A Szerződő érvényesen nem mondhat le az öt megillető 30 napos felmondási jogról.
- 16.5. A Szerződőt a 30 napos felmondási jog nem illeti meg, amennyiben a megkötött életbiztosítási szerződés tartama a 6 hónapot nem haladja meg, illetve hitelfedezeti életbiztosítás esetén.
- 16.6. A Szerződőnek a visszavásárlási igényét írásban kell a Biztosító számára eljuttatni.
- 16.7. A visszavásárlási igény bejelentése esetén a Biztosító kockázatviselése a kérelem bejelentésének a Biztosító tudomására jutását követő nap 0 órájától megszűnik.
- 16.8. A visszavásárlási értékkel rendelkező biztosítási szerződések esetében a szerződés felmondásakor a Biztosító visszavásárlási összeget fizet. A visszavásárlási összeg számításának módja az életbiztosítás különös feltételeiben kerül meghatározásra. Az életbiztosítás különös feltételeinek részét képezik a visszavásárlási táblák.
- 16.9. A Szerződő visszavásárlási joga a tartam egytizedének eltelte után, de legkorábban a kockázatviselés kezdetétől számított 2 díjjal fedezett év eltelte után nyílik meg, amennyiben az addig esedékes díjakat a Biztosítónak megfizette. A szerződés kezdetétől számított két éven túl bejelentett visszavásárlás esetén a visszavásárlási összegből a Biztosító levonja az esetleges díjhátralékot, beleértve a hozzájuk tartozó kamatterheket is.
- 16.10. A díjmentes leszállításra a díj nem fizetése esetén a tartam egytizedének eltelte után, de legkorábban a kockázatviselés kezdetétől számított 2 díjjal fedezett év eltelte után a Szerződő írásos kérelmére van mód. A díjmentes leszállítás a biztosítási összeg csökkentését jelenti olyan összegre, amelynek jövőbeli teljesítésére a biztosítás, díjmentesítés hatálya időpontjában érvényes visszavásárlási értéke fedezetet nyújt.
- 16.11. Amennyiben a szerződés díjmentessé válik, a szerződésben meghatározott kiegészítő biztosítások a díjmentesség kezdetétől megszűnnek.
- 16.12. A díjmentesen leszállított biztosításra is vonatkoznak a befektetések többlethozamából történő részesedés szabályai.
- 16.13. A díjmentesen leszállított szerződés visszavásárolható, visszavásárlási értéke megegyezik a biztosítás díjtartalékával.

17. Többlethozam-visszatérítés

- 17.1. Az egyes szerződések folyamatos díjából képzett díjtartalékának befektetéséből származó hozam technikai kamatlábat meghaladó részének az életbiztosítás különös feltételeiben meghatározott százalékát a Biztosító visszajuttatja a Szerződőnek. A visszajuttatás módját az életbiztosítás különös feltételei tartalmazzák.

18. A biztosítási esemény bejelentése

- 18.1. A biztosítási eseményt – annak bekövetkeztétől számított – 8 munkanapon belül kell írásban a Biztosítónak bejelenteni.
- 18.2. A bejelentési határidő elmulasztása esetén a Biztosító annyiban tagadhatja meg a biztosítási szolgáltatás kifizetését, amennyiben a késedelem miatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.

19. A biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez szükséges iratok

- 19.1. A Biztosított halála esetén a Biztosító a következő okmányok Biztosítóhoz történő benyújtását kéri:
- ▶ biztosítási kötvény (eredeti ügyfélpéldány),
 - ▶ kárbejelentő,
 - ▶ halotti anyakönyvi kivonat, boncolási jegyzőkönyv,
 - ▶ az elhunytat utolsóként kezelő orvostól származó részletes orvosi bizonyítvány, vagy – ha ilyen kezelésre nem került sor – más olyan orvosi, vagy hatósági bizonyítvány, mely tartalmazza a halál okát, valamint a Biztosított halálát okozó betegség kezdetének időpontját és lefolyását, illetőleg a halál körülményeit,
 - ▶ külföldön bekövetkezett halál esetén a külföldi hatóság által kiállított hiteles irat hitelesített magyar fordítása,
 - ▶ halottvizsgálati bizonyítvány,
 - ▶ háziorvosi igazolás, mely tartalmazza a halált okozó betegségek diagnosztizálásának pontos időpontját,
 - ▶ a Haláleseti Kedvezményezett jogosultságának igazolására alkalmas iratok, amennyiben nem jelöltek Haláleseti Kedvezményezettet, vagy érvénytelen a Haláleseti Kedvezményezett jelölése:
 - jogerős hagyatékátadó végzés / öröklési bizonyítvány,
 - jogerős gyámhatósági határozat,
 - ▶ a Haláleseti Kedvezményezett személyazonosságának igazolására alkalmas iratok:
 - személyazonosító igazolványának másolata (az érvényességet tartalmazó rész is) és lakcímkártya
 - Haláleseti Kedvezményezett sajátkezű aláírással ellátott nyilatkozata a kifizetésre vonatkozóan,
 - ▶ díjfizetést igazoló bizonylat kétség esetén,
 - ▶ továbbá minden olyan dokumentum, mely a biztosítási esemény tisztázásához elengedhetetlenül szükséges.

- 19.2. A Biztosító szolgáltatásának feltétele lehet, hogy a Kedvezményezett, amennyiben a mindenkor hatályos jogszabályok lehetővé teszik:
- ▶ mentse fel az érintett orvosokat, az egészségügyi intézményeket és hatóságokat titoktartási kötelezettségük alól a Biztosítóval szemben, annak érdekében, hogy a Biztosító a biztosítási eseménnyel összefüggő információkat az orvosoktól, egészségügyi intézményektől, hatóságoktól – akik, illetve amelyek a Biztosítottat kezelték, vizsgálták – a kért felvilágosításokat, orvosi jelentéseket és dokumentumokat beszerezze,
 - ▶ illetve járuljon hozzá, hogy a Biztosított tisztázatlan halála esetén a holttestet a Biztosító megvizsgálta, szükség szerint a boncolását és exhumálását elvégeztesse.
- 19.3. A Biztosító az elérési szolgáltatás kifizetéséhez a következő iratok bemutatását kéri:
- ▶ biztosítási kötvény (eredeti ügyfélpéldány),
 - ▶ az elérési kedvezményezett személyazonosságának igazolására alkalmas iratok:
 - személyazonosító igazolványának másolata (az érvényességet tartalmazó rész is) és
 - lakcímkártya
 - ▶ a díjfizetést igazoló bizonylat kétség esetén,
 - ▶ továbbá minden olyan egyéb dokumentum, amely a szolgáltatás kifizetéséhez elengedhetetlenül szükséges.
- 19.4. A Biztosító a szerződés visszavásárlása esetén a következő iratok Biztosítóhoz történő benyújtását kéri:
- ▶ biztosítási kötvény (eredeti ügyfélpéldány),
 - ▶ a Szerződő személyazonosságának igazolására alkalmas iratok:
 - személyazonosító igazolványának másolata (az érvényességet tartalmazó rész is) és
 - lakcímkártya
 - ▶ a díjfizetést igazoló bizonylat kétség esetén,
- írással visszavásárlási kérelem, amennyiben a Szerződő és a Biztosított személye eltér, mindkét félnek alá kell írni a kérelmet.

20. A szolgáltatás kifizetése

- 20.1. A Biztosító teljesítése valamennyi, a szolgáltatás kifizetéséhez szükséges okmány-nak a Biztosítóhoz való beérkezése után legkésőbb 15 napon belül történik.
- 20.2. Késedelmes kifizetés esetén az esedékes biztosítási összeg után a Biztosító a törvényben előírt késedelmi kamatot fizeti.
- 20.3. A szolgáltatás kifizetésének módja (banki átutalás, postahelyi kifizetés, lakáscímre történő utalás) szerint a Biztosító e feltétel aktuális 1. számú mellékletében felsorolt költségeket vonja le a szolgáltatás értékéből.

