



A6108 életbiztosítási feltételcsomag

Ügyfélértájékoztató

Örömmel szolgálunk, hogy Társaságunkat tisztelte meg bizalmával, és velünk köt életbiztosítási szerződést. Elsődleges célunk ügyfeleink egyértelmű és részletes tájékoztatása, ezért néhány alapvetően fontos információra szeretnénk felhívni figyelmét biztosítási szerződésével kapcsolatban.

Kérjük, figyelmesen olvassa el a biztosítási szerződés feltételeit, mert ezekre való hivatkozással állunk Önnel szerződéses kapcsolatban. Az ügyfélértájékoztatóban szeretnénk egyszerűen megfogalmazni a biztosítási termék fontosabb tulajdonságait.

A Biztosítás

Jelen biztosítási szerződés olyan befektetési egységekhez kötött életbiztosítás, amely egyben lehetőséget kínál kiegészítő biztosítási védelemre is, akár több személy számára is egy szerződésen belül.

A Biztosítási szerződésben résztvevő személyek

A Biztosítóval a **Szerződő** áll szerződéses kapcsolatban, ő vállalja a biztosítási díjak megfizetését és ő rendelkezhet a szerződés felett (például tranzakciót kezdeményezhet, új Biztosítottat nevezhet meg, megszüntetheti a szerződést stb.). Szerződő lehet természetes személy vagy társaság (cég) is.

A **Főbiztosított**, akit a Szerződő nevez meg, a befektetési egységekhez kötött életbiztosítás (főbiztosítás) biztosítottja. Ha a Szerződő természetes személy, ő egyben az egyik Főbiztosított. Természetes személy Szerződő magán kívül még egy Főbiztosítottat nevezhet meg egyidőben, akiknek a személyét 36 hónap (kezdeti időszak) elteltével meg lehet változtatni. Céges (nem természetes személy) Szerződő csak egyetlen Főbiztosítottat nevezhet meg. Az utolsó Főbiztosított halála a szerződés megszűnését vonja maga után. Ha a Szerződő meghal, de van másik Főbiztosított, akkor a másik Főbiztosított Szerződővé válhat. A Főbiztosított a Biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal bármikor a Szerződő helyébe léphet. A Szerződésbe belépő Főbiztosított köteles a Szerződőnek a szerződésre fordított költségeit (ideértve a biztosítási díjat is) megtéríteni. **Biztosított**nak nevezzük a kiegészítő biztosítás biztosítottjait. Jelen szerződésen belül legfeljebb 10 Biztosítottat lehet megnevezni. A Főbiztosítottak is lehetnek egyben Biztosítottak. A Biztosítottakat is minden esetben külön meg kell nevezni. **Kedvezményezett** az a személy, aki a Biztosító szolgáltatására jogosult. Kedvezményezettet a Szerződő jelölhet meg, de a (Fő)Biztosítottnak is hozzá kell járulnia aláírásával, ha a Biztosított életben léte esetén nem a Biztosított, és elhalálása esetén nem az örökös a Kedvezményezett.

Kedvezményezettet lehet jelölni a főbiztosítás szolgáltatásaira az utolsó Főbiztosított halálának esetére, a szerződés lejáratának esetére, a Főbiztosított baleseti halálának esetére, valamint a kiegészítő biztosításokra a Biztosított halálára és az életben léte esetén esedékes szolgáltatásokra.

Biztosítási esemény

Biztosítási esemény az a szerződésben (ajánlaton) megjelölt biztosítási szolgáltatáshoz kapcsolódó esemény, amelynek bekövetkezése esetén a Biztosító kifizeti a biztosítási szolgáltatást. Főbiztosítás esetében ez a Főbiztosított baleseti halála, az utolsó Főbiztosított halála, valamint tartamosított szerződés esetén a tartam végének elérése. Kiegészítő biztosítások esetében biztosítási esemény a feltételekben meghatározott baleseti, betegségi esemény bekövetkezése. Ilyen lehet például a Biztosított halála, baleseti halála, megrokkánása, műtét elvégzése, súlyos betegség bekövetkezése stb. Kérjük, hogy ezen biztosítási események pontos definícióját, valamint a Biztosító szolgáltatási körébe tartozó meghatározásokat figyelmesen olvassa el a Kiegészítő biztosítások általános és különös feltételeiben.

Biztosítási csomagok

A Biztosító a kiegészítő biztosításokból a különböző ügyféligényeknek megfelelően biztosítási csomagokat állított össze. A Biztosító a biztosítási csomagokban szereplő kiegészítő biztosításokat és biztosítási összegeket előre meghatározta, amelyek mértékét a Szerződő ajánlaton tett megjelölése alapján egyenlő arányban megtöbbszörözhet.

Komplex rokkantsági csomagok

A komplex rokkantsági csomagokkal egy esetlegesen bekövetkező rokkantság esetére széles körű megoldást nyújt a Biztosító hosszú távra. A csomagok közül a Szerződő a saját igényéhez legjobban igazodót választhatja meg. A csomagokban szereplő szolgáltatások biztosítási összegei így a Biztosító szolgáltatása a főbiztosítás éves biztosítási díjához igazodik.

Biztosítási szolgáltatás

Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a szerződésben meghatározott szolgáltatást teljesíti. A Biztosító szolgáltatását minden esetben a Szerződő számlájának devizájában teljesíti. A jogosult kérheti ennek az összegnek a forintban történő kifizetését is. A Biztosító attól a naptól számított 15 napon belül teljesíti a kifizetést, amikor a biztosítási esemény bejelentése, valamint minden – a biztosítási eseményhez kapcsolódó – igazolás beérkezett a Biztosítóhoz. A Biztosító a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges dokumentumok pontos listáját a kiegészítő biztosítások feltételeiben teszi közzé.

A biztosítás tartama, a kockázatviselés kezdete

A biztosítási szerződés tartama határozatlan, az utolsó Főbiztosított haláláig tart. A Biztosító kockázatviselése az ajánlat aláírását követő nap 0 órakor kezdődik, feltéve, hogy a biztosítási szerződés létrejött vagy létre fog jönni, és a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő első folyamatos díja a Biztosítóhoz beérkezett. Az első biztosítási díj a biztosítási ajánlat aláírásának napját követő napon válik esedékessé, amelyet a Szerződő legfeljebb az ajánlat aláírását követő 60 napig köteles megfizetni a Biztosító részére. Amennyiben az első biztosítási díj nem érkezik be határidőben, a Biztosító az ajánlatot elutasítja. Tekintettel arra, hogy a Biztosító az ajánlat elbírása érdekében egészségügyi kockázatfelmérést végez, az ajánlat elbírására az ajánlat beérkezésétől számított 60 nap áll rendelkezésére. A Biztosító a hiánytalan ajánlatokat a kockázat-elbírálási idő alatt bírálja el, és dönt az ajánlat elfogadásáról. Hiánytalan ajánlatnak a Biztosító csak a megfelelően kitöltött, aláírással ellátott ajánlatot tekinti, amely tartalmazza a szükséges nyilatkozatokat. Ezek tételes listáját a Különös feltételek 6.2 pontja tartalmazza. A biztosítási szerződés a biztosítási ajánlat Biztosító általi elfogadásával jön létre és lép hatályba. A szerződés akkor is létrejön az ajánlatban foglalt feltételekkel, ha a Biztosító az ajánlatra annak beérkezésétől, számított 60 napon belül nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlatot a biztosítási szerződés tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a Biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és díjszabásnak megfelelően tették. Ebben az esetben a biztosítási szerződés az ajánlat szerinti tartalommal, az ajánlatnak a Biztosító részére történő átadása időpontjára visszamenőleges hatállyal a kockázat-elbírálási idő elteltét követő napon jön létre. Ha a Biztosított kiskorú és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülője köti meg, valamint ha a Főbiztosított cselekvőképességében vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges. A biztosítási szerződés első díjjal fedezett 36 hónapja után lehetősége van a Szerződőnek a biztosítás tartamát határozott tartamúvá módosítani.

A biztosítási időszak egy év. A Biztosító az ajánlattételkor automatikusan sem egészségi nyilatkozat kitöltését, sem orvosi vizsgálat elvégzését nem kéri.

A biztosítási szerződés megszűnése, a felmondás feltételei

A biztosítási szerződés abban az esetben szűnik meg, ha:

- az utolsó Főbiztosított meghal
- a Szerződő meghal és a Főbiztosított nem lép be Szerződőként a szerződésbe
- határozott tartamúvá módosított szerződésben a tartam végének elérésével
- az első 36 hónap alatt díjnemfizetés esetén, amennyiben a Biztosító díjfelszólító levelében közölt fizetési póthatáridő eredménytelenül telt el, az első elmaradt díj esedékességétől számított 90 napot követő nap 0 órakor,
- az első 36 díjjal fedezett hónap után, díjszüneteltetés illetve díjmentesítés esetén, a Szerződő számláján el nem számolt terhelés van
- az első 60 hónap után a Szerződő számláján el nem számolt terhelés van.

Az életbiztosítási szerződést csak a Szerződő mondhatja fel:

- a Szerződő a Biztosító által a szerződés létrejöttéről és a Szerződő felmondási jogáról szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül írásban, indoklás nélkül felmondhatja a szerződést. A Biztosító a felmerült költségei fedezetének érdekében a befizetett díjakból képzett, a Szerződő számlájának aktuális értékét – a szerződéskötési költséggel, a nyilvántartási költséggel, a kötvényesítés egyszeri költségével, valamint a díjfizetési módhoz kapcsolódó költséggel – csökkentve fizeti vissza.
- A határozott tartamúvá átdolgozott szerződés lejáratá legkorábban a bejelentést követő első évforduló lehet.
- A Szerződő kérheti a szerződés visszavásárlását is, ekkor a Biztosító a Szerződő részére a visszavásárlási értéket fizeti ki. (A visszavásárlási érték a szerződés mellékleteiben került meghatározásra.)

A biztosítási díj, a díj változtatása, díjfizetési késedelem

A biztosítási díj folyamatosan fizetendő, melyet a Szerződő az ajánlaton való megjelölése alapján éves, féléves, negyedéves és havi gyakorisággal fizetheti. A biztosítási díj magyar forintban esedékes.

A biztosítási díj fizetési módja lehet csoportos beszédési megbízás, banki átutalás, valamint a Biztosító által kibocsátott készpénzáttutalási megbízás (csekk). A biztosítási díjat készpénzben nem lehet megfizetni.

A biztosítási díj összegét az első 36, díjjal fedezett hónap után lehet csökkenteni, növelni azonban bármikor, a különös feltételekben meghatározottak szerint. A biztosítási díj fizetésének módja és gyakorisága a tartam során bármikor módosítható, a különös feltételekben meghatározottak szerint.

A Biztosító a biztosítási díjat a Szerződő által az ajánlaton megjelölt allokációs rendelkezés szerint befektetési egységekre váltja át. A folyamatos biztosítási díjból képzett felhalmozási egységeket, valamint az eseti biztosítási díjból képzett eseti egységeket a Biztosító a Szerződő számláján elkülönítetten tartja nyilván.

A kiegészítő biztosítások díja a Szerződő számlájának devizájában esedékes a biztosítási hónapfordulón. A Biztosító az esedékes kiegészítő biztosítások díját a Szerződő számlájáról havonta történő levonással érvényesíti.

Ha a Biztosító a Szerződő számláján eseti biztosítási díjakból képzett befektetési egységeket tart nyilván, akkor a biztosítási díj esedékességétől számított 80. napon az eseti egységekből automatikus díjpótlással egyenlíti ki az elmaradt biztosítási díjat. A Szerződő a biztosítási tartam első 36 hónapja alatt bekövetkezett díjfizetési késedelem esetén, amennyiben a Biztosító díjfelszólító levelében közölt fizetési póthatáridő eredménytelenül telt el, és a díj az eseti egységekből automatikusan nem egyenlíthető ki, az első elmaradt díj esedékességétől számított 90. napot követő nap 0 óráig megszünik a biztosítási szerződés és a Biztosító kockázatviselése. A Biztosító a kezdeti időszakot követően az automatikus díjpótlás mellett lehetőséget ad a biztosítási díj fizetésének szüneteltetésére is 12 hónapon keresztül. Erre az időszakra a biztosítási szerződésre nincs esedékes folyamatos biztosítási díj, azt utólag sem kell megfizetni. Amennyiben a kezdeti időszakot követően a Szerződő nem fizeti meg az esedékes díjat, valamint a díj az eseti egységekből automatikusan nem egyenlíthető ki, a biztosítási díj esedékességétől számított 90. napon a Biztosító a szerződésen automatikus díjmentesítést érvényesít. A díjmentesítés alatt a biztosítási szerződésen a tranzakciók lebonyolíthatók, eseti biztosítási díj befizethető, a kapcsolódó kiegészítő biztosítások pedig nem szűnnek meg automatikusan.

Értékkövetés

A Szerződő ajánlatban megjelölt választása szerint a Biztosító minden biztosítási évben a **főbiztosítás** díját meghatározott mértékben megemeli, azaz indexálja. A **kiegészítő biztosításokra** vonatkozóan évente egyszer, a Központi Statisztikai Hivatal által közzétett aktuális fogyasztói árindex mértékéhez kapcsolódóan a Biztosító felajánlja az éves értékkövetés mértékét, és az ennek megfelelően módosult biztosítási összegeket és biztosítási díjakat. A Szerződőnek joga van ezt elutasítani.

Hűségbónusz, hűségbónusz számítási alap

A Biztosító a Szerződőnek hűségbónuszok jóváírását teljesíti a szerződés tartama során. Ehhez a szerződés kezdeti éves biztosítási díjának figyelembevételével, egy, a szerződés tartama során a hűségbónusz kalkulációja, előjegyzése és jóváírása alapjául szolgáló értéket határoz meg. Ez az ún. hűségbónusz számítási alap, amelyet a szerződésen a Szerződő számlájától elkülönítetten tart nyilván. A Biztosító a hűségbónusz számítási alap alapulvételével a tartam során hűségbónuszok jóváírását teljesíti, ha a Szerződő hosszútávon fenntartja szerződését, és teljesíti szerződéses kötelezettségeit. A hűségbónusz számítási alap kizárólag a hűségbónusz kalkulációjának, előjegyzésének és jóváírásának alapjául szolgál. A szerződés díjjal rendezett 4. évfordulóján a Biztosító a Szerződő számláján jóváírja a hűségbónusz számítási alap aktuális értékének 4%-át, a díjjal rendezett 5. évforduló után az 5%-át, minden díjjal rendezett egész év után pedig további egy százalékkal növelt mértéket, egészen addig az időpontig, amíg a szerződés díjjal rendezett és el nem éri a 21. díjjal rendezett évfordulót. A jóváírásra kerülő hűségbónusz mértéke legfeljebb 20% lehet, így a 21. évfordulón és a következő díjjal rendezett évfordulón a hűségbónusz mértéke legfeljebb a hűségbónusz számítási alap aktuális értékének 20%-a lehet. A hűségbónusz jóváírások nem csökkentik a hűségbónusz számítási alap értékét. Példa: ha a szerződés 7. évfordulóján 6 díjjal rendezett év van, mert az 5. biztosítási év alatt díjszüneteltetést választott a Szerződő, akkor a 7. évfordulón 6 díjjal rendezett év után a Biztosító a hűségbónusz számítási alap aktuális értékének 6%-át írja jóvá hűségbónuszként. A biztosítási tartam alatti folyamatos biztosítási díjból képzett felhalmozási egységek terhére történő pénzkivonás ténye csökkenti a hűségbónusz számítási alap értékét, ezáltal a jövőben jóváírandó hűségbónuszok értékét, mégpedig olyan arányban, amilyen arányú a pénzkivonás.

A Szerződő számlája, a számla devizája

A Szerződő az ajánlaton megjelöli azt a pénznemet, amely a számlájának devizája. Egy időben egyetlen devizája lehet a Szerződő számlájának. A Biztosító a biztosítási díjat az allokációs nyilatkozatban megjelöltek szerint az aktuális deviza- és eszközalap-árfolyamon váltja át befektetési egységekre és a Szerződő számláján tartja nyilván (Szerződő számlájának aktuális értéke). A Biztosító a befektetési egységek árfolyamait és a devizaárfolyamokat minden értékelési napra vonatkozóan honlapján közzéteszi.

Eszközalapok, eszközalap-válogatások

A Szerződő számlájának devizájához kapcsolódóan az ajánlaton megjelöli, hogy milyen eszközalap-allokáció szerint kívánja a biztosítási díjat befektetési egységekre átváltani. A Biztosító ezen allokációs nyilatkozat alapján váltja át a biztosítási díjat befektetési egységekre. Jelen biztosítási termékhez a feltételek mellékleteiben felsorolt eszközalapok kapcsolhatóak, az egyes eszközalapok befektetési politikája szintén a feltételek mellékletét képezi.

A Biztosító az eltérő kockázatvállalású ügyfelek allokációs döntésének támogatásaként eszközalap-válogatásokat hozott létre minden devizában. Az eszközalap-válogatások szintén a feltételek mellékleteiben tekinthetők meg. A Biztosító alapkezelési költséget számít fel, amit minden értékelési napon a befektetési egységek árfolyamában érvényesít.

A Biztosító az eszközalapokhoz kapcsolódóan úgynevezett egyedi funkciót tesz elérhetővé a különös feltételeiben meghatározottak szerint, ha a Szerződő az ajánlaton tett megjelölése alapján így nyilatkozik.

Eszközalapokhoz kapcsolható egyedi funkció

A Biztosító az eszközalapokhoz kapcsolódóan egy úgynevezett egyedi funkciót tesz elérhetővé (Árfolyamfigyelés), ha a Szerződő az ajánlaton tett megjelölése alapján így nyilatkozik. Az egyedi funkció részletes leírását a vonatkozó feltételek tartalmazzák.

Tranzakciók, a szerződés módosítása

A Szerződő írásbeli kezdeményezésével a szerződés tartama alatt az alábbi módosításokat hajthatja végre:

Átváltás: a Szerződő számláján rendelkezésre álló befektetési egységeket más eszközalapokba helyezheti.

Átirányítás: a biztosítási díj befektetési egységekre váltására vonatkozó allokációs nyilatkozatot módosíthatja.

Devizaváltás: a Szerződő számlájának devizája változtatható meg.

Pénzkivonás: a Szerződő számlájának terhére kezdeményezhető.

Visszavásárlás: amely egyben a szerződés megszűnését is jelenti.

A Biztosító a tranzakciókért a feltételek mellékletében megadott költségeket számítja fel. A Biztosító a biztosítási szerződésre vonatkozó fontos adatokat a mellékletekben sorolja fel megjelölve, hogy melyik adat változhat a biztosítási tartam alatt és melyik állandó.

Terhelések a Szerződő számláján

A Biztosító a szerződést terhelő költségeket és elvonásokat, a kiegészítő biztosítások díját a Szerződő számlájáról vonja le. A szerződéskötési költség, a szerződés első periódusában esedékes elvonás és a Komplex rokkantsági csomagok kiegészítő biztosítási díja havonta, forintban felmerülő levonás, amelyet a Biztosító átvált a szerződés devizájára és a Szerződő számláján devizában érvényesíti. A szerződés első periódusában esedékes elvonást a Biztosító a Különös Feltételek 1. számú melléklet 2. pontjában meghatározottak szerint hajtja végre. A nyilvántartási költség, a csekkes díjfizetés költsége, a kiegészítő biztosítások díja és az eszközalapokhoz kapcsolódó egyedi funkció költsége havonta, a Szerződő számlájának devizájában felmerülő levonás. A tranzakciókhoz kapcsolódó költségek szintén a Szerződő számlájának devizájában, a Szerződő számlájáról kerülnek levonásra.

A Biztosító mentesülése, kizárások

A Biztosítónak a biztosítási szolgáltatás teljesítése alóli mentesülését és a kizárások eseteit az Általános Személybiztosítási Feltételek és a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei tartalmazzák.

A Biztosító nem köt ki várakozási időt.

A Biztosító a kiegészítő biztosításoknál a **kizárásokat az alábbiak szerint oldja fel fokozatosan:**

- a Biztosító a kockázatviselés kezdetétől számított **6. hónap végéig** kizár valamennyi betegségből eredő kockázatot
- a Biztosító a kockázatviselés kezdetétől számított **24. hónap végéig** kizár valamennyi olyan betegségből eredő kockázatot, amelyet a Biztosított az ajánlat aláírásakor ismert
- a Biztosító a kockázatviselés kezdetétől számított **60. hónap végéig** kizár valamennyi olyan betegségből eredő kockázatot, amelyet a Biztosított az ajánlat aláírásakor ismert, kivéve a haláleseti szolgáltatást, amennyiben a halál oka olyan ismert betegség, amely a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételek 1. számú mellékletében nem kerültek felsorolásra.

Többlethozam-visszajuttatás

A szerződés nem részesül a többlethozam visszajuttatásában.

Tőke- vagy hozamgarancia

A Biztosító a biztosítási szerződésben nem vállal sem tőkegaranciát, sem hozamgaranciát.

Biztosítási titok

A biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (a továbbiakban Bit.) szerint 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 viszont- biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

Adatvédelem

Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha a Biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad, vagy a Bit. alapján

a titoktartási kötelezettség nem áll fenn. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a feladatkörében eljáró Felügyelettel, a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel, továbbá az általuk kirendelt szakértővel, büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel, adóügyben, ha az adóhatóság felhívására a Biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli, az adóhatósággal, a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal, a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivattal, a feladatkörében eljáró gyámhatósággal, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal, a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel, a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együtt-biztosítás) esetén a kockázatvállaló Biztosítókkal, a Bit.-ben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető Hivatallal, az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő Biztosítóval, a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel szemben, ha a 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, a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával, valamint pénzügyi jogok biztosával, a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal. A Biztosító a nyomozó hatóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel, illetve a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól, vagy ha a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól. A Biztosító a nyomozó hatóságot – a halaszthatatlan intézkedés jelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyészi jóváhagyást nélkülöző megkeresésére – is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott ügygel összefüggő biztosítási titoknak minősülő adatokról. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a Biztosító az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségnek tesz eleget.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben sem, ha a magyar bűnüldöző szerv, illetőleg a pénzügyi információs egységként működő hatóság. – a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. 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. 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, illetve az adatalany hozzájárulásának hiányában ha az adattovábbításnak törvényben meghatározott adatköre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban a személyes adatok védelmének megfelelő szintje az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény 8. § (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg, 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, a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása. Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatok vagy az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló törvény szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén 20 év elteltével törölni kell. A Biztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a Bit. 157. § (1) bekezdés b), f) és j) pontjai, illetve a 157. § (5) bekezdése alapján végzett adattovábbításokról. A Biztosító 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. A Biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. A Biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt,

vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap. A Biztosító jogutód nélküli megszűnése esetén a Biztosító által kezelt üzleti titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított 60 év múlva a levéltári kutatások céljára felhasználható. Nem lehet üzleti titokra vagy biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó, külön törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség esetén. Az üzleti titokra és a biztosítási titokra egyebekben a Ptk. 2:46. – 2:47. §-okban foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.

- (1) A biztosító (a továbbiakban: megkereső biztosító) - a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében - a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz (a továbbiakban: megkeresett biztosító) az e biztosító által - a törvény alapján a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével - kezelt és a (3)-(5) pontokban meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, ha a megkereső biztosító erre vonatkozó jogosultsága a biztosítási szerződésben rögzítésre került.
- (2) A megkeresett biztosító a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni a megkereső biztosítóknak.
- (3) A megkereső biztosító a Bit. 1. számú melléklet A) rész 1. és 2. pontjában, továbbá a 2. számú mellékletben meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
 - a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személy azonosító adatait;
 - b) a biztosítandó vagy a biztosított személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
 - c) az a) pontban meghatározott személyt érintő korábbi - az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos - biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;
 - d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és
 - e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.
- (4) A megkereső biztosító a Bit. 1. számú melléklet A) rész 3., 4., 5., 6., 7., 8., 9., 14., 15., 16., 17., 18., és 19. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
 - a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett és a károsult személy azonosító adatait;
 - b) a biztosítandó vagy biztosított vagyontárgyak, követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatokat;
 - c) a b) pontban meghatározott vagyontárgyakat, követeléseket vagy vagyoni jogokat érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;
 - d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és
 - e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.
- (5) A megkereső biztosító a Bit. 1. számú melléklet A) rész 10., 11., 12., és 13. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén az alábbi adatokat kérheti:
 - a) a (4) pont a)-e) alpontjában meghatározott adatokat;
 - b) a személyi sérülés vagy személyiségi jogsérelem miatt kárigényt érvényesítő személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat; és
 - c) a károsodott vagyontárgyat vagy a személyi sérülés vagy személyiségi jogsérelem miatt kárigényt érvényesítő személyt érintő korábbi - az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos - biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat.
- (6) A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének.
- (7) A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti.
- (8) Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés (7) pontban meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás jogerős befejezéséig.
- (9) Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.
- (10) A megkereső biztosító az (1) pontban meghatározott megkeresésről, az abban szereplő adatokról, továbbá a megkeresés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló törvényben szabályozott módon tájékoztatja
- (11) A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat a biztosítandó vagy biztosított érdekeire nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal az (1) pontban meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.

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

A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozásának megelőzése és megakadályozása

A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvényben foglaltak értelmében kötelező az ügyfél-átvilágítás a jogszabályban meghatározott esetekben, így különösen a szerződéses kapcsolat keletkezésénél és a szolgáltatás igénybevételekor, illetve a 3,6 millió forintot elérő vagy meghaladó összegű üzleti megbízás teljesítése esetén. Az ügyfél az azonosítás során büntetőjogi felelőssége tudatában köteles valós adatokat szolgáltatni és a szerződéses kapcsolat fennállása alatt a megadott adatokban bekövetkezett változásokat köteles 5 munkanapon belül bejelenteni a Biztosítónak.

Az alkalmazott jog

A szerződés tekintetében a magyar jogrend az irányadó, az alkalmazandó jog a magyar.

Az életbiztosítási szerződésre vonatkozó adószabályok

Az életbiztosítási szerződésre a Személyi Jövedelemadóról szóló (1995. évi CXVII. törvény) törvény vonatkozik. Az életbiztosítási szerződéseket kamatadó terheli, melyet a Biztosító, mint kifizető levon. Ha a Biztosítót, mint kifizetőt egyéb közteher megfizetése is terheli, a Biztosító azt is érvényesíti a biztosítási szolgáltatás, visszavásárlási érték kifizetésének összegében. A Biztosító honlapján tájékoztatást ad az életbiztosításokra vonatkozó aktuális adózási szabályokról, emellett a szerződési feltételek mellé csatolja az aktuális adójogi tájékoztatót is.

A Biztosító ügyfélszolgálat

Amennyiben a Biztosító tevékenységével kapcsolatban kérdése, esetleg bármilyen panasz merül fel, kérjük, hogy azt telefonon a 06 40 30 30 30-as telefonszámon vagy írásban jelezze címünkre: 1138 Budapest, Váci út 135–139. Az életbiztosításhoz kapcsolódó befektetési egységek napi árfolyamáról a www.viennialife.hu honlapon és a kedvezményesen hívható 06 40 30 30 30-as telefonszámon tájékozódhat. Befektetéseinek aktuális elhelyezéséről és értékéről évente egyszer, illetve erre irányuló megkeresése esetén levélben tájékoztatjuk Önt.

Panaszfórumok

Amennyiben a Biztosító magatartására, tevékenységére, vagy mulasztására vonatkozó panasz keletkezne, azt akár szóban (személyesen, telefonon), akár írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) bejelentheti a Biztosító részére. A Biztosító a panaszkezelésre vonatkozó részletes tájékoztatását, a panaszok bejelentésére vonatkozó lehetőségeket és elérhetőségeket honlapján (www.viennialife.hu) közzéteszi, valamint ügyfélfogadásra nyitva álló helyiségeiben kifüggeszti.

Amennyiben a Biztosító által adott válasz nem lenne kielégítő, lehetőség van a fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a pénzügyi közvetítőrendszer felügyeletével kapcsolatos feladatkörében eljáró Magyar Nemzeti Banknál (központi cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., központi postacím: 1534 Budapest BKKP Postafiók 777) fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezni, vagy a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén bírósághoz fordulni, vagy a Pénzügyi Békéltető Testület eljárását kezdeményezni (központi cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., központi postacím: 1525 Budapest, BKKP Postafiók 172).

Teljes Költség Mutató tájékoztató

Tisztelt Leendő Ügyfelünk!

Az Ön által megkötni kívánt élet- és/vagy nyugdíjbiztosítás az olyan befektetési egységekhez kötött (ún. unit-linked típusú) biztosítások körébe tartozik, ahol a biztosító – az Ön választása szerinti formában – fekteti be a befizetett biztosítási díj megtakarításra szolgáló részét.

Annak érdekében, hogy Ön, a szerződéshez kapcsolódó költségekről átfogó képet kapjon, a Magyar Biztosítók Szövetségének TKM Charta-hoz csatlakozó tagbiztosítói megalkották az ún. **Teljes Költség Mutatót (TKM)**. A csatlakozó biztosítók vállalják, hogy a TKM-et egységesen alkalmazzák a befektetéssel kombinált életbiztosítások TKM Szabályzatban meghatározott körére, továbbá azt is vállalják, hogy a mutató értékéről Önt, mint leendő szerződőt előzetesen tájékoztatják annak érdekében, hogy megalapozottabb döntést tudjon hozni.

Mi a TKM?

A Teljes Költség Mutató (TKM mutató) egy, az Ön tájékoztatását szolgáló, egyszerű mutató, amely egy százalékos érték vagy értéktartomány segítségével fejezi ki a **típuspéldában bemutatott biztosítás költségeit, amelyek tartalmazzák – többek között – a termékbe beépített biztosítási kockázati fedezetek ellenértékét is.**

Mire szolgál?

A TKM megmutatja, hogy adott paraméterek mentén **közelítőleg mekkora hozamvesztés éri Önt egy elméleti, költségmentes befektetés hozamához képest amiatt, hogy a hozamot az adott unit linked terméken érte el.**

Miben szolgálja az Ön érdekeit?

A TKM segítségével – a típuspéldán keresztül – **Ön egyszerűbben össze tudja hasonlítani** a magyar életbiztosítási piacon kínált befektetési egységekhez kötött (unit-linked) biztosítások költség szintjeit.

Lássunk egy egyszerű típuspéldát

A biztosított kora és díjfizetés módja

- A biztosított 35 éves személy, aki
 - 1.750.000,- Ft-ért (vagy annak megfelelő EUR/USD/CHF stb.) **egyszeri díjas**, vagy
 - 210.000,- Ft éves díjjal (vagy annak megfelelő EUR/USD/CHF stb.) **rendszeres díjú**, éves díjfizetésű biztosítást köt, ahol a díjfizetés csoportos beszedési megbízással vagy átutalással történik.

A befektetési lehetőségekhez kötött élet- és/vagy balesetbiztosítási szolgáltatások

- A megkötni kívánt **biztosítás a befektetési lehetőség mellett kockázati biztosítási szolgáltatást is tartalmaz (pl. élet vagy balesetbiztosítás)**. A TKM mutató azon biztosítási fedezet(ek) kockázati díját is figyelembe veszi költségként, amely(ek) azokra a biztosítási szolgáltatásokra vonatkoznak, amelyek a konkrét termékre vonatkozó biztosítási feltételek szerint kötelezően választandó(ak).
- Jelen A6108 jelű biztosítás esetében a szerződésbe épített biztosítási kockázat jellemzői a következők:
 - Baleseti halál (a Szerződő számlájának devizájától függően 1 000 000 HUF vagy 4000 EUR vagy 5000 CHF).

A biztosítás időtartama

- A TKM kalkuláció különböző időtartamokra történik. Ez arra szolgál, hogy látható legyen, miként befolyásolják a különböző időtartamok a termék költségterhelését.
- Rendszeres díjfizetés esetén a számítás 10-15-20 évre, egyszeri díjas szerződéseknél 5-10-20 évre történik. Amennyiben a fenti tartamok közül valamelyikre nem történik számítás, az azt jelenti, hogy az adott tartam a konkrét termékre nem elérhető.

Fontos tudni, hogy a nyugdíjbiztosítások esetében a fenti számítási mód annyiban tér el, hogy a biztosító folyamatos díjas szerződések esetén 45-50-55 éves biztosítottal, egyszeri díjas szerződések esetén 45-55-60 éves biztosítottal számol, a hozzájuk értelemszerűen tartozó 20-15-10, illetve 20-10-5 éves biztosítási időtartamokkal. Ez a számítási mód azért figyelembe veszi a kérdéses termék speciális tulajdonságát, – miszerint az jellemző módon nyugdíjba vonuláskor szolgáltat – pontosabb tájékoztatást nyújt az ügyfelek számára. A megkülönböztethetőség érdekében a nyugdíjbiztosítások esetén a TKM helyett a TKM^{Ny} jelölést alkalmazzuk.

A TKM számítás figyelembe veszi minden, a termékhez tartozó, a befektetés értékét csökkentő olyan költséget, ami azért merül fel, mert Ön az adott befektetést befektetési egységekhez kötött terméken keresztül valósította meg. Nem veszi ugyanakkor figyelembe a díjhoz és a kifizetésekhez kapcsolódó esetleges adó- és járulékkerheteket és/vagy kedvezményeket. Amennyiben a különböző eszközalapok kezelési díjai eltérnek, akkor egyetlen százalékos érték helyett egy minimum-maximum tartományt adnak meg a biztosítók.

Jelen A6108 jelű, folyamatos díjfizetésű befektetési egységekhez kötött életbiztosítás, amelyhez magyar forintban, euróban és svájci frankban vezetett eszközalapok kapcsolhatóak, TKM értéke:		
10 évre	15 évre	20 évre
5,87% – 7,41%	2,00% – 3,47%	0,75% – 2,20%

Figyelem!

Fontos tudnivaló, hogy a szerződés megkötése előtt közölt TKM értékek a típuspéldánkban bemutatott paraméterek esetén értendőek, **azt feltételezve, hogy a szerződés az adott tartam alatt mindvégig élő, nem kerül módosításra, a szerződésből pénzkivonás semmilyen formában nem történik és a megállapított díj az adott tartam során maradéktalanul megfizetésre kerül.** A TKM mutató nem a megvásárolni kívánt konkrét szerződéssel kapcsolatban ad pontos képet a költségekről, hanem **megközelítő tájékoztatást nyújt az adott termékkel kapcsolatos költségekről, amelyek természetesen a szerződés egyedi paramétereire tekintettel akár lényegesen is eltérhetnek a közölt TKM-től.**

A TKM számítására és alkalmazására vonatkozó szabályzat a Magyar Biztosítók Szövetségének honlapján (www.mabisz.hu) olvasható.

Felhívjuk a figyelmet arra, hogy a TKM mutató fontos, de nem az egyetlen lényeges pontja a befektetési egységekhez kötött életbiztosításokra vonatkozó ügyféltájékoztatásnak. Nem elhanyagolható szempont a konkrét ajánlatban szereplő biztosítási fedezet jellege (baleset vagy életbiztosítás) és nagysága. Hosszú távú megtakarításokról lévén szó, szempont lehet továbbá, hogy a tartam alatt esetleg megváltozó élethelyzetben a termék mennyire testre szabható (pl. milyen kiegészítő fedezettel bővíthető a biztosítás), mennyire likvid az adott szerződésben elhelyezett összeg, milyen további kényelmi megoldásokat kínál a társaság az ügyféligények kiszolgálására (pld. befektetések online átcsoportosításának lehetősége).

Köszönjük figyelmét és bízunk abban, hogy a TKM bevezetésével is hozzájárulunk ahhoz, hogy különböző biztosítók által kínált, befektetési egységekhez kötött biztosítások költségszintje átlátható és összehasonlítható legyen, és így Ön még inkább megalapozott, informált döntést hozzon a biztosítási szolgáltatás megvásárlásakor.

2014. szeptember 29.

A6108 életbiztosítás feltételcsomag

1.	ÁLTALÁNOS SZEMÉLYBIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK.....	12
2.	BEFEKTETÉSI EGYSÉGEKHEZ KÖTÖTT ÉLETBIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI (A6108)	31
3.	KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK ÁLTALÁNOS FELTÉTELEI	88
4.	HALÁLESETRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI (A7111).....	100
5.	BALESETI HALÁLRA SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KIEMELT TÉRÍTÉSSEL KÜLÖNÖS FELTÉTELEI (A0114).....	102
6.	BALESETI ROKKANTSÁGRA SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KIEMELT TÉRÍTÉSSEL KÜLÖNÖS FELTÉTELEI (A0115)	104
7.	BALESETI MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI (A0121)	108
8.	MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI (A1111)	112
9.	VÉGLEGES ROKKANTSÁG ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI (A1103).....	121
10.	KÉTSZERES JÁRADÉKSZOLGÁLTATÁS ROKKANTSÁG ESETÉRE KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI (A9114).....	137
11.	AZ ESZKÖZALAPOKHOZ KAPCSOLÓDÓ EGYEDI FUNKCIÓ FELTÉTELEI (ÁRFOLYAMFIGYELÉS)	142
12.	ADÓZÁSI TÁJÉKOZTATÓ	151

Általános Személybiztosítási Feltételek

1. Fejezet – Általános rendelkezések

1.1.

Jelen Általános Személybiztosítási Feltételek (a továbbiakban általános feltételek) – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – a Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (a továbbiakban Biztosító) élet-, egészség- és balesetbiztosítási szerződéseire (a továbbiakban biztosítási szerződés), illetve az egyéb biztosításainak élet-, egészség- és balesetbiztosítást tartalmazó részeire érvényesek, feltéve, hogy a biztosítási szerződést ezen feltételekre való hivatkozással kötötték.

1.2.

Jelen általános feltételekben, valamint a különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak. Nem válik a biztosítási szerződés részévé a Biztosító és a Szerződő vagy Biztosított közötti korábbi üzleti kapcsolat során kialakított szokás, illetve gyakorlat, sem a biztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás.

1.3.

A biztosítási szerződés megkötésének előfeltétele, hogy a Szerződő ajánlatot tegyen a Biztosítónak.

1.4.

A Biztosító, az ajánlat elfogadása esetén a választott szolgáltatásokról biztosítási fedezetet igazoló dokumentumot, vagyis kötvényt állít ki a Szerződőnek.

1.5.

Az ajánlat elutasítását a Biztosító nem köteles megindokolni.

2. Fejezet – A biztosítási szerződés alanyai

2.1.

A Biztosító az a jogi személy (Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., 1138 Budapest, Váci út 135–139.), amely a befizetett díj ellenében vállalja az élet-, egészség- vagy balesetbiztosítási kockázatot és a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a különös feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.

2.2.

A Szerződő fél az a személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz, és kötelezettséget vállal a mindenkor esedékes díjak befizetésére. Ha a szerződést nem a Biztosított köti, a biztosítási esemény bekövetkezéséig vagy a Biztosított belépéséig a Szerződő a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a Biztosítottat köteles tájékoztatni.

2.3.

Biztosított az a természetes személy, akinek a biztosítási tartamon belüli élet-, egészség- vagy balesetbiztosítási eseményeire a biztosítási szerződés létrejön.

A Biztosító a Biztosított életkorát úgy állapítja meg, hogy a biztosítás kezdetének évszámából levonja a Biztosított születésének évszámát.

2.4.

Nem biztosíthatók olyan személyek, akik tartósan és teljesen munkaképtelenek, a súlyos idegbetegek, az elmebetegek és az állandó gondozásra szorulók. Tartósan és teljesen munkaképtelennek kell tekinteni azokat, akik betegség, egyéb fogyatékosság miatt nem képesek kereső tevékenységre és ilyet nem is folytathatnak. Állandó gondozásra szorulónak kell tekinteni azokat, akik a mindennapi életvitelhez állandóan és tartósan külső segítséget kénytelenek igénybe venni. Nem lehet Biztosított, akinek a részére rokkantsági vagy rehabilitációs ellátást állapítottak meg.

2.5.

Nem biztosítható személyekre balesetbiztosítási szerződés nem köthető. Ha a Biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt vált biztosíthatatlanná, vagy a biztosítási érdek megszűnt, a szerződés, illetőleg annak megfelelő része megszűnik. Ebben az esetben a Biztosító addig a napig járó díjak megfizetését követelheti, amikor kockázatviselése véget ért.

2.6.

A biztosítási szerződésben a Szerződő és a Biztosított személye különválhat.

2.7.

A biztosítási szerződésben Kedvezményezett az a személy, aki a biztosítási szolgáltatásra jogosult.

Kedvezményezett lehet:

- a biztosítási szerződésben megnevezett személy
- a bemutatóra szóló kötvény birtokosa (baleset- és egészségbiztosítási termékek esetén)
- ilyen személyek hiányában, vagy ha a Kedvezményezett megnevezése nem volt érvényes a biztosítási esemény időpontjában, a Biztosított vagy örököse.

2.8.

A Biztosított életében esedékes szolgáltatások Kedvezményezettje a Biztosított.

2.9.

A Szerződő jelölheti ki a Kedvezményezettet a Biztosítóhoz címzett és a Biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal. Ha a Szerződő és a Biztosított személye nem azonos, a Kedvezményezett jelöléshez és visszavonásához a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Ha a Szerződő a Biztosítotthoz vagy a Kedvezményezetthez intézett írásbeli nyilatkozattal kötelezettséget vállal arra, hogy a kedvezményezett kijelölését folyamatosan hatályban tartja, a kedvezményezett kijelölését nem lehet visszavonni vagy megváltoztatni azon személy hozzájárulása nélkül, akinek részére a kötelezettségvállalást tették. A Szerződő nyilatkozatáról a Biztosítót tájékoztatni kell.

2.10.

A Kedvezményezett jelölése hatályát veszti, ha a Kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal, vagy jogutód nélkül megszűnik. Ebben az esetben Kedvezményezettek a Biztosított örökösei, amennyiben a Szerződő nem él további kedvezményezettjelölési jogával.

2.11.

A Biztosított hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek a Kedvezményezett kijelölését tartalmazó része semmis. Ilyen esetben Kedvezményezettnek a Biztosítottat, illetőleg örökösét kell tekinteni, aki a kifizetett biztosítási díjakat és a szerződésre fordított költségeket a Szerződőnek – köteles megtéríteni.

2.12.

A biztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához – ha a Szerződő és a Biztosított személye nem azonos – a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Ha a Biztosított kiskorú és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülője köti meg, a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges. A gyámhatóság jóváhagyásával érvényes a szerződés akkor is, ha a Biztosított a cselekvőképességében vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy.

2.13.

Biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a szerződés a biztosítási időszak végével megszűnik, kivéve ha a Biztosított a Szerződő írásbeli hozzájárulásával a szerződésbe belép.

2.14.

A Biztosított a Biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal a szerződésbe Szerződőként bármikor a szerződés hatálya alatt beléphet, a belépéshez a Biztosító hozzájárulása nem szükséges. A belépéssel a szerződő felet megillető jogok és az őt terhelő kötelezettségek összessége a biztosítottra száll át. Ha a Biztosított belép a szerződésbe, a folyó biztosítási időszakban esedékes biztosítási díjakért a Biztosított a Szerződővel egyetemlegesen felelős. A belépő Biztosított köteles a Szerződőnek a szerződésre fordított költségeit, beeleértve a biztosítási díjat is megtéríteni.

3. Fejezet – A szerződés létrejötte

3.1.

A biztosítási szerződés a Szerződő és a Biztosító megállapodása alapján jön létre, amelyet a Szerződő a Biztosítóhoz benyújtott ajánlattal kezdeményez. Az ajánlattevő az ajánlatához annak megtételétől számított 15 napig, ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre (egészségügyi kérdőív, orvosi vizsgálat) van szükség, akkor 60 napig kötve van.

3.2.

A Biztosított nyilatkozat az a dokumentum, amely tartalmazza a Biztosítottnak a szerződés megkötésére vonatkozó hozzájáruló nyilatkozatát, a hatóságokra, intézményekre vonatkozó titoktartási kötelezettség alóli felmentést, az egészségi állapotával összefüggő adatok kezeléséhez való hozzájárulását valamint a Biztosítottnak a Kedvezményezett megjelölésére vonatkozó hozzájárulását. A Biztosított nyilatkozat a szerződés elválaszthatatlan részét képezi, amelynek megadása megtörténhet az ajánlaton és külön nyomtatványon is.

3.3.

A Biztosító az ajánlat elfogadása előtt egészségügyi kockázatfelmérést végezhet, amelyhez a Biztosított egészségi nyilatkozatát vagy orvosi vizsgálatát, illetve egyéb írásos nyilatkozatait is kérheti. A Biztosító jogosult az így tudomására jutott adatokat ellenőrizni.

3.4.

A Biztosítottnak a nyilatkozatokat a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell kitöltenie. A Biztosító által feltett kérdéseket tartalmazó nyilatkozatok az ajánlat részét képezik. A Biztosító jogosult a kérdéseket telefonon keresztül, kiszervezett tevékenységet végző partnere útján feltenni.

3.5.

A kockázatelbírálás eredményétől függően a Biztosító az ajánlatot elfogadja, elutasítja, vagy az ajánlatra módosító javaslatot tesz. Az ajánlat esetleges elutasítását, illetve a módosító javaslatot a Biztosító nem köteles megindokolni.

3.6.

A Szerződő a módosító javaslatot annak közlésétől számított 15 napon belül írásban elutasíthatja.

3.7.

A szerződés létrejön, ha a Biztosító az ajánlatot elfogadja és fedezetet igazoló dokumentumot, azaz kötvényt állít ki. Ha a kötvény a Szerződő ajánlatától eltér, és az eltérést a Szerződő a kötvény kézhezvételét követően késedelem nélkül nem kifogásolja, a szerződés a kötvény szerinti tartalommal jön létre. Ez a rendelkezés lényeges eltérésekre akkor alkalmazható, ha a Biztosító az eltérésre a Szerződő figyelmét a kötvény átadásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.

3.8.

A szerződés akkor is létrejön az ajánlatban foglalt feltételekkel, ha a Biztosító az ajánlatra annak beérkezésétől számított 15 napon belül, ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 napon belül, nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlatot a biztosítási szerződés tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a Biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és díjszabásnak megfelelően tették. Ebben az esetben a biztosítási szerződés az ajánlat szerinti tartalommal, az ajánlatnak a Biztosító részére történő átadása időpontjára visszamenőleges hatállyal a kockázatelbírálási idő elteltét követő napon jön létre.

3.9.

A 3.8. pontban meghatározott esetben ha a kockázatelbírálási idő alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, az ajánlatot a biztosító csak abban az esetben utasíthatja vissza, ha ennek lehetőségére az ajánlati lapon a figyelmet felhívta és az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy az ajánlat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges.

3.10.

Ha a Biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér a Biztosító általános és különös szerződési feltételeitől, a szerződés létrejöttétől számított tizenöt napon belül javasolhatja, hogy a szerződést a feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a Szerződő a javaslatot nem fogadja el vagy arra tizenöt napon belül nem válaszol, a Biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított tizenöt napon belül a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.

4. Fejezet – A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete

4.1.

A Biztosító kockázatviselése a szerződés létrejöttének időpontjában kezdődik, amennyiben az első vagy egyszeri biztosítási díj a Biztosító számlájára vagy pénztárába befizetésre került. Amennyiben az első vagy egyszeri biztosítási díj nem került megfizetésre a szerződés létrejöttéig, a Biztosító kockázatviselése a biztosítás első vagy egyszeri díjának a Biztosító számlájára vagy pénztárába történő megfizetését követő nap 0 órájkor kezdődik. A hatálybalépés időpontját a Különös Feltételek ettől eltérően is meghatározhatják.

4.2.

Ha a Szerződő a díjat – díjátvételre biztosítói meghatalmazással rendelkező – ügynöknek fizette, a díjat legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon a Biztosító számlájára, illetve pénztárába beérkezettnek kell tekinteni. A Szerződő azonban bizonyíthatja, hogy a díj korábban érkezett be.

4.3.

Ha a Szerződő a díjat az ajánlat Biztosítóhoz való beérkezését megelőzően fizeti meg, ezt az összeget a szerződés létrejöttéig a Biztosító kamatmentes előlegként kezeli, amelyet a biztosítási díjba beleszámít. Ha a biztosítási szerződés nem jön létre, a Biztosító a befizetett díjelőleget, illetve díjat a Szerződőnek 15 napon belül kamatmentesen visszafizeti.

4.4.

A Biztosító a szerződésben várakozási időt köthet ki. A Biztosító kockázatviselése a várakozási idő alatt részleges, kizárólag a balesetekre, illetve a balesettel okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre terjed ki.

4.5.

A biztosítási időszak egy év. A biztosítási évforduló a kockázatviselés kezdetének napja. Biztosítási hónapforduló, minden hónapban a kockázatviselés kezdetének a napja, vagy amennyiben ilyen nap nincs az adott hónapban, akkor a hónap utolsó napja.

5. Fejezet – A várakozási idő

5.1.

A várakozási idő alatt azt az időszakot kell érteni, amikor a Biztosító kiköti, hogy valamely biztosítási esemény kockázatát csak a szerződés létrejöttét követő későbbi időponttól vállalja, vagy ha a biztosítási esemény a várakozási időn belül következik be, akkor jogosult a szolgáltatást csökkenteni. A várakozási idő az orvosi vizsgálat nélkül kötött szerződések esetén a szerződés létrejöttétől a kockázatviselés megkezdődéséig tart. A balesetbiztosítási szerződések tekintetében nincs várakozási idő.

A várakozási idő életbiztosítás esetén legfeljebb 6 hónap lehet. Egészségbiztosítások tekintetében az ápolási szolgáltatásra irányuló biztosítás esetén, illetve akkor, ha a biztosítandó személy valamely tartós betegsége a szerződéskötéskor mindkét fél által ismert volt, az említett betegségekre vonatkozóan a felek az egészségbiztosítási szerződésben legfeljebb hároméves várakozási időt köthetnek ki. Egészségbiztosítások esetén a várakozási időbe beszámít az az időtartam, amelynek során a Biztosított az egészségbiztosítás megkötését megelőzően – legfeljebb hatvan napon belül – megszűnt korábbi egészségbiztosítási szerződés alapján folyamatosan jogosult volt egészségbiztosítási szolgáltatásra.

5.2.

A Biztosító előírhatja a Biztosítottak korának és a választott biztosítási összegnek függvényében az orvosi vizsgálat elvégzését. A Biztosító eltekint a várakozási időtől, ha a Biztosított az előírt orvosi vizsgálatot elvégezteti és a vizsgálatok eredményét a Biztosító rendelkezésére bocsátja.

5.3.

A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, amennyiben a biztosítási esemény a várakozási időn belül következik be – kivéve az előző pontban foglalt eseteket. Ebben az esetben a Biztosító az adott személyre vonatkozó díjat a biztosítási esemény bejelentésétől számított 15 napon belül visszatéríti, és a díjvisszatérítéssel a biztosítás az adott Biztosított vonatkozásában megszűnik.

5.4.

Nem vonatkozik a várakozási idő a biztosítási időtartam alatt bekövetkező balesetekre és azok következményeire.

5.5.

A várakozási idő tartamának az általános feltételektől eltérő szabályozása a különös feltételekben található.

6. Fejezet – Orvosi vizsgálat élet- és egészségbiztosítás esetén

6.1.

A életbiztosítási és egészségbiztosítási szerződés megkötéséhez a Biztosító a Biztosított egészségi állapotától, a biztosítási összeg nagyságától, a biztosítási terméktől, valamint a Biztosított életkorától függően előírhatja orvosi vizsgálat lefolytatását. Amennyiben a Biztosító a szerződés megkötéséhez a különös feltételekben előírja az orvosi vizsgálat lefolytatását, annak költségeit a Biztosító viseli. Ha a Szerződő az orvosi vizsgálat elvégzése után eláll a biztosítási szerződés megkötésétől, a Biztosító az orvosi vizsgálat költségeit a Szerződőre terheli.

6.2.

Orvosi vizsgálat esetén, amennyiben a Biztosító elfogadja az ajánlatot, a biztosítást várakozási idő nélkülinek kell tekinteni. A Biztosító orvosi vizsgálat nélkül is eltekinthet a várakozási időtől, de ezért pótdíjat számolhat fel.

6.3.

Az orvosi vizsgálat nélkül kötött biztosítás esetén is köteles a Biztosított az egészségi nyilatkozat kitöltésére, ettől azonban a Biztosító eltekinthet.

7. Fejezet – Biztosítási esemény

7.1.

Biztosítási esemény az életbiztosítási szerződés szerint

- a természetes személy Biztosított halála,
- az előre meghatározott életkor, vagy időpont életben elérése,
- egyéb esetben a különös feltételekben meghatározott esemény bekövetkezése.

7.2.

Balesetbiztosítási eseménynek számít a Biztosított akaratától függetlenül hirtelen fellépő, egyszeri külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a Biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt éri és amellyel összefüggésben a Biztosított a baleset bekövetkezésétől számított egy éven belül elhalálozik illetve megrokkann, vagy egészségkárosodást szenved, amelynek következtében a Biztosított 1 éven belül:

- meghal,
- tartós egészségkárosodást vagy rokkantságot szenved,
- kórházi ápolásra szorul,
- műtéti beavatkozást végeznek rajta.

7.3.

Balesetbiztosítás esetén biztosítási eseménynek minősülnek továbbá a vízbefúlás, égési sérülések, leforrázás, rovarcsípés, villámcsapás vagy elektromos áram behatásai. A betegségek nem minősülnek balesetnek, a fertőző betegségek még balesetek következményeként sem minősülnek balesetnek.

7.4.

Egészségbiztosítás esetén biztosítási eseménynek számítanak a Biztosított megbetegedése esetén végzett orvosilag szükséges és indokolt vizsgálatok, beavatkozások, műtétek, ápolások, amelyeket a különös feltételek határoznak meg, és amelyek elvégzése a Biztosítotton hitelesen bizonyított. Betegség a mindenkori orvostudomány által rendellenesnek tartott biológiai, testi, pszichés állapot.

7.5.

A biztosítási eseményeket és a Biztosító szolgáltatásait termékenként a élet-, egészség- és balesetbiztosítás különös feltételei határozzák meg.

8. Fejezet – A biztosítási összeg

A Szerződő a biztosítási szerződés megkötésekor szabadon megválaszthatja a biztosítási összeget az egyes biztosítási termékek esetében.

9. Fejezet – A biztosítás tartama

9.1.

Élet-, egészség- vagy balesetbiztosítás határozott vagy határozatlan tartamra köthető.

9.2.

Biztosítási időszaknak egy év tekintendő.

9.3.

A határozott tartamra kötött biztosítási szerződés megállapodás szerinti tartama legalább egy év. A biztosítási szerződés a határozott idő lejártával megszűnik.

9.4.

Az egyes termékek ettől eltérő tartamra vonatkozó előírásait a termék különös feltételei tartalmazzák.

10. Fejezet – A biztosítás területi és időbeli hatálya

A biztosítási szerződés hatálya – ellenkező kikötés hiányában, melyeket az egyes termékek különös feltételei tartalmaznak – az egész világra korlátozás nélkül kiterjed.

11. Fejezet – A szerződés megszűnése, felmondása

11.1.

Az életbiztosítási szerződést a Szerződő a szerződés létrejöttéről és a Szerződő felmondási jogáról szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül írásbeli nyilatkozattal – indoklás nélkül – felmondhatja. A Szerződő felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően a Biztosító köteles 15 napon belül a Szerződő által a biztosítási szerződéssel kapcsolatban bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel elszámolni. A Biztosító a felmerült költségei fedezetének érdekében a befizetett díjakból képzett, a Szerződő számlájának aktuális értékét csökkentve – a kötvényesítés egyszeri költségével, a szerződéskötési költséggel, a nyilvántartási költséggel és díjfizetési módhoz kapcsolódó költséggel – fizeti vissza, a felmondási kérelem Biztosítóhoz való beérkezését követő első értékelési napon érvényes befektetési egység árfolyamon. A felmerülő és levonásra kerülő költségeket és azok mértékét a Különös Feltételek tartalmazzák. A Szerződő érvényesen nem mondhat le az őt megillető felmondási jogról, azonban a felmondási jog nem illeti meg a Szerződőt, ha a szerződés időtartama a 6 hónapot nem haladja meg, illetve hitelfedezeti életbiztosítás esetében sem.

11.2.

A biztosítási szerződés megszűnik (egészségbiztosítási szerződések esetében szolgáltatás és díjvisszatérítés nélkül), ha

- a Szerződő meghal, és a Biztosított nem lép be a szerződésbe a Szerződő helyébe,
- a szerződésben meghatározott biztosítási tartam lejár, illetve megszűnik az adott Biztosított vonatkozásában,
- a Biztosított meghal,
- a Biztosított betölti 75. életévét vagy a különös feltételekben meghatározott életkort.

11.3.

Ha az esedékes biztosítási díjat nem fizetik meg, a Biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a Szerződőt a felszólításban meghatározott póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja.

A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés megszűnik:

- életbiztosítási szerződés esetén a folyatónapi díjak tekintetében az esedékesség napjától számított 90. napon 0 órakor,
- baleset-, és egészségbiztosítás esetén illetve életbiztosítási szerződés esetén az első vagy egyszeri díjak tekintetében, a póthatáridő eredménytelen elteltével az esedékesség napjára visszamenő hatállyal.

Nem szűnik meg a szerződés a díjfizetés elmulasztásának következtében a kockázati életbiztosításnak nem minősülő életbiztosítási szerződés esetén, amennyiben az eredménytelenül eltelt póthatáridőt követő napon a szerződés rendelkezik visszavásárlási összeggel. Ilyen esetben a szerződés az esedékességtől számított 90. napon követő naptól megfelelően csökkentett biztosítási összeggel marad fenn, azaz díjmentesen leszállított lesz. A Szerződő azonban az elmulasztott díj esedékességétől számított 90. napig a Biztosítóhoz eljuttatott írásbeli nyilatkozattal e jogkövetkezmény helyett választhatja a szerződés rendes felmondását.

A teljes biztosítási időszakra járó díjat a Biztosító az első évben bírósági úton érvényesítheti; ezt követően csak akkor élhet e jogával, ha abban az évben a szerződő fél a díjfizetést már megkezdte vagy a díjfizetés halasztásában állapotok meg.

Életbiztosítás esetén a Szerződő a visszavásárlási értékre jogosult, amennyiben az aktuális díjtartalék nem haladja meg a Biztosító által meghatározott minimális értéket, illetve – kifizetés nélkül megszűnik, ha nincs visszavásárlási értéke vagy az nem pozitív. A szerződés a tartam végén akkor is megszűnik, ha arra további díjfizetés történik.

11.4.

A Biztosító és a Szerződő megállapodhatnak a díjfizetés halasztásában, illetve folytatólagos díj esetében a Szerződő kérheti a díj szünetelését a termék különös feltételei szerint.

11.5.

Ha a biztosítási esemény bekövetkezik, és a szerződés megszűnik, a Biztosító az egész biztosítási időszakra járó díj megfizetését követelheti. A szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a Biztosító az addig a napig járó díj megfizetését követelheti, amikor kockázatviselése véget ért. Ha az időarányos díjnál több díjat fizettek be, a biztosító a díjtöbbletet kamatok nélkül 30 napon belül visszafizeti.

11.6.

A biztosítási szerződés megszűnését a Biztosító a különös feltételekben az általános feltételektől eltérően is szabályozhatja.

11.7.

A Szerződő, amennyiben az első éves biztosítási díjat befizette, az életbiztosítási szerződést írásban, harmincnapos felmondási idő mellett a biztosítási időszak utolsó napjára felmondhatja. A határozatlan időre kötött balesetbiztosítási szerződést a felek valamelyike, egészségbiztosítási szerződés esetén a Szerződő, a biztosítási évfordulót legalább 30 nappal megelőzően írásban a biztosítási időszak utolsó napjára felmondhatja. Élet-, és egészségbiztosítás esetén a Biztosító nem mondhatja fel a szerződést, kivéve a biztosítási kockázat jelentős növekedése esetén. Egészségbiztosítás tekintetében nem tekinthető a biztosítási kockázat jelentős növekedésének a biztosított életkora előrehaladásából származó természetes egészségromlás lehetősége.

12. Fejezet – A Szerződő jogai és kötelezettségei

12.1.

A Szerződő javaslatot tehet a szerződés módosítására.

12.2.

A Szerződő a biztosítási esemény bekövetkezéséig vagy a biztosított belépéséig a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról köteles tájékoztatni a Biztosítottat.

12.3.

A szerződés létrejöttétől és a Szerződő felmondási jogáról szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül az életbiztosítási szerződést a Szerződő indokolás nélkül felmondhatja jelen feltételek 11.1. pontja alapján.

A felmondási jog nem illeti meg a Szerződőt hitelfedezeti életbiztosítás esetén illetve, ha a szerződés időtartama a 6 hónapot nem haladja meg.

13. Fejezet – A Biztosított kötelezettségei a biztosítási esemény bekövetkezése után

13.1.

Balesetbiztosítási és egészségbiztosítási esemény bekövetkezése esetén nem terheli a Biztosítottat állapotmegőrzési kötelezettség. Balesetbiztosítási és egészségbiztosítási szerződés esetén a Szerződő és a Biztosított a kár megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást köteles tanúsítani.

A Szerződő és a Biztosított a Biztosító előírásai és a káresemény bekövetkezésekor adott utasításai szerint, ezek hiányában az adott helyzetben általában elvárható magatartás követelménye szerint köteles a kárt enyhíteni. Ennek keretében a Szerződőnek és a Biztosítottnak a betegség vagy baleset után mindent meg kell tennie a kár enyhítése érdekében: haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe vennie és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatnia kell. Ugyanígy gondoskodnia kell az ápolásról és a következmények lehetőség szerinti elhárításáról és enyhítéséről is. A kárenyhítés szükséges költségei a biztosítási összeg keretei között akkor is a Biztosítót terhelik, ha a kárenyhítés nem vezetett eredményre. A Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól, ha bizonyítja, hogy a Szerződő vagy a Biztosított szándé-

kosan vagy súlyosan gondatlanul nem tett eleget kármegelőzési vagy kárenyhítési kötelezettségeinek. Egészségbiztosítás esetén a kárenyhítési kötelezettség szabályainak alkalmazása során nem tekinthető a Biztosító mentesülését eredményező oknak, ha a biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.

13.2.

A Biztosítottnak a biztosítási eseménnyel foglalkozó intézményeket, orvosokat, egészségügyi intézményeket és hatóságokat fel kell kérnie, illetve fel kell hatalmaznia arra, hogy a Biztosító számára a biztosítási eseménnyel kapcsolatos információkat megadják.

14. Fejezet – Közlési kötelezettség

14.1.

A Szerződő és a Biztosított köteles a szerződéskötéskor a biztosítás elvállalása szempontjából minden olyan lényeges körülményt a Biztosítóval közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett. Az ajánlattételkor írásban vagy telefonon feltett kérdésekre adott, a valóságnak megfelelő válasszal közlési kötelezettségüknek eleget tesznek. A kérdések megválaszolatlanul hagyása egymagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését. A Szerződő illetve a Biztosított köteles a lényeges körülmények változását a bekövetkezéstől számított 8 napon belül a Biztosítóknak írásban bejelenteni.

14.2.

Ha a Biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított tizenöt napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést harminc napra írásban felmondhatja. Ha a Szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított tizenöt napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított harmincadik napon megszűnik, ha a Biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a Szerződő fél figyelmét felhívta. Ha a szerződés egyidejűleg több személyre vonatkozik, és a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a Biztosító az itt meghatározott jogait a többi személy vonatkozásában nem gyakorolhatja.

14.3.

A Szerződő köteles a lényeges körülmények mellett a biztosítási szerződésre vonatkozó összes változást annak bekövetkezésétől számított 30 napon belül írásban bejelenteni.

14.4.

Szerződés szempontjából lényeges körülményeknek minősülnek különösen a

- lakcím (Szerződő, Biztosított),
- személyi adatok megváltozása (Szerződő, Biztosított),
- foglalkozás (Biztosított),
- rendszeresen űzött sporttevékenység (Biztosított).

14.5.

A Biztosító az életbiztosítási termék esetén a bejelentett, megváltozott körülmények hatására bekövetkező kockázatváltozás (csökkenés vagy növekedés) miatt a lecsökkent vagy megemelkedett kockázat fennállásának időszakára díjcsökkentést vagy díjemelést alkalmazhatja 14.2 pont szerint, az ott meghatározott korlátozásokkal. Miután a Biztosító értesül a Biztosított megváltozott körülményeiről, annak kézhezvételétől számított 15 napon belül írásban tájékoztatja a Szerződőt a megváltozott díjról. Amennyiben a megváltozott szerződést nem fogadja el vagy az értesítésre 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha a Biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a Szerződő figyelmét felhívta.

14.6.

Mivel baleset- és az egészségbiztosítási termékek esetén a kockázatok díjai a Biztosított ténylegesen gyakorolt foglalkozásának, szakmai tevékenységének és rendszeresen végzett sporttevékenységének megfelelő kockázati osztályba sorolása alapján kerülnek megállapításra, a Biztosított illetve a Szerződő köteles 8 munkanapon belül bejelenteni a Biztosítóknak, ha a biztosítási ajánlaton közölt foglalkozása, szakmája, rendszeresen végzett sporttevékenysége megváltozott. A Biztosító baleset- és egészségbiztosítás esetén a megváltozott körülményekre (foglalkozás, rendszeresen űzött sport- tevékenység) pótdíj ellenében kiterjeszheti a biztosítási védelmet a 14.2 pont szerint, az ott meghatározott korlátozásokkal. Miután a Biztosító értesül a Biztosított megváltozott körülményeiről, 15 napon belül írásban tájékoztatja a Szerződőt a megváltozott díjról. Ha a Szerződő a megváltozott szerződést nem fogadja el vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha a Biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a Szerződő figyelmét felhívta.

Amennyiben a Biztosított szakmája, foglalkozása, rendszeresen végzett sporttevékenysége változása következtében, a változás időpontjában érvényes Biztosítói díjszabás szerint a korábbinál alacsonyabb biztosítási díjat kell fizetnie, akkor a bejelentés időpontjától csak az alacsonyabb díjat köteles a Szerződő fizetnie baleset- és egészségbiztosítási szerződések esetén.

Amennyiben egészségbiztosítás illetve balesetbiztosítás esetén a Biztosított szakmája, foglalkozása, rendszeresen végzett sporttevékenysége változása következtében, a változás időpontjában érvényes Biztosítói díjszabás szerint a korábbinál magasabb biztosítási díjat kellene a Szerződőnek fizetnie, akkor a Biztosító a 14.2 pontban foglaltaknak megfelelően jár el.

14.7.

A közlésre, illetve a változás bejelentésére irányuló kötelezettség a Szerződőt és a Biztosítottat egyaránt terheli. Amennyiben a Szerződő/Biztosított bejelentési kötelezettségének nem tesz eleget, a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályokat kell alkalmazni.

Egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a Biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna. Ha a szerződés több személyre vonatkozik, és a közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a Biztosító a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértésére a többi személy esetén nem hivatkozhat.

14.8.

A közlési kötelezettség megsértése esetén a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve ha a Szerződő biztosítja, hogy

- a Biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a szerződéskötéskor ismerte, vagy
- az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

Életbiztosítás és egészségbiztosítás esetén ha a Biztosító a szerződéskötést követően szerez tudomást a szerződéskötéskor már fennállt lényeges körülményről, az ebből eredő jogokat a szerződés fennállásának az első öt évében gyakorolhatja. A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító kötelezettsége, ha a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt. Ezeket a rendelkezéseket a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változására vonatkozó bejelentési kötelezettségekre is alkalmazandók. A Biztosító ezzel kapcsolatos jogainak gyakorlására nyitva álló ötéves időszak a változásbejelentési határidő leteltét követő napon kezdődik.

14.9.

Azt, hogy a 14.8. pontban leírt körülmények valamelyike fennáll, annak kell bizonyítania, aki azokra hivatkozik.

14.10.

A 14.8. pontban felsorolt esetekben a biztosítási díj csak addig a napig jár a Biztosítóknak, amikor a közlési kötelezettség megsértését a Szerződő vagy a Biztosított írásban elismerte, vagy a bíróság azt valamelyikük, vagy mindkettőjük terhére megállapította.

14.11.

Adatvédelem, titoktartási kötelezettség alóli felmentés

A Szerződő és a Biztosított az ajánlattételkor felhatalmazza a Biztosítót, hogy a szerződés megkötésével, fenntartásával és a Biztosító szolgáltatásával összefüggő adatokat – beleértve a Biztosított egészségi állapotára vonatkozó adatokat is – a Biztosító beszeresse és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja. Egyúttal felmentik az ezen adatokat szolgáltató és a Biztosított adatait kezelő egészségügyi intézményeket és személyeket a titoktartási kötelezettség alól.

A Biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni és időbeli korlátozás nélkül megőrizni.

15. Fejezet – A biztosítási díj

15.1.

A biztosítás díj lehet egyszeri vagy folyamatosan fizetendő éves díj.

15.2.

Az egyszeri díj, illetve az éves díjfizetés első díja az ajánlat megtételekor minden későbbi díj pedig annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.

15.3.

A Biztosító a biztosítási díj éves, féléves, negyedéves és havi részletekben történő kiegyenlítésére is lehetőséget ad. Ekkor éves, féléves, negyedéves és havi fizetési gyakoriságról beszélünk, és fizetési időszaknak nevezzük a biztosítási hónapos, negyedéves, féléves periódust. Az évesnél gyakoribb díjfizetés esetén a Biztosító pótdíjat számít fel, melynek mértéke változhat. A Biztosító a pótlék mértékének változásáról legalább 60 nappal előtte írásban értesíti a Szerződőt.

15.4.

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, a biztosítási összeget és a díjfizetés gyakoriságát.

15.5.

A biztosítási díj annak a biztosítási időszaknak a végéig esedékes, amelyben a biztosítási esemény bekövetkezett amennyiben a szerződés a biztosítási esemény bekövetkezésével megszűnt. A Biztosító a biztosítási összeggel együtt az utolsó díjköteles biztosítási időszak díján felüli esetleges túlfizetést is visszafizeti.

15.6.

Az életbiztosításnál visszavásárlás és díjmentes leszállítás esetén a Biztosító a visszavásárlásig illetve díjmentesítésig járó időarányos díjra jogosult.

15.7.

A szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a Biztosító az addig a napig járó díj megfizetését követelheti, amikor kockázatviselése véget ért. Ha az időarányos díjnál több díjat fizettek be, a Biztosító a díjtöbbletet köteles visszatéríteni.

15.8.

Amennyiben a Biztosító figyelembe veszi az életkort, annak helytelen bevallása esetén a Biztosító a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályok szerint jár el.

15.9.

A Biztosító az életbiztosítási termék esetén a biztosítási díjak egy részéből a biztosításmatematika elvei alapján életbiztosítási díjtartalékot képez. A díjtartalékot szerződésenként tartja nyilván és ez a szerződés visszavásárlásának, díjmentes leszállításának, a kötvénykölcsönnek és a befektetések többelhozamából való részesedésnek számítás alapját képezi.

16. Fejezet – A díjfizetés elmulasztásának következményei

Amennyiben a Szerződő a biztosítási díjat az esedékesség időpontjáig nem egyenlíti ki, a Biztosító a 11.3 pontban meghatározott módon jár el. A Szerződő a Biztosító által a díj megfizetésére való felszólításban meghatározott póthatáridő alatt az elmaradt díjat pótolhatja.

17. Fejezet – Reaktiválás

17.1.

Amennyiben a biztosítási szerződés a folytatólagos díj nemfizetése miatt szűnt meg, a Szerződő a megszűnés napjától számított 120 napon belül írásban kérheti a Biztosító kockázatviselésének helyreállítását. A Biztosító a biztosítási fedezetet a megszűnt szerződés feltételei szerint helyreállíthatja, feltéve, hogy a korábban esedékessé vált biztosítási díjat az időarányos késedelmi kamattal együtt, valamint az esetlegesen kifizetett visszavásárlási értéket megfizeti.

17.2.

A kockázatviselés a teljes díjhátralék megfizetését követő nap 0 órakor újra kezdődhet, amennyiben biztosítási esemény ezalatt az idő alatt nem következett be, a Különös Feltételekben kizáró ok nem szerepel, illetve a díjfizetés elmaradásának időtartama alatt nem történt kockázatnövelő esemény és a Biztosító a reaktiváláshoz hozzájárult. Amennyiben jelentős kockázatnövelő esemény következett be, a Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a szerződést módosítsa.

17.3.

Reaktiváláskor a Biztosított és a Szerződő köteles a díjfizetés elmulasztása alatti időszakban történt, az egészségi állapotukban (súlyosabb betegségek, balesetek) bekövetkezett változásokat a Biztosítónak írásban bejelenteni. A reaktiválást a Biztosító esetlegesen új egészségi nyilatkozat vagy orvosi vizsgálat meglétéhez, illetve kockázatelbírálás alkalmazásához kötheti, amely a Szerződő saját költségére történik.

17.4.

A Biztosító kockázatviselése nem áll fenn a biztosítás megszűnésétől, illetve az elmaradt biztosítási díj esedékességétől a teljes díjhátralék megfizetését követő nap 0 órájáig.

18. Fejezet – A Biztosító mentesülése

18.1.

A Biztosító mentesül a biztosítási szolgáltatás kifizetése alól, ha a Biztosított halála, balesete, betegsége vagy egészségkárosodása, illetve ezek következményei az alábbiakban felsoroltakkal állnak okozati összefüggésben:

- a) életbiztosítás esetén a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, azzal összefüggésben vagy a szerződéskötéstől számított két éven belül elkövetett öngyilkossága következtében vesztette életét,
- b) a Biztosított HIV fertőzöttsége,
- c) valamely betegség, illetőleg egészségi állapot a szerződéskötés előtti, a Biztosítottnál fennálló, de a Biztosító előtt tudatosan elhallgatott megléte,
- d) élet-, és balesetbiztosítás esetén ha a Biztosított a Kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét,
- e) alkohol- és drogfüggőség esetén ezek kezelésével és rehabilitációval összefüggő egészségbiztosítási események,
- f) balesetbiztosítás, illetve kárbiztosításként kötött egészségbiztosítások esetén ha a Biztosító által bizonyítást nyer, hogy a kárt a Szerződő, vagy a Biztosított, illetve a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk okozta.
- g) Kárbiztosításként kerül megkötésre az egészségbiztosítás, ha a Biztosító szolgáltatása a Biztosított kárának a szerződésben meghatározott módon és mértékben történő megtérítésében, vagy a Biztosított részére nyújtott más szolgáltatás teljesítésében áll.

18.2.

Jogellenes, súlyosan gondatlan magatartás alatt a következőket kell érteni:

- ittas (0,8 ezrelék véralkoholszintet elérő vagy azt meghaladó) vagy kábítószer alkalmazásának hatása alatti állapotával közvetlen összefüggésben következett be,
- jogosítvány nélküli vagy ittas járművezetés közben következett be.

18.3.

Életbiztosítási valamint balesetbiztosítási termék esetén a Biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a Biztosított a Kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét. Életbiztosítások esetén a visszavásárlási összeg ebben az esetben az örökösöket illeti meg, és abból a Kedvezményezett nem részesülhet.

18.4.

Életbiztosítási termék esetén a Biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, viszont az aktuális életbiztosítási díjtartalékot megfizeti a 18.1. a-c) pontjaiban meghatározott esetekben.

18.5.

A Biztosító mentesül a biztosítási szolgáltatás kifizetése alól, a 14.8 pontban meghatározott feltételek szerint ha a Biztosított a közlésre, illetve változás bejelentésére vonatkozó kötelezettségét megsérti az ott meghatározott módon.

19. Fejezet – Kizárások

19.1.

A biztosítási védelem nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek összefüggésbe hozhatók:

- a) gépi erővel hajtott szárazföldi, légi vagy vízi járműben országos vagy nemzetközi sportversenyen való részvétellel, vagy ezekre történő felkészülés (edzés) során bekövetkező eseményekkel,
- b) A következő repülőtevékenységekkel: motoros, segédmotoros, illetve motor nélküli légi jármű, ejtőernyős ugrás, sárkányrepülés, gumikötélugrás, mezőgazdasági repülés. A Biztosító a felsorolt kizárásoktól pótdíj ellenében eltekinthet.

Életbiztosítási szerződésnél a fenti körülmények bekövetkezése esetén a Biztosító a visszavásárlási összeget fizeti ki.

19.2.

Háborús kockázat, zavargások, felkelések esetén a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll az alábbi eseményekben történő aktív vagy passzív részvétellel:

- háború (hadüzenettel vagy anélkül), polgárháború, határvillongás, forradalom, zendülés, puccs vagy puccskíséret, népi megmozdulás, terrorcselekmény, felvonulás, sztrájk, munkahelyi rendbontás.
- felkelésben, lázadásban vagy zavargásban való részvétel, kivéve ha erre belföldön valamilyen hivatali vagy közszolgálati köteleességteljesítés közben kerül sor.

Jelen Feltétel alkalmazása szempontjából terrorcselekménynek minősül, különösen az olyan erőszakos, erőszakkal fenyegető, az emberi életre, a materiális, immateriális javakra vagy az infrastruktúrára veszélyes cselekmény, amely vagy politikai, vallási, ideológiai, etnikai célok mellett foglal állást, vagy valamely kormány befolyásolására vagy a társadalomban, illetve annak egy részében való félelemkeltésre irányul, illetve arra alkalmas.

19.3.

A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a biztosítási esemény jogszabály szerint ionizáló vagy annak minősülő sugárzás, illetve nukleáris energia hatására következett be, kivéve ha a biztosítási esemény egészségbiztosítási szerződés hatálya alatt következett be.

19.4.

Amennyiben a fentiek valamelyike teljesül, az életbiztosítási termékeknél a biztosítási összeg helyett a visszavásárlási összeg kerül kifizetésre.

19.5.

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben a Biztosított olyan betegsége, amely a Biztosító kockázatviselése előtt bizonyíthatóan fennállott, és amelyet a kockázatviselést megelőző három éven belül kórisméztek, vagy amely ez idő alatt gyógykezelést igényelt.

19.6.

Nem terjed ki a Biztosító kockázatviselése azokra az eseményekre sem, amelyek oka részben vagy egészben a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása. Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha a Biztosított egészségi állapota orvosiilag kialakultnak, véglegesnek tekinthető.

19.7.

Balesetbiztosítási termékeknél a biztosítási védelem nem terjed ki továbbá azokra az eseményekre, melyek összefüggésbe hozhatók:

- a) Az elme- és tudatzavarban bekövetkezett balesetekkel, ha azok a Biztosított alkohol, kábítószer vagy gyógyszerek okozta lényeges korlátozottsága miatt következtek be.
- b) A Biztosítottat ért szívinfarktus, szívszélhűdés, agyvérzés folytán bekövetkező balesetekkel. A szívinfarktus semmilyen körülmények között sem tekinthető baleseti következménynek.
- c) A Biztosított öngyilkossága vagy öncsonkítása miatt bekövetkező eseményekkel.
- d) A Biztosított testén saját maga vagy az ő hozzájárulásával mások által végzett gyógyító kezelések és beavatkozások folytán előidézett testi károsodásokkal, amennyiben erre nem valamely balesetbiztosítási esemény következtében került sor.

19.8.

A Biztosító kockázatviselése csak a biztosítási tartam alatt bekövetkező balesetek következményeire terjed ki.

20. Fejezet – A kockázatviselés korlátozása, csökkentett kockázatviselés

(kizárólag balesetbiztosítási szerződés megkötése esetén)

20.1.

A Biztosító a balesetbiztosítási biztosítási szolgáltatást csak a bekövetkezett baleset által előidézett következmények esetén nyújtja (baleseti halál, baleseti rokkantság, azaz tartós egészségkárosodás, baleseti kórházi napi térítés és baleseti műtéti térítés).

20.2.

Amennyiben a baleset előtt meglévő betegségek vagy fogyatékoságok a baleset következményeibe jelentősen közrehatottak (legalább 25%-ig), a Biztosító a fizetendő összeget a közrehatás mértékével csökkenti. Ennek mértékét a Biztosító orvosa határozza meg.

20.3.

Az idegrendszer szervi eredetű zavarainál a Biztosító csak akkor teljesít kifizetést, ha az visszavezethető a baleset által előidézett károsodásra. Lelki magatartászavarok, neurózisok, pszichoneurózisok nem minősülnek baleseti oknak.

20.4.

A Biztosító csak akkor teljesít kifizetést porckorongsérv esetén, ha bizonyítható, hogy annak előidézője a baleset következtében, a gerincoszlopot ért mechanikai behatás. Amennyiben a porckorongsérv a baleset előtt fennálló állapot súlyosbodása, a Biztosító nem teljesít kifizetést.

20.5.

Hasfali és altesti sérv esetén csak akkor teljesít kifizetést, ha ezek előidézője a baleset következtében bekövetkező mechanikai behatás. Amennyiben ezek öröklött, a baleset előtt már fennálló állapot következményei, a Biztosító nem teljesít kifizetést.

20.6.

Azok a személyek, akik testi fogyatékoságban vagy betegségben szenvednek, súlyos betegségen vagy műtéten esnek át és ennek a baleseti eseményekre kihatása lehet, csak külön szerződési feltételek mellett biztosíthatók. 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).

21. Fejezet – A biztosítási esemény bejelentése

21.1.

A biztosítási eseményt annak bekövetkezésétől számított **8 munkanapon belül** kell írásban a Biztosító kárbejelentő nyomtatványán a Szerződőnek/Biztosítottnak a Biztosítónak bejelentenie.

21.2.

A Biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő, illetve a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését a fenti határidőig a Biztosítónak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetlenné válik.

22. Fejezet – A biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez szükséges iratok

22.1.

A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak akkor áll be, ha a szükséges igazolásokat rendelkezésére bocsátják.

A biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a Biztosító a következő iratok bemutatását és csatolását kéri:

- a) biztosítási kötvény,
- b) az utolsó díjfizetést igazoló nyugta,
- c) hivatalos bizonyítvány a Biztosított születésének napjáról (személyi igazolvány vagy születési anyakönyvi kivonat),
- d) továbbá minden olyan a Különös Feltételekben meghatározott dokumentum, amely a biztosítási esemény tisztázásához elengedhetetlenül szükséges.

Az egészségbiztosítási szerződésben meghatározott biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a fent megjelölt dokumentumokon kívül a következő iratok is szükségesek:

- e) hivatalos orvosi dokumentumok a betegség pontos diagnózisáról, a vizsgálat, az orvosi beavatkozás, műtét, ápolás, az állapot diagnosztizálásáról,
- f) kórházi zárójelentés,
- g) az egészségügyi intézmény által kibocsátott hivatalos számla, mely tartalmazza a betegség pontos diagnózisának, a vizsgálatnak, az orvosi beavatkozásnak, műtétnek, ápolásnak, az állapot diagnosztizálásának ellenértékét (amennyiben azt az intézmény a rendelkezésre bocsátotta),

22.2.

Halál bekövetkezése esetén a fentiekén túl a Biztosító a következő okmányok bemutatását kéri:

- a) halotti anyakönyvi kivonat eredeti példánya,
- b) az elhunytat utolsóként kezelt orvostól származó részletes orvosi bizonyítványt, vagy ha ilyen kezelésre nem került sor, más olyan orvosi vagy hatósági bizonyítványt, amely tartalmazza a halál okát, a halált okozó betegség kezdetének időpontját, lefolyását, illetőleg a halál körülményeit,
- c) külföldön bekövetkezett halál esetén a külföldi hatóság által kiállított hiteles okirat hitelesített magyar fordítását,
- d) hatósági eljárás esetén a nyomozást megszüntető vagy megtagadó határozatot,
- e) a különös feltételekben meghatározott egyes betegségekre előírt okmányokat,
- f) hagyatékátadó végzés vagy öröklési bizonyítvány.

22.3.

A Biztosított a biztosítási szerződés létrejöttével felhatalmazza a Biztosítót, hogy a biztosítási eseménnyel összefüggő információkat

- a) az orvosoktól, egészségügyi intézményektől, hatóságoktól, akik, illetve amelyek a Biztosítottat kezelték, vizsgálták, a kért felvilágosításokat, orvosi jelentéseket és dokumentumokat beszerezze.
- b) a Biztosított tisztázatlan halála esetén a holttestet megvizsgálta, szükség szerint a boncolását és exhumálását elvégeztesse.

22.4.

A biztosítási esemény bekövetkezésekor, a Biztosított életben léte esetén a Biztosító megkövetelheti, hogy a Biztosított az általa előírt orvosi vizsgálatokon részt vegyen.

22.5.

A hiteles orvosi dokumentumokat a Biztosító orvosszakértője bírálja el. Vitás esetekben a Biztosítottnak joga van független orvosszakértő véleményének beszerzését kezdeményezni.

22.6.

Minden olyan adatszerzés költsége, amely a biztosítási esemény tisztázásához elengedhetetlenül szükséges, azt a felet terheli, aki érdekeit érvényesíteni kívánja.

22.7.

A Biztosító beszerezhet továbbá egyéb iratokat, melyek a biztosítási esemény és a jogosultság tisztázásához szükségesek a Biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény titoktartási kötelezettségére vonatkozó rendelkezéseinek betartásával. Ez az adatszerzési tevékenység életbiztosítási szerződés esetén csak az ajánlattétel előtti időszakra és az ajánlattételt követő 5 évre terjedhet ki, feltéve, hogy ahhoz a Szerződő (Biztosított) az ajánlattételkor hozzájárult.

22.8.

A felsorolt dokumentumokon kívül egyéb dokumentumok benyújtásával a Biztosítottnak joga van a károk és költségek igazolására a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

23. Fejezet – A Biztosító szolgáltatása

23.1.

A Biztosító a 22. fejezetben jelzett dokumentumok közül az utolsó irat beérkezésétől számított 15 napon belül teljesíti szolgáltatási kötelezettségét az egyes termékekre vonatkozó különös szerződési feltételekben meghatározottak szerint.

23.2.

Az esedékes, de meg nem fizetett díjat, az egyes különös feltételek szerint meghatározásra kerülő, még el nem számolt költségeket a Biztosító a biztosítási összegből levonhatja.

23.3.

Az iratok beszerzésének kötelezettsége és az ezzel kapcsolatos költségek azt terhelik, akinek a biztosítási szolgáltatás teljesítése, illetve nemteljesítése céljából a bizonyítás érdekében áll.

23.4.

A Biztosítási összeget a Biztosító az elévülési időn belül kamatmentesen kezeli, ha a kifizetés elmaradása a jogosult késedelmes igényérvényesítésére vezethető vissza. Az elévülési idő leteltével, a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége megszűnik.

23.5.

A biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosítási szolgáltatásra a Kedvezményezett jogosult.

23.6.

A Biztosító a szolgáltatást az arra jogosult személy vagy intézmény számlájára vagy címére utalással teljesíti.

24. Fejezet – Maradékjogok

A biztosítási szerződések közül kizárólag az életbiztosítási termékek esetén van lehetőség maradékjogok, így a visszavásárlási jog, a díjmentes leszállási jog, továbbá kötvénykölcsön felvételének érvényesítésére. A baleset- és egészségbiztosítási termékek maradékjogokkal nem rendelkeznek.

25. Fejezet – A Szerződő felmondási és visszavásárlási joga életbiztosítás esetén

25.1.

A visszavásárlási igény bejelentése esetén a Biztosító kockázatviselése a bejelentés dátumát követő nap 0 órájától megszűnik.

25.2.

A visszavásárlási értékkel rendelkező biztosítási szerződések esetében a szerződés felmondásakor a Biztosító visszavásárlási összeget fizet.

25.3.

A visszavásárlási összeg számításának módja a Különös Feltételekben termékenként kerül meghatározásra.

25.4.

A visszavásárlási összegből a Biztosító levonja az esetleges kölcsöntartozást, valamint az esetleges díjhátralékot, beleértve a hozzájuk tartozó kamatterheket is.

26. Fejezet – A díjmentes leszállítás életbiztosítás esetén

26.1.

A díjmentes leszállítás jogát tartalmazó (folyamatos díjas) szerződések esetében a Szerződő kérheti, hogy a Biztosító a biztosítást díjmentesen leszállított biztosítássá alakítsa át. A szerződés automatikusan díjmentesen leszállított lesz a díjfizetés elmulasztása esetén a 11.3 pontban meghatározottak szerint, ha a szerződés a díjmentesítés napján rendelkezik visszavásárlási értékkel.

26.2.

A díjmentes leszállítás a biztosítási összeg leszállítását jelenti olyan összegre, amely megfelel a díjmentesítés időpontjában a biztosítás díjtartalékának mint egyszeri díjnak alapul vételével nyújtható – azonos feltételű – biztosítás biztosítási összegének. A Biztosító megállapíthat egy minimális szintet, amely alá eső díjtartalék (figyelembe véve az esetleges díjelmaradást) esetén a díjmentes leszállítás nem hajtható végre.

26.3.

A díjmentes leszállítás alapjául szolgáló összeg megállapítása a terméktervben rögzített biztosításmatematikai alapelvek figyelembevételével kerül kiszámításra. A díjmentességet a Biztosító a kötvényre rávezeti.

26.4.

A Szerződő kérésére a díjfizetés visszaállítható a különös feltételekben meghatározott módon.

26.5.

A díjmentesen leszállított, befektetési egységet nem tartalmazó biztosításra is vonatkoznak a befektetések többlethozamából történő részesedés szabályai.

26.6.

Az esedékes és meg nem fizetett díjak összegét a Biztosító figyelembe veszi a szerződés díjmentesítése esetén.

27. Fejezet – Kötvénykölcsön életbiztosítás esetén

27.1.

A visszavásárlási értékkel rendelkező biztosítási szerződések esetén a Szerződő az életbiztosítási díjtartalék terhére kölcsön folyósítását kérheti, amennyiben a Szerződőnek nincs díjhátraléka, illetve kölcsön- vagy kölcsönkamat-tartozása.

27.2.

A kölcsön visszafizetésének rögzített tartama maximum 364 nap.

27.3.

A kötvénykölcsön iránti kérelem során a kölcsön folyósításáról, illetve megtagadásáról a Biztosító dönt. Amennyiben a kölcsön folyósításra kerül, azt a Biztosító a kötvényen feljegyzi. A kölcsön kamatáról külön szerződés rendelkezik.

27.4.

Díjmentesített biztosításra kötvénykölcson nem vehető fel.

27.5.

A Biztosító a fennálló kölcsöntartozás esedékes kamatokkal növelt összegét az érintett szerződés alapján teljesítendő bármely szolgáltatásból jogosult levonni.

27.6.

A biztosítás díjmentesítéséhez, a visszavásárlási összeg kifizetéséhez, illetve kölcsön folyósításához a következő iratokat kell a Biztosítónál bemutatni:

- biztosítási kötvény,
- az utolsó díjfizetést igazoló nyugta vagy eredeti folyószámla-kivonat,
- a Biztosított korát hitelt érdemlően igazoló irat.

28. Fejezet – Többlethozam-visszatérítés befektetési egységet nem tartalmazó életbiztosítás esetén

28.1.

A biztosítási szerződések közül kizárólag az életbiztosítási termékek esetén van lehetőség többlethozam-visszatérítésre. Többlethozam a matematikai tartalékok befektetése hozamának és a technikai kamatláb felhasználásával számított hozamnak a különbsége.

A matematikai díjtartalék befektetési többlethozamának legalább 80 százalékát a Biztosító a szerződésen jóváírja.

28.2.

A szerződésekre vonatkozó technikai kamatot és a visszajuttatandó többlethozam mértékét az egyes életbiztosítási termékek különös feltételei tartalmazzák.

28.3.

A szerződés lejáratának évében a többlethozam-visszatérítés becsült hozamérték alapján történik. A becslésből adódó esetleges eltérés következményeként sem a Kedvezményezettnek, sem a Biztosítónak nem keletkezik követelése.

28.4.

A szerződés lejárat előtti megszűnése esetében (maradékjog gyakorlása, biztosítási esemény) a többlethozam kifizetése az aktuális biztosítási évben elért törtéves, becsült hozamérték alapján történik. A becslésből adódó esetleges eltérés következményeként sem a Szerződőnek/Kedvezményezettnek, sem a Biztosítónak nem keletkezik követelése.

29. Fejezet – A biztosítási kötvény elvesztése

29.1.

A Szerződő köteles a kötvény elvesztését a Biztosítónál haladéktalanul bejelenteni.

29.2.

A kötvénymásolat kiállításának költségei a Szerződőt terhelik.

30. Fejezet – A jognyilatkozat módja

30.1.

A Biztosító által a Szerződőnek, a Biztosítottak vagy egyéb jogosultak, illetőleg ezen személyek által a Biztosítónak, a szerződés megkötés kori vagy azt követő jognyilatkozatait írásban juttatják el. A jognyilatkozat akkor tekintendő megérkezettnek, amikor azt a címzettnek kézbesítették, vagy ellenkező bizonyítás hiányában a postára adástól számított 5. napon. A Biztosító jogosult elektronikus levél útján megküldeni a Szerződőnek, Biztosítottak vagy egyéb jogosultak címzett olyan jognyilatkozatokat, tájékoztatásokat illetve értesítéseket, amelyeket nem írásban kell megtenni.

30.2.

A Biztosító üzletkötőjének (ügynök) jogállása kizárólag az ajánlat átvételére terjed ki. Az üzletkötő tehát szerződéskötésre nem jogosult, valamint arra sem, hogy a Szerződő fél jognyilatkozatait érvényesen hozzá intézze. Amennyiben az üzletkötő tudomást szerzett egy adott tényről, ez nem jelenti, hogy a Biztosító is tudomást szerzett róla. Az üzletkötő a Biztosító megbízásából nem vehet át készpénzt.

30.3.

A Biztosító a szerződés megkötésekor vagy azt követően a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. A nyilatkozat akkor hatályos, ha az a Biztosítóhoz megérkezett.

30.4.

Amennyiben a Szerződő egy hónapnál hosszabb időre lakóhelyéről eltávozik, a Biztosító számára magyarországi kézbesítési megbízottat nevezhet meg. Ennek hiányában a Biztosító az általa ismert utolsó címre joghatályosan küldhet nyilatkozatot.

30.5.

A Szerződő igazolhatja, hogy a Biztosító hozzá intézett jognyilatkozatában foglalt határidőt önhibáján kívül mulasztotta el. Az igazolást az elmulasztott határnaptól számított 15 napon belül lehet írásban benyújtani a Biztosítóknak. Ha azonban a mulasztás csak később jut a felek tudomására, vagy az akadály csak később szűnt meg, az igazolás benyújtásának határideje a tudomásszerzéssel, illetőleg az akadály megszűnésével veszi kezdetét. Hat hónapon túl igazolást nem lehet benyújtani a Biztosítóknak.

31. Fejezet – Adatkezelés, adatvédelem

31.1.

A Biztosító 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 a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (Bit.) által meghatározott egyéb cél lehet. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a Biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

31.2.

Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a Biztosító a fent meghatározott célokból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti. Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha a Biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad, vagy ha a biztosítási törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

31.3.

A Bit. 153–161. §-ában foglaltak alapján az ügyfél adata külön felhatalmazás nélkül kiadható a feladatkörében eljáró Felügyeletnek; a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatóságnak és ügyészségnek, továbbá az általuk kirendelt szakértőnek, büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csodeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bíróságnak, a bíróság által kirendelt szakértőnek, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtónak, a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzőnek, továbbá az általa kirendelt szakértőnek, az adóhatóságnak, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a Biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli; a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálatnak; a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatalnak; a feladatkörében eljáró gyámhatóságnak; a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosának, valamint pénzügyi jogok biztosának, a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnak; az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatóságnak; a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ-gyűjtésre felhatalmazott szervnek; a viszontbiztosítóknak, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló Biztosítóknak; az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő Biztosítóknak; a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében a Kártalanítási Számlát kezelő szervezetnek, az Információs Központnak, a Kártalanítási Szervezetnek és a kárrendezési megbízottnak; a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzőnek, ha a szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul a Biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját.

31.4.

A Biztosító a nyomozó hatóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy

- a) a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
- b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

31.5.

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

- a) a magyar bűnüldöző szerv - nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából - írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.
- b) a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.

31.6.

A Biztosító jogutód nélküli megszűnése esetén a Biztosító által kezelt üzleti titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított 60 év múlva a levéltári kutatások céljára felhasználható. Nem lehet üzleti titokra vagy biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó, külön törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség esetén. Az üzleti titokra és a biztosítási titokra egyebekben a Ptk.2:46. – 2:47. §-okban foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.

31.7.

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, illetve az adatalany hozzájárulásának hiányában ha az adattovábbításnak törvényben meghatározott adatköre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban a személyes adatok védelmének megfelelő szintje az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény 8. § (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.

31.8.

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

31.9.

- (1) A biztosító (a továbbiakban: megkereső biztosító) – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz (a továbbiakban: megkeresett biztosító) az e biztosító által – a törvény alapján a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével – kezelt és a (3)–(5) pontokban meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, ha a megkereső biztosító erre vonatkozó jogosultsága a biztosítási szerződésben rögzítésre került.
- (2) A megkeresett biztosító a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni a megkereső biztosítóknak.
- (3) A megkereső biztosító a Bit. 1. számú melléklet A) rész 1. és 2. pontjában, továbbá a 2. számú mellékletben meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
 - a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személy azonosító adatait;
 - b) a biztosítandó vagy a biztosított személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
 - c) az a) pontban meghatározott személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;

- d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és
 - e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.
- (4) A megkereső biztosító a Bit. 1. számú melléklet A) rész 3., 4., 5., 6., 7., 8., 9., 14., 15., 16., 17., 18., és 19. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
- a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett és a károsult személy azonosító adatait;
 - b) a biztosítandó vagy biztosított vagyontárgyak, követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatokat;
 - c) az b) pontban meghatározott vagyontárgyakat, követeléseket vagy vagyoni jogokat érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;
 - d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és
 - e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.
- (5) A megkereső biztosító a Bit. 1. számú melléklet A) rész 10., 11., 12., és 13. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén az alábbi adatokat kérheti:
- a) a (4) pont a)-e) alpontjában meghatározott adatokat;
 - b) a személyi sérülés vagy személyiségi jogsérelem miatt kárigényt érvényesítő személy adatfelvételtől, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat; és
 - c) a károsodott vagyontárgyat vagy a személyi sérülés vagy személyiségi jogsérelem miatt kárigényt érvényesítő személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat.
- (6) A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének.
- (7) A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti.
- (8) Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés (7) pontban meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás jogerős befejezéséig.
- (9) Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.
- (10) A megkereső biztosító az (1) pontban meghatározott megkeresésről, az abban szereplő adatokról, továbbá a megkeresés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló törvényben szabályozott módon tájékoztatja.
- (11) A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat a biztosítandó vagy biztosított érdekeire nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal az (1) pontban meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.