21. A biztosítás elévülése

21.1. A biztosításból eredő igények az esedékességtől számított két év alatt elévülnek.

22. Személyes adatok kezelése és titoktartás (2003. évi LX. törvény alapján)

A személyes adatok kezelésére és titoktartásra vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvényben foglaltak szerint, a jogszabály szövegének módosítása nélkül, annak számozásának megtartása mellett:

153. § Biztosítási titok minden olyan - államtitoknak nem minősülő -, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

154. § Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a biztosító a 155. § (1) bekezdésében meghatározott célokból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

155. § (1) A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó ügyfeleinek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet.

(2) Az (1) bekezdésben meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést a biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

(3) A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül - ha törvény másként nem rendelkezik - titoktartási kötelezettség terheli a biztosító, a független biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

156. § Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

a) a biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,

b) e törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

157. § (1) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn

a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,

b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel,

- c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel,
- e) a (2) bekezdésben foglalt esetekben az adóhatósággal,
- f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g) a biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselőjével, ezek érdek-képviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítói, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal,
- j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) az e törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervvel,
- m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, továbbá ezek egymásközi átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát illetve Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, illetve a károkozóval, amennyiben az önrendelkezési jogával élve a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adataihoz kíván hozzáférni,
- o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
- p) fióktelep esetében - ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal - a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel, szaktanácsadóval,
- q) a feladatkörében eljáró országgyűlési biztossal,
- r) a kártörténetre vonatkozó adatra és a bonus-malus besorolásra nézve a 109/A. § (2) bekezdésében szabályozott esetekben a biztosítóval,
- s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásá-

nak részletes szabályairól szóló rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval szemben, ha az a)-j), n), r) és s) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a k), l), m), p) és 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.

(2) Az (1) bekezdés e) pontja alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosító törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.

(3) A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó az (1) és (5) bekezdésekben, a 156. §-ban, a 158. §-ban és a 159. §-ban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja.

(4) A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a (1) bekezdésben meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.

(5) A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóság, a nemzetbiztonsági szolgálat és az ügyészség írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti

- a) kábítószerrel visszaéléssel,
- b) terrorcselekménnyel,
- c) robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel,
- d) lőfegyverrel vagy lőszerszerrel visszaéléssel,
- e) pénzmosással,
- f) bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel

van összefüggésben.

(6) A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóságot a „halaszthatatlan intézkedés” jelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyészi jóváhagyást nélkülöző megkeresésére is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott üggyel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról.

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

157/A. § A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a magyar bűnüldöző szerv, illetőleg az Országos Rendőr-főkapitányság - a pénzmosás megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2003. évi XV. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva, vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv,

illetőleg külföldi Pénzügyi Információs Egység írásbeli megkeresése teljesítése céljából - írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól, amennyiben a megkeresés tartalmazza a külföldi adatkérő által aláírt titoktartási záradékot.

158. § (1) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben, ha a biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, és a harmadik országbeli adatkezelőnél a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adata nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli adatkezelő székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal.

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

159. § (1) 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) e törvény Nyolcadik részének III. és III/A. fejezetében, a Tpt. XIX/B. fejezetében, valamint a Hpt. XIV/A. fejezetében foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

(2) Az (1) bekezdésben meghatározott adatok átadását a biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

160. § (1) Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, a 154. § alá eső adatok vagy az adatvédelmi törvény szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén 20 év elteltével törölni kell.

(2) A biztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a 157. § (1) bekezdés b), f) és j) pontjai, illetve a 157. § (5) bekezdése alapján végzett adattovábbításokról.

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

161. § (1) A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelheti, ameddig a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

(2) A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos szemé-

lyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

(3) E törvény alkalmazásában az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.

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

23. Egyéb rendelkezések

23.1. A szerződő felek a biztosítási szerződésből eredő jogviták eldöntésére a pertárgy értékétől függően alávetik magukat a II-III. Kerületi Bíróság kizárólagos illetékességének.

A PostaNyugdíj Program Stabil (2 3023) folyamatos díjas díjvisszatérítéses elérési életbiztosítás különös feltételei

1. Általános rendelkezések

- 1.1. A Magyar Posta Életbiztosító Zrt. (továbbiakban: Biztosító) által kiadott Általános életbiztosítási feltételek e szerződés részét képezik. Az itt nem szabályozott kérdésekre az Általános életbiztosítási feltételek és a hatályos magyar jogszabályok vonatkoznak.
- 1.2. A Szerződő és a Biztosító, vagy megbízottja által kitöltött és aláírt Ajánlat tekinthető a biztosítási szerződésről kiállított kötvénynek is, amennyiben a szerződés az Általános életbiztosítási feltételek 1.4. pontja szerint hallgatólagosan jön létre.

2. A biztosítási szerződéshez kapcsolódó fogalmak

- 2.1. Alapbiztosítás: az a biztosítási szerződés, amelyhez a kiegészítő biztosítások köthetők.
- 2.2. Baleseti eredetű halál: balesetnek az életbiztosítás tartama alatt a Biztosított akaratától független, hirtelen fellépő külső hatást tekintjük, melynek következtében a Biztosított testi sérülést szenved. Ha a baleset következtében a Biztosított olyan testi sérülést szenved, amelyből kifolyólag a baleset napjától számított egy éven belül meghal, azt baleseti eredetű halálnak tekintjük.
- 2.3. Belépési kor: a Biztosított személy életkora a biztosítási szerződés kezdetén, a biztosítás technikai kezdetének évszáma és a Biztosított születési évének különbsége.
- 2.4. Biztosítási év: az az időszak, amely minden évben a biztosítási évforduló napján kezdődik és ettől számított egy évig tart.
- 2.5. Biztosítási évforduló: minden naptári évben a biztosítás technikai kezdetének megfelelő naptári nap.
- 2.6. Biztosítás technikai kezdete: a biztosítási ajánlaton, illetve a kötvényen megjelölt időpont, mindig az Ajánlat keltét követő hónap első napja.
- 2.7. Biztosított aktuális kora: a biztosítás tartama alatt a Biztosított kora minden biztosítási évfordulón eggyel nő.
- 2.8. Rendkívüli díj: a Szerződő által a folyamatos díjon felül befizetett nem folyamatos díj.
- 2.9. Folyamatos díj: a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő biztosítási díjrészlet.
- 2.10. Kiegészítő biztosítások: az alapbiztosítás mellé a Szerződő további kiegészítő biztosításokat választhat.
- 2.11. Kiegészítő biztosítások díja: külön díjrész, melyet a Szerződő az alapbiztosítási díjat meghaladóan fizet meg.
- 2.12. Költségek és díjak: a Biztosító költségeit és díjait külön, e feltétel aktuális 1. számú melléklete szabályozza. E feltétel aktuális 1. számú mellékletének tartalma a biztosítás időtartama alatt mindig június 1-jén változhat. A költségek változásáról a Biztosító a Szerződőt a hatálybalépés előtt legalább 60 nappal írásban tájékoztatja.