31.10.

A Biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének meghíúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. A Biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

32. Fejezet – A biztosítás elévülése

A biztosítási szerződésből eredő igények az esedékességtől számított két év elteltével elévülnek.

33. Fejezet – Illetékes bíróság

A biztosítási szerződésből származó jogvita esetén a per lefolytatására a mindenkor hatályos polgári perrendtartásról szóló törvény szabályai szerinti bíróság illetékes.

Befektetési Egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (1138 Budapest, Váci út 135–139.) – a továbbiakban Biztosító – által kiadott Általános Személybiztosítási Feltételek jelen szerződés részét képezik. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekre a magyar jogszabályok és a Biztosító Általános Személybiztosítási Feltételei vonatkoznak. Jelen biztosításhoz kiegészítő biztosítások és szolgáltatások, valamint eszközalapokhoz kapcsolódó egyedi funkció kapcsolható, amelyre külön szerződéses feltételek vonatkoznak. Nem válik a biztosítási szerződés részévé a Biztosító és a Szerződő vagy Biztosított közötti korábbi üzleti kapcsolat során kialakított szokás, illetve gyakorlat, sem a biztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás.

1. Fejezet – Fogalmak és meghatározások

1.1.

Allokáció: a biztosítási díj(ak) egyes eszközalapokban való elhelyezésének megjelölése a biztosítási díj(ak) arányában.

1.2.

Automatikus díjpótlás: automatikus tranzakció, amelynek során az elmaradt folyamatos biztosítási díjat a Biztosító az eseti biztosítási díjból képzett befektetési egységek terhére egyenlíti ki.

1.3.

Baleseti halál: a Biztosított akaratától függetlenül fellépő, egyszeri, hirtelen, külső behatásra bekövetkező testi sérülés, amelynek következtében a Biztosított egy éven belül a meghal.

1.4.

Befektetési egység: az eszközalap befektetéseiben való arányos részesedést megtestesítő egység. A folyamatos díjából képzett befektetési egységet felhalmozási egységként, az eseti biztosítási díjból képzett befektetési egységet eseti befektetési egységként különbözteti meg a Biztosító, és elkülönítve tartja nyilván. A befektetési egységek mennyiségét (darabszámát) a Biztosító öt tizedesjegyre tartja nyilván.

1.5.

Befektetési egység árfolyama: az egyes eszközalapok – alapkezelési költséggel csökkentett – értékének és az eszközalapban nyilvántartott egységek számának hányadosa. A befektetési egységek árfolyamát a Biztosító hat tizedesjegyre tartja nyilván. A Biztosító a befektetési egységek árfolyamát használja a befizetett biztosítási díjak befektetési egységre történő átváltásához és a Szerződő számlájáról való levonások esetén a befektetési egységek pénzüsszegré történő átszámításához.

1.6.

Biztosított: jelen befektetési egységekhez kötött életbiztosításhoz köthető kiegészítő biztosítások Biztosítottjaiként megnevezett természetes személyek.

1.7.

Devizaárfolyam: a Biztosító számlavezető bankjának vételi-, eladási devizaárfolyamai, illetve keresztárfolyamai, amelyek figyelembevételével a szerződéshez kapcsolódó, több devizát is együttesen érintő tranzakció (pl. biztosítási díj befektetése, devizaváltás stb.) esetén a Biztosító a tranzakciót végrehajtja. A Biztosító honlapján minden értékelési napra vonatkozóan közzéteszi az érvényes devizaárfolyamokat.

1.8.

El nem számolt terhelések: a Szerződő számláját terhelő azon költség, díj, átvezetés, levonás, amelyet a Biztosító nem tudott érvényesíteni azok esedékességkor, elkülönítetten tartja nyilván, és későbbi időpontban érvényesíti.

1.9.

Értékelési nap: az a munkanap, amely napra vonatkozóan a Biztosító a befektetési egységek érvényes árfolyamát meghatározza. Az egyes eszközalapok befektetési egységeinek árfolyamait és az eszközalapok nettó eszközértékeit a Biztosító minden értékelési napra vonatkozóan honlapján közzéteszi.

1.10.

Eszközalap: befektetési egységekhez kötött életbiztosítások biztosítási díjából – a feltételekben meghatározott módon – tökebefektetés céljából létrehozott eszközállomány.

1.11.

Eszközalap befektetési politikája: azon szabályok összessége, amelyek az adott eszközalap befektetéseinek összetételét meghatározzák.

1.12.

Folyamatos biztosítási díj: A biztosítási szerződés folytatólagos díja, amelyet a biztosítási szerződés hatálya alatt a Szerződő által meghatározott fizetési gyakoriság szerint kell megfizetni – kivéve a díjmentesítés és díjszüneteltetés esetét.

1.13.

Főbiztosított: jelen befektetési egységekhez kötött életbiztosítás biztosítottjaként megnevezett természetes személy.

1.14.

Hűségbónusz: a Biztosító által jelen feltételekben meghatározott szabályok szerint, a hűségbónusz számítási alap alapján, az 1. számú melléklet 3.B pontjában meghatározott mértékben, a Szerződő számláján jóváírt összeg.

1.15.

Hűségbónusz számítási alap: a hűségbónusz kalkulációjának, előjegyzésének és jóváírásának számítása alapjául szolgáló érték, amelyet a Biztosító az 1. számú melléklet 3.A pontja alapján határoz meg és amely értéket elkülönítetten a jelen feltételek 20.9. pontjában meghatározottak szerint a Szerződő számlájának devizájában tart nyilván. A hűségbónusz számítási alapot a Biztosító a díjfizetés 8.3 pontja szerinti devizában határozza meg.

1.16.

Illikvid eszköz: eszközalap olyan mögöttes eszköze, amelynek értéke nem állapítható meg, ideértve különösen, ha az értékelésre alkalmas piaci árfolyam-információk az eszköz forgalmazásának, kereskedésének vagy nyilvános árjegyzésének felfüggesztése miatt nem állnak maradéktalanul rendelkezésre.

1.17.

Keresztárfolyam: a magyar forinttól eltérő devizák közötti árfolyam.

1.18.

Kezdeti időszak: a biztosítási szerződésre jelen feltételek 1. számú melléklet 4. pontjában meghatározott időszak, amelyre vonatkozóan a Biztosító külön szabályokat határoz meg.

1.19.

Kiegészítő biztosítások díjának aránya: A kiegészítő biztosítások feltételei alapján a kiegészítő biztosítási díjak esedékességei napján érvényes deviza eladási árfolyamon számított aktuális éves díjai összegének és a főbiztosítás teljes éves díjának aránya. (kiegészítő biztosítások összes éves díja a szerződő számlájának devizájában * aktuális napra vonatkozó adott deviza eladási árfolyam/főbiztosítás éves díja.)

1.20.

Szerződő rendelkezésének feldolgozása: Adott munkanapon a Biztosító központjába beérkezett valamennyi, a biztosítási szerződést érintő rendelkezés legkésőbb a beérkezés másnapjának hatályával feldolgozásra kerül. Kivételt képez ez alól a biztosítási szerződés megszüntetésére irányuló rendelkezés, amely a beérkezés napjának hatályával kerül feldolgozásra.

1.21.

Szerződő számlája: az életbiztosítási szerződéshez kapcsolódó befektetési egységek összessége. A Szerződő számlájának aktuális értéke: ugyanazon értékelési napra vonatkozóan a befektetési egységek darabszámának és a hozzájuk kapcsolódó árfolyamainak szorzata.

1.22.

Szerződő számlájának devizája: az a pénznem, amelyben a Biztosító a Szerződő számláját és a hűségbónusz számítási alapot nyilvántartja, illetve a szerződésre vonatkozó terheléseket, mint a kiegészítő biztosítások díját, az 1. számú melléklet 2. pontjában meghatározott elvonást, és a szerződést érintő költségeket érvényesíti. A Szerződő számlájának lehetséges devizáit a 2. számú melléklet 1. pontja tartalmazza. A szerződés tartama alatt a Szerződő számlájának devizája megváltoztatható (Devizaváltás), de egy időben a Szerződő számlájának csak egy devizája lehet.

2. Fejezet – A biztosítási szerződés alanyai

2.1.

Jelen életbiztosítási szerződésben a természetes személy Szerződő egy időben legfeljebb két Főbiztosítottat nevezhet meg, amelyek közül az egyik mindig a szerződő. A szerződésnek folyamatosan rendelkeznie kell legalább egy Főbiztosítottal. A nem természetes személy Szerződő a biztosítási szerződésben kizárólag egy Főbiztosítottat nevezhet meg. A Főbiztosítottak személyét, amennyiben a jelen különös feltételek eltérően nem rendelkeznek, a biztosítási szerződés tartama alatt meg lehet változtatni.

A biztosítási szerződés kezdeti időszaka alatt a Főbiztosított(ak) személyét kizárólag jelen feltételek 2.3 pontjában meghatározott esetben, a Főbiztosított halála esetén lehet megváltoztatni.

2.2.

Természetes személy Szerződő esetén a belépési kor 1–75 év. Főbiztosított lehet bármely természetes személy, esetükben a belépési kor 1–75 év.

2.3.

Bármely Főbiztosított halála esetén, amennyiben a biztosítási szerződés jelen feltételek 7.1 pontja értelmében nem szűnik meg, új Főbiztosítottat lehet megnevezni.

2.4.

Ha a Szerződő jelen életbiztosítási szerződésben természetes személy, akkor ő egyben Főbiztosított is.

2.5.

Ha a Szerződő, aki egyben Főbiztosított is meghal, a biztosítási szerződésben megjelölt másik Főbiztosított a szerződésbe, a Szerződő halálának bejelentését követő naptól Szerződőként beléphet, ezzel automatikusan vállalja a vonatkozó jogokat és kötelezettségeket. A Főbiztosított a Biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal a szerződés tartama során bármikor jogosult a szerződésbe, a Szerződő helyébe belépni. A kiegészítő biztosítások biztosítottjai nem jogosultak a főszerződés Szerződője helyébe belépni, kivéve abban az esetben, ha egyben Főbiztosítottak is. A belépéshez a Biztosító hozzájárulása nem szükséges. A belépéssel a Szerződőt megillető jogok és az őt terhelő kötelezettségek összessége a biztosítottra száll át. Ha a Biztosított belép a szerződésbe, a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a biztosított a szerződő féllel egyetemlegesen felelős. A szerződésbe belépő biztosított köteles a Szerződőnek a szerződésre fordított költségeit – ideértve a biztosítási díjat is – megtéríteni.

2.6.

A Szerződő jelen életbiztosítási szerződésben Kedvezményezett(ek)et jelölhet meg az Általános Személybiztosítási Feltételek 2.9 pontja szerint:

- A Főbiztosított(ak) baleseti halála esetére.
- A Főbiztosított(ak) halála esetére, amely esemény a jelen feltételek 3.1 b) alpontja szerinti biztosítási esemény bekövetkeztének esete.**
- A biztosítási szerződés 3.2 pontja szerinti biztosítási esemény bekövetkeztének esetére.

3. Fejezet – Biztosítási esemény

3.1.

Jelen különös feltételekre hivatkozással létrejött életbiztosítási szerződés biztosítási eseménye lehet:

- Bármely Főbiztosított baleseti halála.
- A Főbiztosított bármely okból bekövetkező halála, ha ezzel egyidejűleg jelen feltételek 7.1 pontja értelmében az életbiztosítási szerződés is megszűnik.

3.2.

Amennyiben az életbiztosítási szerződést a Szerződő kérésére jelen feltételek 6.3 pontja szerint a Biztosító határozott tartamúvá alakította, úgy jelen biztosítási szerződés tekintetében a biztosítási szerződésben meghatározott tartam lejáratá is biztosítási eseménynek minősül.

4. Fejezet – Biztosítási szolgáltatás

4.1.

Jelen feltételek 3.1 a) alpontja értelmében bekövetkezett biztosítási esemény esetén a Biztosító a Szerződő számlájának devizájában meghatározott biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezett részére. Az érvényes biztosítási összeget jelen feltételek 2. számú melléklet 6. pontja tartalmazza. A biztosítási összeg a biztosítási tartam alatt adott Főbiztosítottra vonatkozóan nem csökken.

4.2.

Jelen feltételek 3.1 b) pontja értelmében bekövetkezett biztosítási esemény esetén a Biztosító a Szerződő számláján nyilvántartott befektetési egységek el nem számolt terhelések értékével csökkentett aktuális értékét fizeti ki a Kedvezményezett részére.

4.3.

Jelen feltételek 3.2 pontja értelmében bekövetkezett biztosítási esemény esetén a Biztosító az el nem számolt terhelések aktuális értékével csökkentve a Szerződő számláján nyilvántartott befektetési egységek aktuális értékét fizeti ki a Kedvezményezett részére.

4.4.

A Biztosító a Szerződő számláján nyilvántartott befektetési egységek aktuális értékét a biztosítási esemény Biztosítóhoz való bejelentéséhez szükséges utolsó dokumentum beérkezését követő első értékelési napon érvényes befektetési egység árfolyamon határozza meg.

4.5.

A Biztosító biztosítási szolgáltatás jogcímen felmerülő kötelezettsége a Szerződő számlájának devizájában merül fel, és a Biztosító ennek megfelelően teljesíti azt. A Kedvezményezettnek jogában áll kérni, hogy a Biztosító a biztosítási szolgáltatást magyar forintban teljesítse. Ebben az esetben a Biztosító magyar forintban teljesíti a biztosítási szolgáltatást, amellyel kapcsolatosan felmerülő költségeket a Kedvezményezett viseli.

4.6.

Amennyiben a Biztosító által bármilyen jogcímen kifizetendő összeget adó vagy más közteher terheli, és ennek megfizetésére a Biztosító, mint a jogszabály szerinti kifizető a kötelezett, akkor a visszavásárlási érték vagy szolgáltatási összeg helyett a fizetendő adó, illetve közteher összegével csökkentett összeg minősül a jelen szerződési feltételek szerinti visszavásárlási értéknek vagy szolgáltatási összegnek.

5. Fejezet – Kiegészítő biztosítások

5.1.

Jelen életbiztosításhoz a tartam során kiegészítő biztosítások köthetőek, melyek listáját a 2. számú melléklet 14. pontja tartalmazza.

5.2.

A kiegészítő biztosítások biztosítási összegét a Szerződő köteles a Szerződő számlájának devizájában meghatározni. Ennek megfelelően a kiegészítő biztosítások díja a Szerződő számlájának devizájában merül fel, amelyet a Biztosító jelen feltételek 20.5, 20.8, 20.10 pontjaiban részletesen meghatároz. A kiegészítő biztosítások biztosítási díjtételeit a Biztosító a kiegészítő biztosítások feltételeiben határozza meg.

5.3.

A Biztosító az 1. számú melléklet 6. pontjában korlátozhatja a folyamatos biztosítási díj és kiegészítő biztosítások díjának arányát. Ha a Szerződő számlájának devizája nem magyar forint, akkor a Biztosító az összehasonlíthatóság érdekében a kiegészítő biztosítás díját átszámítja magyar forintra. A Biztosító a számításhoz a kiegészítő biztosítási díj esedékessége napján érvényes deviza eladási árfolyamot használja fel.

5.4.

A kiegészítő biztosítások a tartam alatt bármikor, a kiegészítő biztosítás biztosítási díjával rendezett időszak végével írásban megszüntethetőek, a Biztosító kockázatviselése az utolsó díjjal fedezett nappal szűnik meg. A kiegészítő biztosítások megszüntetésére vonatkozó kérelemnek legkésőbb a következő díj esedékességét megelőző 15. napig be kell érkeznie a Biztosítóhoz.

5.5.

A díjszüneteltetés, valamint a díjmentesítés a kiegészítő biztosítások kockázatviselését automatikusan nem szünteti meg.

6. Fejezet – A biztosítás tartama, a Biztosító kockázatviselése

6.1.

Az Általános Személybiztosítási Feltételek 4.1 pontjától eltérően a Biztosító kockázatviselése a biztosítási ajánlat aláírását követő nap 0 órakor visszamenőleges hatállyal kezdődik, feltéve, hogy a biztosítási szerződés létrejött vagy létre fog jönni és a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő első folyamatos díjat a jelen feltételek 8.12. pontjában szabályozottak szerint a Biztosítóhoz beérkezett. A biztosítási szerződés létrejön és hatályba lép a biztosítási ajánlat Biztosító általi elfogadásával illetve a Biztosító elfogadásának hiányában az Általános Személybiztosítási feltételek 3.8 – 3.9 pontjaiban meghatározott módon, amennyiben, a Szerződő megadta SMS fogadására alkalmas saját telefonszámát, és e-mail címét. A Biztosító a biztosítási kötvény kiállításáról avagy az ajánlat elutasításáról hozott döntéséről előzetesen ezen kommunikációs csatornákon keresztül is értesítheti a Szerződőt.

6.2.

A Biztosító a hiánytalan biztosítási ajánlat beérkezését követően bírálja el az ajánlatot a kockázat elbírálásra nyitva álló határidőn belül. Hiánytalan a biztosítási ajánlat, amennyiben tartalmazza a Biztosító által megkövetelt valamennyi információt, valamint az alábbi dokumentumok beérkeznek a Biztosítóhoz:

- Szerződéskötési nyomtatvány elektronikus ajánlatfelvevételhez (elektronikus szerződéskötés esetén)
- Meghatalmazás A6108 életbiztosításhoz
- Alkuzsi megbízás (biztosítási alkuszon keresztül történő szerződéskötés esetén, amennyiben korábban nem érkezett be a Biztosítóhoz)

Amennyiben a Főbiztosított kiskorú és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülője köti meg, valamint ha a Főbiztosított cselekvőképességében vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy a biztosítási ajánlatnak szükség szerint része a szerződés megkötésére vonatkozó hatáskörrel rendelkező gyámhatóság engedélye is. A nem hiánytalanul kitöltött és beérkezett ajánlat esetében a Biztosító hiánypótlásra hívja fel a Szerződőt, illetve az ajánlatot elutasítja, amennyiben a hiánypótlás a kockázatelbírálási idő alatt nem érkezik meg a Biztosítóhoz.

A kockázatelbírálási idő az ajánlat Biztosítóhoz történő beérkezésétől számított 60 nap, tekintettel arra, hogy a Biztosító az ajánlat elbírálása érdekében egészségügyi kockázatfelmérést végez.

6.3.

A biztosítási szerződés tartama határozatlan, az utolsó aktuális Főbiztosított haláláig tart.

6.4.

A Biztosító a kezdeti időszak után, amennyiben ezen teljes időszak díjjal rendezett, lehetőséget ad a biztosítási szerződés határozott tartamúvá való átdolgozására.

6.5.

A határozott tartamúvá átdolgozott biztosítási szerződés lejáratát a Szerződő kérelmében megjelölt biztosítási évforduló. A Biztosító legkorábbi lejáratú időpontnak a Szerződő kérelmének a Biztosítóhoz való beérkezését követő első biztosítási évfordulót fogadja el.

6.6.

Amennyiben a Szerződő kérelmében nem jelöli meg a határozott tartamúvá átdolgozott biztosítási szerződés lejáratát, akkor a vonatkozó kérelemnek a Biztosítóhoz való beérkezését követő első biztosítási évfordulót kell a biztosítási szerződés lejáratának tekinteni.

7. Fejezet – A biztosítási szerződés megszűnése

7.1.

Az Általános Személybiztosítási Feltételek 11. fejezetében foglalt rendelkezésektől eltérően, a biztosítási szerződés az utolsó Főbiztosított halálával szűnik meg.

7.2.

A biztosítási szerződés megszűnik jelen feltételek 3.1 b) alpontjában leírt biztosítási esemény bekövetkeztével. Ebben az esetben a biztosítási szerződés a biztosítási esemény Biztosítóhoz való bejelentését követő napon, a biztosítási esemény bekövetkezését követő napra visszaható hatállyal szűnik meg.

7.3.

A biztosítási szerződés megszűnik jelen feltételek 3.2 pontjában leírt biztosítási esemény bekövetkeztével. A biztosítási szerződés megszűnésének időpontja jelen feltételek 6.4, 6.5 pontjai alapján a Szerződő által megjelölt időpont.

7.4.

Ha a Szerződő, aki egyben Főbiztosított is, meghal és az életbiztosítási szerződésben nincsen olyan további Főbiztosított, aki a 2.5 pontja értelmében a Szerződő helyére lép, az életbiztosítási szerződés – a Szerződő halálára vonatkozó szabályok szerint – megszűnik.

7.5.

A biztosítási szerződés az Általános Személybiztosítási feltételek 16. fejezete alapján díj-nemfizetés miatt szűnik meg, ha a Szerződő a biztosítási szerződés jelen feltételek 1. számú melléklet 7. pontja szerint a folyamatos biztosítási díjakból képzett befektetési egységekre vonatkozóan nem rendelkezik visszavásárlási értékkel, a folyamatos biztosítási díj fizetési kötelezettségének nem tesz eleget, és az esedékes biztosítási díj az eseti biztosítási díjakból képzett befektetési egységekből nem pótolható (díjpótlás). A Biztosító ekkor a jelen feltételek 1. számú melléklet 7. pontja és 2. számú melléklet 16. pontja szerinti visszavásárlási értéket fizeti ki.

7.6.

Amennyiben a szerződés a jelen feltételek 1. számú melléklet 7. pontja szerint a folyamatos biztosítási díjakból képzett befektetési egységekre vonatkozóan rendelkezik visszavásárlási értékkel, azonban a jelen feltételek 9.6–9.8 pontjai szerinti időszak alatt a Szerződő számláján jelen feltételek 20.11 pontjának rendelkezései alapján el nem számolt terhelés van, a Biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a Szerződőt meghatározott határidő kifizetésével biztosítási díj fizetésére szólítja fel. A fizetési határidő eredménytelen elteltével a szerződés a fizetési határidőre vonatkozó hatállyal megszűnik.

7.7.

Ha a biztosítási szerződés az 1. számú melléklet 5. pontjában meghatározott időszak után jelen feltételek 20.11 pontjának rendelkezései alapján el nem számolt terheléssel rendelkezik, és a biztosítási díj és a szerződést terhelő kiegészítő biztosítások díjának aránya a 2. számú melléklet 19. pontjában meghatározott értéknél magasabb, akkor a Szerződőt írásban, meghatározott határidő kifizetésével felszólítja, hogy díjemeléssel, eseti díj fizetéssel, valamint egyéb lehetséges módon

- a) egyenlítse ki a jelen feltételek 20.11 pontjának rendelkezései alapján el nem számolt terhelését, vagy
- b) a 2. számú melléklet 19. pontjában meghatározott érték alá csökkentse a biztosítási díj és a szerződést terhelő kiegészítő biztosítások díjának arányát.

Amennyiben a Szerződő a meghatározott határidő kifizetése után sem a) sem b) pontoknak nem tesz eleget, akkor a szerződés a határidőre vonatkozó hatállyal megszűnik.

7.8.

A Szerződő – ha az első évi biztosítási díj megfizetésre került – a szerződést írásban, harmincnapos felmondási idő mellett, a biztosítási időszak utolsó napjára felmondhatja. A Biztosító – a biztosítási kockázat jelentős növekedésének esetét kivéve – nem mondhatja fel a szerződést.

7.9.

Az Általános Személybiztosítási Feltételek 11.1 pontjában meghatározott kötvényesítés egyszeri költségét a Biztosító jelen feltételek 2. számú melléklet 21. pontjában határozza meg.

7.10.

Az Általános Személybiztosítási Feltételek 17.1. pontjától eltérően, a szerződés bármely okból bekövetkező megszűnése esetén – kivéve a jelen feltételek 7.4. pontja szerinti megszűnés esetét – lehetőség van a szerződés reaktiválására az Általános Személybiztosítási Feltételek 17.1.–17.4. pontjaiban meghatározott szabályok szerint.

8. Fejezet – Biztosítási díj

8.1.

A biztosítás díja folyamatosan fizetendő éves díj, amelynek fizetési gyakorisága lehet havi, negyedéves, féléves és éves. A Szerződőnek jogában áll a díjfizetés gyakoriságának módosítását kérni. A kérelemnek a következő biztosítási díj esedékességét legalább 20 nappal megelőzően be kell érkeznie a Biztosítóhoz. Az új díjfizetési gyakoriságnak a biztosítási évfordulóhoz kell igazodnia.

8.2.

Az évesnél gyakoribb díjfizetés esetén a Biztosító az Általános Személybiztosítási Feltételek 15.3 pontjában szabályozott pótdíjat nem számítja fel.

8.3.

A biztosítási díjat a Biztosító magyar forintban írja elő. A biztosítási díj megfizetése is magyar forintban esedékes.

8.4.

A biztosítási díjat a Biztosító beérkezettnek tekintti, amikor az a Biztosító díjbeszedési számlájára beérkezett, úgy, hogy a biztosítási díjat a Szerződő ellátta a megfelelő azonosítási adatokkal (kötvényszám, név). Amennyiben a biztosítási díj befizetésével egyidejűleg a Szerződő nem adta meg az előírt összes azonosító adatot, akkor a biztosítási díj akkor számít beérkezettnek, amikor annak beazonosítása a Biztosító által megtörtént. A díjbeszedési számla adatait a 2. számú melléklet 2. pontja tartalmazza.

8.5.

A Biztosító a beérkezett biztosítási díjat az érvényes allokációs rendelkezés alapján befektetési egységekre váltja át, jelen feltételek 12.2 pontjában meghatározottak szerint.

8.6.

Az érvényes minimális biztosítási díjat a 2. számú melléklet 3. pontja tartalmazza.

8.7.

A lehetséges díjfizetési módokat a Biztosító a 2. számú melléklet 4. pontjában határozza meg. A Biztosító nem teszi lehetővé a biztosítási díj készpénzben történő megfizetését.

8.8.

A Biztosító a biztosítási díj megfizetésének módjára tekintettel költséget számolhat fel, a jelen feltételek 2. számú melléklet 9. pontjában szabályozottak szerint.

8.9.

A Biztosító a szerződésre bármilyen jogcímen befizetett biztosítási díjból a díjfizetési gyakoriság szerint esedékes, még ki nem egyenlített folyamatos biztosítási díjat levonja és a díjmaradás fedezetére folyamatos biztosítási díjként írja jóvá. Az első biztosítási díj befizetésével egy időben, havi díjfizetési gyakoriság esetén a Szerződőnek lehetősége van legfeljebb további két havi folyamatos biztosítási díj kiegyenlítésére. Ebben az esetben az első díjbefizetésből a Biztosító a havi díjfizetési gyakoriságnak megfelelő legfeljebb három havi díjat levonja, amennyiben a Szerződő erről az ajánlat aláírásakor írásban nyilatkozik, és nyilatkozata a hiánytalan biztosítási ajánlattal együtt a Biztosítóhoz beérkezik. Amennyiben a nyilatkozaton szereplő összeg nagyobb, mint a beérkezett díj, a Biztosító az első havi díjat, amennyiben kisebb, úgy a nyilatkozaton szereplő összeget vonja le, és írja jóvá folyamatos díjként. A levonás után fennmaradó összeget a Biztosító folyamatos biztosítási díjnak tekinti mindaddig, amíg a fennmaradó összeg kisebb, mint a 2. számú melléklet 5. pontjában meghatározott eseti biztosítási díj minimális összeghatára.

8.10.

Minden, a jelen fejezet 9. pontjában nem szabályozott esetben a beérkező biztosítási díjat a Biztosító eseti biztosítási díjként írja jóvá.

8.11.

A díjfizetési gyakoriság szerint esedékes folyamatos biztosítási díjnál kisebb összeg megfizetését a Biztosító díjrészletnek tekintti, és az esedékes folyótagos folyamatos biztosítási díj meg nem fizetett része változatlanul esedékes. Amennyiben azt a Szerződő nem fizeti meg, a Biztosító a díjmaradásra vonatkozó szabályok szerint jár el, azaz a szerződés megszűnését vagy díjmentesítését vonhatja maga után az Általános Személybiztosítási Feltételek 16. fejezete illetve jelen feltételek 7.5. pontja szerint. Amennyiben a szerződés dínemfizetés miatt megszűnik, a Biztosító a befizetett díjrészletből érvényesíti a jelen feltételek 20.11 pontjának rendelkezései alapján el nem számolt terhelése-

ket, és a fennmaradó összeget visszafizeti a Szerződő részére. Ha a szerződés díjmentesítésre vagy automatikus díjszüneteltetésre kerül, a Biztosító az adott díjrészlet összegével arányos díjfizetési időszak tekintetében elszámolja a díjrészletet. Ilyen esetben a díjmentesítés illetve díjszüneteltetés a díjjal rendezett időszakot követő napon kezdődik.

8.12.

A biztosítási díj a biztosítási ajánlat aláírásának napját követő napon válik esedékessé, amelyet a Szerződő legfeljebb az ajánlat aláírását követő 60 napig köteles megfizetni a Biztosító részére. Amennyiben az első biztosítási díj 60 napon belül nem érkezik be a Biztosítóhoz, a biztosítási szerződés nem jön létre.

8.13.

Az előre megfizetett biztosítási díj, vagy az esedékes biztosítási díjnál kisebb összegű, befizetett díjrészlet befektetési allokációja megegyezik a folyamatos biztosítási díjak befektetési allokációjával.

8.14.

Az eseti biztosítási díjak allokációja megegyezik a folyamatos biztosítási díjak allokációjával, ha a Szerződő másként nem rendelkezett. Amennyiben az eseti biztosítási díjakra eltérő allokációt jelöl meg a Szerződő, a rendelkező nyilatkozatnak legkésőbb az eseti biztosítási díj beérkezéséig meg kell érkezni a Biztosítóhoz. Ellenkező esetben a Biztosító nem veszi azt figyelembe.

9. Fejezet – Díjfizetési késedelem, automatikus díjszüneteltetés

9.1.

Amennyiben a Szerződőnek a folyamatos biztosítási díjak vonatkozásában tartozása áll fenn a Biztosítóval szemben és az esedékes biztosítási díj az eseti biztosítási díjból képzett befektetési egységekből nem pótolható, úgy a Biztosító jelen feltételek 7.5 pontja szerint jár el.

9.2.

Amennyiben a Szerződőnek a folyamatos biztosítási díjak vonatkozásában legalább 80 napos díjmaradása áll fenn a Biztosítóval szemben, akkor a Biztosító jogosult automatikus díjpótlással kiegyenlíteni a tartozást.

9.3.

Automatikus díjpótlás során a Biztosító az első ki nem egyenlített folyamatos biztosítási díj esedékességétől számított 80. naptól a szerződés megszűnéséig az eseti biztosítási díjból képzett befektetési egységből jelen feltételek 22. fejezetben szabályozott pénzkivonással egyenlíti ki a teljes, addig fennálló biztosítási díjtartozást, amennyiben az eseti befektetési egységek arra fedezetet biztosítanak. A Biztosító automatikus díjpótlás során eltekint a jelen feltételek 22.5 pontjában meghatározott költség érvényesítésétől. A tranzakcióban a Biztosító a visszavásárlási értéket az 2. számú melléklet 16. pontja szerint határozza meg. Amennyiben az eseti befektetési egységek csak részben fedezik a folyamatos biztosítási díjtartozást, abban az esetben a Biztosító részben egyenlíti ki a folyamatos biztosítási díjtartozást, az összes eseti befektetési egység felhasználásával. Az eseti befektetési egységeket a Biztosító az egyes eszközalapokból értékarányosan használja fel az automatikus díjpótlás végrehajtása során. A Biztosító az automatikus díjpótlás végrehajtásához a tranzakció napján érvényes befektetési egység árfolyamokat és devizaeladási-árfolyamot használja fel.

9.4.

Automatikus díjpótlás esetén a Biztosító jogosult költséget felszámolni, amelyet a 2. számú melléklet 15. a) alpontjában határoz meg. A Biztosító az automatikus díjpótlás költségét a Szerződő számlájáról, a tranzakció napján érvényes befektetési egység árfolyamon, a tranzakcióba bevont eseti befektetési egységeket tartalmazó eszközalapo(k)a)t terhelve, értékarányosan vonja el. Ha a tranzakció után ezen eszközalapokban maradó eseti befektetési egységek nem adnak fedezetet az automatikus díjpótlás költségének kiegyenlítésére, akkor a Biztosító minden, a biztosítási szerződéshez kapcsolódó eszközalapban lévő egységeket értékarányosan terhel a költséggel.

9.5.

Amennyiben a Szerződőnek a folyamatos biztosítási díjak vonatkozásában tartozása áll fenn a Biztosítóval szemben, és a tartozást a Biztosító automatikus díjpótlással sem tudta kiegyenlíteni, és rendszeres egységekre vonatkozóan az 1. számú melléklet 7. pontja alapján rendelkezik visszavásárlási értékkel, a Biztosító a biztosítási szerződésen az Általános Személybiztosítási Feltételek 11.3 pontjától eltérően automatikus díjmentesítést érvényesít.

9.6.

Az automatikus díjmentesítés első napja az utolsó díjrendezett időszakot követő első nap. A automatikusan díjmentesített időszakra a Biztosító nem határoz meg tartamot. A díjmentes időszakban a Biztosító jelen feltételek 4. fejezetében meghatározott szolgáltatásait változatlanul teljesíti.

9.7.

Díjszüneteltetést a Szerződő írásbeli nyilatkozattal jogosult kezdeményezni, a biztosítási díj következő esedékességét megelőzően legalább 15 nappal. A díjszüneteltetés tartama 12 hónap, amely a Szerződő kérelmében megjelölt vagy a díjjal nem rendezett időszak első napjával kezdődik. Díjszüneteltetést a Szerződő a biztosítási szerződés tartama alatt korlátlan számban kezdeményezhet.

9.8.

Díjmentesítést a Szerződő írásbeli nyilatkozattal is jogosult kezdeményezni, a biztosítási díj következő esedékességét megelőzően legalább 15 nappal. Ebben az esetben a Szerződő kérésére a Biztosító a szerződést a következő biztosítási díj megfizetésének esedékességétől díjmentesíti. A díjmentesítés első napja az utolsó díjrendezett időszakot követő első nap. A díjmentes időszakokra a Biztosító nem határoz meg tartamot. A díjmentes időszakban a Biztosító jelen feltételek 4. fejezetében meghatározott szolgáltatásait változatlanul teljesíti.

9.9.

A Szerződő jogosult a jelen fejezet 6-8. pontjaiban szabályozott időszakokat írásbeli nyilatkozatával a Biztosító által megadott határidő előtt a következő díj esedékességével megszüntetni, és a folyamatos biztosítási díj fizetését visszaállítani. A Szerződő írásbeli nyilatkozatát köteles a Biztosítóhoz a következő díj esedékességét megelőzően legalább 15 nappal eljuttatni.

9.10.

A jelen fejezet 6-8. pontjaiban szabályozott időszakok fenntartására mindaddig lehetőség van, amíg a biztosítási szerződés jelen feltételek 7.6 pontja alapján meg nem szűnik.

9.11.

A jelen fejezet 6-8. pontjaiban szabályozott időszakokra a folyamatos biztosítási díj nem esedékes, így a Szerződő a – a 7.6 pontban meghatározott kivételtől eltekintve – folyamatos biztosítási díj megfizetésére nem is köteles. A biztosítási tartam ezen időszakára eső biztosítási díjakat a Szerződő utólag sem köteles megfizetni.

9.12.

A jelen fejezet 6-8. pontjaiban szabályozott időszakokra a Szerződő által megfizetett minden biztosítási díjat a Biztosító eseti biztosítási díjnak tekinti.

9.13.

A jelen fejezet 6-8. pontjaiban szabályozott időszakokra a Szerződő kérésére a Biztosító végrehajtja a tranzakciókat.

10. Fejezet – A biztosítás értékének megőrzése, a biztosítási díj változtatása

10.1.

A biztosítás értékének megőrzését a folyamatos biztosítási díj évenkénti emelése biztosítja. (Értékkövetés)

10.2.

Az értékkövetés mértéke a 2. számú melléklet 7. pontja szerint választható.

10.3.

Amennyiben a Szerződő a szerződésben nem jelölte meg az értékkövetés mértékét, akkor a Biztosító az értékkövetés kiszámításához a legalacsonyabb értéket alkalmazza, a 2. számú melléklet 7. pontjában megadott értékek közül.

10.4.

A folyamatos biztosítási díj emelkedése a biztosítási szerződés megkötését követő első évfordulón kezdődik és évente, a biztosítási évfordulón ismétlődik.

10.5.

A biztosítási évfordulót legalább 30 nappal megelőzően a Biztosító értesítést küld a Szerződő részére az értékkövetés mértékével megemelt folyamatos biztosítási díj összegéről.

10.6.

A biztosítási tartam során a Szerződőnek lehetősége van az értékkövetés mértékét módosítani a 2. számú melléklet 7. pontja szerint. A szerződés kezdetekor választott értékkövetés mértéke a kezdeti időszakban nem csökkenthető. A Szerződő köteles az értékkövetés mértékének módosításáról a Biztosítót írásban értesíteni, legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőzően 15 nappal.

10.7.

A folyamatos biztosítási díj módosítását a Szerződő kezdeményezheti a következő biztosítási díj esedékességétől. A folyamatos biztosítási díj csökkentésére kizárólag a biztosítási díjjal rendezett kezdeti időszak után van lehetőség. A biztosítási díj változtatására irányuló kérelemnek legkésőbb a biztosítási díj következő esedékességét megelőzően legalább 15. nappal be kell érkeznie a Biztosítóhoz.

11. Fejezet – Hűségbónusz, hűségbónusz számítási alap**11.1.**

A Biztosító a szerződés létrejöttékor érvényes éves biztosítási díj alapján hűségbónusz számítási alapot határoz meg, és elkülönítetten tart nyilván a szerződésen.

11.2.

A hűségbónusz számítási alap aktuális értékét az 1. számú melléklet 3.A pontjában megfogalmazottak szerint, a szerződés első éveiben havonta megnöveli, legkésőbb akkor, amikor az adott hónapban esedékes, a 2. számú melléklet 20. pontja szerinti terheléseket maradéktalanul érvényesítette a Szerződő számláján.

11.3.

A hűségbónusz számítási alapot a Biztosító a díjfizetés 8.3 pontja szerinti devizájában határozza meg és a jelen feltételek 20.9 pontjában meghatározottak szerint a Szerződő számlájának devizájában tartja nyilván.

11.4.

A hűségbónusz számítási alap aktuális értékét a Biztosító a teljes tartam során, minden értékelési napon a 2. számú melléklet 10. pontjában meghatározott mértékben növeli meg.

11.5.

A hűségbónusz számítási alap alapulvételével a Biztosító a szerződésen éves hűségbónuszokat jegyez elő.

11.6.

Az éves hűségbónusz-előjegyzések összegeinek meghatározása során a Biztosító az 1. számú melléklet 3. pontjában foglaltak szerint jár el.

11.7.

Az előjegyzett éves hűségbónuszt a Biztosító megszolgáltatnak tekinti a biztosítási évfordulót megelőző 10. napon, ha a biztosítási szerződés vonatkozásában a Szerződő minden, megszolgáltatáshoz szükséges díjfizetési tartam teljes időszakára esedékes folyamatos biztosítási díjat megfizetett, a szerződés tartamából az adott éves hűségbónusz kifizetéséhez szükséges biztosítási tartam, biztosítási években számolva már eltelt. A Biztosító a díjszüneteltetett időszakokat az éves hűségbónuszra való jogosultság elbírálásánál a díjfizetési kötelezettség, díjrendezettség tekintetében nem veszi figyelembe.

11.8.

Ha a szerződésen díjhátralék mutatkozik, vagy díjszüneteltetett, akkor a Biztosító az éves hűségbónuszt előjegyzésként kezeli addig a hónapfordulóig, és nem tekinti megszolgáltatnak, amíg a Szerződő az éves hűségbónusz jelen fejezet 7. pontja szerinti feltételeit nem teljesíti.

11.9.

Ha a szerződést a Biztosító jelen feltételek 9.6 vagy 9.8 pontja alapján díjmentesítette, akkor a Biztosító a még jóvá nem írt éves hűségbónusz-előjegyzéseket törli a szerződésről, azok a Szerződő számláján nem kerülnek jóváírásra.

11.10.

Az éves hűségbónuszt a Biztosító a folyamatos biztosítási díjakra vonatkozó allokáció szerinti befektetési egységek formájában írja jóvá a Szerződő számláján. A Biztosító a jóváírást jelen fejezet 7. pontja alapján meghatározott megszolgáltatást követő első értékelési napon, a tranzakció napján érvényes befektetési egység árfolyamon hajtja végre.

11.11.

A biztosítási díj csökkentésével a Szerződő számláján még jóvá nem írt éves hűségbónuszok összege a díjcsökkentés mértékével azonos arányban csökkennek.

11.12.

Folyamatos biztosítási díjból képzett befektetési egységek terhére történő pénzkivonás esetén, a Szerződő számláján még jóvá nem írt éves hűségbónusz(ok) összege(i) csökken(nek). A csökkenés mértéke megegyezik a pénzkivonás összege és a Szerződő számlájának a felhalmozási egységeire számított tranzakció előtti aktuális értékének arányával.

11.13.

Ha a szerződés bármilyen okból megszűnik, a még jóvá nem írt éves hűségbónusz-előjegyzéseket a Biztosító törli a szerződésről és azok nem kerülnek jóváírásra.

12. Fejezet – A Szerződő számlája

12.1.

A Szerződő által fizetett folyamatos és eseti biztosítási díjak a Szerződő számlájára kerülnek befektetési egységek formájában.

12.2.

A biztosítási díj a Biztosító bankszámlájára való beérkezését követő legfeljebb második értékelési napon, az ezen a napon érvényes befektetési egység és deviza eladási árfolyamon kerül befektetésre a Szerződő számláján.

12.3.

A Szerződő számlájáról, az eszközölt költségekről és elvonásokról, a hűségbónusz számítási alap értékéről és az előjegyzett hűségbónuszok összegéről a Biztosító évente legalább egyszer tájékoztatja a Szerződőt.

13. Fejezet – A Szerződő számlájának devizája

13.1.

A Biztosító a Szerződő számláját a Szerződő biztosítási ajánlatban tett nyilatkozata alapján jelen feltételek 2. számú melléklet 1. pontjában meghatározott devizában tartja nyilván. (A Szerződő számlájának devizája)

13.2.

A Szerződő számlájának devizájában nyilvántartott eszközalapokat kapcsolhat a biztosítási szerződéshez.

13.3.

A Biztosító a biztosítási szolgáltatást a Szerződő számlájának devizájában teljesíti. Jelen feltételek 4.5 pontja alapján a Szerződő jogosult kezdeményezni a magyar forintban történő teljesítést.

13.4.

A Biztosító a biztosítási szerződés tartama során a Szerződő számláján, jelen feltételek 20. fejezetében meghatározott terheléseket a Szerződő számlájának devizájában érvényesíti.

13.5.

A Szerződőnek jogában áll számlájának devizáját megváltoztatni (Devizaváltás), jelen feltételek 18. fejezete alapján.

13.6.

A Biztosítónak jogában áll a Szerződő számlájának devizái közé új devizát bevezetni vagy devizát kivezetni. A Biztosító a Szerződő számlájának devizáját érintő kivezetéskor a jelen feltételek 14.8-14.9 pontjai és a 18. fejezet Devizaváltás szabályai szerint jár el. Ebben az esetben a Biztosító által kezdeményezett devizaváltás költsége a Biztosítót terheli.

14. Fejezet – Eszközalapok

14.1.

Minden eszközalap befektetési egységekből áll, amely egységek az eszközalap befektetett eszközeiben való arányos részesedést testesítenek meg. A befektetési egységek mennyiségét (darabszámát) a Biztosító öt tizedesjegyre tartja nyilván.

14.2.

A befektetések hozama változtatja az eszközalap és ez által a befektetési egységek értékét. Az egyes eszközalapok a befektetések típusában, ezáltal a várható hozamban és a befektetés kockázatában térnek el egymástól. Az egyes eszközalapokban bekövetkező árfolyamkockázatot minden esetben a Szerződő viseli.

14.3.

A biztosítási szerződéshez választható eszközalapot jelen feltételek 2. számú melléklet 11. pontja, befektetési politikáját jelen feltételek 3. számú melléklete tartalmazza. Bármely eszközalap abban az esetben kapcsolható a szerződéshez, ha a Szerződő megismerte annak befektetési politikáját.

14.4.

A Szerződő a biztosítási szerződés megkötésekor a biztosítási díj százalékában meghatározva megválasztja a folyamatos biztosítási díj különböző eszközalapokban való elhelyezésének arányát (allokáció).

A Biztosító jogosult egyedi allokációs szabályokat létrehozni, módosítani és megszüntetni. Az érvényes allokációs szabályok jelen feltételek 5. számú mellékletében kerülnek leírásra. Ezen allokációs szabályok kiterjedhetnek a felhalmozási és eseti egységekre is. Allokációs szabályok létrehozása, módosítása és megszüntetése esetén, a Biztosító köteles legalább 30 nappal a tervezett változtatás előtt írásban értesíteni a Szerződőt, azonban ezen szabályok módosítása nem érinti az adott eszközalapba történt korábbi befizetéseket.

14.5.

Jelen biztosítási szerződéshez egy időben kapcsolódó valamennyi eszközalap vagy eszközalap-válogatás devizája meg kell, hogy egyezzen a Szerződő számlájának devizájával. Egy időben csak azonos devizájú eszközalapot kapcsolhatóak a biztosítási szerződéshez.

14.6.

A Biztosító – a Szerződő allokációs döntésének elősegítése érdekében – eszközalap-válogatásokat hoz létre, amelyekhez eltérő kockázati- és hozamszintek tartoznak. Az eszközalap-válogatások a jelen fejezet 3. pontjában meghatározott eszközalapotból állnak, előre meghatározott allokációs szintekkel. Minden eszközalap-válogatásra az eszközalapot meghatározó szabályok irányadóak. A Biztosító jogosult a 2. számú mellékletben meghatározott eszközalap-válogatások összetételének megváltoztatására, amellyről legalább 30 nappal a tervezett változtatás előtt írásban értesíti a Szerződőt. Az érvényes eszközalap-válogatásokat jelen feltételek 2. számú melléklet 12. pontja tartalmazza.

14.7.

A Biztosító korlátozhatja az egyes eszközalapokban elhelyezett biztosítási díjak arányát, amelyet jelen feltételek 2. számú melléklet 18. pontjában határoz meg.

14.8.

A Biztosító jogosult eszközalapot létrehozni és megszüntetni. A Biztosító a megszűnéssel érintett eszközalapban befektetéssel rendelkező Szerződőt legalább 30 nappal a tervezett megszűnés előtt írásban értesíti, és a megszűnő eszközalap befektetési egységeit a Szerződő által választott eszközalap befektetési egységeire átváltja, amennyiben a Szerződő erre vonatkozó írásbeli rendelkezése az eszközalap megszűnése előtt legalább 15 nappal a Biztosítóhoz megérkezik. A Szerződő rendelkezése alapján a továbbiakban beérkező díjak is a megjelölt eszközalap(ok)ba kerülnek befektetésre (átirányítás), feltéve, hogy az utolsó allokációs nyilatkozat értelmében a megszűnő eszközalap befektetési célként meg volt jelölve. Amennyiben a Szerződő nyilatkozata a határidőig nem érkezik meg, akkor a Biztosító a megszűnő eszközalap befektetési egységeit a Biztosító által előre, írásbeli értesítésben meghatározott eszközalap befektetési egységeire váltja át és a megszűnő eszközalap megszűnését követően a Szerződő által a jövőben megfizetett biztosítási díjakat a Biztosító által megnevezett eszközalapotba irányítja. Ilyen esetekben a Biztosító tájékoztatja a Szerződőt, a Biztosító által kezdeményezett átváltás és átírányítás időpontjáról.

14.9.

A Biztosító jogosult az eszközalapot befektetési politikáját módosítani. A Biztosító az adott eszközalapban befektetési egységgel rendelkező Szerződőt legalább 30 nappal a tervezett módosítás előtt írásban, e-mail-ben és honlapján való közzététel útján értesíti a módosítás jellemzőiről és az aktuális befektetési politikát honlapján közzéteszi. Amennyiben a tervezett módosítás időpontja előtt legalább 15 nappal a Biztosítóhoz beérkezik a Szerződő írásbeli rendelkezése a módosuló befektetési politikájú eszközalapban elhelyezett befektetési egységek más eszközalap(ok)ba való átváltásáról, esetleges átírányításról, úgy a Biztosító ezt jelen fejezet 10. pontja szerint teljesíti.

14.10.

A Biztosító eltekint a jelen feltételek 16.4 és 17.3 pontjaiban meghatározott költségek megfizetésétől, amennyiben az eszközalapot közötti átváltás, átírányítás a Biztosító által kezdeményezett megszűnő vagy módosuló befektetési politikájú eszközalapotból történik.

14.11.

A Biztosító a változásra vonatkozó tájékoztatását közzéteszi a honlapján.

14.12.