- 2.13. A költségek változtatásának mértéke: a költségeket a Biztosító az infláció mértékének függvényében minden június 1-jén növelheti. A költségek növeléséhez használt index, a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan köz-zétett, előző naptári évre vonatkozó, tárgyév január 31-én érvényes fogyasztói árindex alapján kerül meghatározásra, annak maximum 120%-ában. Amennyiben a megelőző évben, vagy években nem került sor a költségek növelésére, a Biztosítónak jogában áll az előző év, évek kumulált inflációjának függvényében a költségeket növelni.
- 2.14. Reaktiválás: a díjfizetés elmulasztása miatt a biztosítási tartam alatt megszünt szerződés eredeti tartalommal történő hatályba léptetése.
- 2.15. Kizárások balesetbiztosítás esetén Nem minősülnek balesetnek, ezért a baleseti eredetű haláleseti biztosítás összeg nem kerül kifizetésre a balesettel közvetlen összefüggésbe nem hozható:
- ▶ baketriális vagy vírusfertőzések,
 - ▶ foglalkozási betegség (ártalom),
 - ▶ megfagyás, napszúrás, hőséguta,
 - ▶ a Biztosított fegyveres szolgálata során, a fegyverviseléssel, fegyverhasználatl és ezekkel összefüggésben álló események esetén.

3. Az alapbiztosítás biztosítási eseményei

- 3.1. Biztosítási eseménynek minősül:
- ▶ a Biztosítottnak a kockázatviselés ideje alatt bekövetkező halála, vagy
 - ▶ a Biztosított életben léte a biztosítási tartam végén, feltéve, hogy a Szerződő nem kéri a szerződésének meghosszabbítását,
 - ▶ a Biztosítottnak a kockázatviselés ideje alatt bekövetkező baleseti eredetű halála.

4. Az alapbiztosítási szolgáltatás

A Biztosító az alábbiakban meghatározott szolgáltatásokat fizeti:

- 4.1. A Biztosítottnak a tartamon belüli halála esetén a Biztosító haláleseti szolgáltatása, hogy a Kedvezményezett részére kifizeti az alábbi összegek közül a nagyobbat:
- ▶ visszavásárlási értéket, vagy
 - ▶ az addig befizetett díjakat.
- 4.2. A szerződésben megjelölt időtartam leteltekor a Biztosított életben léte esetén a Biztosító egy összegben fizeti ki az elérési biztosítási összeget és a szerződés szerint járó többlethozamot.
- 4.3. A Biztosító elérési szolgáltatása kérhető járadék formájában is.
- 4.4. A Biztosított tartamon belüli baleseti eredetű halála esetén a Biztosító kifizeti a Haláleseti Kedvezményezett javára a haláleseti szolgáltatáson felül a baleseti eredetű halálra szóló biztosítási összeget (300 000 Ft) is.

5. Kiegészítő biztosítási eseményei

- 5.1. A Szerződő az alapbiztosítás mellé külön megállapodás és díj ellenében kiegészítő biztosításra is szerződhet. A Biztosító négy kiegészítő biztosítási modult kínál, melyből a Szerződő választhat. Amennyiben a Szerződő nem választ kiegészítő biztosítási modult, a szerződés csak az alapbiztosítási szolgáltatásokra nyújt fedezetet.

6. A kiegészítő biztosítások szolgáltatásai

- 6.1. Ha a szerződésben kiegészítő biztosítási modulok is vannak, a Biztosító a kiegészítő biztosítások külön feltételeiben meghatározott szolgáltatásokat nyújtja.

7. A biztosítás tartama

- 7.1. A biztosítás 5–50 éves tartamra, egész évekre köthető.

8. A biztosítás meghosszabbíthatósága

- 8.1. A Szerződő a határozott időtartam lejárta előtt a biztosítási szerződést meghosszabbíthatja a feltételben foglalt korlátok figyelembevételével. A Biztosító a szerződés lejárta előtt legalább 60 nappal értesíti a Szerződőt a lejárat időpontjáról, és a Szerződő dönthet a szerződés tartamának meghosszabbításáról. A Szerződőnek írásban kell kezdeményeznie a szerződés meghosszabbítását. Amennyiben a Szerződő és a Biztosított személye eltér egymástól, a meghosszabbítást kérő nyilatkozatot a Biztosítottnak is alá kell írnia.

9. Járulékszolgáltatás választásának a lehetősége

- 9.1. Ha a Biztosított a szerződés lejáratkor életben van, a lejáratú Kedvezményezett kérheti az egyösszegű lejáratú szolgáltatás átalakítását járadékbiztosítássá. A Biztosító a kezdeti járadék mértékét a járadékbiztosítás létrejöttkor hatályos díjszabás szerint állapítja meg. A Biztosító a szerződés lejáratkor értesíti a Kedvezményezettet és a Kedvezményezett dönthet a szerződés lejáratú szolgáltatásának járadékbiztosítássá történő átalakításáról. A Kedvezményezettnek írásban kell kezdeményeznie a szerződés járadékbiztosítássá történő átalakítását.

10. A Biztosítottak életkora

- 10.1. A biztosítás megkötésekor a Biztosított 16-70 éves lehet. Lejáratkor a Biztosított életkora nem haladhatja meg a 75. életévet.
- 10.2. A baleseti halál biztosítási szolgáltatás a Biztosított 65. életévének betöltésekor biztosítási évfordulóra megszűnik.

11. A biztosítási összeg

- 11.1. Az elérési biztosítási összeget a szerződő fél választja meg a szerződés megkötésekor.
- 11.2. A garantált elérési biztosítási összeget a Biztosító úgy számítja ki, hogy a számításba beépíti az automatikus éves díjemelést, melynek mértéke az előző éves díj 3%-a.

- 11.3. Amennyiben a haláleset időpontjáig befizetett díj összege alacsonyabb, mint a szerződés haláleset időpontjában aktuális visszavásárlási értéke, akkor a Biztosító a visszavásárlási összeget fizeti ki.
- 11.4. A biztosítási díj csökkentése (12.2. pont) esetén a biztosítási összeg a biztosítási díj csökkenésétől eltérő mértékben csökken.

12. A biztosítási díj emelése és csökkentése

- 12.1. A biztosítási díj a biztosítási évfordulókra automatikusan évente az előző év díjának 3%-ával növekszik. A Biztosító az éves díjemelésről a Szerződőt külön nem tájékoztatja, a megemelt díjról küldi ki a díjelőírást.
- 12.2. A Szerződő a biztosítási tartam egytizedének, de legkorábban az első két díjjal fedezett évének eltelte után kérheti a biztosítási évfordulóra a biztosítási díj csökkentését vagy az automatikus növelés mértékét meghaladó emelését.
- 12.3. A Szerződő írásos kérelmének legkésőbb a biztosítási évforduló előtt 30 nappal be kell érkeznie a Biztosítóhoz. Amennyiben az írásos kérelem később érkezik be a Biztosítóhoz, a díjcsökkentési vagy díjnövelési kérelmet csak az azt követő évfordulóra tudja végrehajtani.
- 12.4. A díjcsökkentési kérelem esetén a Biztosító a mindenkor minimáldíjnál alacsonyabb összeg alá nem csökkenti a díjat.

13. Maradékjogok

- 13.1. A szerződés egytizedének, de legkorábban az első két díjjal fedezett évének letelte után az életbiztosítás rendelkezik az Általános életbiztosítási feltételekben leírt visszavásárlási és díjmentes leszállítási jogokkal. A visszavásárlási értékekről szóló tájékoztató táblázat az életbiztosítás Különös feltételei részét képezi.
- 13.2. Díjmentes leszállítás a haláleseti- és lejáratí szolgáltatás csökkentését jelenti olyan összegre, amelynek jövőbeli teljesítésére a biztosítás díjmentesítésének hatálya időpontjában érvényes visszavásárlási értéke fedezetet nyújt.

14. Többlethozam-visszatérítés

- 14.1. Az életbiztosítás rendelkezik az Általános életbiztosítási feltételekben leírt többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal. A biztosítás technikai kamatlába 2,25%. A többlethozam-visszatérítés a tartam során úgy történik, hogy a Biztosító minden biztosítási évfordulókra a folyamatos díjból képzett életbiztosítás díjtartalékán addig elért többlethozam 85%-át a biztosítási szerződés többlethozam-számláján helyezi el. A Biztosító a többlethozam-számlán elhelyezett összegre is garantálja a 2,25% befektetési hozamot, és az e feletti többlethozam 85%-át is a többlethozam-számlán helyezi el. A többlethozam-számlán elhelyezett összeg kifizetése a visszavásárlási, haláleseti, illetve elérti összeg kifizetésével egyszerre történik.

1. számú melléklet

Az adatok 2010. március 16-tól érvényesek

Díjak	
A tartam függvényében a minimális, folyamatos díj (havi díj kiegészítő biztosítás díja nélkül) az alábbiak szerint alakul:	
5-9 éves tartam esetén	12 000 Ft
10-14 éves tartam esetén	10 000 Ft
15-19 éves tartam esetén	8 000 Ft
20 éves tartam felett	5 500 Ft
Minimális rendkívüli díj	50 000 Ft
Részvisszavásárlás minimális összege	50 000 Ft

Rendkívüli díj	
Rész- és teljes visszavásárlás esetén kivonási költség	350 Ft/alkalom

Biztosítási szolgáltatásból levont költségek

Teljes visszavásárláskor, a rendkívüli díjak részvisszavásárlásakor, a haláleseti és lejáratú szolgáltatás kifizetések a szolgáltatás összegéből levonásra kerülő pénzügyi költségek	
Bankszámlára történő utalás esetén	0 Ft
Lakcímre (postahelyre) történő utalás esetén	100 000 Ft-ig 650 Ft 100 000 Ft felett 650 Ft + minden megkezdett 100 000 Ft után 500 Ft
Postai on-line rész- és teljes visszavásárláskor a készpénzfelvételi díj (postai tranzakciónként)	200 Ft + a tranzakció összegének 5 ezreléke (maximum 5 000 Ft)

2. számú melléklet

Visszavásárlási érték a matematikai tartalék %-ában

Eltelt, díjjal fedezett biztosítási évek																										
	Szerződés tartama (év)																									
	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27			
1	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%			
2	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%			
3	92,70%	92,00%	91,60%	91,30%	91,10%	91,00%	90,90%	90,80%	90,70%	90,60%	90,60%	90,50%	90,50%	90,50%	90,50%	90,40%	90,40%	90,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%			
4	95,30%	94,00%	93,20%	92,70%	92,30%	92,00%	91,80%	91,60%	91,50%	91,30%	91,20%	91,10%	91,00%	90,90%	90,80%	90,40%	90,40%	90,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%			
5	98,00%	96,00%	94,80%	94,00%	93,40%	93,00%	92,70%	92,40%	92,20%	92,00%	91,80%	91,70%	91,60%	91,50%	91,40%	91,30%	90,90%	90,80%	90,80%	90,80%	90,70%	90,70%	90,70%			
6		98,00%	96,40%	95,30%	94,60%	94,00%	93,60%	93,20%	92,90%	92,70%	92,50%	92,30%	92,10%	92,00%	91,90%	91,80%	91,30%	91,30%	91,30%	91,30%	91,10%	91,10%	91,10%			
7			98,00%	96,70%	95,70%	95,00%	94,40%	94,00%	93,60%	93,30%	93,10%	92,90%	92,70%	92,50%	92,40%	92,20%	91,80%	91,70%	91,60%	91,60%	91,50%	91,50%	91,50%			
8				98,00%	96,90%	96,00%	95,30%	94,80%	94,40%	94,00%	93,70%	93,40%	93,20%	93,00%	92,80%	92,70%	92,20%	92,20%	92,10%	92,10%	92,00%	92,00%	92,00%			
9					98,00%	96,20%	95,30%	94,80%	95,10%	94,70%	94,30%	94,00%	93,80%	93,50%	93,30%	93,10%	92,70%	92,50%	92,40%	92,30%	92,30%	92,20%	92,20%			
10						98,00%	96,40%	95,40%	95,80%	95,30%	94,90%	94,60%	94,30%	94,00%	93,80%	93,60%	93,10%	92,90%	92,80%	92,80%	92,70%	92,70%	92,70%			
11							98,00%	97,20%	96,50%	96,00%	95,50%	95,10%	94,80%	94,50%	94,20%	94,00%	93,60%	93,40%	93,30%	93,30%	93,20%	93,20%	93,20%			
12								98,00%	97,30%	96,70%	96,20%	95,70%	95,30%	95,00%	94,70%	94,40%	94,00%	93,80%	93,60%	93,60%	93,50%	93,50%	93,50%			
13									98,00%	97,30%	96,80%	96,30%	95,90%	95,60%	95,20%	94,90%	94,50%	94,20%	94,00%	93,80%	93,60%	93,60%	93,60%			
14										98,00%	97,40%	96,90%	96,40%	96,00%	95,60%	95,30%	94,90%	94,60%	94,40%	94,20%	94,00%	93,80%	93,80%			
15											98,00%	97,40%	96,90%	96,50%	96,10%	95,80%	95,40%	95,10%	94,80%	94,60%	94,40%	94,20%	94,00%			
16												98,00%	97,50%	97,00%	96,60%	96,20%	95,90%	95,50%	95,20%	94,90%	94,70%	94,50%	94,30%			
17													98,00%	97,50%	97,00%	96,60%	96,20%	95,90%	95,50%	95,20%	94,90%	94,70%	94,50%			
18														98,00%	97,50%	97,00%	96,60%	96,20%	95,90%	95,50%	95,20%	94,90%	94,70%			
19															98,00%	97,50%	97,00%	96,60%	96,20%	95,90%	95,50%	95,20%	94,90%			
20																98,00%	97,50%	97,00%	96,60%	96,20%	95,90%	95,50%	95,20%			
21																	98,00%	97,50%	97,00%	96,60%	96,20%	95,90%	95,50%			
22																		98,00%	97,50%	97,00%	96,60%	96,20%	95,90%			
23																			98,00%	97,50%	97,00%	96,60%	96,20%			
24																				98,00%	97,50%	97,00%	96,60%			
25																					98,00%	97,50%	97,00%			
26																						98,00%	97,50%			
27																							98,00%			
28																										
29																										
30																										
31																										
32																										
33																										
34																										
35																										
36																										
37																										
38																										
39																										
40																										
41																										
42																										
43																										
44																										
45																										
46																										
47																										
48																										
49																										
50																										

28

28

A PostaNyugdíj Program Stabil kiegészítő élet- és balesetbiztosítás feltételei

1. Általános rendelkezések

- 1.1. Külön megállapodás alapján és külön díj ellenében a PostaNyugdíj Program Stabil, életbiztosításhoz kiegészítő élet- és balesetbiztosítás köthető. Az itt nem szabályozott kérdésekben az alapbiztosítás vonatkozó rendelkezései az irányadóak.

2. A Biztosítottak kora

- 2.1. A kiegészítő biztosítási modulok szolgáltatásai a Biztosított 16-tól 64 éves koráig választhatók. A kiegészítő biztosítási szolgáltatás a Biztosított 65. életévének betöltésekor biztosítási évfordulóra megszűnik.

3. A biztosítás tartama

- 3.1. A kiegészítő biztosítás az alapbiztosításnak megfelelően (figyelembe véve a 2. 1. pontot), határozott időtartamra, teljes évekre köthető.