Az eszközalapok felfüggesztése, szétválasztása

1. A Biztosító az ügyfelek érdekében a szerződéshez kapcsolódó eszközalap befektetési egységeinek eladását és vételét felfüggeszti (a továbbiakban: eszközalap-felfüggesztés), amennyiben az eszközalap nettó eszközértéke, illetve ezzel együtt a befektetési egységeknek az árfolyama azért nem állapítható meg, mert az eszközalap eszközei részben vagy egészben illikvid eszközzé váltak. Az eszközalap felfüggesztését a Biztosító az annak okául szolgáló körülményről való tudomásszerzését követően haladéktalanul végrehajtja arra az értékelési napra (a továbbiakban: az eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontja) visszamenő hatállyal, amely értékelési napot megelőzően az utolsó alkalommal megállapítható volt az eszközalap nettó eszközértéke.
2. Az eszközalap felfüggesztésének tartama alatt, a biztosítási díj felfüggesztett eszközalapról való átirányítása kivételével, a felfüggesztett eszközalapot érintő ügyfélrendelkezések (így különösen átváltás, rendszeres pénzkivonás, részleges visszavásárlás) nem teljesíthetők. Amennyiben az eszközalap felfüggesztésének tartama a 30 napot meghaladja, akkor az eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontját követő 35. napig a Biztosító írásbeli tájékoztatást küld a felfüggesztett eszközalappal érintett valamennyi Szerződő részére arról, hogy az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követően a Biztosító akkor teljesíti ezeket az ügyfélrendelkezéseket, ha azok teljesítésére vonatkozóan Szerződő az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követően ismételten rendelkezést ad. A felfüggesztés tartama alatt felfüggesztett eszközalapra vonatkozóan ügyfélrendelkezést adó Szerződő számára a Biztosító haladéktalanul tájékoztatást ad az ügyfélrendelkezéssel kapcsolatban.
3. Amennyiben a befizetett díjat a szerződés, illetve az ügyfél rendelkezése alapján a Biztosítónak a felfüggesztett eszközalapba kellene befektetnie, a Biztosító - a szerződés vagy a Szerződő eltérő rendelkezése hiányában - a díjat elkülönítetten tartja nyilván. Ha a fenti esetben az eszközalap felfüggesztésének tartama a 30 napot meghaladja, akkor az eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontját követő 35. napig a Biztosító írásbeli tájékoztatást küld az érintett Szerződő részére arról, hogy az elkülönítetten nyilvántartott és az eszközalap-felfüggesztés időtartama alatt beérkező díjat mely másik, fel nem függesztett eszközalapba irányítja át - azzal ellentétes ügyfélrendelkezés hiányában - az eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontját követő 45. naptól.
4. Az eszközalap felfüggesztésének tartama alatt a szerződésben meghatározott időpont elérése (lejárat) mint biztosítási esemény bekövetkezése vagy a szerződés teljes visszavásárlása esetében a Biztosító a szerződő fél számlája aktuális egyenlegének értékét a felfüggesztett eszközalap befektetési egységeinek figyelmen kívül hagyásával állapítja meg. A Biztosító a fenti esetekben az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követő 15 napon belül - amennyiben a 8. pontban írt feltétel nem áll fenn - kifizeti a Szerződő számláján a felfüggesztett eszközalap befektetési egységeiből nyilvántartott befektetési egységeknek az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követő első ismert árfolyamán számított aktuális értékét vagy ugyanezen az árfolyamon a visszavásárlásra vonatkozó szerződéses rendelkezések szerinti összeget.
5. A Biztosító nem balesetből eredő haláleseti (kockázati) szolgáltatása teljesítését az eszközalap felfüggesztése annyiban érinti, hogy a Biztosító a szerződő fél számlája aktuális egyenlegének értékét a felfüggesztett eszközalap befektetési egységeinek az eszközalap-felfüggesztést megelőző utolsó ismert árfolyama alapján határozza meg. A biztosítási szerződés szerinti kifizetési kötelezettségét a Biztosító az eszközalap felfüggesztésének tartama alatt is a fentiek alapján meghatározott értékben teljesíti, a felfüggesztett eszközalap befektetési egységei tekintetében teljesítendő szolgáltatásrész vonatkozásában, azonban Főbiztosítottanként legfeljebb 30 millió forint összeghatárig. Az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követő 15 napon belül az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követő első ismert árfolyamon a Biztosító a felfüggesztett eszközalap befektetési egységei tekintetében teljesítendő nem baleseti haláleseti (kockázati) szolgáltatásrészét újra megállapítja, és amennyiben ez meghaladja a korábban erre kifizetett összeget, akkor a különbözetet utólag kifizeti. Amennyiben a 8. pontban írt feltétel fennáll, akkor a Biztosító a fenti újbóli megállapítást és a különbözet kifizetését a 8. pontban írt elszámolás keretében teljesíti.
6. Az eszközalap-felfüggesztés időtartama legfeljebb 1 év, amelyet a Biztosító indokolt esetben összesen további 1 évvel meghosszabbíthat. A Biztosító a meghosszabbításról szóló döntését az eszközalap-felfüggesztés időtartamának lejártát legalább 15 nappal megelőzően, figyelemfelhívásra alkalmas módon közzéteszi a honlapján, valamint kifüggeszti az ügyfélszolgálati irodáiban.
7. A Biztosító az eszközalap-felfüggesztést haladéktalanul megszünteti:
 - az eszközalap-felfüggesztés időtartamának lejártát követően;
 - az eszközalap-felfüggesztés okául szolgáló körülmény megszűnéséről való tudomásszerzését követően; vagy
 - amennyiben azt a Felügyelet elrendeli.
8. Amennyiben az eszközalap-felfüggesztés 7. pont szerinti megszüntetésekor az eszközalap nettó eszközértéke, illetve ezzel együtt a befektetési egységeknek az árfolyama továbbra sem állapítható meg azért, mert az eszközalap eszközei részben vagy egészben illikvid eszközök, akkor a Biztosító az eszközalapot megszünteti, és a Szerződővel - a megszüntetési időpontjában aktuális piaci helyzet alapul vételével - elszámol.
9. Az eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontját követő 30 napon belül a Biztosító - a Szerződő felek közötti egyenlő elbánás elvének biztosítása és a Biztosító eszközalappal kapcsolatos szolgáltatásainak folyamatos fenntartása érdekében - az

illikviddé vált eszközöket és az eszközalap egyéb, nem illikvid eszközeit szétválasztja (az eszközalapot illikvid és nem illikvid eszközöket tartalmazó utódeszközalapokra bontja, a továbbiakban: szétválasztás) akkor, ha az eszközalap utolsó ismert nettó eszközértékének legfeljebb 75%-át képviselő eszközök váltak illikviddé. A szétválasztás végrehajtásával egyidejűleg a nem illikvid eszközöket tartalmazó utódeszközalap vonatkozásában az eszközalap-felfüggesztés megszűnik, és az önálló eszközalapként működik tovább. Garantált eszközalap esetén - függetlenül az illikvid eszközök hányadától - a teljes eszközalap felfüggesztésre kerül. Ebben az esetben a garancia lejáratakor a Biztosító az eredeti szerződéses feltételek szerint köteles elszámolni az ügyfelekkel.

10. A szétválasztás esetében az illikviddé vált eszközöket elkülönítetten, ugyancsak önálló eszközalapként tartja nyilván a Biztosító, amelyre vonatkozóan az eszközalap-felfüggesztés az 1-8. pontokban írottak szerint marad érvényben azzal, hogy az eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontjának az eredeti eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontját kell tekinteni. A szétválasztás következtében az eredeti eszközalap megszűnik, amelynek során az eredeti eszközalap befektetési egységeit ügyfelenként olyan arányban kell az illikvid és nem illikvid eszközöket tartalmazó utódeszközalapokhoz rendelni, amilyen arányt az illikvid és nem illikvid eszközök az eredeti eszközalap utolsó ismert nettó eszközértékén belül képviseltek. Szétválasztás esetén a 2. és 3. pontokban szereplő tájékoztatási kötelezettség kiegészül a szétválasztásról szóló értesítéssel.
11. Az eszközalap-felfüggesztés és szétválasztás a Szerződő díjfizetési kötelezettségét és a Biztosító szolgáltatási kötelezettségét – a fenti rendelkezéseket figyelembe véve - nem szünteti meg.
12. A Biztosító az eszközalap-felfüggesztés és a szétválasztás végrehajtásával, valamint az eszközalap-felfüggesztés megszüntetésével egyidejűleg a honlapján való figyelemfelhívásra alkalmas módon történő közzététel útján tájékoztatja a Szerződőt
- az eszközalap-felfüggesztés és a szétválasztás törvényi megalapozottságáról, végrehajtásáról, annak indokáról, a felfüggesztés kezdő időpontjáról, a biztosítási szerződést és annak teljesítését érintő következményeiről, ideértve különösen az ügyfeleket érintő befektetési kockázatok változását, valamint a költségek és díjak érvényesítésének szabályait; és
 - az eszközalap-felfüggesztés megszüntetéséről, annak indokáról, valamint a megszüntetésnek a biztosítási szerződést és annak teljesítését érintő következményeiről.

A Biztosító a fenti tájékoztatást az ügyfélszolgálati irodáiban is kifüggeszti.

15. Fejezet – Az eszközalapok értékelése

15.1.

Az eszközalapok indulásakor a Biztosító határozza meg az eszközalapok befektetési egységeinek árfolyamát. A befektetési egységek árfolyamát a Biztosító hat tizedesjegyre tartja nyilván.

15.2.

A Biztosító az eszközalapokat rendszeresen értékeli annak érdekében, hogy a befektetési egységek árfolyamát meghatározza. Az értékelésre minden munkanapon, de naptári hetente legalább egy alkalommal sor kerül.

15.3.

Az eszközalapok értéke az értékelés napján rendelkezésre álló befektetett eszközök és fennálló kötelezettségek értékének különbözete.

15.4.

A Biztosító jogosult az eszközalapok értékéből levonni a befektetett eszközök vételével és eladásával összefüggő közvetlen költségeket.

15.5.

A Biztosító éves alapkezelési költséget határoz meg az eszközalap értékének százalékában, amelyet a Biztosító az adott eszközalap minden értékelési napján, az adott eszközalap értékelési napi árfolyamában az előző értékelési naptól eltelt idő arányában érvényesít. Az alapkezelési költség eszközalaponkénti mértékét a Biztosító jelen feltételekhez kapcsolódó 2. számú melléklet 11. pontjában határozza meg. Az éves alapkezelési költség a biztosítás tartama során változhat, de az éves alapkezelési díj nem haladhatja meg az eszközalap értékének 2,5%-át. Az éves alapkezelési költség változásáról a Biztosító a Szerződőt a hatálybalépés előtt legalább 30 nappal írásban tájékoztatja. A Biztosító a változást a honlapján is közzéteszi.

16. Fejezet – Átváltás

16.1.

A Szerződő írásban jogosult kezdeményezni jelen feltételek 23.1 pontjában szabályozottak alapján a befektetési egységeknek a termékhez kapcsolt más, ugyanazon devizájú eszközalapba történő áthelyezését. (Átváltás)

16.2.

Az átváltási kérelemben a Szerződő az átváltandó összeget, az adott eszközalapban nyilvántartott befektetési egységek arányában határozhatja meg. A Szerződő az átváltási kérelemben jogosult megjelölni, hogy milyen típusú befektetési egységet kíván átváltani.

16.3.

Az egységek kivonását az eszközalap(ok)ból és a befektetését a megjelölt eszközalap(ok)ba az átváltási kérelem beérkezését követő értékelési napon, arra a napra vonatkozó befektetési egységárfolyamokon hajtja végre a Biztosító.

16.4.

A Biztosító az átváltásért a jelen feltételek 2. számú melléklet 15. b) alpontjában meghatározott átváltási költséget számít fel. Az átváltás költségét a Biztosító a Szerződő számlájáról, a tranzakció napján érvényes befektetési egység árfolyamon, az átváltási kérelemben megjelölt új eszközalapo(ka)t terhelve, értékarányosan vonja el. Az átváltási költség a biztosítás tartama során változhat, de nem haladhatja meg az átváltott összeg 2%-át. Az átváltási költség változásáról a Biztosító a Szerződőt a hatálybalépés előtt legalább 30 nappal írásban tájékoztatja. A Biztosító a változást a honlapján is közzéteszi.

16.5.

A befektetési egységek egy eszközalapból minimálisan vásárolható arányát a Biztosító jelen feltételek 2. számú melléklet 18. pontja szerint korlátozhatja.

17. Fejezet – Átirányítás

17.1.

A folyamatos biztosítási díjak jövőbeni allokációjának megváltoztatását a Szerződő írásban jogosult kezdeményezni jelen feltételek 23.1 pontjában szabályozottak alapján. (Átirányítás)

17.2.

A Biztosító az átirányítási kérelemben benyújtott változásokat, a Biztosítóhoz való beérkezést követő első folyamatos biztosítási díj a Biztosító bankszámlájára történő beérkezésével teljesíti.

17.3.

A Biztosító az átirányításért a jelen feltételek 2. számú melléklet 15. c) alpontjában meghatározott átirányítási költséget számít fel. Az átirányítás költségét a Biztosító a Szerződő számlájáról, az átirányítási kérelem biztosítóhoz való beérkezését követő első értékelési napján érvényes befektetési egység árfolyamon, értékarányosan vonja el. Az átirányítási költség a biztosítás tartama során változhat, de nem haladhatja meg az aktuális éves biztosítási díj (jelen feltételek 9.6-9.8 pontjaiban szabályozott időszakok alatt az utolsó éves biztosítási díj) 10%-át. Az átirányítási költség változásáról a Biztosító a Szerződőt a hatálybalépés előtt legalább 30 nappal írásban tájékoztatja. A Biztosító a változást a honlapján is közzéteszi.

17.4.

Az átirányítás során egy eszközalapból minimálisan vásárolható befektetési egységek arányát a Biztosító jelen feltételek 2. számú melléklet 18. b) alpontja szerint korlátozhatja.

18. Fejezet – Devizaváltás

18.1.

A Szerződő írásban jogosult kezdeményezni jelen feltételek 23.1 pontjában szabályozottak alapján a Szerződő számlája devizájának megváltoztatását. (Devizaváltás)

18.2.

Devizaváltás során a Biztosító a jelen feltételek 23. fejezete alapján a Szerződő számlájának devizájára vonatkozóan a következő szerződésmódosításokat hajtja végre:

- a) jelen feltételek 16. fejezetében szabályozottak szerinti átváltást a Szerződő számlájának újonnan megjelölt devizájához kapcsolódó eszközalapokba.**
- b) jelen feltételek 17. fejezetében leírtak szerint átirányítást a Szerződő számlájának újonnan megjelölt devizájához kapcsolódó eszközalapokba.**

- c) Az éves hűségbónusz-előjegyzéseket átváltja a Szerződő számlájának újonnan megjelölt devizájába, és a hűségbónusz számítási alap is az átváltást követő devizában kerül meghatározásra a továbbiakban.
- d) A Szerződő számláját érintő terhelések devizáját megváltoztatja jelen feltételek 2. számú melléklete alapján a Szerződő számlájának újonnan megjelölt devizájára.
- e) A Biztosító szolgáltatásának devizáját (biztosítási összeg) megváltoztatja a jelen feltételek 4.1 és 5.2 pontokban leírtak alapján a Szerződő számlájának újonnan megjelölt devizájára.

18.3.

Devizaváltási kérelemben a Szerződő köteles meghatározni:

- a) a biztosítási szerződés számlájának új devizáját, jelen feltételek 2. számú melléklet 1. pontjában aktuálisan meghatározott a Szerződő számlájának lehetséges devizái közül,
- b) a szerződéshez kapcsolódó eszközalap(ok)ban nyilvántartott befektetési egységek átváltását a biztosítási termékhez kapcsolt új, eltérő devizájú eszközalapba (átváltás), és
- c) a tranzakció végrehajtását követően beérkező biztosítási díjak allokációját a Szerződő számlájának újonnan megjelölt devizájában rendelkezésre álló eszközalapok között (átirányítás).

18.4.

A Szerződő devizaváltást nem kérhet, ha a számláján el nem számolt terhelést tart nyilván a Biztosító.

18.5.

A Biztosító a devizaváltást a Szerződő kérelmének a Biztosítóhoz való beérkezését követő első értékelési napon hajtja végre, az arra az értékelési napra érvényes befektetési egység árfolyamokon valamint arra az értékelési napra érvényes deviza árfolyamokon.

18.6.

A Biztosító a devizaváltásért tranzakciós költséget számol fel, amelyet jelen feltételek 2. számú melléklet 15. d) alpontjában szabályoz. A devizaváltási költség a biztosítás tartama során változhat, de nem haladhatja meg a tranzakció összegének (devizaváltás végrehajtásának napján aktuális számlaérték) 2%-át. Az devizaváltási költség változásáról a Biztosító a Szerződőt a hatálybalépés előtt legalább 30 nappal írásban tájékoztatja. A Biztosító a változást a honlapján is közzéteszi. A Biztosító devizaváltás esetén a jelen feltételek 16.4 és 17.3 pontjai szerinti tranzakciós költségeket nem számolja fel. A devizaváltás költségét a Biztosító jelen fejezet 5. pontjában meghatározott értékelési napon érvényes befektetési egység árfolyamon, a devizaváltási kérelemben megjelölt a Szerződő számlájának új devizájában érvényesíti, minden új eszközalapból értékarányosan.

19. Fejezet – Az eszközalapokhoz kapcsolódó egyedi funkció

19.1.

Jelen életbiztosításhoz a tartam során eszközalapokhoz kapcsolódó egyedi funkció választható, amelyet a 2. számú melléklet 13.1 pontja tartalmaz.

19.2.

Az eszközalapokhoz kapcsolódó egyedi funkció igénybevétele a biztosítási szerződés tartama során bármikor választható és megszüntethető.

19.3.

A eszközalapokhoz kapcsolódó egyedi funkció költségét a Biztosító havi gyakorisággal a jelen feltételek 20.6 pontjában szabályozottak szerint, a Szerződő számlájáról levonja. Az egyedi funkció költségének mértékét a Biztosító az egyedi funkció feltételeiben határozza meg.

19.4.

A Szerződő által megadott allokációs rendelkezéstől eltérően a Biztosító jogosult az eszközalapokhoz kapcsolódó egyedi funkció feltételeiben az allokációt meghatározni. Amennyiben a Biztosító egyértelmű allokációs rendelkezést határoz meg az eszközalapokhoz kapcsolódó egyedi funkció tekintetében, akkor a Szerződő által ugyanazon biztosítási díjra vonatkozóan megadott allokációs nyilatkozat érvénytelen.

20. Fejezet – Terhelések a szerződő számláján

20.1.

Az életbiztosítási szerződéshez kapcsolódóan a Biztosító szerződéskötési költséget számít fel. A szerződéskötési költséget a biztosítási szerződés kezdeti éves biztosítási díjának arányában állapítja meg a Biztosító. A Biztosító az 1. számú melléklet 1. pontjában határozza meg a szerződéskötési költség mértékét és az ugyanott meghatározott időtartam alatt érvényesíti azt, a Szerződő számlájáról havi gyakorisággal történő levonással. A Biztosító jelen feltételek 23.2 pontjában szabályozottak alapján nem jogosult a szerződéskötési költséget megváltoztatni.

20.2.

A Biztosító, az 1. számú melléklet 2. pontjában meghatározottak szerint, a Szerződő számlájának terhére a szerződés első periódusában esedékes elvonást hajt végre. Az elvonás időtartamát a Biztosító az 1. számú melléklet 2. a) alpontjában határozza meg. A havi elvonások mértékét a Biztosító a jelen feltételekhez kapcsolódó 1. számú melléklet 2. b) alpontjában határozza meg. A Biztosító jelen feltételek 23.2 pontjában szabályozottak alapján nem jogosult a Szerződő számláját terhelő, az 1. számú melléklet 2. pontjában meghatározott elvonás időtartamának és mértékének megváltoztatására.

20.3.

A Biztosító a biztosítási szerződés tekintetében havi nyilvántartási költséget számít fel, amelynek összegét a Biztosító a 2. számú melléklet 8. pontjában határozza meg. A havi nyilvántartási költséget a Biztosító a Szerződő számlájáról havonta vonja le. A nyilvántartási költség naptári évenként legfeljebb a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett, az utolsó változtatástól eltelt naptári évek fogyasztói árindexeinek összesített mértékével egyező mértékben változhat. A nyilvántartási költség változásáról a Biztosító a Szerződőt évforduló előtt legalább 30 nappal írásban értesíti, és a honlapján közzéteszi.

20.4.

A Biztosító a biztosítási díjfizetési módhoz kapcsolódóan jogosult költséget felszámítani. Ezen költségek összegét a Biztosító a 2. számú melléklet 9. pontjában határozza meg, és havi gyakorisággal levonja a Szerződő számlájáról. A díjfizetési módhoz kapcsolódó költség változhat, de nem haladhatja meg a biztosítási szerződés első évében esedékes szerződés-kötési költség mértékét. A díjfizetési módhoz kapcsolódó költség változásáról a Biztosító a Szerződőt évforduló előtt legalább 30 nappal írásban értesíti, és a honlapján közzéteszi.

20.5.

A biztosítási szerződéshez kapcsolódó kiegészítő biztosítások biztosítási díjait a Biztosító havi gyakorisággal a Szerződő számlájáról levonja.

20.6.

A biztosítási szerződéshez kapcsolódó, jelen feltételek 19. fejezetben meghatározott eszközalapokhoz kapcsolódó egyedi funkció költségét a Biztosító havi gyakorisággal a Szerződő számlájáról levonja.

20.7.

A Biztosító a szerződéshez kapcsolódó tranzakciókért, amelyeket jelen feltételek 9.4 pontjában, 16-18. fejezetekben és 21-22. fejezetekben szabályoz, tranzakciós költséget jogosult felszámolni. Az egyes tranzakciókhoz kapcsolódó költségek mértékét és érvényesítésük módját a Biztosító a jelen feltételek fent hivatkozott pontjaiban szabályozza.

20.8.

Jelen fejezet 1-6. pontjaiban szabályozott terhelések esedékessége az adott biztosítási szerződés hónapfordulója. Az egyes terheléseket a Biztosító a szerződés aktuális devizájában vonja le a Szerződő számlájáról, a jelen feltételek 2. számú mellékletének 20. pontjában meghatározott sorrend szerint.

20.9.

A jelen fejezet 1-2. pontjaiban szabályozott, és az egyes kiegészítő biztosítások vonatkozó különös feltételei alapján a Szerződő számlájáról levonandó költség és elvonás magyar forintban merül fel. A Biztosító ezen terheléseket esedékességük napján érvényes deviza vételi árfolyamon átszámolja a Szerződő számlájának devizájába és az esedékesség napját követő első értékelési napon érvényes befektetési egység árfolyamon érvényesíti a Szerződő számláján, a folyamatos biztosítási díjból képzett befektetési egységek terhére. Amennyiben a Szerződő számláján nyilvántartott folyamatos biztosítási díjból képzett befektetési egységek különböző eszközalapokhoz kapcsolódnak, akkor a Biztosító jelen fejezet szerinti levonásokat az eszközalapok között értékarányosan végzi el.

20.10.

A Biztosító által jelen fejezet 3-6. pontjaiban szabályozott, és az egyes kiegészítő biztosítások vonatkozó különös feltételei alapján a Szerződő számlájáról levont biztosítási díjakat és költségeket azok esedékességének napját követő első értékelési napon érvényes befektetési egység árfolyamon érvényesíti a Szerződő számláján, a folyamatos biztosítási díjból képzett befektetési egységek terhére. Amennyiben a Szerződő számláján nyilvántartott befektetési egységek különböző eszközalapokhoz kapcsolódnak, akkor a Biztosító jelen fejezet szerinti levonásokat az eszközalapok között értékarányosan végzi el.

20.11.

Amennyiben jelen fejezet 1-7. pontjaiban felsorolt terheléseket a Biztosító nem tudja a Szerződő számlájáról esedékességkor érvényesíteni, azokat a Biztosító el nem számolt terhelésként tartja nyilván. Ezen terhelések akkor kerülnek érvényesítésre, amikor a Szerződő számláján nyilvántartott folyamatos biztosítási díjból képzett befektetési egységek aktuális értéke eléri az egyes, el nem számolt terhelési tételek értékét. Ha a Szerződő számláján nyilvántartott folyamatos biztosítási díjból képzett befektetési egységekből az el nem számolt terheléseket nem lehet elvonni, a Biztosító a kezdeti időszak elteltét követően jogosult a Szerződő számláján nyilvántartott eseti biztosítási díjakból képzett befektetési egységekből érvényesíteni az el nem számolt terheléseket. A Szerződő számláján el nem számolt terhelés kizárólag a biztosítási tartam 1. számú melléklet 5. pontjában meghatározott időszak alatt lehet.

20.12.

Ha a Szerződő a számláján rendelkezésre álló eseti biztosítási díjakból képzett befektetési egységek terhére visszavásárlást kezdeményez, akkor a Biztosító jogosult a nyilvántartott el nem számolt terhelések összegét a kifizetésből levonni.

20.13.

Amennyiben bármilyen befektetési egység-csökkenéssel járó tranzakciós igény (automatikus díjpótlás, pénzkivonás, visszavásárlás, átváltás, devizaváltás) ingatlan eszközalapot is érint, különösen, ha egy hónapon belül göngyölt összeg eléri vagy meghaladja a 10 millió forintot vagy az eszközalap devizanemében aktuálisan ezzel azonos értéket, akkor a teljesítés a jelen feltételekben megszabott határidők helyett 90 értékelési napon belül történhet meg. Ingatlan eszközalap esetében az egy éven belüli befektetési egység csökkenéssel járó tranzakciók esetén a Biztosító a felmerülő költségen felül további költséget is érvényesít. A Biztosító ennek mértékét a 2. számú melléklet 15. e) (4) pontjában szabályozza.

20.14.

Amennyiben az eszközalapokat megtestesítő mögöttes pénz- és tőkepiaci eszközök aktuális kereskedelme, piaci sajátossága a Biztosító számára nem teszi lehetővé jelen feltételekben meghatározott hiánytalan teljesítést, a Biztosító a fenti piacok mozgásához igazodva, a lehető legkorábbi időpontban tesz eleget kötelezettségének. A Biztosító ezen késedelemből eredő bármilyen kockázatokért és károkért felelősséget nem vállal.

21. Fejezet – Visszavásárlás

21.1.

Jelen életbiztosítási szerződés rendelkezik az Általános Személybiztosítási Feltételek 25. fejezetében meghatározott visszavásárlási joggal.

A befektetési egységekre számított visszavásárlási értéket a Biztosító jelen feltételek 1. számú melléklet 7., és 2. számú melléklet 16. pontjaiban szabályozza. A Biztosító az eseti díj visszavásárlási értékének meghatározásakor az eseti díj a befektetésének időpontja óta eltelt idő alapján érvényes visszavásárlási értéket tekint irányadónak.

A Biztosító a jelen fejezetben, valamint a jelen különös feltételek 3. számú mellékletében meghatározott feltételek mellett a Szerződő részére rendkívüli visszavásárlást tesz lehetővé.

21.2.

A visszavásárlást a Szerződő írásban kezdeményezheti, a jelen feltételek 23.1 pontjában leírtak szerint.

A hiánytalan visszavásárlási nyilatkozatnak tartalmaznia kell:

- a Szerződő nevét, címét, aláírását,
- a szerződés kötvényszámát,
- kifizetési bankszámlaszámot.

21.3.

A Biztosító a visszavásárlási kérelemben kezdeményezett tranzakciót a Szerződő kérelmének a Biztosítóhoz való beérkezését követő első értékelési napra érvényes befektetési egység árfolyamon hajtja végre a kérelem beérkezését követő 15 napon belül, ha a Szerződő nem jelölt meg ettől eltérő későbbi időpontot.

21.4.

A biztosítási szerződés visszavásárlási összegéből a Biztosító az Általános Személybiztosítási Feltételek 25.4 pontjában leírtakkal ellentétben nem vonja le a biztosítási szerződésen fennálló díjhátralékot, azonban a visszavásárlási összegből a biztosítási szerződésen el nem számolt terhelésként nyilvántartott összeg jelen feltételek 20.11-20.12 pontja értelmében levonásra kerül.

21.5.

A Biztosító visszavásárlás esetén jogosult kivonási költséget levonni, amelyet a Biztosító jelen feltételek 2. számú melléklet 15. e) alpontjában szabályoz. A kivonási költség a biztosítás tartama során változhat, de nem haladhatja meg a kivont összeg 1%-át. A kivonási költség változásáról a Biztosító a Szerződőt a hatálybalépés előtt legalább 30 nappal írásban tájékoztatja. A Biztosító a változást a honlapján is közzéteszi.

21.6.

A Biztosító a kivonási költséget a Szerződő részére kifizetendő összegből vonja le.

21.7.

A Biztosító a visszavásárlás teljesítése esetén jelen feltételek 4.6 pontjában leírtakat is alkalmazza.

22. Fejezet – Pénzkivonás

22.1.

Jelen biztosítás nem rendelkezik kötvénykölcson jogokkal. (Általános Személybiztosítási Feltételek 24. és 27. fejezet).

22.2.

A Szerződő a pénzkivonást írásban jogosult kezdeményezni, jelen feltételek 23.1 pontjában leírtak szerint.

22.3.

A befektetési egységekre számított pénzkivonás összegét a Biztosító a visszavásárlási érték számítási szabályai alapján kalkulálja, a jelen feltételek 21.1 pontja szerint.

22.4.

A Biztosító minimálisan kivonható összeget határoz meg jelen feltételek 2. számú melléklet 17. pontjában.

22.5.

A Biztosító jogosult pénzkivonás esetén kivonási költséget levonni, amelyet a Biztosító jelen feltételek 21.5 pontjában szabályoz. A Biztosító pénzkivonás esetén a kivonás költségét a kifizetendő összegben felül vonja ki azon eszközalapokból, amelyekből a tranzakció során a kivonást teljesítette. Amennyiben a tranzakcióban érintett eszközalapok nem jelentenek fedezetet a költség levonására, abban az esetben a Biztosító jogosult a biztosítási szerződéshez kapcsolódó más eszközalap(ok) befektetési egységeiből levonni a költséget.

22.6.

Amennyiben a tranzakció több eszközalapot érint, akkor az eszközalapokból a pénzkivonáshoz kivont összeg egyes eszközalapokból való kivonásával arányosan kerül a költség ellenértéke is kivonásra. Abban az esetben, ha a Biztosító a kivonási költséget olyan eszközalap(ok)ból vonja el, amely(ek)et a Szerződő nem jelölt meg a pénzkivonási tranzakcióban, a Biztosító a rendelkezésre álló eszközalap(ok)ból értékarányosan vonja ki a költség összegét. A Biztosító a kivonási költséget a Szerződő számlájáról, a tranzakció napján érvényes befektetési egység árfolyamon vonja el.

22.7.

A Biztosító a pénzkivonás teljesítése esetén jelen feltételek 4.6 pontjában leírtakat is alkalmazza.

23. Fejezet – A szerződés módosítása

23.1.

A Szerződő a szerződés módosítását (beleértve a visszavásárlást is) a Biztosító által rendelkezésére bocsátott formanyomtatványon, írásban kezdeményezheti. A Szerződő köteles az írásbeli kérelem eredeti példányát a változtatás időpontját legalább 15 nappal – amennyiben a módosítás elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, 60 nappal – megelőzően a Biztosítóhoz eljuttatni.

23.2.

A Biztosító az egyes biztosítási szerződések biztosítási tartama során nem jogosult megváltoztatni a jelen feltételek 1. számú mellékletében közzétett adatokat.

23.3.

A Biztosító jogosult a jelen feltételek 2. számú mellékletében közzétett adatokat naptári évente legfeljebb kétszer megváltoztatni. A változásról a Biztosító a Szerződőt a változás hatálybalépése előtt 30 nappal írásban köteles értesíteni. Amennyiben a Szerződő a Biztosító által eszközölt változásokat nem fogadja el, akkor joga van a biztosítási szerződést visszavásárolni. A Biztosító a változásra vonatkozó tájékoztatását közzéteszi a honlapján.

23.4.

A Szerződő kéréseivel, változtatási igényeivel írásban, vagy a Biztosító által rendelkezésére bocsátott alternatív módon is fordulhat a Biztosítóhoz. A Biztosító a jelen szerződés fennállása alatt bevezetett alternatív (pl. elektronikus, telefonos stb.) kommunikációs lehetőségeket a Szerződő részére felajánlja, akinek lehetősége és joga van azokat a további kommunikáció céljából kiválasztani. Az alternatív kommunikációs lehetőségekről a Biztosító írásban tájékoztatja a Szerződőt. A Szerződőnek joga van a korábban választott kommunikációs formát megváltoztatni a Biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal.

1. számú melléklet

Érvényes: 2011. augusztus 4-től kötött szerződésekre.

1. A Biztosító a szerződéskötés költségét a biztosítási szerződés első öt évében (60 hónapon keresztül) az alábbiak szerint érvényesíti. A biztosítási szerződés első 3 évében (36 hónapon keresztül) a szerződéskötési költség a szerződéskötés időpontjában érvényes éves biztosítási díj 10%-ának egy hónapra eső, azaz 1/12-ed része. A biztosítási szerződés 4. és 5. évében (37-60 hónap) a szerződéskötési költség a szerződéskötés időpontjában érvényes éves biztosítási díj 5%-ának egy hónapra eső, azaz 1/12-ed része.
2. A Szerződő számláját terhelő, a szerződés első periódusában esedékes elvonás
 - a) az elvonás időtartama a biztosítási szerződés első 120 hónapja az alábbiak szerint;
 - b) az elvonás havi mértéke:

a biztosítási szerződés első 3 évében (1-36 hónap)	a biztosítási szerződés létrejöttékor érvényes éves biztosítási díj 50%-ának egy hónapra eső, azaz 1/12-ed része.
a biztosítási szerződés 4. és 5. évében (37-60 hónap)	a biztosítási szerződés létrejöttékor érvényes éves biztosítási díj 30%-ának egy hónapra eső, azaz 1/12-ed része.
a biztosítási szerződés 6-10. éveiben (61-120 hónap)	a biztosítási szerződés létrejöttékor érvényes éves biztosítási díj 5%-ának egy hónapra eső, azaz 1/12-ed része.

- 3.A Hűségbónusz számítási alap: a Biztosító a Szerződő részére hűségbónusz számítási alapot határoz meg, és annak értékét az alábbi a) és b) pontban foglaltak szerint rendszeresen megnöveli.
 - a) a hűségbónusz számítási alap növelésének időtartama (ide nem értve a 2. számú melléklet 10. pontjában meghatározott éves növekedést): a biztosítási szerződés első 120 hónapja;
 - b) a hűségbónusz számítási alap növelésének havi mértéke (ide nem értve a 2. számú melléklet 10. pontjában meghatározott éves növekedést):

a biztosítási szerződés első 3 évében (1-36 hónap)	a biztosítási szerződés létrejöttékor érvényes éves biztosítási díj 50%-ának egy hónapra eső, azaz 1/12-ed része.
a biztosítási szerződés 4. és 5. évében (37-60 hónap)	a biztosítási szerződés létrejöttékor érvényes éves biztosítási díj 30%-ának egy hónapra eső, azaz 1/12-ed része.
a biztosítási szerződés 6-10. éveiben (61-120 hónap)	a biztosítási szerződés létrejöttékor érvényes éves biztosítási díj 5%-ának egy hónapra eső, azaz 1/12-ed része.

A hűségbónusz számítási alap kizárólag a hűségbónusz jóváírás számításának alapjául szolgál.

- 3.B Hűségbónusz mértéke: a hűségbónusz számítási alap aktuális értékének, a biztosítási díjjal fedezett egész biztosítási évek számával megegyező százalékos mértéke, amely legalább 4%. A hűségbónusz mértéke a hűségbónusz számítási alap aktuális értékének legfeljebb 20%-a lehet, a díjjal rendezett biztosítási évek számától függetlenül. A díjszűneteltetett, díjmentes időszakokat a Biztosító a hűségbónusz jóváírások számítása során díjfizetési kötelezettség, díjrendezett-ség tekintetében nem veszi figyelembe. A hűségbónusz a 4. biztosítási évfordulótól jár, első jóváírására legkorábban a 4. biztosítási évfordulón kerülhet sor, az ekkor jóváírható hűségbónusz mértéke 4%. Az 5. évfordulón 5%, és így tovább. **A hűségbónusz mértéke legfeljebb 20% lehet**, azaz a biztosítási szerződés 20. díjjal rendezett évétől kezdve a hűségbónusz mértéke nem változik, az változatlanul minden további díjjal rendezett év esetében 20% marad. A 20. évfordulón 20%, a 21. és az azt követő évfordulókon is változatlanul 20%.

4. A biztosítási szerződés kezdeti időszaka: a biztosítási szerződés első 36 hónapja
5. A biztosítási szerződés korlátozás alá eső időszaka: a biztosítási szerződés első 60 hónapja
6. A kiegészítő biztosítási díj és a folyamatos biztosítási díj aránya a szerződés első 36 hónapja alatt legfeljebb 30% lehet azokban az időpontokban, amikor a Szerződő a kiegészítő biztosítási díjat változtatja.
7. A biztosítási szerződés folyamatos biztosítási díjából képzett befektetési egységekre vonatkozó visszavásárlási értéke
 - a) A biztosítási tartam első 36 hónapja alatt: a számla aktuális értékének 0%-a
 - b) A biztosítási tartam 37. hónapjától: a számla aktuális értékének 100%-a

2. számú melléklet

Érvényes: 2012.október 8-tól.

Jelen mellékletben megadott értékek közül a Szerződő számlájának devizája szerinti érték vonatkozik az egyes szerződésekre.

1. Szerződő számlájának devizája lehet:
 - a) Magyar forint, a továbbiakban HUF
 - b) Euró, a továbbiakban EUR
 - c) Svájci frank, a továbbiakban CHF
2. A Biztosító díjbeszedési számlája, melyre a biztosítási díjat kell befizetni:
UniCredit Bank Hungary Zrt., 10918001-00000003-01590178
3. Minimális biztosítási díj:

a) Éves díjfizetési gyakoriság esetén, évente:	150 000 HUF
b) Féléves díjfizetési gyakoriság esetén, félévente:	75 000 HUF
c) Negyedéves díjfizetési gyakoriság esetén, negyedévente:	37 500 HUF
d) Havi díjfizetési gyakoriság esetén, havonta:	12 500 HUF
4. A díjfizetés módja:
 - a) Csoportos beszedési megbízás
 - b) Banki átutalás
 - c) A Biztosító által kibocsátott postautalvány (sárga csekk)
 - d) A Biztosító számlavezető bankjánál (UniCredit Bank Hungary Zrt.) történő befizetés; A Biztosító nem teszi lehetővé a biztosítási díj készpénzben, más módon történő megfizetését.
5. Az eseti biztosítási díj összeghatára: a biztosítási díj beérkezését követő 30 napban a fizetési gyakoriság szerint esedékessé váló biztosítási díj 110%-a, de legalább 50 000 HUF.
6. A Főbiztosított(ak)ra vonatkozó baleseti halál szolgáltatás biztosítási összege a Szerződő számlájának devizájától függően:
 - a) 1 000 000 HUF
 - b) 5 000 CHF
 - c) 4 000 EUR
7. Értékkövetés mértéke: 3%, 4%, 5%, 6%, 7%
8. Nyilvántartási költség havonta:

	300 HUF	1,5 CHF	1,05 EUR
--	---------	---------	----------
9. Díjfizetési módhoz kapcsolódó költség:

a) Csekkes díjfizetés esetén:			
(1) Éves díjfizetési gyakoriság esetén, havonta:	100 HUF	0,5 CHF	0,35 EUR
(2) Féléves díjfizetési gyakoriság esetén, havonta:	150 HUF	0,75 CHF	0,53 EUR
(3) Negyedéves díjfizetési gyakoriság esetén, havonta:	200 HUF	1 CHF	0,7 EUR
(4) Havi díjfizetési gyakoriság esetén, havonta:	300 HUF	1,5 CHF	1,05 EUR
b) Csoportos beszedési megbízás esetén, havonta:			
	0 HUF	0 CHF	0 EUR
c) Banki átutalás esetén, havonta:			
	0 HUF	0 CHF	0 EUR
d) Számlavezető banknál történő befizetés esetén, havonta:			
	0 HUF	0 CHF	0 EUR
10. Hűségbónusz számítási alap értékének növekedése: évi 2%, naponta annak 1/365-öd része.

11. Eszközalapok

a) A termékhez kapcsolható eszközalapok

Neve	Rövid neve	SMS kódja	Alapkezelési költség éves mértéke naponta érvényesül az árfolyamban
Pénzpiaci forint eszközalap	Pénzpiaci HUF	PPHUF	1,75%
Hazai kötvény forint eszközalap	Hazai kötvény HUF	HKHUF	1,75%
Fashion Bond - kötvény forint eszközalap - aktívan kezelt	Fashion Bond HUF	FBHUF	1,75%
Globális fejlett piaci részvény forint eszközalap	Globális HUF	GRHUF	1,75%
Auróra – Délkelet és Kelet-Európai részvény forint eszközalap	Auróra HUF	AUHUF	1,75%
Ázsiai részvény forint eszközalap	Ázsiai HUF	AZHUF	1,75%
Dél csillagai – Latin-Amerikai és Afrikai részvény forint eszközalap	Dél Csillagai HUF	DCHUF	1,75%
Vogue – részvény forint eszközalap - aktívan kezelt	Vogue HUF	VGHUF	1,75%
Best Selection – vegyes forint eszközalap - aktívan kezelt	Best Selection HUF	BSHUF	1,75%
Kincskereső – árupiaci forint eszközalap	Kincskereső HUF	KKHUF	1,75%
Ingatlan forint eszközalap	Ingatlan HUF	IGHUF	1,75%
Iránytű algoritmus vezérelt abszolút hozamú trendkövető eszközallokációs forint eszközalap	Iránytű HUF	IRHUF	0,99% + sikerdíj
Arany - árupiaci forint eszközalap	Arany HUF	AAHUF	1,75%
Basel – kötvény svájci frank eszközalap	Basel CHF	BLCHF	1,75%
Matterhorn – vegyes svájci frank eszközalap	Matterhorn CHF	MRCHF	1,75%
Zürich részvény svájci frank eszközalap	Zürich CHF	ZHCHF	1,75%
Brüsszel – inflációhoz kötött kötvény euró eszközalap	Brüsszel EUR	BREUR	1,75%
Best Selection – vegyes euró eszközalap - aktívan kezelt	Best Selection EUR	BSEUR	1,75%
Ázsiai részvény euró eszközalap	Ázsiai EUR	AZEUR	1,75%
Dél csillagai – Latin-Amerikai és Afrikai részvény euró eszközalap	Dél Csillagai EUR	DCEUR	1,75%
Auróra – Délkelet- és Kelet-Európai részvény euró eszközalap	Auróra EUR	AUEUR	1,75%
Globális fejlett piaci részvény euró eszközalap	Globális EUR	GREUR	1,75%
Iránytű algoritmus vezérelt abszolút hozamú trendkövető eszközallokációs euró eszközalap	Iránytű EUR	IREUR	0,99% + sikerdíj

A Biztosító az alapkezelési költséget naponta arányosan, 1/365 arányban érvényesíti.

b) Sikerdíjas alapkezelési költség

Az a) pontban meghatározott alapkezelési költségen felül az érintett eszközalap(ok)hoz kapcsolódó küszöbhozamot meghaladó hozam előre meghatározott része a sikerdíj. A sikerdíj abban az esetben illeti meg a Biztosítót, amennyiben az adott évben (január 1. és december 31. között) az érintett eszközalap(ok) küszöbhozamánál magasabb hozamot sikerült elérnie az adott eszközalapba történő befektetés során. A sikerdíj mértéke az elért hozam küszöbhozam feletti részének **20%-a**. Év közben a január 1-től kumuláltan számított, küszöbhozam feletti teljesítmény esetén az alapkezelő folyamatosan, azaz minden nap elhatárolja az érintett eszközalap(ok)ból fizetendő sikerdíjat, míg a küszöbhozamtól, január 1-től kumuláltan számított elmaradó teljesítmény esetén az esetlegesen már elhatárolt sikerdíj állományból feloldja az elhatárolt többletet az érintett eszközalap(ok) javára. Az elhatárolt sikerdíjak elszámolására naptári évente – 2014. január 1-től – kerül sor.

A sikerdíjjal növelt éves alapkezelési költség maximum mértéke a Különös feltételekben meghatározott 2,5%-ot nem haladhatja meg.

Amennyiben az eszközalapról év közben, vagyis december 31. előtt kerül sor bármilyen okból kiváltásra, akkor az elszámolás az adott kiváltáskori árfolyamnak megfelelően történik az adott napra kumuláltan elhatárolt sikerdíj alapján.

Érintett eszközalapok

- Iránytű algoritmus vezérelt abszolút hozamú trendkövető eszközallokációs **forint** eszközalap
- Iránytű algoritmus vezérelt abszolút hozamú trendkövető eszközallokációs **euró** eszközalap

Az érintett eszközalapokhoz kapcsolódó küszöbhozamok

Az Iránytű algoritmus vezérelt abszolút hozamú trendkövető eszközallokációs forint eszközalaphoz kapcsolódó küszöbhozam: **RMAX** adott időszak teljesítménye.

Az Iránytű algoritmus vezérelt abszolút hozamú trendkövető eszközallokációs euró eszközalaphoz kapcsolódó küszöbhozam: **Citi European Monetary Union Government Bond 1-3y EUR TR** adott időszaki teljesítménye.

A sikerdíj számításának módszerét a Biztosító a honlapján teszi közzé, az eszközalapok bemutatásánál, a sikerdíjas alapkezelés módszere menüpont alatt.

12. A szerződéshez kapcsolható eszközalap-válogatások:

a) **Megfontolt befektető** eszközalap-válogatás

Eszközalap devizája	HUF	Eszközalap devizája	EUR	Eszközalap devizája	CHF
Eszközalapnév	%	Eszközalapnév	%	Eszközalapnév	%
Pénzpiaci forint eszközalap	50%	Brüsszel inflációhoz kötött kötvény euró eszközalap	80%	Basel kötvény svájci frank eszközalap	60%
Hazai kötvény forint eszközalap	30%	Globális fejlett piaci részvény euró eszközalap	20%	Matterhorn vegyes svájci frank eszközalap	40%
Globális fejlett piaci részvény forint eszközalap	20%				

b) **Kiegyensúlyozott befektető** eszközalap-válogatás

Eszközalap devizája	HUF	Eszközalap devizája	EUR	Eszközalap devizája	CHF
Eszközalapnév	%	Eszközalapnév	%	Eszközalapnév	%
Pénzpiaci forint eszközalap	25%	Brüsszel inflációhoz kötött kötvény euró eszközalap	50%	Matterhorn vegyes svájci frank eszközalap	100%
Hazai kötvény forint eszközalap	25%	Globális fejlett piaci részvény euró eszközalap	35%		
Globális fejlett piaci részvény forint eszközalap	35%	Auróra–délkelet- és kelet-európai részvény euró eszközalap	5%		
Auróra délkelet- és kelet-európai részvény forint eszközalap	5%	Dél csillagai latin-amerikai és afrikai részvény euró eszközalap	5%		
Dél csillagai latin-amerikai és afrikai részvény forint eszközalap	5%	Ázsiai részvény euró eszközalap	5%		
Ázsiai részvény forint eszközalap	5%				

c) **Dinamikus befektető** eszközalap-válogatás

Eszközalap devizája	HUF	Eszközalap devizája	EUR	Eszközalap devizája	CHF
Eszközalapnév	%	Eszközalapnév	%	Eszközalapnév	%
Pénzpiaci forint eszközalap	10%	Brüsszel inflációhoz kötött kötvény euró eszközalap	30%	Matterhorn vegyes svájci frank eszközalap	60%
Hazai kötvény forint eszközalap	20%	Globális fejlett piaci részvény euró eszközalap	35%	Zürich részvény svájci frank eszközalap	40%
Globális fejlett piaci részvény forint eszközalap	35%	Auróra–délkelet- és kelet-európai részvény euró eszközalap	11%		
Auróra délkelet- és kelet-európai részvény forint eszközalap	9%	Dél csillagai latin-amerikai és afrikai részvény euró eszközalap	12%		
Dél csillagai latin-amerikai és afrikai részvény forint eszközalap	9%	Ázsiai részvény euró eszközalap	12%		
Ázsiai részvény forint eszközalap	9%				
Kincskereső árupiaci forint eszközalap	8%				

13. A biztosítási szerződéshez a következő funkciók és szolgáltatások kapcsolhatók.

13.1 Az eszközalapokhoz kapcsolható egyedi funkció:

Árfolyamfigyelés. A funkció a vonatkozó feltételek szerint választható.