4. Biztosítási modulok

- 4.1. A Biztosító négy kiegészítő biztosítási modult kínál, melyek közül a Szerződő a biztosítási szerződés megkötésekor választhat. A biztosítás csak a Szerződő által választott biztosítási modulokra terjed ki. Amennyiben nem választ kiegészítő biztosítást, csak az alapbiztosítás marad érvényben.
- 4.2. Választható biztosítási modulok:
- ▶ Kockázati életbiztosítás
 - ▶ Baleseti eredetű rokkantság
 - ▶ Baleseti eredetű műtéti térítés
 - ▶ Díjtvállalás munkanélkülivé válás esetén
- 4.3. A választott kiegészítő biztosítási modul díját a Biztosító minden hónap első napján vonja le a PostaNyugdíj Program Stabil befizetett díjából.
- 4.4. Az egyes modulok választható minimális és maximális szolgáltatási összegeit és a hozzájuk tartozó díjat e kiegészítő feltétel aktuális 1. számú melléklete tartalmazza.
- 4.5. A kockázati életbiztosítás esetén a biztosítási összegek korfüggőek. Amennyiben a Biztosított a biztosítási évfordulóra e kiegészítő feltétel aktuális 1. számú mellékletében meghatározott táblázat szerint korcsoportot vált, a Biztosító a táblázat szerinti maximális biztosítási összeget a korcsoportnak megfelelő biztosítási összegre változtatja.

5. A kockázatviselés korlátozása

- 5.1. Amennyiben a baleseti esemény olyan testrészt érint, mely a szóban forgó baleseti eseményt megelőzően már baleset, ortopéd jellegű vagy egyéb természetű megbetegedés miatt károsodott, a Biztosító arra a testrésze nem teljesít kárkifizetést.

6. A kiegészítő biztosítási szerződés megszűnése

6.1. A kiegészítő biztosítási szerződés megszűnik:

- ▶ az alapbiztosítás megszűnése esetén,
- ▶ az alapbiztosítás feltételeiben meghatározott esetekben,
- ▶ ha a baleseti eredetű rokkantság esetén a biztosítási összeg 100%-át kifizette, akkor minden kiegészítő biztosítás megszűnik,
- ▶ azon a biztosítási évfordulón, amikor a Biztosított aktuális életkora eléri az 65-öt, valamint a Szerződő a kiegészítő biztosításokat egyben, vagy modulonként biztosítási évfordulóra, az évforduló előtt legalább 30 nappal felmondhatja.

7. Nem biztosítható személyek

- 7.1. Nem lehet Biztosított, akinek a részére az OOSZI (Országos Orvosszakértői Intézet), vagy az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet szakvéleménye alapján a társadalombiztosítási szervek rokkantsági vagy baleseti rokkantsági nyugdíjat, járadékot állapítottak meg. Továbbá nem lehet Biztosított az sem, aki szervátültetésen esett át, vagy krónikus vesedializált beteg.
- 7.2. Nem lehet Biztosított, aki az OOSZI, vagy az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet szakvéleménye alapján társadalombiztosítási szervhez munkaképesség-csökkenési kérelmet adott be.
- 7.3. Nem köthető kiegészítő baleset- és egészségbiztosítás olyan személyre, aki a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez nyújtott már be igénybejelentést rokkantsági nyugdíj, baleseti rokkantsági nyugdíj, rehabilitációs járadék, baleseti járadék, átmeneti járadék, rendszeres szociális segély, bányász dolgozó egészségkárosodási járadéka vagy rokkantsági járadék elbírálásához, vagy ilyen ellátásban részesül.
- 7.4. Nem köthető kiegészítő baleset- és egészségbiztosítás olyan személyre sem, akit az Országos Orvosszakértői Intézet, illetve az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet a kockázatviselés kezdetét megelőzően véleményezett, és a fenti intézeteknél új vagy régi véleményezettként tartanak nyilván.
- 7.5. Nem lehet Biztosított az a személy, aki testi fogyatékoságban vagy betegségben szenved, súlyos betegségen vagy műtéten esett át, és ennek a baleseti eseményekre kihatása lehet. Ezen betegségek, műtétek a következők:
- ▶ szív- és érrendszeri betegségek, a gerincoszlop és a gerincvelő sérülései, betegségei, a csípőízület betegségei, isiász, csontvelőgyulladás, cukorbetegség, nagyothallás, rosszindulatú daganatok, valamint az ideg- és elmebetegségek, illetve a felsorolt betegségek következményeként fellépő ájulás, szédülés,
 - ▶ erősen korlátozott látás (8 dioptriától).

8. Kizárások

- 8.1. A Biztosító a különösen veszélyes foglalkozást űzőket nem biztosítja (akrobaták, cirkuszi állatápolók, állatszeliidítők, hegyimentők, hegyivezetők, kaszkadőrök,

kommandósok, mélytengeri búvárok, pénzszállítók, pirotechnikusok, robbantómesterek, robbantómunkások, tűzszerészek, rendőrök, testőrök).

- 8.2. A Biztosító szolgáltatása nem terjed ki azokra az esetekre, ha a biztosítási események bekövetkezésére veszélyes sportok, különösen az autó-motor sport versenyek (tesztedzés, raliverseny), szikla- és hegymászás, barlangászat, mélytengeri búvárkodás, repülő sportok, snowboard, ejtőernyős ugrások, siklóernyőzés, vadvízi evezés (kivéve rafting) következtében kerül sor.

9. A Biztosító kockázatviselésének korlátai

- 9.1. A Biztosító a biztosítási összeg nagyságától, és a Biztosított korától függően a szerződés létrejöttéhez kérheti egészségi nyilatkozat kitöltését.
- 9.2. A Biztosító az egészségi nyilatkozat tartalmától, illetőleg a biztosítási összeg nagyságától, valamint a Biztosított életkorától függően a szerződés létrejöttéhez orvosi vizsgálat elvégzését, és az orvosi vizsgálat eredményeinek a Biztosítóhoz történő beérkezését is kérheti. Amennyiben a biztosítási szerződés feltétele a leendő Ügyfél orvosi vizsgálata, akkor az Ügyfél az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.
- 9.3. Ha a biztosítás orvosi vizsgálat nélkül jön létre, a Biztosító a szerződés hatálybalépésének napjától számított hat havi várakozási időt köt ki a kockázati életbiztosításra. A hathavi várakozási idő nem terjed ki a baleseti eredetű kockázatokra.
- 9.4. Orvosi vizsgálat esetén, amennyiben a Biztosító elfogadja az Ajánlatot, a biztosítást várakozási idő nélkülinek kell tekinteni.
- 9.5. A Biztosító az orvosi vizsgálat költségeit csak abban az esetben viseli, ha a biztosítás megkötéséhez az orvosi vizsgálat elvégzését előírja és az orvosi vizsgálat eredményei a Biztosítóhoz beérkeznek.
- 9.6. Az alapbiztosítás felmondása esetén a Biztosító az orvosi vizsgálat költségét a befizetett díjból levonhatja.

10. A szolgáltatásra jogosult személy

- 10.1. A kiegészítő biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási szolgáltatásra a Biztosított, illetve halála esetén a szerződésben megnevezett személy, vagy amennyiben a Kedvezményezettet a szerződésben nem jelölték meg, a Biztosított örököse jogosult.

11. A Biztosított kötelezettségei a biztosítási esemény bekövetkezése után

- 11.1. A betegség és baleset esetén mindent meg kell tenni a kár enyhítése érdekében, az akut történésre tekintettel haladéktalanul szakorvosi segítséget kell igénybe venni, és a szükséges teendők elvégzésében a gyógyító eljárás befejezéséig késedelem nélkül az ellátó intézménnyel együtt kell működni.
- 11.2. A betegség és balesettel foglalkozó hatóságokat fel kell hatalmazni arra, hogy a Biztosító számára a biztosítási eseménnyel kapcsolatos információkat megadja és a káresemény tisztázásában a Biztosítóval együttműködjön.

12. A baleset fogalma

- 12.1. Jelen kiegészítő biztosítási feltételek vonatkozásában baleseten a Biztosított akaratától független, hirtelen fellépő, külső behatás értendő.