14. A szerződéshez köthető kiegészítő biztosítások:

- Halálesetre szóló kiegészítő biztosítás (A7111)
- Baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás kiemelt térítéssel (A0114)
- Baleseti rokkantságra szóló kiegészítő biztosítás kiemelt térítéssel (A0115)
- Baleseti műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás (A0121)
- Műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás (A1111)

- f) Végleges rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás (A1103)
- g) Kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítás (A1114)
- h) Díjávallalás rokkantság esetére kiegészítő biztosítás (A8112)
- i) Egyszeri térítés rokkantság esetére kiegészítő biztosítás (A1112)
- j) Járulékszolgáltatás rokkantság esetére kiegészítő biztosítás (A9113)
- k) Kétszeres járadékszolgáltatás rokkantság esetére kiegészítő biztosítás (A9114)

15. Egyes tranzakciókhoz kapcsolódó költségek:

a) Automatikus díjpótlás: a kivont eseti befektetési egységek értékének 0%-a			
de legalább	0 HUF	0 CHF	0 EUR
és legfeljebb	0 HUF	0 CHF	0 EUR
b) Átváltás: havonta egy ingyenes			
minden további: a tranzakciós összeg 0%-a			
de legalább	0 HUF	0 CHF	0 EUR
és legfeljebb	0 HUF	0 CHF	0 EUR
c) Átirányítás: havonta egy ingyenes			
minden további: az aktuális éves díj 0%-a			
de legalább	0 HUF	0 CHF	0 EUR
és legfeljebb	0 HUF	0 CHF	0 EUR
d) Devizaváltás: a devizaváltás összegének 0,9%-a			
e) Kivonási költség			
1. bankszámlára történő teljesítéssel: a kivont összeg 5%-e			
de legalább	500 HUF	2,5 CHF	1,75 EUR
és legfeljebb	5000 HUF	25 CHF	17,5 EUR
2. postai úton történő teljesítéssel: a kivont összeg 8%-e			
de legalább	800 HUF	4 CHF	2,75 EUR
és legfeljebb	8000 HUF	40 CHF	27,5 EUR
3. a szerződésen biztosítási díjként való jóváírás			
formájában történő teljesítéssel	0 HUF	0 CHF	0 EUR
4. ingatlan eszkozalapbol történő kivonás esetén			
többlet költség: a kivont összeg 1,5%-a			

16. A biztosítási szerződés eseti biztosítási díjából képzett befektetési egységekre vonatkozó visszavásárlási értéke, a kivonás értékelési napjáig eltelt idő alapján:

a) Az eseti biztosítási díj befektetési egységekre történő átváltást követő 6 hónapban	95%
b) Az eseti biztosítási díj befektetési egységekre történő átváltást követő 7-12 hónapban:	97%
c) Az eseti biztosítási díj befektetési egységekre történő átváltást követő 13-24 hónapban:	98,5%
d) Az eseti biztosítási díj befektetési egységekre történő átváltást követő 25. hónaptól	100%

17. A minimálisan kivonható összeg egy tranzakció során: 50 000 HUF 250 CHF 175 EUR

18. Korlátozások a Szerződő számláján:

- a) Az allokációs arányokat egész szám pontossággal kell meghatározni, és minden választott eszkozalapba a biztosítási díj legalább 5%-át kell allokálni.
- b) Átváltás, átirányítás, pénzkivonás és devizaváltás esetén, a Szerződő számláján a tranzakciók után rendelkezésre álló összes befektetési egységnek a tranzakció előtti összes befektetési egység legalább 5%-át kell kitennie.

19. A kiegészítő biztosítási díj és a folyamatos biztosítási díj aránya: 30%

20. A Szerződő számláját rendszeresen (havonta) terhelő tételek terhelési sorrendje:

1. Az 1. számú melléklet 2. pontjában meghatározott elvonás
2. A 20. fejezet 20.1 pontjában meghatározott szerződéskötési költség levonása
3. A 20. fejezet 20.3 pontjában meghatározott nyilvántartási költség levonása
4. A 20. fejezet 20.4 pontjában meghatározott díjfizetési módhoz kapcsolódó költség levonása
5. Árfolyamfigyelés Értékkörző időszakra eső költségének levonása
6. Árfolyamfigyelés Növekedés-jelző időszakra eső költségének levonása
7. Az életbiztosítási szerződéshez kapcsolódó kiegészítő biztosítások esedékes biztosítási díjának levonása

21. A kötvényesítés egyszeri költsége: 10 000 HUF 50 CHF 35 EUR

3. számú melléklet

Rendkívüli visszavásárlás részletes szabályai

Jelen melléklet érvényes: 2012. május 2-től

1. Amennyiben jelen életbiztosítási szerződés vonatkozásában a kiegészítő biztosítások díjának aránya eléri vagy meghaladja a 8%-ot és a jelen melléklet 5. pontjában meghatározott események egyike bekövetkezik, a Szerződő jogosult a biztosítási szerződés rendkívüli visszavásárlását kezdeményezni. Amennyiben az utolsó Főbiztosított vonatkozásában következik be a rendkívüli visszavásárlás alapjául szolgáló esemény, akkor a rendkívüli visszavásárlás lehetősége nem nyílik meg, hanem a szerződés megszűnik és annak szabályai szerint kerül sor a szolgáltatásra.
2. Rendkívüli visszavásárlás esetén a Biztosító a Szerződő számlájának aktuális értékét az esemény Biztosítóhoz való bejelentését követő első értékelési napra érvényes befektetési egység- és devizaárfolyamon fizeti ki, és ezzel egyidejűleg az életbiztosítási szerződés megszűnik.
- 3) Rendkívüli visszavásárlásra csak azon biztosítási szerződések esetében van lehetőség, ahol a Szerződő természetes személy.
- 4) A rendkívüli visszavásárlás alapjául szolgáló eseményt annak bekövetkezésétől számított 8 munkanapon belül kell írásban a Biztosító részére bejelenteni. A bejelentési határidő elmulasztása esetén a Biztosító jogosult annyiban megtagadni a biztosítási szolgáltatás kifizetését, amennyiben a késedelem miatt a rendkívüli visszavásárlás lényeges körülményei kideríthetetlené váltak.
5. Rendkívüli visszavásárlás alapjául szolgáló esemény
 - a) A Főbiztosítottnak a biztosítási szerződés tartama alatt bekövetkező halála;
 - b) A Főbiztosítottnak a biztosítási szerződés tartama alatt diagnosztizált kritikus betegsége;
 - c) A Főbiztosított vonatkozásában a biztosítási szerződés tartama alatt megállapított D, E kategóriájú rokkantság, vagy baleset következményeként a Főbiztosított egészségének tartósan, véglegesen bekövetkező károsodása, 50%-os vagy azt meghaladó mértékben történő megrokkánása;
- 6) A rendkívüli visszavásárlás kezdeményezése esetén a Szerződő a következő dokumentumok benyújtására köteles az esemény bekövetkezését követő 8 munkanapon belül:
 - a) A Főbiztosított halála esetén:
 - i) Halott-vizsgálati bizonyítvány a halál okának megjelölésével;
 - ii) Boncolási jegyzőkönyv másolata;
 - iii) Rendőrségi jegyzőkönyv vagy határozat másolata;
 - iv) Véralkohol-vizsgálat eredménye
 - v) szívinfarktus esetén: kardiológiai szakvélemény, zárójelentés (a típusos mellkasi fájdalom leírása, az akut ST-szakasz elevációval járó, jellemző EKG-eltérések igazolása, a „kardiális” enzimek jellemző emelkedésének dokumentálása);
 - b) Főbiztosított vonatkozásában a biztosítási szerződés tartama alatt diagnosztizált kritikus betegség esetén:
 - i) Házi vagy kezelő orvos nyilatkozata, esetleírása;
 - ii) Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatalhoz benyújtott kérelem másolata;
 - iii) Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal rokkantsági határozata, orvosi vélemények és indoklások másolata
 - iv) Rosszindulatú daganat esetén: onkológiai szakorvosi vélemény, zárójelentés, a daganatot bizonyító szövettani vizsgálat lelete;
 - v) Szívinfarktus esetén: kardiológiai szakvélemény, zárójelentés (a típusos mellkasi fájdalom leírása, az akut ST-szakasz elevációval járó, jellemző EKG-eltérések igazolása, a „kardiális” enzimek jellemző emelkedésének dokumentálása);
 - vi) Agyi érkatasztrófa esetén: ideggyógyászati szakvélemény, zárójelentés, CT vagy MRI vizsgálat lelete az akut eseményről, valamint ideggyógyászati szakvélemény a 90 napon túl fennálló, maradandó idegrendszeri károsodásról;
 - vii) Koszorúérműtét esetén: kardiológiai szakvélemény, zárójelentés, a műtét előtt készített koszorúérfestés (coronagraphia) lelete és szívsebészeti zárójelentés, műtéti leírás;
 - viii) Krónikus veseelégtelenség esetén: a kivizsgálás, a dialysis szükségességét igazoló nephrológiai leletek, kórházi zárójelentések, a legalább 60 napot meghaladó rendszeres dialysis igazolása a dialysist végző intézmény által, veseátültetés esetén a beültetést végző intézmény zárójelentése. A kockázatviselés nem terjed ki a szerződés-kötéskor már várólistán levő egyénre;
 - ix) Aortaműtét esetén: kardiológiai, szívsebészeti szakvélemény, zárójelentés, műtéti leírás;
 - x) Szívbillentyűműtét esetén: kardiológiai, szívsebészeti szakvélemény, zárójelentés, a műtéti leírása;

- x) Csontvelő-elégtelenség (aplasztikus anaemia) esetén: haematológiai, immunológiai szakvélemény, kórházi zárójelentés, a diagnózist alátámasztó laboratóriumi és csontvelővizsgálat leletei;
- xii) Vakság esetén: a látóképesség teljes elvesztését igazoló vizsgálatok leletei, szemészeti szakvélemény;
- xiii) Süketség esetén: a teljes hallásvesztést igazoló vizsgálatok leletei, fül-orr- gégészeti, audiológiai szakvélemény;
- xiv) Beszédképesség elvesztése esetén: a diagnózis felállításkor és az azt követő 6 hónap elteltével elvégzett vizsgálatok leletei és fül-orr-gégészeti szakvélemény;
- xv) Nagyfokú égés esetén: bőrgyógyászati, sebészeti szakvélemény;
- xvi) Szervátültetés esetén: a transzplantációt megelőző kivizsgálás, a transzplantációt végző intézmény zárójelentései;
- xvii) Gyermekebénulás (poliomyelitis) esetén: infektológiai, neurológiai szakvélemény, zárójelentés a betegség akut szakáról, valamint 6 hónappal az akut esemény utáni, a maradandó bénulást igazoló neurológiai szakvélemény;
- xviii) Előrehaladott bőrkérgesedés (scleroderma progressiva) esetén: immunológia, belgyógyászati szakvélemény, zárójelentés, szerológiai, szövettani vizsgálatok eredményei;
- xix) szisztémás lupus erythematosus nephritissel (SLE) esetén: nephrológus, immunológus, reumatológus szakvéleménye, zárójelentések, vesebiopszia lelete.

c) A Főbiztosított vonatkozásában rokkantság esetén

- i) Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatalhoz benyújtott kérelem másolata;
- ii) Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal rokkantsági határozata, orvosi vélemények és indoklások másolata;
- iii) orvosi nyilatkozat a kezelőorvos, háziorvosi nyilatkozata a káresemény hátterében álló alapbetegségek és betegség(ek) első kórismézésének időpontjával
- iv) az első orvosi ellátás dokumentumainak másolatai
- v) az első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentésének időpontjáig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum (kezelések, vizsgálatok iratai – röntgen, MRI, Ct vizsgálat eredménye, szövettani lelet) kórházi zárójelentés, műtéti napló

7) Fogalom meghatározások:

a) Alapfogalmak:

- i) Szakértői Intézet: Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (továbbiakban: szakértői intézet)
- ii) Rokkantsági minősítési kategóriák: a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (továbbiakban: szakértői intézet) által kiadott szakhatósági állásfoglalás megállapítja a Biztosított egészségkárosodásán alapuló egészségi állapotát és rokkantsági minősítési kategóriákba sorolja. Jelen feltétel szempontjából az alábbi rokkantsági minősítési kategóriákba történő besorolás esetén szolgáltat a Biztosító
 - D kategória: ebbe a minősítési kategóriába tartozik az, akinek az egészségi állapota 1-30% között van és orvosszakmai szempontból önellátásra képes,
 - E kategória: ebbe a minősítési kategóriába tartozik az, akinek az egészségi állapota 1-30%. között van és orvosszakmai szempontból önellátásra nem vagy csak segítséggel képes.
- iii) Végleges rokkantság: a szakértői intézet által kiadott szakhatósági állásfoglalás meghatározza, hogy a megváltozott munkaképességű személy rokkantsága végleges rokkantság-e vagy sem. Azon szakhatósági állásfoglalások, amelyeken nem szerepel a végleges minősítés, nem tekinthetők végleges rokkantságnak. Ilyen esetekben a Biztosított a szakhatósági állásfoglalás kézhezvételével egyszerre megkapja a következő felülvizsgálat időpontját is. Ilyen esetben a megváltozott munkaképességű személy állapota tovább javulhat vagy romolhat.

b) Kritikus betegségek:

- (1) rosszindulatú daganatban való megbetegedés (rák),
- (2) szívinfarktus,
- (3) agyi érkatasztrófa,
- (4) szívkoszorúér-műtét,
- (5) krónikus veseelégtelenség,
- (6) aortaműtét,
- (7) szívbillentyűműtét,
- (8) csontvelő-elégtelenség (aplasztikus anémia),
- (9) vakság,
- (10) süketség,
- (11) beszédképesség elvesztése,
- (12) nagyfokú égés,
- (13) szervátültetés,
- (14) gyermekebénulás (poliomyelitis),
- (15) előrehaladott bőrkérgesedés (scleroderma progressiva),
- (16) szisztémás lupus erythematosus (SLE),

c) Kritikus betegségek definíciója, kizárások és az esemény bekövetkezésének időpontja

i) Rosszindulatú daganat (rák)

Rosszindulatú daganat a rosszindulatú sejtek kontrollálatlan osztódása és az egészséges szövetek közé terjedése, azok elpusztítása. A rák meghatározása magában foglalja az egyéb szervi daganatok mellett a nyirokszövet rosszindulatú daganatait (Hodgkin és Non-Hodgkin lymphoma), a myeloma multiplexet, a leukémiát.

Az alábbiak nem szolgálnak a rendkívüli visszavásárlás alapjául:

- körülírt, a környezetét nem elárasztó ún. lokális daganatok (carcinoma in situ), a szövettanilag premalignus, korai stádiumú, non-invazív daganatok (ide számítva az in situ mell-daganatokat és a CIN-1, CIN-2, CIN-3 méhnyaki diszpláziákat)
- korai stádiumú prosztaták (T1a, 1b, 1c)
- bazálsejtes rák (basalioma), pikkelyes bőrrák (epithelioma), áttét nélküli melanoma, ha a tumor vastagsága 1,5 mm alatt van vagy a Clark osztályozás szerint a 3-as szint alatti
- HIV-vírus jelenléte mellett kialakult malignus tumorok
- pajzsmirigy 1 cm-nél kisebb átmérőjű T1N0M0 besorolású papilláris mikrocarcinómája
- húgyhólyag papilláris mikrocarcinómája
- RAI III stádiumnál alacsonyabb besorolású krónikus lymphoid leukémia.

A rosszindulatú daganat diagnózisát szövettani vizsgálattal, onkológus vagy pathológus állítja fel. Az esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.

ii) Szívinfarktus

A szívizom egy részének elhalása az érintett terület elégtelen vérellátása következtében.

A diagnózis az alábbi kritériumokon alapszik:

- típusos mellkasi fájdalom
- friss és szívinfarktust bizonyító EKG-eltérés, ST-szakasz elevációval járó szívinfarktus (STEMI) kialakulása.
- szívizomelhalást jelző specifikus enzimek szintjének típusos emelkedése a vérben (CK-MB, Troponin T vagy I, egyéb biokémiai markerek)

Nem szolgál a rendkívüli visszavásárlás alapjául a nem ST-szakasz elevációval járó, emelkedett Troponin I vagy T-vel kísért szívinfarktus (NSTEMI).

A diagnózist kardiológus szakorvos állítja fel.

Az esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.

iii) Agyi érkatasztrófa

Az agyi érkatasztrófa olyan idegrendszeri történés – agyi trombózis, agyvérzés, koponyán kívüli embólia forrásból eredő agyi embólia – melynek akut tünetei 24 óránál hosszabb ideig fennállnak és a következményeként marandó idegrendszeri károsodás keletkezik.

A neurológiai szakorvosi diagnózist meg kell erősítenie az agy CT vagy MRI vizsgálatának, amely friss agyi elváltozást mutat.

Nem szolgálnak a rendkívüli visszavásárlás alapjául az alábbiak:

- átmeneti agyi vérkeringési zavarok (TIA),
- balesetből eredő koponyaűri vérzés,
- migrén okozta idegrendszeri tünetek,
- lacunaris stroke idegrendszeri jelek nélkül.

Az esemény időpontja megegyezik az akut esemény napjával, feltéve, hogy az ettől számított 90 nap elteltével a marandó idegrendszeri károsodást neurológiai szakvélemény igazolja.

iv) Szívkoszorúér-műtét

A szívkoszorúér-műtét nyitott mellkasban végzett operáció, melynek célja legalább kettő koronária artéria szűkületének vagy elzáródásának megszüntetése, megkerülő (bypass) ér beültetésével. A műtét indokolt voltát a műtétet megelőző coronarographia leletével és kardiológiai szakvéleménnyel kell igazolni.

Nem szolgálnak a rendkívüli visszavásárlás alapjául az alábbiak:

- nem nagysebészeti megoldások pl. ballon katéterrel végzett tágítás, angioplasztika, stent beültetés,
- lézertechnikával végzett beavatkozás.

Az esemény bekövetkezésének időpontja a műtét elvégzésének kardiológus, szív és érsebész által igazolt napja.

v) Krónikus veseelégtelenség

Mindkét vese működésének krónikus, visszafordíthatatlan, végállapotnak megfelelő beszűkülését jelenti, mely rendszeres vesedialysist (haemodialysis, peritoneális dialysis) vagy veseátültetést tesz szükségessé.

Nem szolgál a rendkívüli visszavásárlás alapjául az akut vesekárosodás miatti átmeneti időre szükséges vese dialysis. Az esemény bekövetkezésének időpontja: a legalább 60 napot meghaladó rendszeres dialysis kezelés igazolása a dialysist végző intézmény által vagy a veseátültetés napja (attól függően, hogy melyik következik be előbb).

A diagnózist nephrológiai szakvéleménnyel, veseátültetést a transzplantációt végző intézmény zárójelentésével kell igazolni.

vi) Aortaműtét

Nyitott mellkasban vagy hasban végzett nagyműtét az aorta szűkületének, elzáródásának, aneurizmájának (vérértágulat), dissectiojának (az aorta belső rétegének hosszanti, tovaftató berepedése) megszüntetése céljából. Ebben a megfogalmazásban a mellkasi és hasi aorta műtétéről van szó, az oldalágak nélkül.

- Az esemény időpontja a műtét napja.
Nem szolgálnak a rendkívüli visszavásárlás alapjául a nem nagysebészeti megoldások, az endoszkópos vagy katéteres eljárások.
A diagnózist kardiológiai kivizsgálással, szívsebészeti szakvéleménnyel kell alátámasztani.
- vii) Szívbillentyűműtét
Egy vagy több műbillentyű (aorta, mitrális, pulmonális, tricuspidális) nyitott mellkasban való műtéti behelyezése a billentyű stenosis, elégtelenség vagy a kettő kombinációja miatt.
A billentyűbetegség diagnózisát szívkatéteres és szívultrahang-vizsgálattal kell igazolni, a műtét szükségességét kardiológus, szívsebész szakvéleményével kell alátámasztani.
Nem szolgálnak a rendkívüli visszavásárlás alapjául az alábbiak:
- valvuloplasztika,
- valvulotómia.
Az esemény bekövetkezésének időpontja a műtét napja.
- viii) Csontvelő-elégtelenség (aplasztikus anaemia)
Krónikus csontvelő-elégtelenség, mely vérszegénységben, csökkent neutrophyl fehérvérsejt és thrombocyta számban nyilvánul meg.
Az esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.
A diagnózist haematológiai szakvéleménnyel, a betegséget igazoló csontvelővizsgálat leletével kell alátámasztani.
- ix) Vakság
Mindkét szem látóképességének teljes, végleges elvesztése betegség vagy baleset következtében. A biztosítási esemény bekövetkezési időpontját szemész szakorvos állapítja meg.
Nem szolgál a rendkívüli visszavásárlás alapjául: a súlyos látásgyengülés, részleges vakság, látótércsökkenés.
- x) Süketség
Mindkét fül hallóképességének teljes, végleges elvesztése betegség vagy baleset következtében.
Az esemény bekövetkezését (a hallás minden frekvencia tartományában legalább 80 decibeles hallás csökkenését jelenti) és annak időpontját audiometriás és hallásküszöb-vizsgálattal fül-orr-gége szakorvos állapítja meg.
- xi) Beszédképesség elvesztése
Teljes és visszafordíthatatlan elvesztése a beszédképességnek a hangszálak betegsége vagy sérülése következtében.
Az esemény bekövetkezését, a diagnózist fül-orr-gégész szakorvosnak kell dokumentálnia. A beszédképesség elvesztésének legalább 6 hónap óta kell fennállnia.
- xii) Nagyfokú égés
Harmadfokú (teljes bőrvastagságot érintő) égési sérülés, amely a biztosított testfelületének legalább 20%-át érinti. Az égési sérülés a hőforrás (tűz, forró felület, gőz) vagy elektromos áram által kiváltott élszöveti sérülés.
Nem szolgál a rendkívüli visszavásárlás alapjául a nap-, röntgen-, radioaktív-, infrasugárzás, lézer, mikrohullám által okozott égési sérülés.
Az esemény bekövetkezésének időpontja a harmadfokú égési sérülés bekövetkezésének időpontja, amelyet bőrgyógyász, sebész szakorvos igazol.
- xiii) Szervátültetés
A szervátültetés olyan műtéti beavatkozást jelent, amelynek során a biztosított, mint szervet kapó (recipiens) testébe az adott szerv végállapotú károsodása miatt, más személy (donor) testéből szívet, tüdőt, májat vagy vesét első alkalommal. Nem szolgál a rendkívüli visszavásárlás alapjául az itt felsoroltakon kívül más szervekre vonatkozó átültetés, valamint őssejt-, csontvelő-, bőr-, csont beültetés, transfúzió.
Az esemény időpontja a beültetés napja, amelyet a transzplantáló intézmény zárójelentésével kell igazolni.
- xiv) Gyermekbénulás (a gerincvelő szürkeállományának gyulladás) (Poliomyelitis)
A poliomyelitis akut fertőzés, amelyet Poliovírus okoz és bénulásos betegséghez vezet. A diagnózist infektológus, neurológus szakorvos állítja fel.
A diagnózist az alábbi két feltétel együttes jelenléte támasztja alá: a Poliovírus laboratóriumi azonosítása, a végtagok és/vagy a légzőszervek izmainak bénulása.
A biztosítási esemény időpontja a 6 hónap óta fennálló bénulás neurológus szakorvos által való igazolása. Nem szolgál a rendkívüli visszavásárlás alapjául a bénulás nélküli eset.
- xv) Előrehaladott bőrkérgesedés (Scleroderma progressiva)
Szisztémás kötőszövet-érrendszeri megbetegedés a bőrben, erekben és belső szervekben.
Az eseményt biopsziás és szerológiai vizsgálat egyértelmű eredményével kell alátámasztani, és bizonyítani kell egy vagy több belső szerv (szív, tüdő, vese) érintettségét.
Az esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja, amelyet immunológus, belgyógyász állít fel. Nem szolgál a rendkívüli visszavásárlás alapjául:
- Helyi bőrkérgesedés (scleroderma lineáris, morphea),
- Fasciitis eosinophylica,
- CREST szindróma.

xvi) Szisztémás lupus erythematosus nephritisszel (SLE)

Több szervet érintő autoimmun betegség, amelyben a veseszövetet is autoantitestek és immunkomplexek lera-kódása károsíthatja, amelynek eredményeképpen lupus nephritis alakulhat ki.

Ebben a biztosításban az SLE diagnózisát azokra az esetekre tartjuk fenn, amikor az SLE érinti a veséket. A rend-kívüli visszavásárlás alapjául szolgál a WHO szerinti III-VI osztályú lupus nephritis.

A lupus nephritis WHO szerinti klasszifikációja:

- Class I. Lupus glomerulonephritis minimális elváltozással,
- Class II. Mesangiális lupus glomerulonephritis,
- Class III. Focalis segmentális vagy proliferatív glomerulonephritis,
- Class IV. Diffúz proliferatív glomerulonephritis,
- Class V. Diffúz membranózus glomerulonephritis,
- Class VI. Előrehaladott, szklerotizáló glomerulonephritis.

Nem szolgál a rendkívüli visszavásárlás alapjául a WHO szerinti I-II osztályú lupus nephritis, a discoid lupus.

A betegség diagnózisát immunológus, reumatológus, nephrológus szakorvos állapítja meg. A nephritis fennállá-sát vesebiopsziából nyert szövettan igazolja. Ez utóbbi egyúttal az esemény bekövetkezésének időpontja is.

d) Végleges rokkantság (D, E kategória) fogalma, kizárások és az esemény bekövetkezésének időpontja:

Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint - ha a Főbiztosított a biztosítási szerződés hatálya alatt, betegség vagy baleset következtében olyan mértékű egészségkárosodást, rokkantságot szenved el, melyet a Biztosító a szakértői intézet szakhatósági állásfoglalása alapján (D, E rokkantsági minősítési kategória) végleges rokkantságnak fogad el.

Az esemény csak akkor szolgál a rendkívüli visszavásárlás alapjául, amennyiben a Főbiztosított állapotában javulás nem várható, rokkantsága végleges. Az esemény időpontja az a dátum, amelyet a szakértői intézet által kiadott rok-kantsági szakhatósági állásfoglalás rögzít.

e) Baleseti eredetű súlyos (legalább 50%-os) rokkantság fogalma, kizárások és az esemény bekövetkezésének időpontja:

A Főbiztosítottnak a baleset napjától számított egy éven belül a baleset következményeként bekövetkező tartós vagy végleges egészségkárosodása, 50%-os vagy azt meghaladó mértékű megrokkánása.

i) A rokkantság fokát az alábbiak szerint állapítja meg a Biztosító:

Testrészek egészségkárosodása	Térítés
mindkét szem látóképességének teljes elvesztése mindkét felkar, alkar vagy kéz elvesztése egyik kar vagy kéz és comb vagy lábszár együttes elvesztése felső végtag és alsó végtag csonkolása mindkét comb elvesztése	100%
mindkét lábszár elvesztése egyik comb elvesztése egyik szem látóképességének elvesztése, amennyiben a Biztosított a másik szem látóképességét már előzőleg elveszítette	90%
egyik felkar elvesztése egyik lábszár elvesztése egyik alkar elvesztése beszélőképesség teljes elvesztése	80%
mindkét fül teljes hallóképességének elvesztése	70%
jobb kéz elvesztése (csuklón alul) jobbkezes ügyfél esetén bal kéz elvesztése (csuklón alul) balkezes ügyfél esetén	65%
egyik fül hallóképességének elvesztése, amennyiben a biztosított a másik fül hallóképességét már elveszítette	60%
jobb kéz elvesztése (csuklón alul) balkezes ügyfél esetén bal kéz elvesztése (csuklón alul) jobbkezes ügyfél esetén	50%

ii) Az egyes testrészek, érzékszervek teljes működésképtelensége esetén az előzőekben megadott fenti egészség-károsodási táblát kell figyelembe venni.

iii) A fenti egészségkárosodási tábla iránymutatásként szolgál, nem tartalmazza az összes rokkantsági százalékot.

iv) A balesetből eredő, maradandó végleges egészségkárosodási százalékos szolgáltatások összegeződhetnek és amennyiben ezek összege eléri az 50%-ot, ez szolgál alapjául a rendkívüli visszavásárlásnak.

v) Ha a baleseti eredetű rokkantság foka a táblázat alapján nem állapítható meg, a rokkantság fokát aszerint kell megállapítani, hogy a testi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A balesetből ere-dő, maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvosa állapítja meg.

vi) Amennyiben a balesetből eredő maradandó végleges egészségkárosodás megállapított mértékét a Főbiztosított nem fogadja el, abban az esetben a Biztosító az általa felkért független orvosszakértő véleményének figyelem-bevételével állapítja meg a rokkantság fokát.

vii) A balesetet követő első évben a rendkívüli visszavásárlásra csak akkor kerülhet sor, ha a baleseti ere-detű, maradandó, végleges egészségkárosodás orvosi szempontból végleges.

4. számú melléklet

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. befektetési egységekhez kötött élet- és nyugdíj-biztosítási termékei mögött álló eszközalapjainak befektetési politikája

Érvényes: 2014. november 3-tól

1. Fejezet – A Befektetési Politikának minden egyes eszközalapra vonatkozó elemei

Az eszközalapok típusa, futamideje

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt által létrehozott unit linked típusú eszközalapok többsége nyíltvégű eszközalap, futamidejük, ha a Biztosító eltérően nem rendelkezik, a nyilvántartásba vételüktől határozatlan ideig tart.

Az eszközalapokra vonatkozó befektetési alapelvek

A Biztosító társaság az eszközalapokba érkező befizetések befektetésekor minden esetben a jövedelmezőség-likviditás-biztonság hármass követelményrendszerének való megfelelésre törekszik az eszközalap befektetési politikájának keretein belül. Amennyiben ellentmondás merülne fel ezek megvalósulása kapcsán, a Biztosító az eszközalap portfóliójának kialakításakor a törvényi előírások mellett a biztonságot és a maximális diverzifikáció (kockázatmegosztás) elveit tartja szem előtt.

Az eszközalapokat érintő befektetési korlátok

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt az általa kínált unit linked eszközalapok befektetési politikájának kialakításakor minden esetben a számára irányadó, a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. Törvény (továbbiakban: Bit.) befektetési szabályai szerint jár el. A Biztosító a jogszabályi megfelelés mellett saját hatáskörében, az eszközalapok típusának megfelelően alakítja ki a stratégiai korlátokat. Az eszközalapok vagyonezelését a Biztosító végzi. Az egyes eszközalapokban tőzsdei határidős ügyletek csak meglévő vagy egyidejűleg létrehozott pozíciók kockázatának fedezésére köthetők.

Tőzsdén kívüli származtatott ügyletek csak árfolyam és kamatváltozásból eredő kockázat fedezésére köthetők. Az egyes eszközosztályok helyettesíthetők az ugyanolyan eszközökbe befektető befektetési alapok jegyeivel. A befektetési jegyek arányosan abba a befektetési kategóriába tartoznak, amelybe a befektetési alap az eszközeit az aktuális portfólió összetétel szerint kihelyezi. Amennyiben a portfólió összetételre vonatkozó információ nem áll rendelkezésre, úgy a befektetési alap referenciaindexének összetétele alapján kell a kategóriába sorolást elvégezni. Nem vásárolható olyan befektetési alap, melynek eszközeit a befektetési politika nem engedi. Az egyes eszközalapok aktuális stratégiai eszközallokációja megtalálható a társaság honlapján.

A megengedett arányoktól való eltérés esetén követendő szabályok

A befektetési szabályoknak való megfelelés szempontjából az egyes eszközök piaci értékét kell figyelembe venni. A befektetési jegyeket az őket kibocsátó alap kategóriájának megfelelően kell figyelembe venni. A befektetési alapokba fektető alapok besorolását a mögöttes termék(ek) kategóriájának megfelelően kell figyelembe venni.

A limitek betartásánál a jogszabályi előírásokat minden esetben figyelembe kell venni. Ez tehát azt jelenti, hogy az eszközalap Befektetési politikájának megfelelő eszközallokáció kizárólag úgy alakítható ki, hogy a jogszabály előírásainak mindenkor megfeleljen. Az egyes eszközalapokban a gazdaságos üzeméret eléréséig (300 millió forint nettó eszközérték – eltérő denominációjú alap esetén az ennek megfelelő devizaérték – alatt) csak a jogszabályi előírások betartása kötelező érvényű, a Befektetési politikában megfogalmazott limitek a méretgazdaságosság és tranzakciós költségek figyelembevételével csak célértékként szolgálnak.

A befektetési politikában megfogalmazott limitek betartására minden esetben törekedni kell, de az azoktól való eltérés ezen időszakban nem minősül limitsértésnek. Ha a portfóliókezelő vétkesen olyan ügylet(ke)t köt, amellyel a portfólió megsérti az egyes eszközalapoknál ismertetett befektetési korlátokat, akkor a limitsértés észlelését és dokumentációját követően köteles 5 munkanapon belül az ügylettel ellentétes irányú ügyletet kötni (legalább a befektetési korlátot meghaladó, de legfeljebb az eredeti ügyletben szereplő mennyiség re). Ha a befektetési szabályok abból adódóan sérülnek meg, hogy a vagyonezelésben lévő vagyon hirtelen megváltozik (pl. jelentős összegű tőkebefizetés vagy -kivonás), vagy a limitek átlépése a piaci árfolyamok változásával következik be, akkor a portfóliókezelő köteles ésszerű időn – de legfeljebb 30 napon belül – helyreállítani az előírt arányokat.

Az eszközalapokat érintő kockázatok

Az egyes eszközalapok kockázata az adott eszközalap befektetési által lefedett eszközcsoportok, illetve a befektetési és működési környezet kockázatára terjed ki. A nem forintban denominált eszközalapok esetében az eszközalap devizája (euró, svájci frank) és a forint árfolyama közötti mozgás kockázatát a forint alapú befektetők viselik. Az eszközalapokat érintő kockázati faktorok a következők:

- **Árfolyam kockázat:** A befektetési eszközök árának mozgásából fakadó kockázat. Minél magasabb az eszköz árának szórása (azaz az árfolyam ingadozása), annál nagyobb bizonytalanság jellemzi az eszköz jövőben várható árát.

- **Devizaárfolyam kockázat:** A nemzetközi tőkepiacokon történő befektetések miatt számolni kell a devizaárfolyamok mozgásából származó kockázattal is, azaz a deviza árfolyamának változásában rejlő kockázattal. A forint felértékelődése (erősödése) például csökkenti a külföldi devizában denominált befektetési eszközök forintban kifejezett értékét. Szélsőséges esetben a devizaárfolyamok változása a befektetési eszköz forintban számolt értékének csökkenését is okozhatja, még abban az esetben is, ha az eszköz saját devizájában kifejezett értéke emelkedett. Ugyanígy érvényes a devizakockázat a nem forintban denominált eszközalapokra is amennyiben például egy eurós alap nem eurós eszközökbe fektet.
- **Kamatláb kockázat:** A hitelviszonyt megtestesítő értékpapírokba (pl. állampapírok) történő befektetéseknél az eszközök árát jelentős mértékben befolyásolhatja a hozamszint megváltozása. A hozamszint emelkedése a kamatozó értékpapírok aktuális értékét csökkentheti, ami negatív hatással lehet a kamatozó instrumentumokat tartalmazó eszközalapok teljesítményére. Minél hosszabb egy kamatozó értékpapír futamideje, illetve minél alacsonyabb a fix kamatfizetése, annál érzékenyebb a piaci hozamok változására.
- **Ország- és politikai kockázat:** A hazai vagy nemzetközi politikai-gazdasági környezet által meghatározott kockázat. Az adott ország stabilitásának alacsony foka vagy csökkenése, a kedvezőtlen politikai irányvonal valamint a szabályozói környezet romlása közvetve vagy közvetlenül negatívan befolyásolhatják az adott ország gazdaságának szereplőit, ezáltal az általuk kibocsátott értékpapírok értékét.
- **Makrogazdasági kockázat:** A makrogazdasági kockázatokat alapvetően a globális kormányzati költségvetési és gazdaságpolitika (fiskális politika), valamint a jegybanki döntések (monetáris politika) befolyásolják, melyek fő mozgatórugói az alapkamat, a munkanélküliség, az infláció alakulása, a kormányzati beruházások, az adóváltozások és az államadósság nagysága.
- **Fejlődő piacokon történő befektetésből eredő kockázat:** A feltörekvő országok tőkepiacai jellemzően kisebbek és jobban kitettek a világpiaci tőkepiaci mozgásoknak. A piaci hírek, események jobban befolyásolják a feltörekvő piaci eszközöket, melyek következtében nagyobb árfolyamingadozás jellemezheti őket. Ugyanakkor az elmúlt években a fejlődő és fejlett országok közti szakadék csökkenni látszik, és a világgazdasági növekedést egyre nagyobb mértékben ezen országok határozzák meg.
- **Likviditási kockázat:** Az eszközalapokban lévő instrumentumok értékesítése bizonyos esetekben nehézségekbe ütközhet (alacsony kereslet), melynek következtében az értékesítés csak hosszabb idő után, illetve csak kedvezőtlenebb árfolyamon lehetséges. A likviditási kockázat az eszközalap szabad pénzeszközeinek befektetése esetén is korlátozó tényező lehet (alacsony kínálat). Ezáltal a likviditás hiánya az eszközárakon keresztül kedvezőtlenül hathat az eszközalap értékére is. Egyes eszközök (például zártvégű ingatlanalapok) akár hosszabb időre is forgalomképtelenné válhatnak.
- **Partnerkockázat:** A befektetési eszközök adásvételében, kezelésében és értékelésében közreműködő partnerek által vállalt kötelezettségek nem vagy részleges mértékű teljesítése esetleges veszteséget okozhat, mely hátrányosan befolyásolhatja az eszközalap értékét és árfolyamát.
- **Visszafizetési kockázat:** Néhány esetben az eszközalap visszafizetési kockázattal szembesülhet, ha az eszközalap mögöttes alapja az elhelyezett befektetéseket a forgalmazás felfüggesztése, illetve megszüntetése miatt vagy más meghatározott okból nem képes visszaváltani. Olyan esetekben is visszafizetési kockázatról beszélünk, amikor a lejáratú rendelkező értékpapír nem tudja teljesíteni a futamidő alatt felmerülő bármely kifizetését.
- **Koncentrációs kockázat:** A kevés számú egyedi instrumentumot tartalmazó eszközalap esetében az egyes befektetési eszközök árfolyamának változása nagyobb hatást gyakorol az eszközalap értékére, csökkentvén a kockázatok hatékony megosztásából fakadó előnyöket, azaz növelvén a koncentrációs kockázatot. A kockázat mérsékelhető a befektetési eszközök számának növelésével vagy olyan eszközökbe történő befektetéssel, melyek egy adott iparágat, országot, földrajzi térséget fednek le és a kockázatok hatékony diverzifikálása már az adott eszközön belül megtörténik.
- **Árupiaci termékekből eredő kockázat:** Az árupiaci termékek jellemzően a következő faktoroknak vannak kitéve: világgazdasági konjunktúra, tőkepiaci események, keresleti-kínálati sokkok (pl. természeti katasztrófák, háborúk). A lassuló világgazdaság, negatív befektetői környezet, kereslet oldali sokkok általában negatívan hatnak az árupiaci termékek áraira. Az árupiaci befektetések bizonyos esetekben nem fizikai értelemben megjelenő eszközök, hanem határidős ügyleteken keresztül valósulnak meg, és ezért nagyobb mértékben lehetnek kitéve a spekulációnak.
- **Ingtatlan kockázat:** Az ingatlan-befektetések jellemzően hosszú távú, magas kockázattal járó befektetések, mivel az ingatlanok fejlesztése, hasznosítása, illetve értékesítése időről-időre – a piaci viszonyok (pl. kereslet kínálat, gazdasági növekedés) változásától függően – nehézségekbe ütközhet. Ezen kívül az ingatlanok fenntartása kapcsán (üzemeltetés, karbantartás, fejlesztés) további kockázatok merülhetnek fel. Az ingatlanpiacokat ezen felül fokozott likviditási kockázat is jellemzi.
- **Fedezeti ügyletekből fakadó kockázat:** Fedezeti ügyleteknél, amelyek mindig származtatott ügyletek segítségével történnek értelemszerűen az utóbbiakra jellemző kockázatok jelentős része felmerülhet. Ezen kockázatok jellemzően: a partnerkockázat, a likviditási kockázat, az úgynevezett roll-over kockázat (a fedezeti ügyletek futamideje jellemzően éven belüli, ezért szükség van azok tovább görgetésére, megújítására).
- **Nagyarányú tőke mozgás kockázata:** Az eszközalapba egyidejűleg be- és kiáramló nagy arányú ügyfélpénzek hatása jelentősebb kockázatot jelent az árfolyamra.

Az egyes eszközalapok eltérő sajátosságaikból adódóan más-más kockázati tényezőknek vannak kitéve.

Amennyiben az eszközalapokat megtestesítő mögöttes pénz- és tőkepiaci eszközök aktuális kereskedelme, piaci sajátossága a Biztosító számára nem teszi lehetővé jelen feltételekben meghatározott hiánytalan teljesítést, a Biztosító a fenti piacok mozgásához igazodva, a lehető legkorábbi időpontban tesz eleget kötelezettségének. A Biztosító ezen késedelemből eredő bármilyen kockázatokért és károkért felelősséget nem vállal.

Az eszközalapokat érintő kockázatokat minden esetben az ügyfél viseli.

Az eszközalapokra vonatkozó értékelési szabályok

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. unit linked eszközalapjaira vonatkozó részletes értékelési szabályokat a Biztosító társaság ÉRTÉKELÉSI SZABÁLYZATA tartalmazza.

A Biztosító a nettó eszközérték megállapítása során a biztosítási szerződési feltételekben nevesítetteken túl a portfólió kezelésével kapcsolatban további díjakat vonhat el, amennyiben azt a TKM meghatározása során figyelembe veszi.

Hozamszámítás

A hozamot az eszközalapok esetében a PSZÁF ajánlásával összhangban, az egy jegyre jutó nettó eszközérték változása alapján számítja a Biztosító. A hozamszámítás során a társaság az úgynevezett teljes hozamú (total return) számítási módot alkalmazza, azaz az adott időszak alatti összes, realizált és nem realizált hozamelemet figyelembe veszi.

Az éven belüli futamidőre megállapított hozamokat a Biztosító kizárólag nominálisan jeleníti meg, az 1 évnél rövidebb időszakok hozamait nem évesíti. Az 1 évnél hosszabb időszakok hozamait évesítve jeleníti meg (a hozamot egy évre, a kamatos kamatszámítás módszerével számítva – tört kitevővel, 365 napos éves bázison – határozza meg). A hozam százalékos formában kerül bemutatásra (két tizedesjegyre kerekítve a kerekítés szabályai szerint).

Az eszközalapok két kiválasztott időpont közötti hozamának kiszámítása az alábbi képlet alapján történik:

$$r_{\text{nom}} = r_1 / r_0 - 1$$

ahol

r_{nom} : az eszközalap időszaki nominális hozama

r_1 : az időszak zárónapjára vonatkozó egy jegyre jutó nettó eszközérték

r_0 : az időszak kezdő napjára vonatkozó egy jegyre jutó nettó eszközérték

$$r_{\text{ann}} = 365 / n \sqrt[n]{r_{\text{nom}} - 1}$$

ahol

r_{ann} : az eszközalap adott időszaki évesített hozama

n: az időszak kezdő és záró napja között eltelt napok száma, $n > 365$

Az egyes eszközalapokhoz tartozó referencia index(ek)ből adott időszakra számolt referenciahozam az adott eszközalap denominációs devizanemében kalkulálva kerül megállapításra. A Biztosító honlapján működő grafikon varázsló segítségével az ügyfelek bármely eszközalapra bármely két időpont között megtekinthetik az eszközalap teljesítményét. A társaság honlapjának címe: www.viennialife.hu

Hozamfizetés

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. által létrehozott unit linked eszközalapok a tőkenövekményük terhére nem fizetnek hozamot. Az eszközalapok teljes tőkenövekménye újra befektetésre kerül. A befektetési egységek tulajdonosai a hozamot a befektetési egységek visszaváltása révén realizálhatják. Az eszközalapok által elérhető hozam minden esetben az eszközalap eszközüsszetétele, valamint a piaci folyamatok függvénye.

Likviditási célból megengedett pénzeszközök minimális nagyságának meghatározása

A Biztosító az egyes eszközalapok esetében a pénzeszközök minimális nagyságát a mindenkorli likviditási igényeknek megfelelően alakítja ki, nem köti azt az adott eszközalap nettó eszközértékének arányához. Az eszközalap a rendelkezésére álló pénzeszközből a kötelezettségek teljesítése után a befektetésre kerülő minimum összegekre vonatkozó szabályozása szerint jár el.

Befektetésre kerülő minimum összeg meghatározása

Az eszközalap befektetésre kerülő minimum összegének meghatározása az egyes tranzakciókhoz kapcsolódó költségek figyelembevételével és az eszközalap Befektetési politikája alapján történik.

Hozam- és tőkegarancia

A Biztosító eszközalapjai tekintetében nem vállal sem hozam, sem tőkegaranciát. Amennyiben olyan új eszközalapot hoz létre, amely garantált hozamot, illetve tőkét biztosít, azt az eszközalap egyedi sajátosságai között a Biztosító minden esetben feltünteti.

Az alábbi szabályok 2014. május 1-től hatályosak.

Az eszközalapok felfüggesztése, szétválasztása

1. A Biztosító az ügyfelek érdekében a szerződéshez kapcsolódó eszközalap befektetési egységeinek eladását és vételét felfüggeszti (a továbbiakban: eszközalap-felfüggesztés), amennyiben az eszközalap nettó eszközértéke, illetve ezzel együtt a befektetési egységeknek az árfolyama azért nem állapítható meg, mert az eszközalap eszközei részben vagy egészben illikvid eszközzé váltak. Illikvidnek minősül az eszközalap olyan mögöttes eszköze, amelynek értéke nem állapítható meg, ideértve különösen, ha az értékelésre alkalmas piaci árfolyam-információk az eszköz forgalmazásának, kereskedésének vagy nyilvános árjegyzésének felfüggesztése miatt nem állnak maradéktalanul rendelkezésre. Az eszközalap felfüggesztését a Biztosító az annak okául szolgáló körülményről való tudomásszerzését követően haladéktalanul végrehajtja arra az értékelési napra (a továbbiakban: az eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontja) visszamenő hatállyal, amely értékelési napot megelőzően az utolsó alkalommal megállapítható volt az eszközalap nettó eszközértéke.
2. Az eszközalap felfüggesztésének tartama alatt, a biztosítási díj felfüggesztett eszközalapról való átirányítása kivételével, a felfüggesztett eszközalapot érintő ügyfélrendelkezések (így különösen átváltás, rendszeres pénzkivonás, részleges visszavásárlás) nem teljesíthetők. Amennyiben az eszközalap felfüggesztésének tartama a 30 napot meghaladja, akkor az eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontját követő 35. napig a Biztosító írásbeli tájékoztatást küld a felfüggesztett eszközalappal érintett valamennyi Szerződő részére arról, hogy az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követően a Biztosító akkor teljesíti ezeket az ügyfélrendelkezéseket, ha azok teljesítésére vonatkozóan Szerződő az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követően ismételt rendelkezést ad. A felfüggesztés tartama alatt felfüggesztett eszközalapra vonatkozóan ügyfélrendelkezést adó Szerződő számára a Biztosító haladéktalanul tájékoztatást ad az ügyfélrendelkezéssel kapcsolatban.
3. Amennyiben a befizetett díjat a szerződés, illetve az ügyfél rendelkezése alapján a Biztosítónak a felfüggesztett eszközalapba kellene befektetnie, a Biztosító - a szerződés vagy a Szerződő eltérő rendelkezése hiányában - a díjat elkülönítetten tartja nyilván. Ha a fenti esetben az eszközalap felfüggesztésének tartama a 30 napot meghaladja, akkor az eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontját követő 35. napig a Biztosító írásbeli tájékoztatást küld az érintett Szerződő részére arról, hogy az elkülönítetten nyilván tartott és az eszközalap-felfüggesztés időtartama alatt beérkező díjat mely másik, fel nem függesztett eszközalapba irányítja át - azzal ellentétes ügyfélrendelkezés hiányában - az eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontját követő 45. naptól.
4. Az eszközalap felfüggesztésének tartama alatt a szerződésben meghatározott időpont elérése (lejárat) mint biztosítási esemény bekövetkezése vagy a szerződés teljes visszavásárlása esetében a Biztosító a szerződő fél számlája aktuális egyenlegének értékét a felfüggesztett eszközalap befektetési egységeinek figyelmen kívül hagyásával állapítja meg. A Biztosító a fenti esetekben az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követő 15 napon belül - amennyiben a 8. pontban írt feltétel nem áll fenn - kifizeti a Szerződő számláján a felfüggesztett eszközalap befektetési egységeiből nyilvántartott befektetési egységeknek az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követő első ismert árfolyamán számított aktuális értékét vagy ugyanezen az árfolyamon a visszavásárlásra vonatkozó szerződéses rendelkezések szerinti összeget.
5. A Biztosító nem balesetből eredő haláleseti (kockázati) szolgáltatása teljesítését az eszközalap felfüggesztése annyiban érinti, hogy a Biztosító a szerződő fél számlája aktuális egyenlegének értékét a felfüggesztett eszközalap befektetési egységeinek az eszközalap-felfüggesztést megelőző utolsó ismert árfolyama alapján határozza meg. A biztosítási szerződés szerinti kifizetési kötelezettségét a Biztosító az eszközalap felfüggesztésének tartama alatt is a fentiek alapján meghatározott értékben teljesíti, a felfüggesztett eszközalap befektetési egységei tekintetében teljesítendő szolgáltatásrész vonatkozásában, azonban Főbiztosítottanként legfeljebb 30 millió forint összeghatárig. Az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követő 15 napon belül az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követő első ismert árfolyamon a Biztosító a felfüggesztett eszközalap befektetési egységei tekintetében teljesítendő nem baleseti haláleseti (kockázati) szolgáltatásrész újra megállapítja, és amennyiben ez meghaladja a korábban erre kifizetett összeget, akkor a különbözetet utólag kifizeti. Amennyiben a 8. pontban írt feltétel fennáll, akkor a Biztosító a fenti újbóli megállapítást és a különbözet kifizetését a 8. pontban írt elszámolás keretében teljesíti.
6. Az eszközalap-felfüggesztés időtartama legfeljebb 1 év, amelyet a Biztosító indokolt esetben összesen további 1 évvel meghosszabbíthat. A Biztosító a meghosszabbításról szóló döntését az eszközalap-felfüggesztés időtartamának lejártát legalább 15 nappal megelőzően, figyelemfelhívásra alkalmas módon közlésezi a honlapján, valamint kifüggeszti az ügyfélszolgálati irodáiban.
7. A Biztosító az eszközalap-felfüggesztést haladéktalanul megszünteti:
 - az eszközalap-felfüggesztés időtartamának lejártát követően;
 - az eszközalap-felfüggesztés okául szolgáló körülmény megszűnéséről való tudomásszerzését követően; vagy
 - amennyiben azt a Felügyelet elrendeli.
8. Amennyiben az eszközalap-felfüggesztés 7. pont szerinti megszüntetésekor az eszközalap nettó eszközértéke, illetve ezzel együtt a befektetési egységeknek az árfolyama továbbra sem állapítható meg azért, mert az eszközalap eszközei részben vagy egészben illikvid eszközök, akkor a Biztosító az eszközalapot megszünteti, és a Szerződővel - a megszüntetési időpontjában - a megszüntetési időpontjában aktuális piaci helyzet alapul vételével - elszámol.
9. Az eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontját követő 30 napon belül a Biztosító - a Szerződő felek közötti egyenlő elbánás elvének biztosítása és a Biztosító eszközalappal kapcsolatos szolgáltatásainak folyamatos fenntartása érdekében - az illikvidé vált eszközöket és az eszközalap egyéb, nem illikvid eszközeit szétválasztja (az eszközalapot illikvid és nem illikvid eszközöket tartalmazó utódeszközalapokra bontja, a továbbiakban: szétválasztás) akkor, ha az eszközalap utolsó ismert nettó eszközértékének legfeljebb 75%-át képviselő eszközök váltak illikviddé. A szétválasztás végrehajtásával egyidejűleg a nem illikvid eszközöket tartalmazó utódeszközalap vonatkozásában az eszközalap-felfüggesztés megszűnik, és az önálló eszközalapként működik tovább. Garantált eszközalap esetén - függetlenül az illikvid eszközök hányadától - a teljes eszközalap felfüggesztésre kerül. Ebben az esetben a garancia lejáratakor a Biztosító az eredeti szerződéses feltételek szerint köteles elszámolni az ügyfelekkel.