13. A biztosítás értékének megőrzése

- 13.1. A Biztosító a kiegészítő biztosítási szolgáltatások reálértékének megőrzése érdekében minden évben felemeli a biztosítási összeget és a biztosítási díjat.
- 13.2. A díjemelés mértéke 3%.
- 13.3. A Biztosító a díjemelés mértéke alapján a Biztosított aktuális korának, nemének, foglalkozásának, tevékenységének és a tartamból még hátralevő időnek a figyelembevételével állapítja meg a biztosítási összeget.
- 13.4. Az életbiztosítások értékkövetésekor a Biztosított életkorának változása miatt a biztosítási összeg a díjnál kisebb arányban is nőhet.
- 13.5. A Biztosító automatikusan beépíti az éves értékkövetést, a Szerződőt erről évente tájékoztatja.
- 13.6. A biztosítási összeg és díj emelkedése a biztosítás megkötését követő első biztosítási évfordulón kezdődik és évente ismétlődik.
- 13.7. A kiegészítő biztosítások összege csak az értékkövetéssel növelten haladhatják meg az e kiegészítő feltétel aktuális 1. számú mellékletében meghatározott maximális biztosítási összegeket.

14. Kifizetési költségek

- 14.1. A költségek (2. számú melléklet) változtatásának mértéke: a költségeket a Biztosító az infláció mértékének függvényében minden június 1-jén növelheti. A költségek növeléséhez használt index, a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett, előző naptári évre vonatkozó, tárgyév január 31-én érvényes fogyasztói árindex alapján kerül meghatározásra, annak maximum 120%-ában. Amennyiben a megelőző évben, vagy években nem került sor a költségek növelésére, a Biztosítónak jogában áll az előző év, évek kumulált inflációjának függvényében a költségeket növelni.

Kockázati kiegészítő életbiztosítás különös feltételei

1. A biztosítási esemény

- 1.1. A Biztosított kockázatviselés időszaka alatt bekövetkező halála.

2. A Biztosító szolgáltatása

- ▶ Ha a Biztosított a biztosítás tartamán belül meghal, a Biztosító a választott biztosítási összegnek megfelelő biztosítási összeget fizeti ki és a kifizetéssel a biztosítás megszűnik.
- ▶ Amennyiben a Biztosított él a biztosítási tartam lejártakor, a kockázati életbiztosítás kifizetés nélkül megszűnik.

Baleseti eredetű rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás különös feltételei

1. A biztosítási esemény

- 1.1. A Baleseti eredetű rokkantság biztosítási eseménynek minősül, ha szakorvosi irattal bizonyítást nyer, hogy a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkező baleset eredményeképpen a Biztosított olyan igazolható, heveny módon bekövetkező anatómiai károsodást szenved, mellyel okozati összefüggésben a baleset napjától számított egy éven belül a Biztosító nyilvános rokkantsági táblázatban foglaltak szerint végleges egészségkárosodást szenved.

2. A Biztosító szolgáltatása

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkeztekor a következő szolgáltatást nyújtja:

- 2.1. Ha a baleset napjától számított egy éven belül a baleset következményeként, bizonyítható módon a Biztosított egészsége az említett eseménnyel összefüggésben véglegesen károsodott (rokkant), a Biztosító a rokkantsági táblázatában a rokkantsági mértéknek megfelelő szolgáltatást fizeti.
- 2.2. A Biztosító csak a 25%-os vagy azt meghaladó végleges rokkantság esetén nyújt szolgáltatást.
- 2.3. Az állandósult baleseti kár mértékének megállapításakor a MABISZ Baleseti Sebészeti Orvos Szakértői Útmutatóban foglalt alapelveket és mértékeket kell irányadónak tekinteni.
- 2.4. A rokkantság fokát az alábbi táblázat iránymutató jelleggel tartalmazza:

Testrészek egészségkárosodása	Térítés
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Egy szem látóképességének teljes elvesztése	40%
Egy kar vállizülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
Egy kar könyökizület alatt való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	60%
Hüvelykujj elvesztése	15%
Mutatóujjak elvesztése	10%
Bármely más kézujj elvesztése	5%
Egy comb csípőizületben történő elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
Egy comb részleges csonkolása vagy a térdizület teljes működésképtelensége	60%
Egyik lábszár részleges csonkolása	50%
Egy bokaizület elvesztése vagy teljes működésképtelensége	35%
Egy nagylábujj elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5%
Minden más lábujj elvesztése vagy teljes működésképtelensége	2%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
Agyzúzdás utáni állapot, súlyos maradványtünetekkel és folyamatos ápolási igényvel	100%

A nyaki, háti, ágyéki gerincvelő sérülése állandósult bénulással	70-100%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	30%
Szaglóérzék teljes elvesztése	10%
Az ízlelőképesség teljes elvesztése	5%

- 2.5. A táblázatban nem rögzített szervek vagy testrészek elvesztése, funkciócsökkenése esetén a Biztosító orvosszakértője állapítja meg, hogy a Biztosított normál testi teljesítőképessége milyen mértékben csökkent.
- 2.6. Az előzőekben megadott egészségkárosodási százalékos szolgáltatások összegződhetnek, a biztosítási szolgáltatás felső határa a biztosítási összeg.
- 2.7. Ha a baleset következtében a Biztosított 1 éven belül meghal, a rokkantsági szolgáltatás nem igényelhető, a már kifizetett rokkantsági kártérítés a haláleseti összegből levonásra kerül.
- 2.8. A baleset utáni első évben a rokkantsági kifizetésre csak akkor kerülhet sor, ha a baleset következményei orvosi szempontból egyértelműen tisztázottak. Ha a Biztosító fizetési kötelezettsége egyértelműen megállapítást nyert, de a várható károsodási fok nem állapítható meg pontosan, a Biztosított előlegként kérheti az abban az időpontban előrelátható károsodási fok szerinti összeg 20 százalékának kifizetését. Az előlegként kifizetett összeg nem haladhatja meg a baleseti halál biztosítási összegét.
- 2.9. Amennyiben a tartós rokkantság foka nem tisztázott egyértelműen, mind a Biztosítottnak, mind a Biztosítónak joga van a baleset napjától számított 2 évig, évenként a rokkantság fokának újbóli megállapítását kérni. Ha az új felülvizsgálat magasabb rokkantsági fokot állapít meg, a Biztosító ennek megfelelően térít.
- 2.10. Maximális térítés a tartam alatt a baleseti eredetű rokkantsági összeg 100%-a.

3. A szolgáltatási igény bejelentése

- 3.1. A szolgáltatási igény benyújtásához az alapbiztosítás feltételeiben szabályozott iratokon túl az alábbi iratokat kell csatolni:
- ▶ a baleseti rokkantság mértékét megállapító orvosszakértői szakvélemény,
 - ▶ a kórházi kezelés leírása,
 - ▶ orvosszakértői szakvélemény,
 - ▶ a baleset kapcsán készült rendőrségi vagy hatósági jegyzőkönyv másolata,
 - ▶ a Biztosított kórházi ellátását igazoló kórházi dokumentáció,
 - ▶ a kórházi zárójelentés és
 - ▶ az esetleg rendelkezésre álló egyéb orvosi dokumentumok.
- 3.2. A szolgáltatási igény elbírálása során a Biztosító kérheti további orvosi vizsgálat elvégzését. A vizsgálatok lefolytatásának kezdeményezésére és azok elvégzésére a Biztosító által megbízott orvos jogosult.