10. A szétválasztás esetében az illikviddé vált eszközöket elkülönítetten, ugyancsak önálló eszközalapként tartja nyilván a Biztosító, amelyre vonatkozóan az eszközalap-felfüggesztés az 1-8. pontokban írottak szerint marad érvényben azzal, hogy az eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontjának az eredeti eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontját kell tekinteni. A szétválasztás következtében az eredeti eszközalap megszűnik, amelynek során az eredeti eszközalap befektetési egységeit ügyfelenként olyan arányban kell az illikvid és nem illikvid eszközöket tartalmazó utód-eszközalapokhoz rendelni, amilyen arányt az illikvid és nem illikvid eszközök az eredeti eszközalap utolsó ismert nettó eszközértékén belül képviseltek. Szétválasztás esetén a 2. és 3. pontokban szereplő tájékoztatási kötelezettség kiegészül a szétválasztásról szóló értesítéssel.
11. Az eszközalap-felfüggesztés és szétválasztás a Szerződő díjfizetési kötelezettségét és a Biztosító szolgáltatási kötelezettségét – a fenti rendelkezéseket figyelembe véve - nem szünteti meg.
12. A Biztosító az eszközalap-felfüggesztés és a szétválasztás végrehajtásával, valamint az eszközalap-felfüggesztés megszüntetésével egyidejűleg a honlapján való figyelemfelhívásra alkalmas módon történő közzététel útján tájékoztatja a Szerződőt
- az eszközalap-felfüggesztés és a szétválasztás törvényi megalapozottságáról, végrehajtásáról, annak indokáról, a felfüggesztés kezdő időpontjáról, a biztosítási szerződést és annak teljesítését érintő következményeiről, ideértve különösen az ügyfeleket érintő befektetési kockázatok változását, valamint a költségek és díjak érvényesítésének szabályait; és
 - az eszközalap-felfüggesztés megszüntetéséről, annak indokáról, valamint a megszüntetésnek a biztosítási szerződést és annak teljesítését érintő következményeiről.
- A Biztosító a fenti tájékoztatást az ügyfélszolgálati irodáiban is kifüggeszti.

2. Fejezet - Az egyes eszközalapok sajátos jellemzői

2.1. Pénzpiaci forint eszközalap

Az eszközalap célja

Az eszközalap célja a biztonság és a kiegyensúlyozott teljesítmény elérése magas likviditású, forint alapú pénzpiaci eszközökkel, hazai, egy éven belüli lejáratú állampapírokkal. A pénzpiaci megtérülést a legbiztonságosabb, alacsony kamatkockázatú eszközök biztosítják a kamatláb ingadozás és a vissza nem fizetési kockázat minimalizálása révén. Az elért hozamot befolyásolják a tőkemozgások miatti, illetve a befektetéshez kapcsolódó egyéb költségek. A portfólió megcélzott átlagos lejáratú 0,5 év körül mozog. A benchmark követő vagyonekezelésnek megfelelően a portfóliókezelő elsődleges célja, hogy az alap költségek nélküli (bruttó) teljesítménye a legkevésbé térjen el az alap referencia indexének hozamától.

Az eszközalap fő befektetési területe

- Éven belüli lejáratú hazai állampapírok, pénzpiaci eszközök.
- Kollektív befektetési eszközök (rövid lejáratú hazai állampapírokba, pénzpiaci eszközökbe fektető befektetési alapok).

Az eszközalap referencia indexe, stratégiai eszközallokációja

Referencia-portfólió	Referenciaindex	Referenciahozam számításához alkalmazott súlyarány	Befektetési korlátok
Pénzeszközök, pénzpiaci eszközök, éven belüli lejáratú, hazai állampapírok, kollektív befektetések	RMAX Index	100%	90-100%
Éven túli lejáratú hazai állampapírok		0%	0-10%

Az eszközalap befektetési korlátai

- Az eszközalap durációja (átlagos hátralévő lejáratú ideje) maximum 1 év.
- A portfólió csak magyar forintban denominált eszközöket tarthat.
- Tekintettel arra, hogy nagyarányú tőkemozgások is előfordulhatnak, bizonyos esetekben megtörténhet, hogy átmenetileg sérülnek a minimum illetve maximum korlátok.

Az eszközalap stratégiai allokációja

Az eszközalap a stratégiai eszközösszetétele alapján 100%-ban pénzeszközöket és pénzpiaci eszközöket tartalmaz. A portfóliókezelő a stratégiai eszközallokációtól a mindenkori piaci helyzet és várakozásai függvényében a befektetési politikában meghatározott limiteken belül eltérhet.

Az eszközalap árfolyamát befolyásoló tényezőket részletesen lásd a befektetési politika végén található táblázatban.

Az eszközalap általános kockázati szintje	alacsony
Ajánlott befektetési időtáv	1 – 3 év
Nyilvántartás pénzneme	magyar forint

2.2. Hazai kötvény forint eszközalap

Az eszközalap célja

A Hazai kötvény forint eszközalap célja közép és hosszú távon az inflációt felülmúló hozam elérése biztonságos, alacsony kockázatú eszközök segítségével. Ennek megfelelően az eszközalap a hazai állampapírokat részesíti előnyben, ezen instrumentumok a legbiztosabb tőke-visszafizetéssel, rendszeres kamatfizetésekkel, illetve diszkonttal történő kibocsátással biztosítják a befektetések hozamát. A benchmark követő vagyonkezelésnek megfelelően a portfóliókezelő elsődleges célja, hogy az alap költségek nélküli (bruttó) teljesítménye a legkevésbé térjen el az alap referencia indexének hozamától.

Az eszközalap fő befektetési területe

- Hazai állampapírok, pénzügyi eszközök.
- Kollektív befektetési eszközök (hazai állampapírokba fektető befektetési alapok).

Az eszközalap referencia indexe, stratégiai eszközallokációja

Referencia-portfólió	Referenciaindex	Referenciahozam számításához alkalmazott súlyarány	Befektetési korlátok
Pénzeszközök, pénzügyi eszközök, éven belüli lejáratú, hazai állampapírok, kollektív befektetések	RMAX Index	5%	0-10%
Éven túli lejáratú hazai állampapírok	MAX Index	95%	90-100%

Az eszközalap befektetési korlátai

- A portfólió csak magyar forintban denominált eszközöket tarthat.
- Tekintettel arra, hogy nagyarányú tőkemozgások is előfordulhatnak, bizonyos esetekben megtörténhet, hogy átmenetileg sérülnek a minimum illetve maximum korlátok

Az eszközalap stratégiai allokációja

A portfóliókezelő a stratégiai eszközallokációtól a mindenkori piaci helyzet és várakozásai függvényében a befektetési politikában meghatározott limiteken belül eltérhet.

Az eszközalap árfolyamát befolyásoló tényezőket részletesen lásd a befektetési politika végén található táblázatban.

Az eszközalap általános kockázati szintje	közepes
Ajánlott befektetési időtáv	5 – 10 év
Nyilvántartás pénzneme	magyar forint

2.3. Globális fejlett piaci részvény forint eszközalap

Az eszközalap célja

Az eszközalap elsődleges célja, hogy közép illetve hosszú távon részesüljön a fejlett gazdasági régiók jövőbeli növekedéséből és az ott működő cégek teljesítményéből, nagy hangsúlyt fektetve az ország diverzifikációra. A benchmark követő vagyonkezelésnek megfelelően a portfóliókezelő elsődleges célja, hogy az eszközalap költségek nélküli (bruttó) teljesítménye a legkevésbé térjen el az eszközalap referencia indexének hozamától.

Az eszközalap fő befektetési területe

Az eszközalap befektetési körét jellemzően kollektív befektetési eszközök alkotják, melyek elsősorban tőzsdén forgalmazott befektetési alapok (ETF-ek), illetve nyíltvégű, nyilvános befektetési alapok lehetnek, azonban az alapnak lehetősége van egyedi részvényekbe is fektetni. Az eszközalap többek között olyan fejlett országok tőzsdén jegyzett vállalataiban szerez kitettséget, mint Amerika, Egyesült Királyság, Japán.

Az eszközalap referencia indexe, stratégiai eszközallokációja

Referencia-portfólió	Referenciaindex	Referenciahozam számításához alkalmazott súlyarány	Befektetési korlátok
Likviditási célú befektetési eszközök	RMAX Index	5%	0-10%
Fejlett piaci részvények, kollektív befektetések	MSCI TR Net World Index	95%	90-100%

Az eszközalap befektetési korlátai

- Tekintettel arra, hogy nagyarányú tőkemozgások is előfordulhatnak, bizonyos esetekben megtörténhet, hogy átmenetileg sérülnek a minimum illetve maximum korlátok
- A befektetési limiteket a fenti tábla tartalmazza

Az eszközalap stratégiai allokációja

A portfóliókezelő a stratégiai eszközallokációtól a mindenkori piaci helyzet és várakozásai függvényében a befektetési politikában meghatározott limiteken belül eltérhet.

Az eszközalap árfolyamát befolyásoló tényezőket részletesen lásd a befektetési politika végén található táblázatban.

Az eszközalap általános kockázati szintje	magas
Ajánlott befektetési időtáv	10 – 20 év
Nyilvántartás pénzneme	magyar forint

2.4. Auróra Délkelet- és Kelet-Európai részvény forint eszközalap

Az eszközalap célja

Az eszközalap célja, hogy az európai gazdasági aktivitáshoz kapcsolódó fejlődő országok növekedését kihasználva, a régióban történő kockázatvállalással, hosszú távon az állampapír-hozamok feletti hozamot biztosítson befektetői részére. A régió országaiban végbement politikai konszolidáció és a piaci folyamatok liberalizációja továbbra is rendkívül dinamikus gazdasági növekedést tesz lehetővé. Az Európai Unióhoz újonnan csatlakozott országok lehetőségei továbbra is széleskörűek (infrastruktúra-fejlesztés, logisztikai központok, városfejlesztés). Oroszország és Törökország méretük miatt megkerülhetetlen tényezők, a növekedés lehetősége ezen országokban is jelentős. A benchmark követő vagyionkezelésnek megfelelően a portfóliókezelő elsődleges célja, hogy az eszközalap költségek nélküli (bruttó) teljesítménye a legkevésbé térjen el az eszközalap referencia indexének hozamától.

Az eszközalap fő befektetési területe

Az eszközalap befektetési körét jellemzően kollektív befektetési eszközök alkotják, melyek elsősorban tőzsdén forgalmazott befektetési alapok (ETF-ek), illetve nyíltvégű, nyilvános befektetési alapok lehetnek, azonban az eszközalapnak lehetősége van egyedi részvényekbe is fektetni. Az eszközalap elsősorban a régióban működő cégekbe (Magyarország, Csehország, Lengyelország, Ausztria) valamint az orosz és török tőzsdén jegyzett vállalatokba fektet.

Az eszközalap referencia indexe, stratégiai eszközallokációja			
Referencia-portfólió	Referenciaindex	Referenciahozam számításához alkalmazott súlyarány	Befektetési korlátok
Likviditási célú befektetési eszközök	RMAX Index	5%	0-10%
Közép-kelet európai részvények, kollektív befektetések	CETOP20 Index	45%	40-50%
Orosz részvények, kollektív befektetések	Market Vectors Russia Total Return Index	40%	35-45%
Török részvények, kollektív befektetések	MSCI Turkey Investable Market Index	10%	5-15%

Az eszközalap befektetési korlátai

- Tekintettel arra, hogy nagyarányú tőkemozgások is előfordulhatnak, bizonyos esetekben megtörténhet, hogy átmenetileg sérülnek a minimum illetve maximum korlátok
- A befektetési limiteket a fenti tábla tartalmazza

Az eszközalap stratégiai allokációja

A portfóliókezelő a stratégiai eszközallokációtól a mindenkori piaci helyzet és várakozásai függvényében a befektetési politikában meghatározott limiteken belül eltérhet.

Az eszközalap árfolyamát befolyásoló tényezőket részletesen lásd a befektetési politika végén található táblázatban.

Az eszközalap általános kockázati szintje	magas
Ajánlott befektetési időtáv	10 – 20 év
Nyilvántartás pénzneme	magyar forint

2.5. Ázsiai részvény forint eszközalap

Az eszközalap célja

Az eszközalap célja, hogy a jelenleg – és valószínűleg az elkövetkezendő években is – a világgazdaságnál gyorsabban fejlődő ázsiai régió eredményeiből hosszabb távon is részesedjen. Az eszközalap olyan dinamikusan fejlődő országok vállalatának részvényeibe fektet, ahol az átlag feletti növekedést a hosszú távú strukturális fejlődés biztosítja. A benchmark követő vagyonkezelésnek megfelelően a portfóliókezelő elsődleges célja, hogy az eszközalap költségek nélküli (bruttó) teljesítménye a legkevésbé térjen el az eszközalap referencia indexének hozamától.

Az eszközalap fő befektetési területe

Az eszközalap befektetési körét jellemzően kollektív befektetési eszközök alkotják, melyek elsősorban tőzsdén forgalmazott befektetési alapok (ETF-ek), illetve nyíltvégű, nyilvános befektetési alapok lehetnek, azonban az eszközalapnak lehetősége van egyedi eszközökbe (részvények) is fektetni. A portfóliókezelő nagy hangsúlyt fektet a földrajzi diverzifikációra is, melynek következtében az ügyfélnek lehetősége van olyan vállalatokba fektetni, amelyek az ázsiai piacokon túl akár globális jelenléttel is rendelkeznek. A főbb befektetési területek között megtaláljuk Kínát, Dél-Koreát, Tajvant, Indiát.

Az eszközalap referencia indexe, stratégiai eszközallokációja			
Referencia-portfólió	Referenciaindex	Referenciahozam számításához alkalmazott súlyarány	Befektetési korlátok
Likviditási célú befektetési eszközök	RMAX Index	5%	0-10%
Ázsiai piaci részvények, kollektív befektetések	MSCI Total Return Net Emerging Markets Asia Index	95%	90-100%

Az eszközalap befektetési korlátai

- Tekintettel arra, hogy nagyarányú tőkemozgások is előfordulhatnak, bizonyos esetekben megtörténhet, hogy átmenetileg sérülnek a minimum illetve maximum korlátok
- A befektetési limiteket a fenti tábla tartalmazza

Az eszközalap stratégiai allokációja

A portfóliókezelő a stratégiai eszközallokációtól a mindenkor piaci helyzet és várakozásai függvényében a befektetési politikában meghatározott limiteken belül eltérhet.

Az eszközalap árfolyamát befolyásoló tényezőket részletesen lásd a befektetési politika végén található táblázatban.

Az eszközalap általános kockázati szintje	magas
Ajánlott befektetési időtáv	10 – 20 év
Nyilvántartás pénzneme	magyar forint

2.6. Dél csillagai – latin-amerikai és afrikai részvény forint eszközalap

Az eszközalap célja

Az eszközalap célja hosszú távon magas tőkenyeresség elérése a Latin-Amerikában és Afrikában bejegyzett, valamint ezen régiókban tevékenykedő vállalatok tulajdonviszonyt megtestesítő értékpapírjainak vásárlásával. A benchmark követő vagyonkezelésnek megfelelően a portfóliókezelő elsődleges célja, hogy az eszközalap költségek nélküli (bruttó) teljesítménye a legkevésbé térjen el az eszközalap referencia indexének hozamától.

Az eszközalap fő befektetési területe

Az eszközalap befektetési körét jellemzően kollektív befektetési eszközök alkotják, melyek elsősorban tőzsdén forgalmazott befektetési alapok (ETF-ek), illetve nyíltvégű, nyilvános befektetési alapok lehetnek, azonban az eszközalapnak lehetősége van egyedi eszközökbe (részvények) is fektetni. Az ügyfeleknek az eszközalap megvásárlásán keresztül lehetősége nyílik

profitálni a dél-amerikai régió átlag feletti növekedéséből, mely régió gazdag nyersanyagban, mezőgazdasági termékekben és olcsó munkaerőben. Az eszközalap jelentős brazil kitettséggel rendelkezik, emellett mexikói, chilei és venezuelai vállalatokba is fektet, a nagyobb diverzifikáltság elérése érdekében az eszközalap lehetőséget teremt arra, hogy az ügyfelek részesüljenek a dél-afrikai vállalatok teljesítményéből is, ahol az árupiaci termékek szintén fontos tényezőt jelentenek.

Az eszközalap referencia indexe, stratégiai eszközallokációja			
Referencia-portfólió	Referenciaindex	Referenciahozam számításához alkalmazott súlyarány	Befektetési korlátok
Likviditási célú befektetési eszközök	RMAX Index	5%	0-10%
Dél- és közép-amerikai részvények, kollektív befektetések	Standard & Poor's Latin America 40 Index	70%	65-75%
Dél-afrikai részvények, kollektív befektetések	MSCI TR Net EM S-Africa	25%	20-30%

Az eszközalap befektetési korlátai

- Tekintettel arra, hogy nagyarányú tőkemozgások is előfordulhatnak, bizonyos esetekben megtörténhet, hogy átmenetileg sérülnek a minimum illetve maximum korlátok
- A befektetési limiteket a fenti tábla tartalmazza

Az eszközalap stratégiai allokációja

A portfóliókezelő a stratégiai eszközallokációtól a mindenkori piaci helyzet és várakozásai függvényében a befektetési politikában meghatározott limiteken belül eltérhet.

Az eszközalap árfolyamát befolyásoló tényezőket részletesen lásd a befektetési politika végén található táblázatban.

Az eszközalap általános kockázati szintje	magas
Ajánlott befektetési időtáv	10 – 20 év
Nyilvántartás pénzneme	magyar forint

2.7. Kincskereső árupiaci forint eszközalap

Az eszközalap célja

Az eszközalap célja az alapvető nyersanyagok és termények (kőolaj, földgáz, ipari és nemesfémek, gabona, élőállat, stb.) áremelkedéséből hosszú távon való részesedés, valamint az árupiaci termékeken keresztül való infláció elleni védelem. A benchmark követő vagyonkezelésnek megfelelően a portfóliókezelő elsődleges célja, hogy az alap költségek nélküli (bruttó) teljesítménye a legkevésbé térjen el az alap referencia indexének hozamától.

Az eszközalap fő befektetési területe

- Kollektív befektetési eszközök (nyersanyagokba, mezőgazdasági terményekbe és egyéb árupiaci eszközökbe fektető befektetési alapok, illetve tőzsdén kereskedett kollektív befektetési eszközök.

Az eszközalap referencia indexe, stratégiai eszközallokációja			
Referencia-portfólió	Referenciaindex	Referenciahozam számításához alkalmazott súlyarány	Befektetési korlátok
Likviditási célú befektetési eszközök	RMAX Index	5%	0-10%
Árupiaci részvények, kollektív befektetések	DJUBS Commodity Index	95%	90-100%

Az eszközalap befektetési korlátai

- Tekintettel arra, hogy nagyarányú tőkemozgások is előfordulhatnak, bizonyos esetekben megtörténhet, hogy átmenetileg sérülnek a minimum illetve maximum korlátok.

Az eszközalap stratégiai allokációja

A portfóliókezelő a stratégiai eszközallokációtól a mindenkori piaci helyzet és várakozásai függvényében a befektetési politikában meghatározott limiteken belül eltérhet.

Az eszközalap árfolyamát befolyásoló tényezőket részletesen lásd a befektetési politika végén található táblázatban.

Az eszközalapot érintő egyéb kockázatok	árupiaci kockázat
Az eszközalap általános kockázati szintje	magas
Ajánlott befektetési időtáv	10 - 20 év
Nyilvántartás pénzneme	magyar forint

2.8. Arany árupiaci forint eszközalap

Az eszközalap célja

Az eszközalap célja az arany áremelkedéséből hosszú távon való részesedés, valamint az aranyba mint árupiaci termékbe történő befektetésen keresztül való infláció elleni védelem. A benchmark követő vagyonkezelésnek megfelelően a portfóliókezelő elsődleges célja, hogy az alap költségek nélküli (bruttó) teljesítménye a legkevésbé térjen el az alap referencia indexének hozamától.

Az eszközalap fő befektetési területe

- Kollektív befektetési eszközök (aranyba fektető befektetési alapok, ETF-ek).

Az eszközalap referencia indexe, stratégiai eszközallokációja			
Referencia-portfólió	Referenciaindex	Referenciahozam számításához alkalmazott súlyarány	Befektetési korlátok
Likviditási célú befektetési eszközök	RMAX Index	5%	0-10%
Árupiaci (arany) részvények, kollektív befektetések	London Gold Market Fixing Ltd - LBMA PM Fixing Price/USD	95%	90-100%

Az eszközalap befektetési korlátai

- Tekintettel arra, hogy nagyarányú tőkemozgások is előfordulhatnak, bizonyos esetekben megtörténhet, hogy átmenetileg sérülnek a minimum illetve maximum korlátok.

Az eszközalap stratégiai allokációja

A portfóliókezelő a stratégiai eszközallokációtól a mindenkori piaci helyzet és várakozásai függvényében a befektetési politikában meghatározott limiteken belül eltérhet.

Az eszközalap indulásakor definiált stratégiai allokációban szereplő pénz- és tőkepiaci indexek bármelyike megváltozhat a jövőben, amennyiben a Biztosító úgy ítéli meg, hogy a pénz- és tőkepiaci változások miatt egyes indexekhez képest más indexek jobban fogják reprezentálni az adott eszközosztályt és/vagy egyes indexek elveszítik azt a tulajdonságot, miszerint jól leképezhetők tőzsdén kereskedett befektetési alapok (ETF-ek) megvásárlásával (pl. egyes ETF-ek megszűnnek, vagy nagy mértékben átalakítják a befektetési politikájukat).

Az eszközalap árfolyamát befolyásoló tényezőket részletesen lásd a befektetési politika végén található táblázatban.

Az eszközalapot érintő egyéb kockázatok	árupiaci kockázat
Az eszközalap általános kockázati szintje	magas
Ajánlott befektetési időtáv	10 - 20 év
Nyilvántartás pénzneme	magyar forint

2.9. Ingatlan forint eszközalap

Az eszközalap célja

Az Ingatlan forint eszközalap célja hosszú távon reálhozam elérése a bérleti díjbevételeken és az ingatlanfelértékelődéseken keresztül. Az eszközalap lehetőséget nyújt arra, hogy bárki – egyedi ingatlan(ok) megvásárlása nélkül – részesedhessen az ingatlanpiaci befektetések hozamaiból akár kis összegű befektetéssel is anélkül, hogy őt terhelné a megvásárolt ingatlan bérbeadásának, karbantartásának költsége. Az eszközalap arra törekszik, hogy a várható hozamát bérbe adott, vagy rövid időn belül bérbe adható ingatlanokba történő befektetésekkel érje el. A benchmark követő vagyonkezelésnek megfelelően a portfóliókezelő elsődleges célja, hogy az alap költségek nélküli (bruttó) teljesítménye a legkevésbé térjen el az alap referencia indexének hozamától.

Az eszközalap fő befektetési területe

- Az eszközalap instrumentumai főként magyarországi, illetve nemzetközi ingatlanokat foglalnak magukba.
- Kollektív befektetési eszközök (ingatlanokba fektető befektetési alapok).

Az eszközalap referencia indexe, stratégiai eszközallokációja

Referencia-portfólió	Referenciaindex	Referenciahozam számításához alkalmazott súlyarány	Befektetési korlátok
Likviditási célú befektetési eszközök	RMAX Index	5%	0-20%
Ingatlanpiaci részvények, kollektív befektetések	Bloomberg Real Estate Index	95%	80-100%

Az eszközalap befektetési korlátai

- Tekintettel arra, hogy nagyarányú tőke mozgások is előfordulhatnak, bizonyos esetekben megtörténhet, hogy átmenetileg sérülnek a minimum illetve maximum korlátok.

Az eszközalap stratégiai allokációja

A portfóliókezelő a stratégiai eszközallokációtól a mindenkori piaci helyzet és várakozásai függvényében a befektetési politikában meghatározott limiteken belül eltérhet.

Az eszközalap árfolyamát befolyásoló tényezőket részletesen lásd a befektetési politika végén található táblázatban.

Az eszközalapot érintő egyéb kockázatok	ingatlanpiaci kockázat
Az eszközalap általános kockázati szintje	magas
Ajánlott befektetési időtáv	10 - 20 év
Nyilvántartás pénzneme	magyar forint

2.10. Fashion Bond kötvény forint eszközalap – aktívan kezelt

Az eszközalap célja

A Fashion bond – kötvény eszközalap célja, hogy különböző stratégiákkal közép és hosszú távon az eszközalap referenciaindexét meghaladó hozamot biztosítson a befektetőknek. A befektetési stratégiák kiválasztása technikai és fundamentális elemzéseken alapul. Cél az olyan értékpapírok megvásárlása, melyek illeszkednek az eszközalap referenciaindexéhez, de várhatóan a referenciaindexet meghaladó teljesítményt nyújtanak. A magasabb hozam elérése érdekében a portfóliókezelőnek lehetősége van arra, hogy nagyobb mértékben (a kockázatokat szigorúan szem előtt tartva) eltérjen az eszközalap referencia indexétől (aktívan kezelt).

Az eszközalap fő befektetési területe

- Hazai állampapírok, pénzügyi eszközök.
- Kollektív befektetési eszközök (hazai állampapírokba fektető befektetési alapok).

Az eszközalap referencia indexe, stratégiai eszközallokációja

Referencia-portfólió	Referenciaindex	Referenciahozam számításához alkalmazott súlyarány	Befektetési korlátok
Pénzeszközök, pénzügyi eszközök, éven belüli lejáratú, hazai állampapírok	RMAX Index	5%	0-30%
Éven túli lejáratú hazai állampapírok, hazai vállalati kötvények és jelzáloglevelek	MAX Index	95%	70-100%

Az eszközalap befektetési korlátai

- Hazai állampapírok, illetve ezekbe fektető kollektív befektetési formák maximális súlya 100%
- Jelzáloglevelek, illetve ezekbe fektető kollektív befektetési formák maximális súlya 25%
- Egyéb hazai székhelyű kibocsátó által kibocsátott hitelviszonyt megtestesítő értékpapír, illetve ezekbe fektető kollektív befektetési formák maximális súlya 20%
- Külföldi állampapírok, illetve ezekbe fektető kollektív befektetési formák maximális súlya 20%
- Egyéb külföldi székhelyű kibocsátó által kibocsátott hitelviszonyt megtestesítő értékpapír, illetve ezekbe fektető kollektív befektetési formák maximális súlya 20%

- Készpénz, számlapénz, bankbetét, pénzpiaci alap befektetési jegye maximális súlya 30%
- A külföldi értékpapírok, illetve ezekbe fektető kollektív befektetési formák maximális súlya összesen 40%
- A portfólióban a fedezetlen devizakockázat aránya a 15 %-ot nem haladhatja meg
- Az egy kibocsátó által kibocsátott értékpapírok – az állampapírok kivételével – maximális súlya 15%

Az eszközalap stratégiai allokációja

A portfóliókezelő a stratégiai eszközallokációtól a mindenkori piaci helyzet és várakozásai függvényében a befektetési politikában meghatározott limiteken belül eltérhet.

Az eszközalap árfolyamát befolyásoló tényezőket részletesen lásd a befektetési politika végén található táblázatban.

Az eszközalap általános kockázati szintje	közepes
Ajánlott befektetési időtáv	5 – 10 év
Nyilvántartás pénzneme	magyar forint

2.11. Vogue részvény forint eszközalap – aktívan kezelt

Az eszközalap célja

Az eszközalap elsődleges célja, hogy közép illetve hosszú távon a gazdasági ciklusokat kihasználva részesüljön a világ vállalatainak teljesítményéből. Az eszközalap befektetési stratégiája nem benchmark követő, a magasabb hozam elérése érdekében a portfóliókezelőnek lehetősége van arra, hogy nagyobb mértékben (a kockázatokat szigorúan szem előtt tartva) eltérjen az eszközalap referencia indexétől (aktívan kezelt). Ennek érdekében a portfóliókezelő folyamatos piacelemzéssel és az egyes piaci eseményekre történő azonnali reakcióval törekszik az optimális portfólió kialakítására, melyben széles körű diverzifikáció szolgál a kockázatok csökkentésére.

Az eszközalap fő befektetési területe

Az eszközalap befektetési körét jellemzően kollektív befektetési eszközök alkotják, melyek elsősorban tőzsdén forgalmazott befektetési alapok (ETF-ek), illetve nyíltvégű, nyilvános befektetési alapok lehetnek, azonban az eszközalapnak lehetősége van egyedi eszközökbe (részvények) is fektetni. A portfóliókezelő nagy hangsúlyt fektet a földrajzi diverzifikációra is, melynek következtében az ügyfélnek lehetősége van a fejlett országok (többek között Amerika, Egyesült Királyság, Japán), valamint a fejlődő országok (többek között Kína, Dél-Korea, Brazília) vállalatainak teljesítményéből részesülni.

Az eszközalap referencia indexe, stratégiai eszközallokációja

Referencia-portfólió	Referenciaindex	Referenciahozam számításához alkalmazott súlyarány	Befektetési korlátok
Likviditási célú befektetési eszközök	RMAX Index	5%	0-30%
Fejlett piaci részvények, kollektív befektetések	MSCI TR Net World Index	50%	30-70%
Fejlődő piaci részvények, kollektív befektetések	MSCI TR Net EM Markets Index	45%	25-65%

Az eszközalap befektetési korlátai

- Tekintettel arra, hogy nagyarányú tőkemozgások is előfordulhatnak, bizonyos esetekben megtörténhet, hogy átmenetileg sérülnek a minimum illetve maximum korlátok
- A befektetési limiteket a fenti tábla tartalmazza

Az eszközalap stratégiai allokációja

A portfóliókezelő a stratégiai eszközallokációtól a mindenkori piaci helyzet és várakozásai függvényében a befektetési politikában meghatározott limiteken belül eltérhet.

Az eszközalap árfolyamát befolyásoló tényezőket részletesen lásd a befektetési politika végén található táblázatban.

Az eszközalap általános kockázati szintje	magas
Ajánlott befektetési időtáv	10 – 20 év
Nyilvántartás pénzneme	magyar forint

2.12. Best Selection vegyes forint eszközalap – aktívan kezelt

Az eszközalap célja

Az eszközalap elsődleges célja, hogy közép illetve hosszú távon stabil növekedést biztosítva részesüljön a hazai kötvénypiaci folyamatokból valamint a világ vállalatainak teljesítményéből. A magasabb hozam elérése érdekében a portfóliókezelőnek lehetősége van arra, hogy nagyobb mértékben (a kockázatokat szigorúan szem előtt tartva) eltérjen az eszközalap referencia indexétől (aktívan kezelt). Ennek érdekében a portfóliókezelő folyamatos piacelemzéssel és az egyes piaci eseményekre történő azonnali reakcióval törekszik az optimális portfólió kialakítására, melyben széles körű diverzifikáció szolgál a kockázatok csökkentésére.

Az eszközalap fő befektetési területe

- Az eszközalap befektetési körét jellemzően hitelviszonyt megtestesítő értékpapírok (kötvények) valamint kollektív befektetési eszközök alkotják, melyek elsősorban tőzsdén forgalmazott befektetési alapok (ETF-ek), illetve nyíltvégű, nyilvános befektetési alapok lehetnek, azonban az eszközalapnak lehetősége van egyedi eszközökbe (részvények) is fektetni. A portfóliókezelő az eszközosztályok közötti megosztottságon kívül nagy hangsúlyt fektet a földrajzi diverzifikációra is, melynek következtében az ügyfélnek lehetősége van a fejlett országok (többek között Amerika, Egyesült Királyság, Japán), valamint a fejlődő országok (többek között Kína, Dél-Korea, Brazília) vállalatainak teljesítményéből részesülni.
- A részvény jellegű befektetések mellett az eszközalap nagymértékben fektet a magyar állam által kibocsátott hosszú lejáratú kötvényekbe is. Az eszközalapra jellemző átlagos hátralevő futamidő meghaladja az egy évet.

Az eszközalap referencia indexe, stratégiai eszközallokációja

Referencia-portfólió	Referenciaindex	Referenciahozam számításához alkalmazott súlyarány	Befektetési korlátok
Likviditási célú befektetési eszközök	RMAX Index	5%	0-30%
Éven túli lejáratú, magyar kötvények, állampapírok	MAX Index	55%	30-80%
Fejlett piaci részvények, kollektív befektetések	MSCI TR Net World Index	35%	20-50%
Fejlődő piaci részvények, kollektív befektetések	MSCI TR Net EM Markets Index	5%	0-20%

Az eszközalap befektetési korlátai

- Tekintettel arra, hogy nagyarányú tőkemozgások is előfordulhatnak, bizonyos esetekben megtörténhet, hogy átmenetileg sérülnek a minimum illetve maximum korlátok
- A befektetési limiteket a fenti tábla tartalmazza

Az eszközalap stratégiai allokációja

A portfóliókezelő a stratégiai eszközallokációtól a mindenkor piaci helyzet és várakozásai függvényében a befektetési politikában meghatározott limiteken belül eltérhet.

Az eszközalap árfolyamát befolyásoló tényezőket részletesen lásd a befektetési politika végén található táblázatban.

Az eszközalap általános kockázati szintje	közepes
Ajánlott befektetési időtáv:	5 – 10 év
Nyilvántartás pénzneme:	magyar forint

2.13. Iránytű algoritmus vezérelt abszolút hozamú trendkövető eszközallokációs forint eszközalap – algoritmus vezérelt abszolút hozamú

Az eszközalap célja

Az eszközalap elsődleges célja, hogy megpróbálja minél pontosabban lekövetni egy, az eszközalap indulásakor rögzített kereskedési algoritmust. Az eszközalap befektetési stratégiája tehát nem benchmark követő, a mindenkor piaci helyzet és várakozásai függvényében a befektetési politikában meghatározott limiteken belül eltérhet. Jellemzően ezeket az eszközosztályokat lefedő, tőzsdén kereskedett befektetési alapok (ETF-ek) megvásárlásával.

Az eszközalap összetételét vezérlő kereskedési algoritmus főbb szabályai

Az algoritmus 25 eszközosztály közül választ ki maximum hármat, amikbe megközelítően egyenlő súllyal fektet be az eszközalap, ideális esetben 32-32%-ban. Ez esetben a likviditási célú eszközök megcélzott súlya 4%. Amennyiben az algoritmus csak két eszközosztályt javasol befektetésre 32-32%-os megcélzott súllyal, a likviditási célú eszközök megcélzott súlya 36%, ha egy eszközosztályt javasol 32%-os megcélzott súllyal, akkor a likviditási célú eszközök megcélzott súlya 68%, míg ha egy eszközosztályt sem, akkor a portfólióban a likviditási célú eszközök megcélzott súlya 100%.

A 25 eszközosztály neve, az azokat reprezentáló indexek, illetve utóbbiak Bloomberg kódja alább található táblázatos formában. Az algoritmus havonta egyszer kerül kiértékelésre a kiértékelési napot követő első olyan napon, ami Magyarországon munkanap. A kiértékelési nap az adott hónap 11. napja, amennyiben az hétköznap; vagy a 11. napot megelőző utolsó hétköznap, amennyiben az adott hónap 11. napja nem hétköznap. A kiértékelés során felhasznált indexeknek mindig az adott napi záróértékével történik a kiértékelés mind a kiértékelési napokat, mind az egyéb, kiértékelés során figyelembe vett napokat illetően. Amennyiben egy hétköznap bármelyik index (záró)értéke nem kerül kiszámításra és/vagy publikálásra, akkor arra a hétköznapra az indexnek az azt megelőző utolsó hétköznapra vonatkozóan kiszámolt (záró)értékét használja az algoritmus. Ugyanezen szabály vonatkozik azon hivatalosan publikált devizaközép árfolyamokra, amelyek felhasználásra kerülnek az egyes indexek publikálási devizában számolt záróárainak magyar forintban történő átszámolásához.

Az algoritmus megvizsgálja mind a 25 eszközosztály vonatkozásában, hogy az eszközosztályt reprezentáló indexnek magyar forintban mért záróár alakulása a kiértékelési napot megelőző rövid távon (30 hétköznap* során a kiértékelési napot is beleértve), közép távon (55 hétköznap* során a kiértékelési napot is beleértve) illetve hosszú távon (110 hétköznap* során a kiértékelési napot is beleértve) hogyan alakult. Amennyiben egy adott eszköz árának rövid távú egyszerű (egyenlő súlyozással számolt) számtani átlaga nagyobb, mint a közép távú egyszerű számtani átlaga, illetve a közép távú egyszerű számtani átlaga nagyobb, mint a hosszú távú egyszerű számtani átlaga, az adott eszköz az ún. trendszűrőn megfelel.

A trendszűrőn megfelelt indexeket az algoritmus sorba rendezi az indexek által a kiértékelési napot megelőző két hét során magyar forintban elért hozamok alapján (a kiértékelési napi és a 10 hétköznapnál korábbi index záróárak illetve devizaközép árfolyamok felhasználásával) és ezek közül a legjobb hármat javasolja befektetésként az algoritmus következő kiértékeléséig a fentebb részletezett egyenlő súlyozás mellett.

Amennyiben legalább négy eszközosztályt reprezentáló index felel meg a trendszűrőn a sorba rendezés során, de nem állapítható meg egyértelműen három legjobb index, azaz holtverseny áll elő, a Biztosító dönt arról, hogy az egyes, holtversenyben érintett indexek közül melyiket/melyeket tekinti befektetésre javasoltnak az érintett indexeket leképező tőzsdén kereskedett befektetési alapok (ETF-ek) aktuális likviditási tulajdonsága alapján.

Amennyiben kevesebb mint négy eszközosztályt reprezentáló index felel meg a trendszűrőn, úgy automatikusan mindegyik megfelelt index javasolt befektetésnek minősül a fentebb részletezett egyenlő súlyozás (32%) mellett.

* A „hétköznap” megjelölés a hétfő, kedd, szerda, csütörtök illetve péntek napokat takarja, tehát pl. amennyiben a kiértékelési nap csütörtökre esik, akkor a rövid táv esetén a 30 hétköznapos historikus visszatekintés kezdőnapja a hat héttel korábbi csütörtököt követő „nap”, azaz péntek, függetlenül attól, hogy a kérdéses hat hét során hány hétköznap volt valóban munkanap. Az eszközosztályok múltbeli teljesítménye és az eszközalap algoritmus az eszközalap jövőbeli teljesítményét és hozamát nem garantálja. A Biztosító tőke- és hozamgaranciát az eszközalap tekintetében nem nyújt.

A befektetési politikában lefektetett algoritmustól való eltérések, kockázatok

- Az algoritmusban résztvevő, az eszközalap indulásakor definiált, a 25 eszközosztály bármelyike megváltozhat a jövőben, amennyiben a Biztosító úgy ítéli meg, hogy ez az ügyfelei érdekeit szolgálja pl. adott ország tőkepiacának kapitalizációja nagy mértékben zsugorodik.
- Az algoritmusban résztvevő, az eszközalap indulásakor definiált, a 25 eszközosztály mögött álló 25 index bármelyike megváltozhat a jövőben, amennyiben a Biztosító úgy ítéli meg, hogy a tőkepiaci változások miatt egyes indexekhez képest más indexek jobban fogják reprezentálni az adott eszközosztályt és/vagy egyes indexek elveszítik azt a tulajdonságot, miszerint jól leképezhetők tőzsdén kereskedett befektetési alapok (ETF-ek) megvásárlásával (pl. egyes ETF-ek megszűnnek vagy nagy mértékben átalakítják a befektetési politikájukat).
- Előfordulhat, hogy a Biztosító az egyes, algoritmus által javasolt és a portfólióban leképezésre került eszközosztályok vonatkozásában a megcélzott súlyoktól történő későbbi (pl. ügyfélpénz be-kiáramlások vagy piaci ártértékelődések miatt előálló) eltérések esetén úgy ítéli meg, hogy optimalizálási célból érdemes várni a súlyoknak a megcélzott mértékre történő visszaállítással az algoritmus következő kiértékeléséig. Különösen akkor, de nem kizárólag, amennyiben a Biztosító úgy látja, hogy az áralakulások és/vagy tőkeáramlások miatt előállt eltérések helyreállítási költsége aránytalanul magas és/vagy amennyiben az eltérés nem jelentős és/vagy a következő kiértékelési napig hátralévő munkanapok száma alacsony.
- Az eszközalap mögött álló algoritmus az eszközosztályokat reprezentáló indexek kiértékelési napi záróárait is használja. Ebből fakadóan a javasolt üzletkötések legjobb esetben is csak a kiértékelési napot követő, az adott eszközosztályok szempontjából első kereskedési napon tudnak megvalósulni, s nem pedig a kiértékelési napon.
- Mivel a 25 index globális piacokra vonatkozó indexeket is takar, ezért az időzóna eltolódások miatt az indexek egy részének publikálása a magyar időszámítás szempontjából a következő munkanapon történik csak meg. Így a kiértékelés a kiértékelési napot követő első olyan napon történik, ami Magyarországon munkanap, azaz a javasolt üzletkötések megtörténte ez is késleltetéssel hat.

- A fentebb részletezett késleltetési okokon kívüli egyéb okok miatt is előfordulhat, hogy a Biztosító minden igyekezete ellenére (best effort basis) nem képes adott eszköz(öke)t az algoritmus kiértékelési napját követő első magyarországi munkanapon teljes volumenében értékesíteni vagy megvásárolni. Különösen, de nem kizárólag a következő okok miatt: kereskedési szünnapok, váratlanul előálló tőkepiaci események, nagy mértékben lecsökkent likviditás néhány eszköz vonatkozásában.
- Az eszközalap kezeléséhez elengedhetetlenül szükséges, hogy az eszközosztályokat reprezentáló indexek az eszközalap kezelője által igénybe vett Bloomberg pénzügyi információs rendszeren időben rendelkezésre álljanak; esetleges késedelmes adatpublikálások miatt ne csússzon az algoritmus kiértékelése, illetve emiatt a javasolt üzletkötések lebonyolítása. Amennyiben ez mégis előfordulna, értelemszerűen a késedelmes implementálás újabb eltérést jelent az algoritmus elméleti hozamától.
- Az eszközalap kezeléséhez elengedhetetlenül szükséges, hogy az eszközosztályokat reprezentáló indexek az eszközalap kezelője által igénybe vett Bloomberg pénzügyi információs rendszeren adathibák nélkül rendelkezésre álljanak. Amennyiben adathibák, téves értékű adatpublikálások előfordulnak, ezek hatni fognak az algoritmus kiértékelésére és adott esetben megváltoztathatják a javasolt befektetések körét.
- Az eszközalap előre ismert fix és változó költségei miatt, különös tekintettel a nagy sűrűség mellett felmerülő kereskedési költségekre, az eszközalap hozama el fog térni az algoritmus által modellszinten, elméletben elérhető hozamtól.

Összefoglalva a Biztosító a fenti és egyéb hasonló okok miatt nem garantálja azt, hogy az eszközalap által elért hozam meg fog egyezni az algoritmus által elméletben elérhető hozammal, attól elmaradhat, illetve azt (kisebb valószínűség mellett) akár felül is múlhatja.

Az eszközalap fő befektetési területe

A fentiekből következően az eszközalapnak nincsen kiemelt befektetési területe, eleve előnyben részesített eszközosztálya, az egyes eszközosztályok a havi gyakoriságú algoritmus kiértékelések során előre nem ismert valószínűséggel kerülnek be az eszközalap portfóliójába, kerülnek ki onnan vagy éppen maradnak benne továbbra is.

Az eszközalap lehetséges összetétele, megcélzott taktikai eszközallokációs súlyok			
Eszközosztály neve	Eszközosztályt reprezentáló index neve	Indexek Bloomberg kódja	Megcélzott taktikai súly
Globális fejlett országok részvényei	MSCI Daily TR Net World USD	NDDUWI Index	0% vagy 32%
Ázsiai részvények	MSCI AC Daily TR Net Asia Ex Japan USD	NDUECAXJ Index	0% vagy 32%
Latin-amerikai részvények	S&P Latin America 40 Net TR	SPTRL40N Index	0% vagy 32%
Kelet-európai részvények	MSCI EM East Europe 10/40 Net TR USD	MN40MEU Index	0% vagy 32%
Dél-afrikai részvények	MSCI Daily TR Net Emerging Markets South Africa USD	NDEUSSA Index	0% vagy 32%
Lengyel részvények	MSCI Poland IMI USD Net	MIMUPOLN Index	0% vagy 32%
USA-beli részvények	S&P 500	SPX Index	0% vagy 32%
Európai Unión belüli részvények	MSCI Daily TR Net Europe USD	NDDUE15 Index	0% vagy 32%
Japán részvények	MSCI Daily TR Net Japan USD	NDDUJN Index	0% vagy 32%
Svájci részvények	MSCI Daily TR Net Switzerland USD	NDDUSZ Index	0% vagy 32%
Nagy-britanniai részvények	MSCI Daily TR Net UK USD	NDDUUK Index	0% vagy 32%
Nyersanyagok (kompozit)	DJUBS Commodity TR	DJUBSTR Index	0% vagy 32%
Arany	London Gold Market Fixing Ltd USD	GOLDLNPM Index	0% vagy 32%
Olaj	S&P GSCI Crude Oil T Ret	SPGSCLTR Index	0% vagy 32%
Búza	DJUBS Wheat TR	DJUBWHTR Index	0% vagy 32%
Globális fejlett országok kötvényei	Citigroup Group of 7 GBI USD	SBG7U Index	0% vagy 32%
Globális fejlődő országok kötvényei	JPMorgan Emerging Markets Bond Index EMBI Global Core	JPEICORE Index	0% vagy 32%

Egészségügyi cégek részvényei	S&P GLOBAL 1200 Health Care	SGH Index	0% vagy 32%
Közművek részvényei	S&P GLOBAL 1200 Utilities	SGU Index	0% vagy 32%
Pénzügyi cégek részvényei	S&P GLOBAL 1200 Financials	SGFS Index	0% vagy 32%
Alapanyag-előállító cégek részvényei	S&P GLOBAL 1200 Materials	SGM Index	0% vagy 32%
Energiapari cégek részvényei	S&P GLOBAL 1200 Energy	SGES Index	0% vagy 32%
Informatikai cégek részvényei	S&P GLOBAL 1200 Info Tech	SGI Index	0% vagy 32%
Fogyasztóiipari cégek részvényei	S&P GLOBAL 1200 Consumer Discretionary	SGD Index	0% vagy 32%
Telekommunikációs cégek részvényei	S&P GLOBAL 1200 Telecom Services	SGT Index	0% vagy 32%
Likviditási célú eszközök: pénzeszközök, pénzügyi eszközök	Overnight BUBOR	BUBORON Index	4% vagy 36% vagy 68% vagy 100%

Tekintettel arra, hogy nagyarányú tőkemozgások (az alap indulásakor, illetve esetleges későbbi kisebb eszközalap méret esetén akár kifejezetten gyakran) is előfordulhatnak, bizonyos esetekben megtörténhet, hogy az egyes eszközosztályok portfólióján belüli valós súlya nagy mértékben eltér a megcélzott taktikai súlytól, éppen ezért az egyes eszközosztályok minimum és maximum súlya 0 illetve 100%.

Az eszközalap referencia indexe, stratégiai eszközallokációja

Az eszközalap abszolút hozam jellegéből következően sem stratégia eszközallokációval, sem referencia indexszel nem rendelkezik

Az eszközalap árfolyamát befolyásoló tényezőket részletesen lásd a befektetési politika végén található táblázatban.

Az eszközalapot érintő egyéb kockázatok

- A portfólió nagy részét érintő relatíve gyakori üzletkötésekből (a portfólió évente akár tizenkétszer is átalakulhat teljesen, azaz mintegy 1200%-os forgási ráta is kialakulhat csak az algoritmus által tett befektetési javaslatok miatt) fakadó magas kereskedési költségek okozta elérhető alacsonyabb hozam (magas)
- Az eszközalapba egyidejűleg be- és kiáramló nagy arányú ügyfélpénzek hatása jelentősebb kockázatot jelent az árfolyamra, mivel rövid távon eltéríti az eszközalap összetételét az algoritmus által javasolt összetételtől (magas)
- Az algoritmus elméleti hozamától történő eltérés kockázata - fentebb részletezve (magas)

Az eszközalap általános kockázati szintje	magas
Ajánlott befektetési időtáv	10 – 20 év
Nyilvántartás pénzneme	magyar forint

2.14. Basel kötvény svájci frank eszközalap

Az eszközalap célja

Az eszközalap célja, hogy a befektetők számára svájci állampapírokkal elérhető, biztonságos hozamot biztosítson. Az eszközalapot főként a svájci állam által kibocsátott kötvények alkotják, amelyek jelenleg az egyik legbiztonságosabbnak tekintett befektetések. A kötvények futamideje 3 és 7 év között van, amely a kötvény piacon közepes kockázatúnak minősül. A benchmark követő vagyonkezelésnek megfelelően a portfóliókezelő elsődleges célja, hogy az eszközalap költségek nélküli (bruttó) teljesítménye a legkevésbé térjen el az eszközalap referencia indexének hozamától.

Az eszközalap fő befektetési területe

- Svájci állam által kibocsátott kötvény típusú instrumentumok
- Kollektív befektetési eszközök (hitelviszonyt megtestesítő értékpapírokba fektető befektetési alapok).

Az eszközalap referencia indexe, stratégiai eszközallokációja			
Referencia-portfólió	Referenciaindex	Referenciahozam számításához alkalmazott súlyarány	Befektetési korlátok
Likviditási célú befektetési eszközök	Barclays Benchmark CHF O/N Index	5%	0-10%
Svájci hitelviszonyt megtestesítő értékpapírok, kollektív befektetések	Swiss Bond Index Domestic Government 3-7	95%	90-100%

Az eszközalap befektetési korlátai

- Tekintettel arra, hogy nagyarányú tőkemozgások is előfordulhatnak, bizonyos esetekben megtörténhet, hogy átmenetileg sérülnek a minimum illetve maximum korlátok.

Az eszközalap stratégiai allokációja

A portfóliókezelő a stratégiai eszközallokációtól a mindenkori piaci helyzet és várakozásai függvényében a befektetési politikában meghatározott limiteken belül eltérhet.

Az eszközalap árfolyamát befolyásoló tényezőket részletesen lásd a befektetési politika végén található táblázatban.

Az eszközalap általános kockázati szintje	közepes
Ajánlott befektetési időtáv	5 – 10 év
Nyilvántartás pénzneme	svájci frank

2.15. Matterhorn vegyes svájci frank eszközalap

Az eszközalap célja

Az eszközalap elsődleges célja, hogy egy olyan megfelelően diverzifikált portfóliót nyújtson az ügyfelek számára, mely közép illetve hosszú távon képes profitálni Svájc kötvénypiaci folyamataiból, és az ország vállalatának teljesítményéből. A benchmark követő vagyonkezelésnek megfelelően a portfóliókezelő elsődleges célja, hogy az eszközalap költségek nélküli (bruttó) teljesítménye a legkevésbé térjen el az eszközalap referencia indexének hozamától.

Az eszközalap fő befektetési területe

- Az eszközalap befektetési körét jellemzően kollektív befektetési eszközök alkotják, melyek elsősorban tőzsdén forgalmazott befektetési alapok (ETF-ek), illetve nyíltvégű, nyilvános befektetési alapok lehetnek, azonban az eszközalapnak lehetősége van egyedi eszközökbe (részvények, kötvények) is fektetni.
- A részvény jellegű befektetések mellett az eszközalap elsősorban kollektív befektetéseken keresztül fektet a svájci állam által kibocsátott kötvényekbe, amelyek jelenleg az egyik legbiztonságosabbnak tekintett befektetések. A kötvények futamideje 3 és 7 év között van, amely a kötvény piacon közepes kockázatúnak minősül, de a portfóliókezelőnek lehetősége van egyedi eszközök megvételére is.

Az eszközalap referencia indexe, stratégiai eszközallokációja			
Referencia-portfólió	Referenciaindex	Referenciahozam számításához alkalmazott súlyarány	Befektetési korlátok
Likviditási célú befektetési eszközök	Barclays Benchmark CHF O/N Index	5%	0-10%
Svájci hitelviszonyt megtestesítő értékpapírok, kollektív befektetések	Swiss Bond Index Domestic Government 3-7	45%	40-50%
Svájci részvények, kollektív befektetések	Swiss Market Index 20	50%	45-55%

Az eszközalap befektetési korlátai

- Tekintettel arra, hogy nagyarányú tőkemozgások is előfordulhatnak, bizonyos esetekben megtörténhet, hogy átmenetileg sérülnek a minimum illetve maximum korlátok
- A befektetési limiteket a fenti tábla tartalmazza

Az eszközalap stratégiai allokációja

A portfóliókezelő a stratégiai eszközallokációtól a mindenkori piaci helyzet és várakozásai függvényében a befektetési politikában meghatározott limiteken belül eltérhet.

Az eszközalap árfolyamát befolyásoló tényezőket részletesen lásd a befektetési politika végén található táblázatban.

Az eszközalap általános kockázati szintje	közepes
Ajánlott befektetési időtáv	5 – 10 év
Nyilvántartás pénzneme	svájci frank

2.16. Zürich részvény svájci frank eszközalap**Az eszközalap célja**

Az eszközalap elsődleges célja, hogy közép illetve hosszú távon részesüljön a legnagyobb svájci vállalatok teljesítményéből, közvetlen kitétséget biztosítván a svájci bankok, gyógyszer- illetve óragyártókban. A benchmark követő vagyonezelésnek megfelelően a portfóliókezelő elsődleges célja, hogy az eszközalap költségek nélküli (bruttó) teljesítménye a legkevésbé térjen el az eszközalap referencia indexének hozamától.

Az eszközalap fő befektetési területe

Az eszközalap befektetési körét jellemzően kollektív befektetési eszközök alkotják, melyek elsősorban tőzsdén forgalmazott befektetési alapok (ETF-ek), illetve nyíltvégű, nyilvános befektetési alapok lehetnek, azonban az eszközalapnak lehetősége van egyedi eszközökbe (részvények, kötvények) is fektetni. A portfóliókezelő elsősorban a svájci tőzsde legnagyobb és legmagasabb tőzsdéi forgalommal bíró vállalataiba fektet, melyek nagyrészt a pénzügyi intézmények, gyógyszergyártók illetve fogyasztási javakat előállító cégek közül kerülnek ki.

Az eszközalap referencia indexe, stratégiai eszközallokációja

Referencia-portfólió	Referenciaindex	Referenciahozam számításához alkalmazott súlyarány	Befektetési korlátok
Likviditási célú befektetési eszközök	Barclays Benchmark CHF O/N Index	5%	0-10%
Svájci részvények, kollektív befektetések	Swiss Market Index 20	95%	90-100%

Az eszközalap befektetési korlátai

- Tekintettel arra, hogy nagyarányú tőkemozgások is előfordulhatnak, bizonyos esetekben megtörténhet, hogy átmenetileg sérülnek a minimum illetve maximum korlátok
- A befektetési limiteket a fenti tábla tartalmazza

Az eszközalap árfolyamát befolyásoló tényezőket részletesen lásd a befektetési politika végén található táblázatban.

Az eszközalap általános kockázati szintje	magas
Ajánlott befektetési időtáv:	10 – 20 év
Nyilvántartás pénzneme	svájci frank

2.17. Brüsszel inflációhoz kötött kötvény euró eszközalap**Az eszközalap célja**

Az eszközalap célja, hogy a befektetők számára minden időszakban inflációt meghaladó hozamot biztosítson. Az eszközalapot főként olyan, fejlett államok által kibocsátott kötvények alkotják, amelyek kifizetései az adott országot jellemző árszínvonal emelkedéséhez vannak kötve, így védelmet biztosítanak az infláció ellen (az infláció emelkedésével párhuzamosan emelkedő kifizetések – emelkedő névérték). Ezen instrumentumok árazási technikájának és a névértékük évente történő felértékelődésének eredményeként emelkedő inflációs környezetben magasabb hozamot érnek el, mint a hagyományos hitelviszonyt megtestesítő értékpapírok. A benchmark követő vagyonezelésnek megfelelően a portfóliókezelő elsődleges célja, hogy az alap költségek nélküli (bruttó) teljesítménye a legkevésbé térjen el az alap referencia indexének hozamától.

Az eszközalap fő befektetési területe

- Európai államok által kibocsátott inflációhoz kötött kötvény típusú instrumentumok
- Kollektív befektetési eszközök (hitelviszonyt megtestesítő értékpapírokba fektető befektetési alapok).

Az eszközalap referencia indexe, stratégiai eszközallokációja			
Referencia-portfólió	Referenciaindex	Referenciahozam számításához alkalmazott súlyarány	Befektetési korlátok
Likviditási célú befektetési eszközök	EONIA Total Return index	5%	0-10%
Európai hitelviszonyt megtestesítő értékpapírok, kollektív befektetések	Barclays Euro Govt IL Bond Index	95%	90-100%

Az eszközalap befektetési korlátai

- Tekintettel arra, hogy nagyarányú tőkek mozgások is előfordulhatnak, bizonyos esetekben megtörténhet, hogy átmenetileg sérülnek a minimum illetve maximum korlátok.

Az eszközalap stratégiai allokációja

A portfóliókezelő a stratégiai eszközallokációtól a mindenkori piaci helyzet és várakozásai függvényében a befektetési politikában meghatározott limiteken belül eltérhet.

Az eszközalap árfolyamát befolyásoló tényezőket részletesen lásd a befektetési politika végén található táblázatban.

Az eszközalap általános kockázati szintje	közepes
Ajánlott befektetési időtáv	5 – 10 év
Nyilvántartás pénzneme	euró

2.18. Globális fejlett piaci részvény euró eszközalap

Az eszközalap célja

Az eszközalap elsődleges célja, hogy közép illetve hosszú távon részesüljön a fejlett gazdasági régiók jövőbeli növekedéséből és az ott működő cégek teljesítményéből, nagy hangsúlyt fektetve az ország diverzifikációra. A benchmark követő vagyongazdálkodásnak megfelelően a portfóliókezelő elsődleges célja, hogy az eszközalap költségek nélküli (bruttó) teljesítménye a legkevésbé térjen el az eszközalap referencia indexének hozamától.

Az eszközalap fő befektetési területe

Az eszközalap befektetési körét jellemzően kollektív befektetési eszközök alkotják, melyek elsősorban tőzsdén forgalmazott befektetési alapok (ETF-ek), illetve nyíltvégű, nyilvános befektetési alapok lehetnek, azonban az alapnak lehetősége van egyedi részvényekbe is fektetni. Az eszközalap többek között olyan fejlett országok tőzsdén jegyzett vállalataiban szerez kitettséget, mint Amerika, Egyesült Királyság, Japán.

Az eszközalap referencia indexe, stratégiai eszközallokációja			
Referencia-portfólió	Referenciaindex	Referenciahozam számításához alkalmazott súlyarány	Befektetési korlátok
Likviditási célú befektetési eszközök	EONIA Total Return index	5%	0-10%
Fejlett piaci részvények, kollektív befektetések	MSCI TR Net World Index	95%	90-100%

Az eszközalap befektetési korlátai

- Tekintettel arra, hogy nagyarányú tőkek mozgások is előfordulhatnak, bizonyos esetekben megtörténhet, hogy átmenetileg sérülnek a minimum illetve maximum korlátok
- A befektetési limiteket a fenti tábla tartalmazza

Az eszközalap stratégiai allokációja

A portfóliókezelő a stratégiai eszközallokációtól a mindenkori piaci helyzet és várakozásai függvényében a befektetési politikában meghatározott limiteken belül eltérhet.

Az eszközalap árfolyamát befolyásoló tényezőket részletesen lásd a befektetési politika végén található táblázatban.

Az eszközalap általános kockázati szintje	magas
Ajánlott befektetési időtáv	10 – 20 év
Nyilvántartás pénzneme	euró

2.19. Auróra Délkelet- és Kelet-Európai részvény euró eszközalap**Az eszközalap célja**

Az eszközalap célja, hogy az európai gazdasági aktivitáshoz kapcsolódó fejlődő országok növekedését kihasználva, a régióban történő kockázatvállalással, hosszú távon az állampapír-hozamok feletti hozamot biztosítson befektetői részére. A régió országaiban végbement politikai konszolidáció és a piaci folyamatok liberalizációja továbbra is rendkívül dinamikus gazdasági növekedést tesz lehetővé. Az Európai Unióhoz újonnan csatlakozott országok lehetőségei továbbra is széleskörűek (infrastruktúra-fejlesztés, logisztikai központok, városfejlesztés). Oroszország és Törökország méretük miatt megkerülhetetlen tényezők, a növekedés lehetősége ezen országokban is jelentős. A benchmark követő vagyonkezelésnek megfelelően a portfóliókezelő elsődleges célja, hogy az eszközalap költségek nélküli (bruttó) teljesítménye a legkevésbé térjen el az eszközalap referencia indexének hozamától.

Az eszközalap fő befektetési területe

Az eszközalap befektetési körét jellemzően kollektív befektetési eszközök alkotják, melyek elsősorban tőzsdén forgalmazott befektetési alapok (ETF-ek), illetve nyíltvégű, nyilvános befektetési alapok lehetnek, azonban az eszközalapnak lehetősége van egyedi részvényekbe is fektetni. Az eszközalap elsősorban a régióban működő cégekbe (Magyarország, Csehország, Lengyelország, Ausztria) valamint az orosz és török tőzsdén jegyzett vállalatokba fektet.

Az eszközalap referencia indexe, stratégiai eszközallokációja

Referencia-portfólió	Referenciaindex	Referenciahozam számításához alkalmazott súlyarány	Befektetési korlátok
Likviditási célú befektetési eszközök	EONIA Total Return Index	5%	0-10%
Közép-kelet európai részvények, kollektív befektetések	CETOP20 Index	45%	40-50%
Orosz részvények, kollektív befektetések	Market Vectors Russia Total Return Index	40%	35-45%
Török részvények, kollektív befektetések	MSCI Turkey Investable Market Index	10%	5-15%

Az eszközalap befektetési korlátai

- Tekintettel arra, hogy nagyarányú tőkemozgások is előfordulhatnak, bizonyos esetekben megtörténhet, hogy átmenetileg sérülnek a minimum illetve maximum korlátok
- A befektetési limiteket a fenti tábla tartalmazza

Az eszközalap stratégiai allokációja

A portfóliókezelő a stratégiai eszközallokációtól a mindenkori piaci helyzet és várakozásai függvényében a befektetési politikában meghatározott limiteken belül eltérhet.

Az eszközalap árfolyamát befolyásoló tényezőket részletesen lásd a befektetési politika végén található táblázatban.

Az eszközalap általános kockázati szintje	magas
Ajánlott befektetési időtáv	10 – 20 év
Nyilvántartás pénzneme	euró

2.20. Ázsiai részvény euró eszközalap

Az eszközalap célja

Az eszközalap célja, hogy a jelenleg – és valószínűleg az elkövetkezendő években is – a világgazdaságnál gyorsabban fejlődő ázsiai régió eredményeiből hosszabb távon is részesedjen. Az eszközalap olyan dinamikusan fejlődő országok vállalatainak részvényeibe fektet, ahol az átlag feletti növekedést a hosszú távú strukturális fejlődés biztosítja. A benchmark követő vagyonkezelésnek megfelelően a portfóliókezelő elsődleges célja, hogy az eszközalap költségek nélküli (bruttó) teljesítménye a legkevésbé térjen el az eszközalap referencia indexének hozamától.

Az eszközalap fő befektetési területe

Az eszközalap befektetési körét jellemzően kollektív befektetési eszközök alkotják, melyek elsősorban tőzsdén forgalmazott befektetési alapok (ETF-ek), illetve nyíltvégű, nyilvános befektetési alapok lehetnek, azonban az eszközalapnak lehetősége van egyedi eszközökbe (részvények) is fektetni. A portfóliókezelő nagy hangsúlyt fektet a földrajzi diverzifikációra is, melynek következtében az ügyfélnek lehetősége olyan vállalatokba fektetni, amelyek az ázsiai piacokon túl akár globális jelenléttel is rendelkeznek. A főbb befektetési területek között megtaláljuk Kínát, Dél-Koreát, Tajvant, Indiát.

Az eszközalap referencia indexe, stratégiai eszközallokációja

Referencia-portfólió	Referenciaindex	Referenciahozam számításához alkalmazott súlyarány	Befektetési korlátok
Likviditási célú befektetési eszközök	EONIA Total Return Index	5%	0-10%
Ázsiai piaci részvények, kollektív befektetések	MSCI Total Return Net Emerging Markets Asia Index	95%	90-100%

Az eszközalap befektetési korlátai

- Tekintettel arra, hogy nagyarányú tőkemozgások is előfordulhatnak, bizonyos esetekben megtörténhet, hogy átmenetileg sérülnek a minimum illetve maximum korlátok
- A befektetési limiteket a fenti tábla tartalmazza

Az eszközalap stratégiai allokációja

A portfóliókezelő a stratégiai eszközallokációtól a mindenkori piaci helyzet és várakozásai függvényében a befektetési politikában meghatározott limiteken belül eltérhet.

Az eszközalap árfolyamát befolyásoló tényezőket részletesen lásd a befektetési politika végén található táblázatban.

Az eszközalap általános kockázati szintje	magas
Ajánlott befektetési időtáv	10 – 20 év
Nyilvántartás pénzneme	euró

2.21. Dél csillagai Latin-Amerikai és Afrikai részvény euró eszközalap

Az eszközalap célja

Az eszközalap célja hosszú távon magas tőkenyeresség elérése a Latin-Amerikában és Afrikában bejegyzett, valamint ezen régiókban tevékenykedő vállalatok tulajdonviszonyt megtestesítő értékpapírjainak vásárlásával. A benchmark követő vagyonkezelésnek megfelelően a portfóliókezelő elsődleges célja, hogy az eszközalap költségek nélküli (bruttó) teljesítménye a legkevésbé térjen el az eszközalap referencia indexének hozamától.

Az eszközalap fő befektetési területe

Az eszközalap befektetési körét jellemzően kollektív befektetési eszközök alkotják, melyek elsősorban tőzsdén forgalmazott befektetési alapok (ETF-ek), illetve nyíltvégű, nyilvános befektetési alapok lehetnek, azonban az eszközalapnak lehetősége van egyedi eszközökbe (részvények) is fektetni. Az ügyfeleknek az eszközalap megvásárlásán keresztül lehetősége nyílik profitálni a dél-amerikai régió átlag feletti növekedéséből, mely régió gazdag nyersanyagban, mezőgazdasági termékekben és olcsó munkaerőben. Az eszközalap jelentős brazil kitettséggel rendelkezik, emellett mexikói, chilei és venezuelai vállalatokba is fektet, a nagyobb diverzifikáltság elérése érdekében az eszközalap lehetőséget teremt arra, hogy az ügyfelek részesüljenek a dél-afrikai vállalatok teljesítményéből is, ahol az árupiaci termékek szintén fontos tényezőt jelentenek.

Az eszközalap referencia indexe, stratégiai eszközallokációja

Referencia-portfólió	Referenciaindex	Referenciahozam számításához alkalmazott súlyarány	Befektetési korlátok
Likviditási célú befektetési eszközök	EONIA Total Return Index	5%	0-10%
Dél- és közép-amerikai részvények, kollektív befektetések	Standard & Poor's Latin America 40 Index	70%	65-75%
Dél-afrikai részvények, kollektív befektetések	MSCI TR Net EM S-Africa	25%	20-30%

Az eszközalap befektetési korlátai

- Tekintettel arra, hogy nagyarányú tőke mozgások is előfordulhatnak, bizonyos esetekben megtörténhet, hogy átmenetileg sérülnek a minimum illetve maximum korlátok
- A befektetési limiteket a fenti tábla tartalmazza

Az eszközalap stratégiai allokációja

A portfóliókezelő a stratégiai eszközallokációtól a mindenkori piaci helyzet és várakozásai függvényében a befektetési politikában meghatározott limiteken belül eltérhet.

Az eszközalap árfolyamát befolyásoló tényezőket részletesen lásd a befektetési politika végén található táblázatban.

Az eszközalap általános kockázati szintje	magas
Ajánlott befektetési időtáv	10 - 20 év
Nyilvántartás pénzneme	euró

2.22. Best selection vegyes euró eszközalap – aktívan kezelt**Az eszközalap célja**

Az eszközalap elsődleges célja, hogy közép illetve hosszú távon stabil növekedést biztosítva részesüljön a nemzetközi kötvénypiaci folyamatokból valamint a világ vállalatainak teljesítményéből. Az eszközalap befektetési stratégiája nem benchmark követő, a magasabb hozam elérése érdekében a portfóliókezelőnek lehetősége van arra, hogy nagyobb mértékben (a kockázatokat szigorúan szem előtt tartva) eltérjen az eszközalap referencia indexétől (aktívan kezelt). Ennek érdekében a portfóliókezelő folyamatos piacelemzéssel és az egyes piaci eseményekre történő azonnali reakcióval törekszik az optimális portfólió kialakítására, melyben széles körű diverzifikáció szolgál a kockázatok csökkentésére.

Az eszközalap fő befektetési területe

- Az eszközalap befektetési körét jellemzően kollektív befektetési eszközök alkotják, melyek elsősorban tőzsdén forgalmazott befektetési alapok (ETF-ek), illetve nyíltvégű, nyilvános befektetési alapok lehetnek, azonban az eszközalapnak lehetősége van egyedi eszközökbe (részvények, kötvények) is fektetni. A portfóliókezelő az eszközosztályok közötti megosztottságon kívül nagy hangsúlyt fektet a földrajzi diverzifikációra is, melynek következtében az ügyfélnek lehetősége van a fejlett országok (többek között Amerika, Egyesült Királyság, Japán), valamint a fejlődő országok (többek között Kína, Dél-Korea, Brazília) vállalatainak teljesítményéből részesülni.
- A részvény jellegű befektetések mellett az eszközalap nagymértékben fektet a G7 államok által kibocsátott hosszú lejáratú kötvényekbe vagy az ezeket tartalmazó kollektív befektetési eszközökbe is. Az eszközalapra jellemző átlagos hátralevő futamidő meghaladja az egy évet.

Az eszközalap referencia indexe, stratégiai eszközallokációja

Referencia-portfólió	Referenciaindex	Referenciahozam számításához alkalmazott súlyarány	Befektetési korlátok
Likviditási célú befektetési eszközök	EONIA Total Return Index	5%	0-30%
Éven túli lejáratú, nemzetközi kötvények, állampapírok, kollektív befektetések	Citigroup Group-of-Seven (G7) Index	55%	30-80%
Fejlett piaci részvények, kollektív befektetések	MSCI TR Net World Index	35%	20-50%
Fejlődő piaci részvények, kollektív befektetések	MSCI TR Net EM Markets Index	5%	0-20%

Az eszközalap befektetési korlátai

- Tekintettel arra, hogy nagyarányú tőkemozgások is előfordulhatnak, bizonyos esetekben megtörténhet, hogy átmenetileg sérülnek a minimum illetve maximum korlátok
- A befektetési limiteket a fenti tábla tartalmazza

Az eszközalap stratégiai allokációja

A portfóliókezelő a stratégiai eszközallokációtól a mindenkori piaci helyzet és várakozásai függvényében a befektetési politikában meghatározott limiteken belül eltérhet.

Az eszközalap árfolyamát befolyásoló tényezőket részletesen lásd a befektetési politika végén található táblázatban.

Az eszközalap általános kockázati szintje	közepes
Ajánlott befektetési időtáv	5 – 10 év
Nyilvántartás pénzneme	euró

2.23. Iránytű algoritmus vezérelt abszolút hozamú trendkövető eszközallokációs euró eszközalap – algoritmus vezérelt, abszolút hozamú**Az eszközalap célja**

Az eszközalap elsődleges célja, hogy megpróbálja minél pontosabban lekövetni egy, az eszközalap indulásakor rögzített kereskedési algoritmust. Az eszközalap befektetési stratégiája tehát nem benchmark követő, a mindenkori portfólió összetételére legnagyobb hatást ezen kereskedési algoritmus által tett befektetési javaslatok jelentik. Jellemzően az eszközalap leginkább abszolút hozamú alapnak tekinthető, ami egymáshoz képest változó mértékben korreláló hozamú eszközosztályok, eszközcsoportok, eszközfajták (továbbiakban eszközosztályok) széles tárházából történő választással építi fel a portfólióját, jellemzően ezeket az eszközosztályokat lefedő, tőzsdén kereskedett befektetési alapok (ETF-ek) megvásárlásával.

Az eszközalap összetételét vezérlő kereskedési algoritmus főbb szabályai

Az algoritmus 25 eszközosztály közül választ ki maximum hármat, amikbe megközelítően egyenlő súllyal fektet be az eszközalap, ideális esetben 32-32%-ban. Ez esetben a likviditási célú eszközök megcélzott súlya 4%. Amennyiben az algoritmus csak két eszközosztályt javasol befektetésre 32-32%-os megcélzott súllyal, a likviditási célú eszközök megcélzott súlya 36%, ha egy eszközosztályt javasol 32%-os megcélzott súllyal, akkor a likviditási célú eszközök megcélzott súlya 68%, míg ha egy eszközosztályt sem, akkor a portfólióban a likviditási célú eszközök megcélzott súlya 100%.

A 25 eszközosztály neve, az azokat reprezentáló indexek, illetve utóbbiak Bloomberg kódja alább található táblázatos formában.

Az algoritmus havonta egyszer kerül kiértékelésre a kiértékelési napot követő első olyan napon, ami Magyarországon munkanap. A kiértékelési nap az adott hónap 11. napja, amennyiben az hétköznap; vagy a 11. napot megelőző utolsó hétköznap, amennyiben az adott hónap 11. napja nem hétköznap. A kiértékelés során felhasznált indexeknek mindig az adott napi záróértékével történik a kiértékelés mind a kiértékelési napokat, mind az egyéb, kiértékelés során figyelembe vett napokat illetően. Amennyiben egy hétköznap bármelyik index (záró)értéke nem kerül kiszámításra és/vagy publikálásra, akkor arra a hétköznapra az indexnek az azt megelőző utolsó hétköznapra vonatkozóan kiszámolt (záró)értékét használja az algoritmus. Ugyanezen szabály vonatkozik azon hivatalosan publikált devizaközép árfolyamokra, amelyek felhasználásra kerülnek az egyes indexek publikálási devizában számolt záróárainak euróban történő átszámolásához.

Az algoritmus megvizsgálja mind a 25 eszközosztály vonatkozásában, hogy az eszközosztályt reprezentáló indexnek euróban mért záróár alakulása a kiértékelési napot megelőző rövid távon (30 hétköznap* során a kiértékelési napot is beleértve), közép távon (55 hétköznap* során a kiértékelési napot is beleértve) illetve hosszú távon (110 hétköznap* során a kiértékelési napot is beleértve) hogyan alakult. Amennyiben egy adott eszköz árának rövid távú egyszerű (egyenlő súlyozással számolt) számtani átlaga nagyobb, mint a közép távú egyszerű számtani átlaga, illetve a közép távú egyszerű számtani átlaga nagyobb, mint a hosszú távú egyszerű számtani átlaga, az adott eszköz az ún. trendszűrőn megfelel.

A trendszűrőn megfelelt indexeket az algoritmus sorba rendezi az indexek által a kiértékelési napot megelőző két hét során euróban elért hozamok alapján (a kiértékelési napi és a 10 hétköznapnál korábbi index záróárak illetve devizaközép árfolyamok felhasználásával) és ezek közül a legjobb hármat javasolja befektetésként az algoritmus következő kiértékeléséig a fentebb részletezett egyenlő súlyozás mellett.

Amennyiben legalább négy eszközosztályt reprezentáló index felel meg a trendszűrőn a sorba rendezés során, de nem állapítható meg egyértelműen három legjobb index, azaz holtverseny áll elő, a Biztosító dönt arról, hogy az egyes holtversenyben érintett indexek közül melyiket/melyeket tekinti befektetésre javasoltnak az érintett indexeket leképező tőzsdén kereskedett befektetési alapok (ETF-ek) aktuális likviditási tulajdonsága alapján.

Amennyiben kevesebb mint négy eszközosztályt reprezentáló index felel meg a trendszűrőn, úgy automatikusan mindegyik megfelelt index javasolt befektetésnek minősül a fentebb részletezett egyenlő súlyozás (32%) mellett.

* A „hétköznap” megjelölés a hétfő, kedd, szerda, csütörtök illetve péntek napokat takarja, tehát pl. amennyiben a kiértékelési nap csütörtökre esik, akkor a rövid táv esetén a 30 hétköznapos historikus visszatekintés kezdőnapja a hat héttel korábbi csütörtököt követő „nap”, azaz péntek, függetlenül attól, hogy a kérdéses hat hét során hány hétköznap volt valóban munkanap.

Az eszközosztályok múltbeli teljesítménye és az eszközalap algoritmus az eszközalap jövőbeli teljesítményét és hozamát nem garantálja. A Biztosító tőke- és hozamgaranciát az eszközalap tekintetében nem nyújt.

A befektetési politikában lefektetett algoritmustól való eltérések, kockázatok

- Az algoritmusban résztvevő, az eszközalap indulásakor definiált, a 25 eszközosztály bármelyike megváltozhat a jövőben, amennyiben a Biztosító úgy ítéli meg, hogy ez az ügyfelei érdekeit szolgálja pl. adott ország tőkepiacának kapitalizációja nagy mértékben zsugorodik.
- Az algoritmusban résztvevő, az eszközalap indulásakor definiált, a 25 eszközosztály mögött álló 25 index bármelyike megváltozhat a jövőben, amennyiben a Biztosító úgy ítéli meg, hogy a tőkepiaci változások miatt egyes indexekhez képest más indexek jobban fogják reprezentálni az adott eszközosztályt és/vagy egyes indexek elveszítik azt a tulajdonságot, miszerint jól leképezhetők tőzsdén kereskedett befektetési alapok (ETF-ek) megvásárlásával (pl. egyes ETF-ek megszűnnek vagy nagy mértékben átalakítják a befektetési politikájukat).
- Előfordulhat, hogy a Biztosító az egyes, algoritmus által javasolt és a portfólióban leképezésre került eszközosztályok vonatkozásában a megcélzott súlyoktól történő későbbi (pl. ügyfélpénz be-kiáramlások vagy piaci átértékelődések miatt előálló) eltérések esetén úgy ítéli meg, hogy optimalizálási célból érdemes várni a súlyoknak a megcélzott mértékre történő visszaállítással az algoritmus következő kiértékeléséig. Különösen akkor, de nem kizárólag, amennyiben a Biztosító úgy látja, hogy az áralakulások és/vagy tőkeáramlások miatt előállt eltérések helyreállítási költsége aránytalanul magas és/vagy amennyiben az eltérés nem jelentős és/vagy a következő kiértékelési napig hátralévő munkanapok száma alacsony.
- Az eszközalap mögött álló algoritmus az eszközosztályokat reprezentáló indexek kiértékelési napi záróárait is használja. Ebből fakadóan a javasolt üzletkötések legjobb esetben is csak a kiértékelési napot követő, az adott eszközosztályok szempontjából első kereskedési napon tudnak megvalósulni, s nem pedig a kiértékelési napon.
- Mivel a 25 index globális piacokra vonatkozó indexeket is takar, ezért az időzóna eltolódások miatt az indexek egy részének publikálása a magyar időszámítás szempontjából a következő munkanapon történik csak meg. Így a kiértékelés a kiértékelési napot követő első olyan napon történik, ami Magyarországon munkanap, azaz a javasolt üzletkötések megtörténte ez is késleltetéssel hat.
- A fentebb részletezett késleltetési okokon kívüli egyéb okok miatt is előfordulhat, hogy a Biztosító minden igyekezte ellenére (best effort basis) nem képes adott eszköz(öke)t az algoritmus kiértékelési napját követő első magyarországi munkanapon teljes volumenében értékesíteni vagy megvásárolni. Különösen, de nem kizárólag a következő okok miatt: kereskedési szünnapok, váratlanul előálló tőkepiaci események, nagy mértékben lecsökkent likviditás néhány eszköz vonatkozásában.
- Az eszközalap kezeléséhez elengedhetetlenül szükséges, hogy az eszközosztályokat reprezentáló indexek az eszközalap kezelője által igénybe vett Bloomberg pénzügyi információs rendszeren időben rendelkezésre álljanak; esetleges késedelmes adatpublikálások miatt ne csússzon az algoritmus kiértékelése, illetve emiatt a javasolt üzletkötések lebonyolítása. Amennyiben ez mégis előfordulna, értelemszerűen a késedelmes implementálás újabb eltérést jelent az algoritmus elméleti hozamától.
- Az eszközalap kezeléséhez elengedhetetlenül szükséges, hogy az eszközosztályokat reprezentáló indexek az eszközalap kezelője által igénybe vett Bloomberg pénzügyi információs rendszeren adathibák nélkül rendelkezésre álljanak. Amennyiben adathibák, téves értékű adatpublikálások előfordulnak, ezek hatni fognak az algoritmus kiértékelésére és adott esetben megváltoztathatják a javasolt befektetések körét.
- Az eszközalap előre ismert fix és változó költségei miatt, különös tekintettel a nagy sűrűség mellett felmerülő kereskedési költségekre, az eszközalap hozama el fog térni az algoritmus által modellszinten, elméletben elérhető hozamtól.

Összefoglalva a Biztosító a fenti és egyéb hasonló okok miatt nem garantálja azt, hogy az eszközalap által elért hozam meg fog egyezni az algoritmus által elméletben elérhető hozammal, attól elmaradhat, illetve azt (kisebb valószínűség mellett) akár felül is múlhatja.

Az eszközalap fő befektetési területe

A fentiekből következően az eszközalapnak nincsen kiemelt befektetési területe, eleve előnyben részesített eszközosztály, az egyes eszközosztályok a havi gyakoriságú algoritmus kiértékelések során előre nem ismert valószínűséggel kerülnek be az eszközalap portfóliójába, kerülnek ki onnan vagy éppen maradnak benne továbbra is.

Az eszközalap lehetséges összetétele, megcélzott taktikai eszközallokációs súlyok			
Eszközosztály neve	Eszközosztályt reprezentáló index neve	Indexek Bloomberg kódja	Megcélzott taktikai súly
Globális fejlett országok részvényei	MSCI Daily TR Net World USD	NDUWI Index	0% vagy 32%
Ázsiai részvények	MSCI AC Daily TR Net Asia Ex Japan USD	NDUECAJ Index	0% vagy 32%
Latin-amerikai részvények	S&P Latin America 40 Net TR	SPTRL40N Index	0% vagy 32%
Kelet-európai részvények	MSCI EM East Europe 10/40 Net TR USD	MN40MEU Index	0% vagy 32%
Dél-afrikai részvények	MSCI Daily TR Net Emerging Markets South Africa USD	NDEUSSA Index	0% vagy 32%
Lengyel részvények	MSCI Poland IMI USD Net	MIMUPOLN Index	0% vagy 32%
USA-beli részvények	S&P 500	SPX Index	0% vagy 32%
Európai Unión belüli részvények	MSCI Daily TR Net Europe USD	NDDUE15 Index	0% vagy 32%
Japán részvények	MSCI Daily TR Net Japan USD	NDUJN Index	0% vagy 32%
Svájci részvények	MSCI Daily TR Net Switzerland USD	NDDUSZ Index	0% vagy 32%
Nagy-britanniai részvények	MSCI Daily TR Net UK USD	NDDUUK Index	0% vagy 32%
Nyersanyagok (kompozit)	DJUBS Commodity TR	DJUBSTR Index	0% vagy 32%
Arany	London Gold Market Fixing Ltd USD	GOLDLNPM Index	0% vagy 32%
Olaj	S&P GSCI Crude Oil T Ret	SPGSLTR Index	0% vagy 32%
Búza	DJUBS Wheat TR	DJUBWHTR Index	0% vagy 32%
Globális fejlett országok kötvényei	Citigroup Group of 7 GBI USD	SBG7U Index	0% vagy 32%
Globális fejlődő országok kötvényei	JPMorgan Emerging Markets Bond Index EMBI Global Core	JPEICORE Index	0% vagy 32%
Egészségügyi cégek részvényei	S&P GLOBAL 1200 Health Care	SGH Index	0% vagy 32%
Közművek részvényei	S&P GLOBAL 1200 Utilities	SGU Index	0% vagy 32%
Pénzügyi cégek részvényei	S&P GLOBAL 1200 Financials	SGFS Index	0% vagy 32%
Alapanyag-előállító cégek részvényei	S&P GLOBAL 1200 Materials	SGM Index	0% vagy 32%
Energiapiari cégek részvényei	S&P GLOBAL 1200 Energy	SGES Index	0% vagy 32%
Informatikai cégek részvényei	S&P GLOBAL 1200 Info Tech	SGI Index	0% vagy 32%
Fogyasztóiipari cégek részvényei	S&P GLOBAL 1200 Consumer Discretionary	SGD Index	0% vagy 32%
Telekommunikációs cégek részvényei	S&P GLOBAL 1200 Telecom Services	SGT Index	0% vagy 32%
Likviditási célú eszközök: pénzeszközök, pénzüpi eszközök	EONIA Total Return Index	DBDCONIA Index	4% vagy 36% vagy 68% vagy 100%

Tekintettel arra, hogy nagyarányú tőkemozgások (az alap indulásakor, illetve esetleges későbbi kisebb eszközalap méret esetén akár kifejezetten gyakran) is előfordulhatnak, bizonyos esetekben megtörténhet, hogy az egyes eszközosztályok portfólión belüli valós súlya nagy mértékben eltér a megcélzott taktikai súlytól, éppen ezért az egyes eszközosztályok minimum és maximum súlya 0 illetve 100%..

Az eszközalap referencia indexe, stratégiai eszközallokációja

Az eszközalap abszolút hozam jellegéből következően sem stratégia eszközallokációval, sem referencia indexszel nem rendelkezik

Az eszközalap árfolyamát befolyásoló tényezőket részletesen lásd a befektetési politika végén található táblázatban.

Az eszközalapot érintő egyéb kockázatok

- A portfólió nagy részét érintő relatív gyakori üzletkötésekből (a portfólió évente akár tizenkétszer is átalakulhat teljesen, azaz mintegy 1200%-os forgási ráta is kialakulhat csak az algoritmus által tett befektetési javaslatok miatt) fakadó magas kereskedési költségek okozta elérhető alacsonyabb hozam (magas)
- Az eszközalapba egyidejűleg be- és kiáramló nagy arányú ügyfélpenzek hatása jelentősebb kockázatot jelent az árfolyamra, mivel rövid távon eltéríti az eszközalap összetételét az algoritmus által javasolt összetételtől (magas)
- Az algoritmus elméleti hozamától történő eltérés kockázata - fentebb részletezve (magas)

Az eszközalap általános kockázati szintje	magas
Ajánlott befektetési időtáv	10 – 20 év
Nyilvántartás pénzneme	euró

Kockázat neve	Árfolyam kockázat	Devizaárfolyam kockázat	Fejlődő piacokon történő befektetésből eredő kockázat	Koncentrációs kockázat	Likviditási kockázat	Makrogazdasági kockázat	Ország és politikai kockázat	Partnerkockázat	Kamatláb kockázat	Fedezeti ügyletekből fakadó kockázat	Visszafizetési kockázat	Nagyrányú tőkeozgás kockázata	Egyéb kockázatok*
Auróra	M	M	M	A	A	M	M	A	A	N/A	A	M	N/A
Auróra EUR	M	M	M	A	A	M	M	A	A	N/A	A	M	N/A
Dél Csillagai	M	M	M	A	A	M	M	A	A	N/A	A	M	N/A
Dél Csillagai EUR	M	M	M	A	A	M	M	A	A	N/A	A	M	N/A
Ázsiai	M	M	M	A	A	M	K	A	A	N/A	A	M	N/A
Ázsiai EUR	M	M	M	A	A	M	K	A	A	N/A	A	M	N/A
Vogue	M	M	K	A	A	M	K	A	A	N/A	A	M	N/A
Globális részvény	M	M	N/A	A	A	M	A	A	A	N/A	A	M	N/A
Globális részvény EUR	M	M	N/A	A	A	M	A	A	A	N/A	A	M	N/A
Zürich	M	A	N/A	M	A	M	A	A	A	N/A	A	M	N/A
Basel	A	A	N/A	A	A	K	A	A	M	N/A	A	M	N/A
Brüsszel	K	A	N/A	A	A	M	A	A	M	N/A	A	M	N/A
Fashion Bond	K	A	A	A	A	M	M	A	M	N/A	A	M	N/A
Hazai kötvény	K	N/A	A	A	K	M	M	A	M	N/A	A	M	N/A
Pénzpiaci	A	N/A	A	K	A	K	K	A	K	N/A	A	M	N/A
Best Selection	M	M	K	A	A	M	M	A	M	N/A	A	M	N/A
Best Selection EUR	M	M	K	A	A	M	M	A	M	N/A	A	M	N/A
Matterhorn	M	N/A	N/A	K	A	K	K	A	K	N/A	A	M	N/A
Ingatlan	M	A	A	A	M	M	M	A	A	A	K	M	M
Kincskereső	M	M	K	A	A	M	K	A	N/A	N/A	A	M	M
Arany	M	M	K	K	A	M	K	A	N/A	N/A	A	M	M
Iránytű HUF	M	M	M	A	A	M	M	A	A	N/A	A	M	M
Iránytű EUR	M	M	M	A	A	M	M	A	A	N/A	A	M	M

* Az egyéb kockázatok részletezését lásd az adott eszközalapnál

Jelmagyarázat: A – Alacsony, K – Közepes, M – Magas, N/A – Nem jellemező

5. számú melléklet

Iránytű algoritmus vezérelt abszolút hozamú trendkövető eszközallokációs forint és euró eszközalapok igénylésének feltételei

Érvényes: 2012. október 8-tól

Új szerződésekre az Iránytű algoritmus vezérelt abszolút hozamú trendkövető eszközallokációs forint vagy euró eszközalapba történő allokáció feltételei:

- Felhalmozási egységekre: legalább 300 000 Forint folyamatosan fizetendő éves díj
- Eseti egységekre: a Szerződő számlájára legalább 1 000 000 Forint értékű eseti befizetés, vagy Euró devizájú számla esetén 3500 Euró értékű befizetés

Eseti befizetés esetén, amennyiben a szerződő számlája nem rendelkezik legalább 1 000 000 Forint vagy Euró devizájú számla esetén 3 500 Euró értékű eseti egységgel az aktuális eseti befizetéssel együtt, akkor a szerződő számlájának devizájától függően az Iránytű algoritmus vezérelt abszolút hozamú trendkövető eszközallokációs forint vagy euró eszközalapba allokált egységek:

- Pénzpiaci forint eszközalapba, vagy
- Brüsszel – inflációhoz kötött kötvény euró eszközalapba kerülnek befektetésre függetlenül attól, hogy a Szerződő korábban már allokált eseti egységeket Iránytű algoritmus vezérelt abszolút hozamú trendkövető eszközallokációs forint vagy euró eszközalapba

Átírányítási, átváltási és devizaváltási igény esetén a Biztosító vizsgálja a fenti körülmények teljesülését abban az esetben is, ha a Szerződőnek már van Iránytű algoritmus vezérelt abszolút hozamú trendkövető eszközallokációs forint vagy euró eszközalapban felhalmozási vagy eseti egysége:

- Átváltási kérelem esetén: amennyiben a folyamatosan fizetendő éves díj nem éri el a 300 000 Forintot, ill. az eseti egységek értéke nem éri el az 1 000 000 Forintot vagy Euró devizájú számla esetén a 3 500 Eurót, akkor az átváltási igény elutasításra kerül és az egységek allokációja változatlan marad
- Átírányítási kérelem esetén: amennyiben a folyamatosan fizetendő éves díj nem éri el a 300 000 Forintot, akkor az átírányítási igény elutasításra kerül és az egységek allokációja változatlan marad
- Devizaváltási kérelem esetén: amennyiben a folyamatosan fizetendő éves díj nem éri el a 300 000 Forintot és a devizaváltási nyilatkozaton a Szerződő Iránytű algoritmus vezérelt abszolút hozamú trendkövető eszközallokációs forint vagy euró eszközalapba kívánt allokálni felhalmozási egységet, akkor a kérelem elutasításra kerül.

Szintén elutasításra kerül a devizaváltási kérelem, amennyiben a Szerződő számláján lévő eseti egységek értéke nem éri el az 1 000 000 Forint vagy Euró devizájú számla esetén a 3 500 Euró értéket, és a devizaváltási kérelmen a Szerződő Iránytű algoritmus vezérelt abszolút hozamú trendkövető eszközallokációs forint vagy euró eszközalapba is kívánt allokálni eseti egységet.

Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (1138 Budapest, Váci út 135-139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei és a Befektetési Egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108), továbbá a Kiegészítő Biztosítások Általános és Különös Feltételei együtt az életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadók.

Nem válik a biztosítási szerződés részévé a Biztosító és a Szerződő vagy Biztosított közötti korábbi üzleti kapcsolat során kialakított szokás, illetve gyakorlat, sem a biztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás.

1. fejezet – Fogalmak és meghatározások

1.1. Baleset

Az az esemény, mely a Biztosított akaratától függetlenül fellépő, egyszeri hirtelen, külső behatásra bekövetkező, orvosi ellátást szükségessé tevő testi sérülés, amelynek következtében a Biztosított egy éven belül a kiegészítő biztosítások különös feltételeiben meghatározott biztosítási események egyikét szenved el.

1.2. Betegség

A mindenkori orvostudomány által rendellenesnek tartott biológiai, testi, pszichés állapot.

1.3. Szerzett betegség

Minden olyan betegség, amelyet a Biztosítottnál kockázatviselés kezdetét követően diagnosztizáltak, illetve annak tünetei miatt a Biztosított a kockázatviselés kezdetekor kivizsgálás, kezelés alatt nem állt.

1.4. Biztosítási csomag

A Biztosító által meghatározott arányban összeállított kiegészítő biztosítások összefoglaló elnevezése.

2. Fejezet – A biztosítási szerződés alanyai

2.1.

Biztosított lehet minden 1-110 éves természetes személy.

2.2.

Nem lehet Biztosított, akinek a részére rokkantsági vagy rehabilitációs ellátást állapítottak meg. Továbbá nem lehet Biztosított, aki a kockázatviselést megelőzően már rendelkezik az Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (továbbiakban szakértői intézet) szakhatósági állásfoglalásával, illetve kérelmet nyújtott be az illetékes nyugdíjbiztosítási igazgatóságnál (továbbiakban nyugdíjbiztosítási igazgatóság) egészségkárosodás megállapítása céljából.

2.3.

A Biztosító a Biztosítottak korát – az Általános Személybiztosítási Feltételektől eltérően – úgy állapítja meg, hogy a biztosítási időszak kezdetének évszámából levonja a Biztosítottak születésének évszámát.

2.4.

Az egyes kiegészítő biztosítások ettől eltérő korra vonatkozó előírásait a kiegészítő biztosítások különös feltételei tartalmazzák.

3. Fejezet – Kedvezményezettek

3.1.

A biztosítási szerződésben Kedvezményezett az a személy, aki a biztosítási szolgáltatásra jogosult.

Kedvezményezett lehet:

- a biztosítási szerződésben megnevezett személy,
- amennyiben nem volt Kedvezményezett megjelölve, vagy ha a Kedvezményezett megnevezése nem volt érvényes a biztosítási esemény időpontjában, a Biztosított vagy örököse.

3.2.

A Biztosított életében esedékes szolgáltatások Kedvezményezettje a Biztosított.

3.3.

A Szerződő jelölheti ki a Kedvezményezettet a Biztosítóhoz címzett és a Biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal.

A Szerződő a biztosítási esemény bekövetkeztéig bármikor írásban a kijelölést visszavonhatja vagy más Kedvezményezettet nevezhet meg.

Ha a Szerződő és a Biztosított személye nem azonos, a kedvezményezett-jelöléshez és visszavonáshoz a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

Ha a Szerződő a Biztosítotthoz vagy a Kedvezményezetthez intézett írásbeli nyilatkozattal kötelezettséget vállal arra, hogy a kedvezményezett kijelölését folyamatosan hatályban tartja, a kedvezményezett kijelölését nem lehet visszavonni vagy megváltoztatni azon személy hozzájárulása nélkül, akinek részére a kötelezettségvállalást tették. A Szerződő nyilatkozatáról a Biztosítót tájékoztatni kell.

3.4.

A Kedvezményezett jelölése hatályát veszti, ha a Kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal vagy jogutód nélkül megszűnik.

Ebben az esetben Kedvezményezettek a Biztosított örökösei, amennyiben a Szerződő nem él további kedvezményezett-jelölési jogával.

3.5.