Baleseti eredetű műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás különös feltételei

1. A biztosítási szerződés legfontosabb fogalmai

- 1.1. Műtétnek számít a gyógyító, helyreállító vagy megelőző célú orvosi beavatkozás, amely a testszövetek összefüggését manuálisan, orvosi eszközök segítségével megváltoztatja. Jelen biztosítási szerződés értelmében csak azok a műtétek képeznek biztosítási eseményt, amelyek ok-okozati összefüggésben állnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező balesetekkel.
- 1.2. Az alábbi pontokban részletezett műtéti csoportok csak iránymutatóak, a műtétek besorolása a MABISZ Orvosi Tagozata által elfogadott lista alapján történik. A részletes lista a Biztosítónál megtekinthető.
- 1.3. **Nem térített műtéteknek** minősülnek általában az ambuláns ellátás keretében végzett műtéti beavatkozások, melyek gyógytartama a műtéti megoldást követő 8 napon belül várható, valamint olyan kórházi felvételt igénylő esetek, mint például csonttörések, izom és szalagvarrások műtéti ellátásának néhány fajtája, fémanyag eltávolítása, biopsziák, csőtükrözéses beavatkozások egyes fajtái, bőrvarratok, bőrelváltozások kimetszése, stb.
- 1.4. **Kisműtéteknek minősülnek** általában azok az ambuláns ellátást vagy kórházi felvételt igénylő esetek, melyek gyógytartama a műtéti megoldást követően 30 napon belül várható, és maradandó testi károsodással nem kell számolni. Ide tartoznak például néhány, kizárólag csőtükrözéssel végzett műtéti és terápiás beavatkozások, az egyes szemműtétek, égési sérülések fedése kötéssel.
- 1.5. **Közepes műtéteknek minősülnek** általában azon műtéti úton ellátott sérülések, melyek esetén a szalagrendszer, egyéb izomsérülések, perifériás ér- és idegsérülések zárt formái jönnek létre, melyek akut műtéti megoldást igényelnek. Ide tartozik a zárt törések műtéti megoldásainak és a protézis beültetéseknek néhány fajtája, veseeltávolítás, gerincműtétek egyes fajtái, azok a nagy kiterjedésű lágyrészkárosodással járó sérülések, ahol a gyógyulás érdekében műtéti sorozatra és bőrpótló eljárásra van szükség, valamint a testfelszín 30%-át meg nem haladó másod- és harmadfokú égési sérülések műtéti ellátása, stb.
- 1.6. **Nagy műtéteknek minősülnek** azok a műtéti megoldások, melyek esetében a sérüléssel közvetlen okozati összefüggésben a szervezet anatómiailag zárt üregrendszerén belül kerül sor műtéti beavatkozásra. Ide tartoznak általában a gerincműtétek bizonyos fajtái, szervátültetések, és a testfelszín 30%-át meghaladó másod-, harmadfokú égési sérülések műtéti megoldásai, stb.
- 1.7. Betegség a mindenkor orvostudomány által rendellenesnek tartott biológiai, testi állapot.
- 1.8. A gyógykezelés olyan, az ÁNTSZ engedélyével rendelkező gyógyintézetben történhet, ahol az orvostudomány által elfogadott vizsgálati és kezelési módszerek alkalmazására a szakmai szabályok betartása mellett kerül sor.
- 1.9. Magyarországon kórháznak minősülnek az Egészségügyi Minisztérium és az ÁNTSZ által elfogadott és nyilvántartott kórházak és klinikák, amelyek állandó orvosi irányítás és felügyelet alatt állnak.

- 1.10. Jelen feltétel szempontjából nem minősülnek kórháznak az idült, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei, gyógyüdülők és utógondozó szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, központok és a szanatóriumok, szociális otthonok és azok betegosztályai, a gyógyfürdők, az ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei, valamint az egyébként kórháznak minősülő intézmények ilyen jellegű osztályai.
- 1.11. Új biztosítási eseménynek minősülnek az olyan balesetek és azok közvetlen következményei, amelyek szakorvosi megítélés alapján időben és térben jól elhatárolhatók korábbi és későbbi biztosítási eseményektől és azok következményeitől.

2. A biztosítási esemény

- 2.1. A Biztosítottna végrehajtott, a biztosítás tartama alatt bekövetkező baleset következményeként elvégzett műtét(ek).
- 2.2. Nem vonatkozik a biztosítási védelem a biztosítás kockázatviselése előtti időben bekövetkezett balesetekre vagy azok következményeként fellépő bármilyen műtetre.
- 2.3. Nem vonatkozik a biztosítási védelem a kozmetikai jellegű műtétekre.

3. A Biztosító szolgáltatása

- 3.1. A Biztosító a baleseti eredetű műtéteket 4 csoportba sorolta:
 - ▶ nem térített műtétek (MABISZ lista szerinti 1. csoportba tartozó műtétek),
 - ▶ kis műtétek, melyek esetében a Biztosító a baleseti eredetű műtéti térítésre szóló biztosítási összeg 50%-át téríti (MABISZ lista szerinti 2. csoportba tartozó műtétek),
 - ▶ közepes műtétek, melyek esetében a Biztosító a baleseti eredetű műtéti térítésre szóló biztosítási összeg 100%-át téríti (MABISZ lista szerinti 3. csoportba tartozó műtétek),
 - ▶ nagy műtétek, melyek esetében a Biztosító a baleseti eredetű műtéti térítésre szóló biztosítási összeg 200%-át téríti (MABISZ lista szerinti 4. csoportba tartozó műtétek).
- 3.2. Maximális térítés a választott biztosítási összeg kétszeresének egy biztosítási éven belüli kifizetése.

4. A szolgáltatási igény bejelentése

- 4.1. A szolgáltatási igény benyújtásához az alaptbiztosítás feltételeiben szabályozotakon túl a következő iratokat kell csatolni:
 - ▶ a műtéti leírást,
 - ▶ a kórházi zárójelentést,
 - ▶ minden a műtéttel összefüggő orvosi dokumentumot,
 - ▶ az esetleg rendelkezésre álló egyéb orvosi dokumentumokat.
- 4.2. A szolgáltatási igény elbírálása során a Biztosító kérheti további orvosi vizsgálat elvégzését. A vizsgálatok lefolytatásának kezdeményezésére és azok elvégzésére a Biztosító által megbízott orvos jogosult.

Díjátvállalás munkanélkülivé válás esetén, kiegészítő biztosítás

1. Fogalmak

- 1.1. **Munkaviszony:** a munkáltató és alkalmazásában álló természetes személy (munkavállaló, közalkalmazott, köztisztviselő) között munkavégzésre irányuló szerződés alapján létrejövő jogviszony. Munkaviszony alatt a Munka Törvénykönyvéről szóló 1992. évi XXII. törvény („Mt.”) hatálya alá tartozó, illetve a mindenkor hatályos magyar jogszabályokban meghatározott, legalább heti 36 órás jogviszonyokat kell érteni.
- 1.2. **Önrész:** munkanélküliség esetén a Biztosított álláskeresési járadékra való jogosultságának első napjától számított 30 nap, a biztosítási feltételek szerint önrésznek minősül. Az önrész időszaka alatt a Biztosító nem teljesít.
- 1.3. **Munkanélküliség:** a Biztosított munkaviszonyának önhibáján kívüli megszűnése. A munkanélküliséget az illetékes Munkaügyi Központ álláskeresőként való nyilvántartásba vételét igazoló írásos határozatával kell igazolni. A nyilatkozatnak tartalmaznia kell, hogy a Biztosított álláskeresési járadékra, ill. álláskeresési segélyre válik jogosulttá.
- 1.4. **Várakozási idő:** a szerződés kezdetétől, vagy a biztosítási szolgáltatás jóváírásától számított három hónap, ez alatt az időszak alatt a Biztosító nem nyújt szolgáltatást.
- 1.5. **Biztosított:** akinek a munkanélküliség biztosítási eseményére a biztosítást megkötik. Nem lehet Biztosított, aki:
 - ▶ nem rendelkezik állandó magyarországi lakcímmel.
 - ▶ akinek életkora (a pontos születési dátumtól számítva) meghaladja az 55. életévet.
 - ▶ nem rendelkezik 9 hónapja munkáltatónál folyamatos és határozatlan időtartamú, legalább heti 36 órás munkaviszonnyal.
 - ▶ az a személy, aki saját, vagy közeli hozzátartozójának alkalmazottja.
 - ▶ nyugdíjas.
 - ▶ akinek határozott tartamú munkaviszonya van.
 - ▶ akinek a munkáltatója a biztosítási szerződés aláírása előtt akár írásban akár szóban (rendes, rendkívüli felmondás, vagy közös megegyezés útján) kezdeményezte a munkaviszony megszűnését.
 - ▶ regisztrált munkanélküli, keresőképtelen (betegállományban van).
 - ▶ akit az Országos Orvosszakértői Intézet, illetve az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet a kockázatviselés kezdetét megelőzően véleményezett, és a fenti intézeteknél új vagy régi véleményezetként tartanak nyilván.
 - ▶ akinek a részére az OOSZI (Országos Orvosszakértői Intézet), vagy az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet szakvéleménye alapján a társadalombiztosítási szervek rokkantsági vagy baleseti rokkantsági nyugdíjat, járadékot állapítottak meg. Továbbá nem lehet Biztosított az sem, aki szervátültetésen esett át, vagy krónikus vesedializált beteg.
 - ▶ az OOSZI, vagy az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet szak-

véleménye alapján társadalombiztosítási szervhez munkaképesség-csökkentési kérelmet adott be.

- ▶ a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez nyújtott már be igénybejelentést rokkantsági nyugdíj, baleseti rokkantsági nyugdíj, rehabilitációs járadék, baleseti járadék, átmeneti járadék, rendszeres szociális segély, bányász dolgozó egészségkárosodási járadéka vagy rokkantsági járadék elbírálásához, vagy ilyen ellátásban részesül.
- ▶ akit az Országos Orvosszakértői Intézet, illetve az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet a kockázatviselés kezdetét megelőzően véleményezett, és a fenti intézeteknél új vagy régi régi véleményezettként tartanak nyilván.

2. Biztosítási esemény

- 2.1 Biztosítási esemény a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselése alatt bekövetkezett munkanélkülisége (1.3. pont).
- 2.2 A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az illetékes Munkanélküli Központ írásos határozatának időpontja.
- 2.3 E különös biztosítási feltételek szerint kizárólag a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt – a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül – bekövetkezett önhibáján kívüli álláskeresővé (munkanélkülivé) válása minősül biztosítási eseménnyek.

3. A Biztosító szolgáltatása

- 3.1. Ha a Biztosított munkanélkülivé válik, akkor a várakozási idő és a fizetendő önrész lejártá után a Biztosító átvállalja az alapbiztosításra és a kiegészítő biztosításra fizetendő biztosítás díját, amíg a Biztosított munkanélküli, maximum azonban 6 hónapig.
- 3.2. A Biztosító a munkanélküliség végének utolsó napját követő első hónapfordulón a szerződésre könyvelési összegben az elmaradt díjakat.
- 3.3. A Biztosító a kiegészítő biztosítás teljes tartama alatt maximum két biztosítási eseményre térít.
- 3.4. A Biztosító a szolgáltatást addig az időpontig nyújtja amíg:
 - ▶ Munkanélküliként tartják nyilván, de maximum 6 hónapig,
 - ▶ A biztosítási szerződés megszűnéséig.
- 3.5. A várakozási idő és az önrész fizetési kötelezettség minden biztosítási esemény esetén újrakezdődik.

4. A kiegészítő biztosítási szerződés megszűnése

- 4.1. Az alapbiztosítás megszűnésekor.
- 4.2. Az alapbiztosítás feltételeiben meghatározott esetekben.
- 4.3. A biztosítás megszűnik a biztosított 55. életévének betöltését követő biztosítási évfordulón.
- 4.4. Nyugdíjba vonuláskor, ideértve a rokkantság miatti nyugdíjazást is.

5. Korlátozás az egy Biztosítottra köthető biztosítási szerződések számában

- 5.1. Díjtvállalás munkanélkülivé válás esetén biztosítási szerződés azonos időre csak egyszer köthető. Amennyiben a Biztosított ennek ellenére a Biztosító több biztosítási kötvényével is rendelkezik, úgy a Biztosító a térítést csak egyszeresen nyújtja, kizárólag a legkorábbi időpontban megkötött biztosítási szerződés alapján.

6. Szolgáltatási igény bejelentése

- 6.1. A szolgáltatási igényt írásban, 8 munkanapon belül kell bejelenteni a Biztosítónál. A szolgáltatási igény benyújtásához az alapbiztosítás feltételeiben szabályozotakon túl a következő iratokat kell csatolni:
- ▶ Kárbejelentő.
 - ▶ Hitelt érdemlő igazolást kell benyújtani, hogy a Biztosított az Ajánlat aláírásának időpontjában fennállt munkaviszonya a biztosítási szerződésben leírtaknak megfelelő-e.
 - ▶ A munkaviszony megszűnéséről szóló dokumentumok.
 - ▶ Az illetékes Munkaügyi Központ álláskeresőként való nyilvántartásba vételét igazoló írásos határozatát.
 - ▶ A Biztosított egészségi állapotát hitelt érdemlően igazoló orvosi dokumentumokat.
 - ▶ A Biztosítottnak havonta be kell mutatni a Biztosító számára az álláskeresői járadék vagy a segély folyósítását igazoló eredeti bankszámlakivonatot, vagy az eredeti postai utalványt.
 - ▶ Ha a Biztosított az előző pontban felsorolt igazolásokat nem adja be, akkor a Biztosító a szolgáltatását befejezettnek tekinti.
 - ▶ A Biztosító visszamenőleges hatállyal teljesíti a szolgáltatást, amennyiben az elmaradt dokumentumok bemutatásra kerülnek. A Biztosított hibájából történő késedelmes térítés esetén a Biztosítót egyéb kötelezettség nem terheli.

1. számú melléklet

A PostaNyugdíj Program Stabil kiegészítő élet- és balesetbiztosítás feltételeihez

Érvényes: 2010. március 16-tól

Kockázati életbiztosítás és a balesetbiztosítás maximális biztosítási összegei:

Életkor	Biztosítási összeg
16-39	2 000 000 Ft
40-49	1 000 000 Ft
50-65	500 000 Ft
Baleseti rokkantság	3 000 000 Ft
Baleseti műtéti térítés	200 000 Ft

Kockázati életbiztosítás és a balesetbiztosítás biztosítási összegei és díjai:

Kiegészítő biztosítások	Életkor	Biztosítási összeg	Havi díj
Kockázati életbiztosítás	16-39	100 000 Ft	30 Ft
	40-49	100 000 Ft	75 Ft
	50-65	100 000 Ft	300 Ft
Baleseti rokkantság	Korfüggetlen díj	1 000 000 Ft	100 Ft
Baleseti műtéti térítés	Korfüggetlen díj	50 000 Ft	75 Ft

A minimális biztosítási összegek tetszőleges egész számmal szorozhatóak be, de legfeljebb a maximális biztosítási összegig lehet felszorozni. Ugyanazzal a számmal kell a díjat szorozni, mint amennyivel a biztosítási díjat szorozzuk.

Díjtvállalás munkanélkülivé válás esetén:

A biztosítási díj számításának módja

(Az alapbiztosítás havi díja + a többi kiegészítő biztosítás havi díja)*0,09

2. számú melléklet

PostaNyugdíj Program Stabil kiegészítő élet- és balesetbiztosítás feltételeihez

Kifizetési költségek:

A szolgáltatás összegéből (haláleseti, rokkantsági és műtéti térítés szolgáltatás esetén) levont pénzügyi költségek	
Bankszámlára történő utalás esetén	0 Ft
Lakcímre, postahelyre történő utalás esetén	100 000 Ft-ig 650 Ft 100 000 Ft felett 650 Ft + minden megkezdett 100 000 Ft után 500 Ft