A Biztosított hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek a kedvezményezett kijelölését tartalmazó része semmis. Ilyen esetben Kedvezményezettnek a Biztosítottat, illetőleg örökösét kell tekinteni, aki a kifizetett biztosítási díjakat és a szerződésre fordított költségeket a Szerződőnek köteles megtéríteni.

4. Fejezet – Biztosítási esemény

Biztosítási esemény – jelen feltételek szerint – a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselése alatt bekövetkező, a kiegészítő biztosítások különös feltételeiben meghatározott eseménye.

5. Fejezet – Biztosítási szolgáltatás

5.1.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító kifizeti az adott kiegészítő biztosításra vonatkozóan, a kötvényben feltüntetett biztosítási összegből számított kiegészítő biztosításonként meghatározott biztosítási szolgáltatást.

5.2.

A Biztosító biztosítási szolgáltatás jogcímen felmerülő kötelezettsége, a főbiztosítás különös feltételei szerint a Szerződő számlájának devizájában merül fel, és a Biztosító ennek megfelelően teljesíti azt. A Kedvezményezettnek jogában áll kérni, hogy a Biztosító a biztosítási szolgáltatást a Szerződő számlájának devizájától eltérően magyar forintban teljesítse. Ebben az esetben a Biztosító magyar forintban teljesíti a biztosítási szolgáltatást, és az ezzel kapcsolatosan felmerülő költségeket a Kedvezményezett viseli [Befektetési Egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108) 4.5 pontja].

5.3.

A Biztosító egy szerződésen belül több Biztosított csatlakozása esetén többletszolgáltatást nyújt a 3. számú melléklet 2. pont szerint.

5.4.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén, a Biztosító szolgáltatását követően, a Szerződés a Szerződő további díjfizetése mellett továbbra is fennmarad, kivéve ha erről a kiegészítő biztosítás különös feltételei eltérően rendelkeznek.

5.5.

Amennyiben a biztosítási esemény azután következik be, hogy a Biztosító kockázatviselése megszűnt, a Biztosító nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

5.6.

A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be és a kiegészítő biztosításra levont díjakat visszafizeti, amennyiben a Szerződés kockázatviselésének kezdete előtt került sor a rokkantsági járadék iránti kérelemnek a nyugdíjbiztosítási igazgatósághoz történő beadására.

5.7.

Az adott biztosítási időszakra vonatkozó biztosítási összeg az ugyanazon biztosítási időszakban bekövetkezett biztosítási esemény miatt kifizetett összeggel csökken, kivéve, ha a Szerződő a díjat megfelelően kiegészíti. Ez a következmény abban az esetben alkalmazható a Biztosító részéről, ha arra legkésőbb a szolgáltatás teljesítésével egyidejűleg írásban felhívta a Szerződő fél figyelmét, és a fedezetfeltöltés díját közölte. Ha a Szerződő fél a fedezetfeltöltés jogával nem él, a Szerződés a kifizetett összeggel csökkentett biztosítási összeg mellett marad hatályban a folyó biztosítási időszakra.

6. Fejezet – A biztosítás tartama, a Biztosító kockázatviselése

6.1.

Az Általános Személybiztosítási Feltételek 4.1 pontjától eltérően a Biztosító kockázatviselése a biztosítási ajánlat aláírását követő nap 0 órakor visszamenőleges hatállyal kezdődik, feltéve, hogy a biztosítási szerződés létrejött vagy létre fog jönni és a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő első biztosítási díj a Befektetési Egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108) 8.12 pontjában szabályozottak szerint a Biztosítóhoz beérkezett.

A biztosítási szerződés létrejön és hatályba lép a biztosítási ajánlat Biztosító általi elfogadásával, illetve a Biztosító elfogadásának hiányában az Általános Személybiztosítási feltételek 3.8 - 3.9 pontjaiban meghatározott módon.

A Befektetési Egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108) szerinti életbiztosítással (továbbiakban: főszerződés) együtt kötött kiegészítő biztosítás legkorábban a főszerződés létrejöttének napján jön létre és lép hatályba.

6.2.

A Biztosító a hiánytalan biztosítási ajánlat beérkezését követően bírálja el az ajánlatot a kockázat elbírálásra nyitva álló határidőn belül.

Hiánytalan a biztosítási ajánlat, amennyiben tartalmazza a Biztosító által megkövetelt valamennyi információt.

Amennyiben a Biztosított kiskorú és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülője köti meg, valamint ha a Biztosított cselekvőképességében, vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy, a biztosítási ajánlatnak szükség esetén része a szerződés megkötésére vonatkozó hatáskörrel rendelkező gyámhatóság engedélye is.

A kockázatelbírálási idő az ajánlat Biztosítóhoz történő beérkezésétől számított 15 nap, illetve 60 nap, amennyiben a Biztosító az ajánlat elbírálása érdekében egészségügyi kockázatfelmérést végez.

A nem hiánytalan ajánlat esetében a kockázatelbírálás csak a hiánypótlást követően kezdődik.

6.3.

Amennyiben a biztosítási tartam alatt a Szerződő a már meglévő kiegészítő biztosítás mellé új kiegészítő biztosítást köt, akkor az új kiegészítő biztosítás vonatkozásában a 12.4, 12.5 és 12.6 pontokban meghatározott időtartamokat a kiegészítő biztosítási szerződés létrejöttétől kell számítani.

Az egészségbiztosításnak minősülő kiegészítő biztosítások esetén a 12.4, 12.5 és 12.6 pontokban meghatározott időtartamba beszámít az az időtartam, amelynek során a Biztosított a kiegészítő biztosítás megkötését megelőzően - legfeljebb hatvan napon belül - megszűnt korábbi egészségbiztosítási szerződés alapján folyamatosan jogosult volt egészségbiztosítási szolgáltatásra. Amennyiben beszámításra kerül sor, és így a 12.4, 12.5 és 12.6 pontokban meghatározott kizárások rövidebb időtartamra állnak fenn, a Biztosító fokozott egészségügyi kockázat felmérést végez a szerződés létrejötte előtt, amelynek során egészségügyi kérdőív kitöltésére és szükség esetén orvosi vizsgálat elvégzésére hívja fel a Biztosítottat.

6.4.

A kiegészítő biztosítás tartama a kockázatviselés kezdete és a kiegészítő biztosítás megszűnése közötti időszak.

7. Fejezet – A kiegészítő biztosítások megszűnése

7.1.

A biztosítási szerződés az alábbi esetekben automatikusan megszűnik:

- annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a Biztosított a 110. életévét betölti, kivéve ha a kiegészítő biztosítás különös feltétele ettől eltérően rendelkezik.
- a Biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halálával, a bejelentésnek a Biztosítóhoz való beérkezését követő napon.
- a főbiztosítás bármely okból történő megszűnésével, ugyanazzal a hatállyal.

7.2.

A kiegészítő biztosítás megszűnik a Szerződő írásbeli felmondásával. A felmondással a Biztosító kockázatviselése a felmondás beérkezését követő hónapfordulóra megszűnik, amennyiben a kérelem a kiegészítő biztosításra vonatkozó hónapforduló előtt legalább 15 nappal beérkezik. Élet-, és egészségbiztosítás esetén a Biztosító nem mondhatja fel a szerződést, kivéve a biztosítási kockázat jelentős növekedése esetén. Egészségbiztosítás tekintetében nem tekinthető a biztosítási kockázat jelentős növekedésének a biztosított életkora előrehaladásából származó természetes egészségromlás lehetősége.

7.3.

A biztosítási csomag megszűnik, ha a biztosítási csomagban lévő bármely kiegészítő biztosítás megszűnik. A meg nem szűnő kiegészítő biztosítások a Biztosító kockázatviselése alatt változatlanul fennállnak.

8. Fejezet – A biztosítási összeg

8.1.

A biztosítási összeget a Szerződő köteles az ajánlaton meghatározni.

8.2.

A biztosítási összeg a Szerződő számlájának devizájában kerül meghatározásra, amennyiben a kiegészítő biztosítások különös feltételei ettől eltérően nem rendelkeznek.

8.3.

A biztosítási összeg a tartam során bármikor, hónapfordulóval változtatható (megemelés időpontja), amellyel egyidejűleg a kiegészítő biztosításra vonatkozó biztosítási díj is módosul. A biztosítási összeg emelésénél a Biztosító fokozott egészségügyi kockázat felmérést végez a szerződésmódosítás előtt, amelynek során egészségügyi kérdőív kitöltésére és szükség esetén orvosi vizsgálat elvégzésére hívja fel a Biztosítottat, amely alapján a biztosítási összeg megemelésére irányuló kérelmet – annak beérkezésétől számított 60 napon belül – elutasíthatja, vagy javaslatot tehet a díj módosítására.

8.4.

A biztosítási összeg emelésénél az eredeti és a megemelt biztosítási összeg közötti különbözetre vonatkozóan is a 12.4, 12.5, 12.6 pontokban meghatározott időtartamok a kiegészítő biztosítás létrejöttének időpontjától számítanak.

8.5.

A kiegészítő biztosításokra vonatkozó biztosítási összegek a biztosítási csomagoknál a 2. számú mellékletben előre meghatározottak, amelyeket egész számmal többszörözni lehet a biztosítási szerződés megkötésekor, jelen feltételek 3. számú melléklet 4. pontban szabályozott szorzók alkalmazásával. A biztosítási csomagok elemeit csak azonos mértékben lehet többszörözni.

9. Fejezet – Biztosítási díj

9.1.

A biztosítási díj kiszámításakor a Biztosító figyelembe veszi a Biztosítottak korát, a választott biztosítási összeget és a Biztosított tevékenységének és hobby-tevékenységének kockázatát.

9.2.

A kiegészítő biztosítások díját a Biztosító havi gyakorisággal a Szerződő számlájáról, a számla devizájában vonja le.

9.3.

Amennyiben a biztosítási tartam alatt a Szerződő további kiegészítő biztosítást köt, abban az esetben a Biztosító a kockázatviselést az ajánlat aláírását követő nap 0. órájától vállalja, a biztosítási díj a hozzákötést követő biztosítási hónapfordulótól esedékes.

9.4.

A Biztosító a kiegészítő biztosításokra vonatkozóan, az Általános Személybiztosítási Feltételektől eltérően nem számít fel díjfizetési gyakorisági pótdíjat.

9.5.

A kiegészítő biztosítások éves minimális díját a 3. számú melléklet 3. pont tartalmazza.

9.6.

A Biztosított korára tekintettel a Biztosító a biztosítási díjat biztosítási évente újra számítja.

9.7.

Figyelemmel az Általános Személybiztosítási feltételek 14.2. pontjára, az egészségbiztosításnak minősülő kiegészítő biztosítás esetén nem tekinthető a biztosítási kockázat jelentős növekedésének a biztosított életkora előrehaladásából származó természetes egészségromlás lehetősége.

10. Fejezet – A biztosítás értékének megőrzése

10.1.

A biztosítás értékének megőrzését a biztosítási összeg évenkénti emelésének lehetősége biztosítja. Az ehhez tartozó biztosítási díj a biztosítási összeggel azonos arányban növekszik. Ebben az esetben a Biztosító eltekint újabb kockázat-elbírálástól.

10.2.

Amennyiben a Szerződő a felajánlott értékkevetésen felül kívánja emelni a biztosítási összeget, abban az esetben a Biztosító élhet a kockázat-elbírálás lehetőségével.

10.3.

Az értékkevetéshez használt indexet (az évenkénti díjnövekedés mértékét) a Biztosító állapítja meg úgy, hogy az a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett, előző naptári év fogyasztói árindexétől legfeljebb 5 százalékponttal tér el.

10.4.

A díjnövekedés mértékét a Biztosító minden naptári év július 1-jére vonatkozóan határozza meg és ez a mérték július 1-jétől a következő naptári év június 30-ig van érvényben.

10.5.

A biztosítási évfordulót megelőzően (legalább 30 nappal) a Biztosító minden évben kiegészítő biztosításonként értesítést küld a megemelkedett biztosítási összegről és a megemelkedett díjról. A Szerződőnek jogában áll a díjemelést (értékkevetést) az évfordulót megelőzően legalább 15 nappal megelőzően visszautasítani. Ha ezt nem teszi meg, a Biztosító a megnövelt biztosítási összeget és díjat tekinti érvényesnek.

11. Fejezet – Biztosítási csomag

11.1.

A Biztosított az egyedi kiegészítő biztosítások mellett és helyett a 2. számú mellékletben felsorolt csomagok közül is választhat.

11.2.

A Biztosító által összeállított biztosítási csomagon belül a kiegészítő biztosítások egymáshoz viszonyított aránya a biztosítási tartam során nem változik.

11.3.

Egy szerződésen belül különböző biztosítási csomagok választhatók.

11.4.

Egy szerződésen belül azonos biztosítási csomagot több Biztosított vonatkozásában is választani lehet.

11.5.

Egy Biztosított egyszerre több biztosítási csomaggal is rendelkezhet, de ugyanazon csomagból azonos Biztosított egy időben csak eggyel rendelkezhet.

11.6.

A biztosítás tartama alatt a biztosítási csomagban lévő kiegészítő biztosítások biztosítási összegei változtathatóak, minden a biztosítási csomagban lévő kiegészítő biztosításra ugyanolyan arányban.

11.7.

A biztosítási csomagokat bármikor hónapfordulóra meg lehet szüntetni, bármikor új biztosítási csomag köthető, bármikor új kiegészítő biztosítás köthető a csomag mellé.

11.8.

A csomagban a kiegészítő biztosításokra csak azonos mértékű értékkövetést lehet választani.

11.9.

A Biztosító az Általános Személybiztosítási Feltételek 19.1. pontjában alkalmazott kizárásoktól eltekintve, kizárólag a Sport csomagra vonatkozóan jelen különös feltételek 2. számú mellékletben meghatározott Sportzáradéokban felsorolt sportokra is vállalja a kockázatviselést, ha erre a záradéokra hivatkozással kötötték a szerződést.

12. Fejezet – A Biztosító mentesülése és kockázatviselésének korlátozása**12.1.**

A Biztosító mentesül az Általános Személybiztosítási Feltételekben megfogalmazott kizárások és mentesülések esetén a Szolgáltatás teljesítése alól.

12.2.

A Biztosító mentesül továbbá a szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosítási esemény bekövetkezésében alkohol- vagy drogfogyasztás közrehatása igazolható.

12.3.

A Biztosító 5 éven belül abban az esetben is mentesül a biztosítás szolgáltatási kötelezettség teljesítése alól, figyelembe véve a 12.4, 12.5, 12.6 pontokat, ha bizonyítást nyer, hogy a Biztosított betegsége a szerződés létrejöttének időpontjában már fennállt és az orvosszakmai szabályok szerint megállapításra került.

12.4.

A Biztosító a kockázatviselés kezdetétől számított 6. hónap végéig terjedő időszakban kizárja a betegségből eredő kockázatokat és azok bekövetkezése esetén nem nyújt szolgáltatást.

12.5.

A Biztosító a kockázatviselés kezdetétől számított 24. hónap végéig terjedő időszakban kizár minden olyan betegséget, amelyet a Biztosított az ajánlat aláírásakor ismert, és azok bekövetkezése esetén nem nyújt szolgáltatást.

12.6.

A Biztosító a kockázatviselés kezdetétől számított 60. hónap végéig terjedő időszakban kizár minden az ajánlat aláírásakor ismert betegséget és azok bekövetkezése esetén nem nyújt szolgáltatást, kivéve a haláleseti szolgáltatást, amennyiben a halál oka olyan ismert betegség, amely az 1. számú mellékletben nem került felsorolásra.

12.7.

Amennyiben a Biztosító az ajánlat elfogadásakor egészségügyi kérdőív, illetve egészségügyi vizsgálat alapján végez kockázatelbírálást, és az ajánlatot elfogadja, az így létrejött szerződésre a 12.4, 12.5, 12.6 pontokban foglalt feltételek nem vonatkoznak. Nem vonatkoznak továbbá a 12.4, 12.5, 12.6 pontokban foglalt rendelkezések a balesetbiztosításokra.

12.8.

Amennyiben a biztosítási tartam alatt már meglévő kiegészítő biztosítás mellé új kiegészítő biztosítás kötése miatt a Biztosító egészségügyi kérdőív, illetve egészségügyi vizsgálat alapján végez kockázatelbírálást a hozzákötött kiegészítő biztosítás(ok)ra a 12.4, 12.5, 12.6 pontokban foglalt feltételek nem vonatkoznak.

13. Fejezet – Maradékjogok

A kiegészítő biztosítások nem rendelkeznek maradék jogokkal. (Általános Személybiztosítási Feltételek 24., 25., 26., 27. fejezet)

14. Fejezet – Többlethozam-visszatérítés

A kiegészítő biztosítások nem rendelkeznek az Általános Személybiztosítási Feltételek 28. fejezetében leírt többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal.

15. Fejezet

15.1. Választható kiegészítő biztosítások

Halálesetre szóló kiegészítő biztosítás (A7111)
Baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás kiemelt térítéssel (A0114)
Baleseti rokkantságra szóló kiegészítő biztosítás kiemelt térítéssel (A0115)
Baleseti műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás (A0121)
Végleges rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás (A1103)
Műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás (A1111)
Kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítás (A1114)

15.2. Kizárólag csomagban köthető kiegészítő biztosítások

Díjtvállalás rokkantság esetére kiegészítő biztosítás (A8112)
Egyszeri térítés rokkantság esetére kiegészítő biztosítás (A1112)
Járadékszolgáltatás rokkantság esetére kiegészítő biztosítás (A9113)
Kétszeres járadékszolgáltatás rokkantság esetére kiegészítő biztosítás (A9114)

16. Fejezet – A szerződés módosítása

16.1.

A Biztosító az egyes biztosítási szerződések tartama során nem jogosult megváltoztatni a jelen feltételek 1. számú mellékletében közzétett adatokat.

16.2.

A Biztosító jogosult a jelen feltételek 2-3. számú mellékletében közzétett adatokat naptári évente legfeljebb kétszer megváltoztatni. A változásról a Biztosító a Szerződőt a változás hatálybalépése előtt 30 nappal írásban vagy elektronikus levél útján köteles értesíteni. Amennyiben a Szerződő a Biztosító által eszközölt változásokat nem fogadja el, akkor joga van a biztosítási szerződést visszavásárolni vagy felmondani. A Biztosító a változásra vonatkozó tájékoztatását közzéteszi a honlapján.

1. számú melléklet

Érvényes: 2014. március 15-étől kötött szerződésekre

Azon kizárások listája, amelyek lépcsőzetesen feloldásra kerülnek

Kizárásra kerülnek azon halálesetek a kockázatviselés kezdetétől számított 2–5 évig, ahol az alábbi, a kötés időpontjában fennálló és ismert betegségek és kórállapotok, vagy azok következményei a bekövetkezett halállal, mint azt kiváltó alapbetegség, vagy alapbetegség szövődménye, vagy közvetlen halálok kapcsolatba hozhatóak.

- 1 Rosszindulatú daganat (rák), koponyaúri vagy gerincúri térszűkítést okozó egyéb daganatok
- 2 Szívbetegségek, mint szívkoszorúér-betegség, szívritmuszavar, szívbillentyű-elégtelenség, beültetett műbillentyű, szívfejlődési rendellenesség
- 3 Agyi érbetegség, agyi sérülés, epilepszia
- 4 Idült veseelégtelenség
- 5 Májgyulladás, májzsugorodás
- 6 Idült hasnyálmirigy-gyulladás
- 7 Krónikus obstruktív légúti betegség (COPD)
- 8 Örökletes anyagcsere-, idegrendszeri, izombetegségek
- 9 Izomdisztrófiák, idegi eredetű izomsorvadások, idegrendszeri degeneratív betegségek, multiplex szklerózis
- 10 Vértékenység

2. számú melléklet

Érvényes: 2014. július 1-től

2.1. Választható biztosítási csomagok

Az alábbi biztosítási csomagok választhatóak a főbiztosításhoz

2.1.1. Alap csomag

Választható devizanemek		HUF	EUR	CHF
Alap		1 egység		
Kód	Kiegészítő biztosítások megnevezése	Biztosítási összeg		
A7111	Halálesi	100 000	400	500
A0114	Baleseti halál kiemelt térítéssel	100 000	400	500
A0115	Baleseti rokkantság kiemelt térítéssel	200 000	800	1 000

2.1.2. Junior csomag

Választható devizanemek		HUF	EUR	CHF
Junior		1 egység		
Kód	Kiegészítő biztosítások megnevezése	Biztosítási összeg		
A7111	Halálesi	100 000	400	500
A0114	Baleseti halál kiemelt térítéssel	100 000	400	500
A0115	Baleseti rokkantság kiemelt térítéssel	200 000	800	1 000
A0121	Baleseti műtéti térítés	20 000	80	100

2.1.3. Családfenntartó csomag

Választható devizanemek		HUF	EUR	CHF
Családfenntartó		1 egység		
Kód	Kiegészítő biztosítások megnevezése	Biztosítási összeg		
A7111	Halálesi	200 000	800	1 000
A0114	Baleseti halál kiemelt térítéssel	200 000	800	1 000
A0115	Baleseti rokkantság kiemelt térítéssel	400 000	1 600	2 000
A0121	Baleseti műtéti térítés	20 000	80	100
A1114	Kritikus betegségek	100 000	400	500

2.1.4. Vállalkozói csomag

Választható devizanemek		HUF	EUR	CHF
Vállalkozói		1 egység		
Kód	Kiegészítő biztosítások megnevezése	Biztosítási összeg		
A7111	Halálesi	200 000	800	1 000
A0114	Baleseti halál kiemelt térítéssel	200 000	800	1 000
A0115	Baleseti rokkantság kiemelt térítéssel	400 000	1 600	2 000
A0121	Baleseti műtéti térítés	20 000	80	100
A1103	Végleges rokkantság	200 000	800	1 000
A1114	Kritikus betegségek	200 000	800	1 000

2.1.5. Női csomag

Választható devizanemek		HUF	EUR	CHF
Női		1 egység		
Kód	Kiegészítő biztosítások megnevezése	Biztosítási összeg		
A7111	Haláleseti	200 000	800	1 000
A0114	Baleseti halál kiemelt térítéssel	200 000	800	1 000
A0115	Baleseti rokkantság kiemelt térítéssel	400 000	1 600	2 000
A0121	Baleseti műtéti térítés	10 000	40	50
A1111	Műtéti térítés	10 000	40	50

2.1.6. Sport csomag

Választható devizanemek		HUF	EUR	CHF
Sport		1 egység		
Kód	Kiegészítő biztosítások megnevezése	Biztosítási összeg		
A7111	Haláleseti	200 000	800	1 000
A0114	Baleseti halál kiemelt térítéssel	200 000	800	1 000
A0115	Baleseti rokkantság kiemelt térítéssel	400 000	1 600	2 000
A0121	Baleseti műtéti térítés	20 000	80	100
A1103	Végleges rokkantság	200 000	800	1 000

2.1.6.1.

Sportzáradék a Sport csomagra vonatkozóan

A Biztosító az alább felsorolt **hobby** szintű extrém sporttevékenységre teljes körű kockázatot vállal, kivételt képez, ha a biztosítási esemény edzés, verseny vagy versenyre történő felkészülés közben vagy rekord beállításra való felkészülés, rekord-beállítási kísérlet közben következik be. A Biztosító nem vállalja a kockázatviselést a hivatásos sportolókra.

Biztosító által vállalt sporttevékenységek

- 1 vízisí
- 2 jetski
- 3 vadvízi evezés (rafting)
- 4 hegy- és sziklamászás (2000 m-ig)
- 5 barlangászat
- 6 mélybe ugrás (bungee jumping)
- 7 falmászás
- 8 hőlégballonozás
- 9 félkezes és nyílttengeri vitorlázás
- 10 sárkányrepülés
- 11 ejtőernyőzés
- 12 paplanernyőzés
- 13 műrepülés
- 14 siklóernyőzés
- 15 vadászat

A Biztosító kockázatviselése **nem terjed ki** azokra a biztosítási eseményekre, amelyek ok-okozati összefüggésben vannak a Biztosított alábbiakban meghatározott sporttevékenységével, vagy a Biztosító által vállalt sporttevékenységek listájában fel nem sorolt extrém sporttevékenységgel.

- magashegyi expedíció
- rally
- bázisugrás
- roncsautó (autó-crash) sport

2.1.7.

Komplex rokkantsági csomagok

A csomagok akkor választhatóak, ha a főbiztosítás éves biztosítási díja nem haladja meg a csomagonként feltüntetett Biztosító által meghatározott maximumot.

2.1.7.1.

Komplex rokkantsági csomag I.

Kód	Kiegészítő biztosítások megnevezése	Biztosítási összeg	Maximum
A8112	Díjtvállalás rokkantság esetére	főbiztosítás éves díja	a főbiztosítás éves biztosítási díja legfeljebb 1 000 000 Ft lehet
A1112	Egyszeri térítés rokkantság esetére	főbiztosítás éves díjának négyszerese	

2.1.7.2.

Komplex rokkantsági csomag II.

Kód	Kiegészítő biztosítások megnevezése	Biztosítási összeg	Maximum
A8112	Díjtvállalás rokkantság esetére	főbiztosítás éves díja	a főbiztosítás éves biztosítási díja legfeljebb 700 000 Ft lehet
A1112	Egyszeri térítés rokkantság esetére	főbiztosítás éves díjának négyszerese	
A9113	Járadékszolgáltatás rokkantság esetére	főbiztosítás éves díja	

2.1.7.3.

Komplex rokkantsági csomag III.

Kód	Kiegészítő biztosítások megnevezése	Biztosítási összeg	Maximum
A8112	Díjtvállalás rokkantság esetére	főbiztosítás éves díja	a főbiztosítás éves biztosítási díja legfeljebb 650 000 Ft lehet
A1112	Egyszeri térítés rokkantság esetére	főbiztosítás éves díjának négyszerese	
A9114	Kétszeres járadékszolgáltatás rokkantság esetére	főbiztosítás éves díjának kétszerese	

3. számú melléklet

Érvényes: 2014. március 15-től.

3.1. Biztosítottak száma

Egy főbiztosításhoz kapcsolódó kiegészítő biztosítások Biztosítottainak száma legfeljebb 10 fő.

3.2.

A Biztosító egy szerződésen belül több Biztosított csatlakozása esetén többlétszolgáltatást nyújt az alábbiak szerint:

- Amennyiben a biztosítási esemény bekövetkezik a Biztosítottak létszáma kettő: mindkét Biztosítottra vonatkozóan a szolgáltatási összeg 110 %-át
- Amennyiben a biztosítási esemény bekövetkezik a Biztosítottak létszáma legalább három: minden Biztosítottra vonatkozóan a szolgáltatási összeg 115%-át.

3.3. Minimális éves díj

3.3.1.

A Biztosító egy Biztosítottra vonatkozóan az „A” oszlopban feltüntetett minimális éves díjat írja elő.

3.3.2.

Ha nem biztosítási csomagot választ a Szerződő, hanem egyedileg összeállított kiegészítő biztosításokat, a Biztosító – a 3.3.1 pontban leírtakon felül – a „B” oszlopban feltüntetett egyes kiegészítő biztosításokra vonatkozó minimális éves díjat is előírja.

Devizanem	„A” oszlop	„B” oszlop
HUF	6 000	1 500
EUR	25	6
CHF	30	8

3.4. Biztosítási csomagok egységeinek többszörözése

A biztosítási csomagok alapegységeiben kerültek meghatározásra (2. számú melléklet). A csomagokat 1-99-ig terjedő egész számmal lehet többszörözni. A 2. számú melléklet 7. pontjában meghatározott csomagokban szereplő kiegészítő biztosítások biztosítási összegei nem többszörözhetők.

Halálesetre Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (A7111)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135–139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a Befektetési Egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108), a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás Különös Feltételei együtt az életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadók. Jelen kiegészítő biztosítás életbiztosításnak minősül, és kizárólag főbiztosítás mellé köthető.

1. fejezet – Biztosítási esemény

1.1.

Biztosítási esemény a biztosítási szerződés tartama alatt – jelen különös feltételek szerint – a Biztosított 75. életévét követő biztosítási évfordulót megelőzően bekövetkezett halála.

1.2.

Biztosítási esemény a biztosítási szerződés tartama alatt – jelen különös feltételek szerint – a Biztosított 75. életévét követő biztosítási évforduló után bekövetkezett baleseti halála.

2. Fejezet – Biztosítási szolgáltatás

2.1.

Ha a Biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt az 1.1. és 1.2. pontokban meghatározott biztosítási eseményt szenved el, a Biztosító az aktuális biztosítási összeget fizeti ki.

2.2.

A Biztosító a kockázatviselés kezdetétől számított 6. hónap végéig terjedő időszakban kizárja a betegségből eredő kockázatokat és azok bekövetkezése esetén nem nyújt szolgáltatást.

2.3.

A Biztosító a kockázatviselés kezdetétől számított 24. hónap végéig terjedő időszakban kizár minden olyan betegséget, amelyet a Biztosított az ajánlat aláírásakor ismert, és azok bekövetkezése esetén nem nyújt szolgáltatást.

2.4.

A Biztosító a kockázatviselés kezdetétől számított 60. hónap végéig terjedő időszakban kizár minden az ajánlat aláírásakor ismert betegséget és azok bekövetkezése esetén nem nyújt szolgáltatást, kivéve a haláleseti szolgáltatást, amennyiben a halál oka olyan ismert betegség, amely a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 1. számú mellékletében nem került felsorolásra.

2.5.

A Biztosító nem alkalmazza a jelen feltételek 2.2. – 2.4. pontjaiban meghatározott kizárásokat, amennyiben a Biztosított írásbeli nyilatkozata illetve a Biztosító döntése alapján egészségi kérdőív kitöltésére vagy orvosi vizsgálat elvégzésére kerül sor. A Biztosító a Biztosított korának és a választott biztosítási összegnek függvényében határozza meg, hogy egészségi kérdőív kitöltése vagy orvosi vizsgálat elvégzése szükséges a Biztosított esetén.

2.6.

Jelen kiegészítő biztosításra nem vonatkoznak a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 12.3. – 12.6. pontjaiban meghatározott rendelkezések.

2.7.

A Biztosító nem köt ki várakozási időt.

3. Fejezet – A biztosítási szerződés megszűnése

Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik a 2. fejezet szerinti biztosítási szolgáltatás kifizetésével.

4. Fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok**4.1.**

A Biztosítóhoz a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez a következő iratokat kell a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 8 munkanapon belül benyújtani:

- az Általános Személybiztosítási Feltételekben szabályozott iratok, továbbá
- kárbejelentő formanyomtatvány,
- halott vizsgálati bizonyítvány a halál okának megjelölésével,
- boncolási jegyzőkönyv másolata,
- házi vagy kezelő orvos nyilatkozata, eseteleírása,
- rendőrségi jegyzőkönyv vagy határozat másolata,
- véralkohol-vizsgálat eredménye.

4.2.

A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő vagy a Kedvezményezett nem jelenti be 8 munkanapon belül a kár iránti igényét, illetve a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

Baleseti Halálra Szóló Kiegészítő Biztosítás Kiemelt térítéssel Különös Feltételei (A0114)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135–139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a Befektetési Egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108), a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás Különös Feltételei együtt az életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadók. Jelen kiegészítő biztosítás balesetbiztosításnak minősül, és kizárólag főbiztosítás mellé köthető.

1. fejezet – A biztosítási eseménnyel összefüggő fogalmak és meghatározások

1.1. Közlekedési baleset fogalma

Közlekedési balesetnek minősül jelen különös feltételek szerint a Biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha a Biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként szenved balesetet.

1.2. Nem közlekedési baleset

- a gyalogost ért olyan baleset, amelynek bekövetkeztében nem hatott közre mozgó jármű,
- a kerékpárost ért olyan baleset, amelynek bekövetkezésében nem hatott közre más mozgó jármű,
- a jármű utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű, vagy más jármű haladásával, illetve megállásával összefüggésben következett be.

2. fejezet – A biztosítási esemény

Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint – a Biztosítottnak a baleset napjától számított egy éven belül a balesetre visszavezethetően bekövetkezett halála.

3. fejezet – A biztosítási szolgáltatás

A Biztosító a jelen különös feltételek alapján a következő szolgáltatást nyújtja:

3.1.

Ha a Biztosított halála a baleset napjától számított egy éven belül a balesetre visszavezethetően következik be, a Biztosító kifizeti a baleseti halál biztosítási összegét.

3.2.

Amennyiben a Biztosított halála közlekedési balesetből eredően, a közlekedési baleset napjától számított egy éven belül a közlekedési balesettel okozati összefüggésben következik be, a Biztosító a baleseti halál biztosítási összegének 150%-át fizeti ki.

3.3.

Ha ugyanazon balesetre a Biztosító korábban már rokkantsági szolgáltatást teljesített, akkor a haláleseti biztosítási összegből a Biztosító levonja az ugyanazon balesetből bekövetkező baleseti rokkantsági szolgáltatás során teljesített kifizetést.

3.4.

Amennyiben a Biztosító a baleseti rokkantsági összeget a baleseti halál bekövetkezése előtt kifizette és ennek összege meghaladta a baleseti halál összegét, a Biztosító a többletként kifizetett összeget nem követelheti vissza.

3.5.

Amennyiben a baleseti halál a baleset napjától számított egy éven, vagy a Biztosító kockázatviselésén túl következik be, a Biztosító nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

4. fejezet – A biztosítási szerződés megszűnése

Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik a 3.1. és 3.2. pont szerinti biztosítási szolgáltatás kifizetésével.

5. fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

5.1.

A Biztosítóhoz a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez a következő iratokat kell a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 8 munkanapon belül benyújtani:

- az Általános Személybiztosítási Feltételekben szabályozott iratok,
- kárbejelentő formanyomtatvány,
- kórházi zárójelentés másolata,
- halott vizsgálati bizonyítvány a halál okának megjelölésével,
- boncolási jegyzőkönyv másolata,
- rendőrségi jegyzőkönyv vagy határozat másolata,
- véralkohol-vizsgálat eredménye.

5.2.

A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő vagy a Kedvezményezett nem jelenti be 8 munkanapon belül a kár iránti igényét, illetve a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

Baleseti Rokkantságra Szóló Kiegészítő Biztosítás Kiemelt Térítéssel Különös Feltételei (A0115)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135–139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a Befektetési Egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108), a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás Különös Feltételei együtt az életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadók. Jelen kiegészítő biztosítás balesetbiztosításnak minősül, és kizárólag főbiztosítás mellé köthető.

1. fejezet – A biztosítási eseménnyel összefüggő fogalmak és meghatározások

1.1. Közlekedési baleset fogalma

Közlekedési balesetnek minősül jelen különös feltételek szerint a Biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha a Biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként szenved balesetet.

1.2. Nem közlekedési baleset

- a gyalogost ért olyan baleset, amelynek bekövetkeztében nem hatott közre mozgó jármű,
- a kerékpárost ért olyan baleset, amelynek bekövetkezésében nem hatott közre más mozgó jármű,
- a jármű utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű, vagy más jármű haladásával, illetve megállásával összefüggésben következett be.

1.3. Égési sérülés

Az égési sérülés biztosítási esemény, amennyiben a Biztosított égési sérülésből eredően maradandó egészségkárosodást szenved el, megrokkann. Napozás miatti égési sérülés nem minősül biztosítási eseménynek.

1.4. Maradandó egészségkárosodás (rokkantság)

Az orvosilag véglegesnek tekintett, gyógykezelés és rehabilitáció ellenére visszafordíthatatlan testi károsodás, mely a szokásos életvitelt, társadalmi részvételt korlátozza.

A maradandó rokkantság foka nem minden esetben azonos a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal által megállapított rokkantsági fokkal.

2. fejezet – A Biztosítottak

A Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2.1. pontjától eltérően Biztosított lehet minden 1–75 éves természetes személy.

3. fejezet – Biztosítási esemény

A Biztosító a jelen fejezet 1. és 2. pontjában meghatározott események bekövetkezésekor kizárólag az egyikre nyújt szolgáltatást:

3.1.

Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint –, amennyiben a baleset napjától számított egy éven belül megállapítást nyer, hogy a baleset következményeként a Biztosított egészsége tartósan károsodott (rokkant),

3.2.

Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint –, amennyiben a Biztosított rokkantsága közlekedési balesetből vagy égési sérülésből eredően következik be.

4. fejezet – A biztosítási összeg

4.1.

A 3. fejezet 3.1. pont szerinti biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító szolgáltatásának mértéke a szerződésben meghatározott biztosítási összeg.

4.2.

A 3. fejezet 3.2. pont szerinti biztosítási esemény esetén a Biztosító szolgáltatásának mértéke a szerződésben meghatározott biztosítási összeg 150%-a.

5. fejezet – Rokkantsági fok megállapítása

5.1.

A Biztosító a rokkantság fokát az alábbiak szerint állapítja meg:

Testrészek egészségkárosodása	Térítés
mindkét szem látóképességének teljes elvesztése mindkét felkar, alkar vagy kéz elvesztése egyik kar vagy kéz és comb vagy lábszár együttes elvesztése felső végtag és alsó végtag csonkolása mindkét comb elvesztése	100%
mindkét lábszár elvesztése egyik comb elvesztése egyik szem látóképességének elvesztése, amennyiben a Biztosított a másik szem látóképességét már előzőleg elvesztette	90%
egyik felkar elvesztése egyik lábszár elvesztése egyik alkar elvesztése beszélőképesség teljes elvesztése	80%
mindkét fül teljes hallóképességének elvesztése	70%
jobb kéz elvesztése (csuklón alul) jobbkezes Biztosított esetén bal kéz elvesztése (csuklón alul) balkezes Biztosított esetén	65%
egyik fül hallóképességének elvesztése, amennyiben a Biztosított a másik fül hallóképességét már elvesztette	60%
jobb kéz elvesztése (csuklón alul) balkezes Biztosított esetén bal kéz elvesztése (csuklón alul) jobbkezes Biztosított esetén	50%
egyik lábfej teljes elvesztése boka alatt	40%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
jobb hüvelykujj elvesztése jobbkezes Biztosított esetén bal hüvelykujj elvesztése balkezes Biztosított esetén	30%
fül hallóképességének teljes elvesztése	25%
jobb hüvelykujj elvesztése jobbkezes Biztosított esetén bal hüvelykujj elvesztése balkezes Biztosított esetén	20%
egy mutatóujj elvesztése a szaglóérzék teljes elvesztése	10%
bármely más kezujj elvesztése az ízező képesség teljes elvesztése egyik nagylábujj elvesztése	5%
bármely más lábujj elvesztése	2%

5.2.

Az egyes testrészek, érzékszervek teljes működésképtelensége esetén az előzőekben megadott fenti egészségkárosodási táblázatot kell figyelembe venni.

6. fejezet – Biztosítási szolgáltatás

A Biztosító jelen különös feltételek alapján a következő szolgáltatást nyújtja:

6.1.

A Biztosító a biztosítási összegnek a rokkantság mértékével megegyező részét (2-100%) fizeti ki.

6.2.

Ha a rokkantság mértéke a táblázat alapján nem állapítható meg, a baleseti szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvosa állapítja meg (Általános Személybiztosítási Feltételek 22.5 pont) a rendelkezésre bocsátott dokumentumok és esetleges vizsgálat alapján.

6.3.

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 károsodás mértéke szerinti összeg 20%-ának kifizetését.

6.4.

Amennyiben a tartós rokkantság mértéke nem tisztázott egyértelműen, mind a Biztosítottnak, mind a Biztosítónak joga van a baleset napjától számított 4 évig, évenként, a rokkantság mértékének újbóli megállapítását kérni. Ha a felülvizsgálat magasabb rokkantsági mértéket állapít meg, a Biztosító ennek megfelelően szolgáltat.

6.5.

Ha a Biztosított halála a balesetet követő egy éven belül a balesetből eredően következik be, rokkantsági szolgáltatásra igény nem támasztható. Amennyiben a Biztosító a baleseti halál bekövetkezte előtt már folyósított rokkantsági kifizetést, ennek összege nem követelhető vissza.

6.6.

Ha a Biztosított a balesetet követő egy éven belül nem a baleset következtében hal meg, de halálát megelőzően a balesetből eredően tartós rokkantsági szolgáltatásra jogosult lett volna, a Biztosító az utolsó orvosi vizsgálat megállapításai alapján teljesíti a rokkantsági szolgáltatást.

6.7.

Az előzőekben megadott egészségkárosodási százalékos szolgáltatások összegződhetnek, a biztosítási szolgáltatás felső határa baleseti rokkantság esetén a biztosítási összeg, közlekedési baleseti rokkantság, illetve égési sérülésből eredő baleseti rokkantság esetén a biztosítási összeg 150%-a.

7. fejezet – A biztosítási szerződés megszűnése

7.1.

Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik a Biztosított 75. életévét követő évfordulóval.

7.2.

Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik a 6. fejezetben meghatározott biztosítási szolgáltatás kifizetésével, ha a Biztosító szolgáltatása jelen kiegészítő biztosításra elérte a szerződésben meghatározott biztosítási összeget (6.7).

8. fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

8.1.

A Biztosítóhoz a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez a következő iratokat kell a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 8 munkanapon belül benyújtani:

- az Általános Személybiztosítási Feltételekben szabályozott iratok, továbbá
- kárbejelentő formanyomtatvány,
- rendőrségi jegyzőkönyv vagy határozat másolata
- véralkohol-vizsgálat eredménye
- minden olyan orvosi dokumentum, amely a baleseti rokkantságot alátámasztja (Kórházi zárójelentés, szakértői szakvélemény).

8.2.

A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő vagy a Kedvezményezett nem jelenti be 8 munkanapon belül a kár iránti igényét, illetve a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

Baleseti Műteti Térítésre Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (A0121)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135–139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a Befektetési Egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108), a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás Különös Feltételei együtt az életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadók. Jelen kiegészítő biztosítás balesetbiztosításnak minősül, és kizárólag főbiztosítás mellé köthető.

1. fejezet – A biztosítási eseménnyel összefüggő fogalmak és meghatározások

1.1.

Műtétnek számít a gyógyító, helyreállító vagy megelőző célú orvosi beavatkozás, amely a testszövetek összefüggését manuálisan, 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.

A **kórházi fekvőbeteg-gyógyellátás** alatt legalább 24 órás kórházi benntartózkodást kell érteni, mely a kórházba történő felvétellel kezdődik és a kórházból történő távozással, a kórházi zárójelentés kiadásával végződik.

1.3.

A **gyógykezelés** olyan, az illetékes minisztérium és a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (továbbiakban: szakértői intézet) által elismert orvosi beavatkozás, mely az orvostudomány általánosan elfogadott korszerű ismereteit alkalmazza az egészség újbóli helyreállítása, az egészségi állapot javítása, illetve rosszabbodása megakadályozása céljából.

1.4.

Magyarországon **kórháznak** minősülnek az illetékes minisztérium és a szakértői intézet által engedélyezett és nyilvántartott kórházak és klinikák, amelyek állandó orvosi irányítás és felügyelet alatt állnak, és a fegyveres testületek kórházai.

1.5.

Jelen feltétel szempontjából **nem minősülnek kórháznak** a tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetek, a társadalombiztosítás által fenntartott rehabilitációs központok és a szanatóriumok, valamint az idült, gyógyíthatatlan betegségekben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei, gyógyüdülők, utógondozó szanatóriumok, az idősek szociális otthonai és azok betegosztályai, a gyógyfürdők, az ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei, valamint az egyébként kórháznak minősülő intézmények ilyen jellegű osztályai.

2. fejezet – A Biztosítottak

A Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2.1. pontjától eltérően Biztosított lehet minden 1–75 éves természetes személy.

3. fejezet – Biztosítási esemény

3.1.

Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint – a biztosítási szerződés tartama alatt bekövetkező baleset miatt szükségessé váló, a baleset bekövetkezésétől számított legfeljebb egy éven belül a Biztosítotton végrehajtott, a számára káros baleseti következmények elkerülésére orvosilag szükségesnek tartott, orvos által elvégzett azon műtéti eljárások, sebészeti beavatkozások vagy a betegségek pontosabb okait felderítő műtétek, melyeket az orvosszakmai szabályok betartásával, a kórházi fekvőbeteg (legalább 24 órás benntartózkodás) gyógyellátás keretében végeznek.

3.2.

Nem képeznek biztosítási eseményt a következők: kozmetikai célú plasztikai műtét, fogászati műtét, orvosi műhiba miatti műtét, patológiás törés miatti műtét, diagnosztikus vizsgálat, implantált anyagok eltávolítása, arthroscopos ízületi- és szalagműtétek, valamint műtéti szövődmények miatti újabb műtétek.

3.3.

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a biztosítási szerződés megkötését megelőzően bekövetkezett balesetekre, vagy azok következményeként fellépő műtétekre, betegségekre és azok következményeire.

3.4.

Olyan balesetek és azok közvetlen következményei, amelyek szakorvosi megítélés alapján időben és térben jól elhatárolhatók korábbi és későbbi biztosítási eseményektől és azok következményeitől, új biztosítási eseménynek minősülnek. Ezt az elhatárolást a Biztosító orvosa végzi.

3.5.

Az ugyanazon baleset következményeként végrehajtott több műtéti beavatkozás több biztosítási eseménynek számít (3.4. pont).

3.6.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja: a baleset napja.

4. fejezet – Biztosítási szolgáltatás

A Biztosító a jelen különös feltételek alapján a következő szolgáltatást nyújtja:

4.1.

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésekor kifizeti a meghatározott műtétekre a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összegnek a jelen feltétel 1. számú mellékletében meghatározott százalékát.

4.2.

A Biztosító az orvosszakmában szokásos műtéteket nehézségi fokuknak megfelelően 5 csoportba sorolta. Az első csoportba sorolt műtétek esetén a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége 0%. A második csoportba sorolt műtétek elvégzése esetén a Biztosító térítési kötelezettsége a biztosítási összeg 25%-a, a harmadik csoportban az 50%-a, a negyedik csoportban 100%-a és az ötödik csoportban a biztosítási összeg 200%-a.

4.3.

A műtétek kivonatos listája az 1. számú melléklet formájában a jelen különös feltételek részét képezi. A részletes lista a Biztosító székhelyén. A listában nem szereplő műtétek besorolását a Biztosító orvosa a WHO-kódok alapján végzi. A műtétek besorolásánál a Biztosító azt tekintette legfontosabb szempontnak, hogy a műtét milyen fizikai és anyagi megterhelést jelent a Biztosított számára, illetve milyen hosszú ideig tart a gyógyulás, felépülés folyamata. Jelen feltételek 1. számú melléklete a tájékoztató lista az egyes műtétek kategóriákba sorolásáról, a térítési arányokról, illetve a kizárásokról.

4.4.

A biztosítási szolgáltatás a következő korlátozásokkal kerül kifizetésre:

- a) Olyan műtétek, sebészeti beavatkozások esetén, amelyek elvégzését a szerződés megkötése előtt fennálló betegségek idézték elő, azokban közrehatottak (legalább 25%-ig), a Biztosító a térítési összeget a közrehatás mértékével csökkentetten fizeti ki.
- b) Amennyiben együlésben több beavatkozás történik, a Biztosító egy – a műtéti térítés WHO-kódok listája alapján a legsúlyosabb kategóriájú – műtetre térít.

- c) A kifizetendő térítés egy biztosítási éven belül nem haladhatja meg az aktuális biztosítási összeg kétszeresét.**
d) A Biztosítottnak a biztosítás tartama alatt több biztosítási esemény bekövetkezése esetén is összesen legfeljebb a választott biztosítási összeg ötszöröse fizethető ki szolgáltatásként.

A c) pontban meghatározott esetben fedezetfeltöltésre van lehetőség a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételeinek 5.7 pontja szerint. A Biztosító a szolgáltatás teljesítésekor levélben felhívja a Szerződő figyelmét, hogy az aktuális biztosítási összeg kétszeresének megfelelő, felső határként meghatározott összeg az ugyanazon biztosítási időszakban bekövetkezett biztosítási esemény miatt kifizetésre kerülő összeggel csökken. A Biztosító egyben tájékoztatja a Szerződőt a fedezetfeltöltés lehetőségéről és részletes szabályairól, valamint meghatározza a fedezetfeltöltés díját. Ha a Szerződő a fedezetfeltöltés jogával nem él, a szerződés a kifizetett összeggel csökkentett szolgáltatási összeggel marad hatályban a folyó biztosítási időszakra.

4.5.

A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosítottnál a műtét indokoltságát és egészségi állapotát ellenőriztesse a Biztosító által megjelölt orvosokkal.

4.6.

A biztosítási esemény bekövetkezése után, a Biztosító szolgáltatását követően, a szerződés a Szerződő további díjfizetése mellett továbbra is fennmarad.

4.7.

Amennyiben a műtét elvégzésére a Biztosító kockázatviselésének megszűnését követően kerül sor, úgy a Biztosító a műtetre nem nyújt biztosítási szolgáltatást

5. fejezet – A biztosítási szerződés megszűnése

5.1.

Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik a Biztosított 75. életévét követő évfordulóval.

5.2.

Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik, amennyiben a biztosítási szolgáltatás meghaladta a 4.4. d) pontban meghatározott összeget.

6. fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

6.1.

A Biztosítóhoz a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez a következő iratokat kell a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 8 munkanapon belül benyújtani:

- az Általános Személybiztosítási Feltételekben szabályozott iratok, továbbá
- kárbejelentő formanyomtatvány,
- kórházi zárójelentés
- rendőrségi jegyzőkönyv vagy határozat másolata
- véralkohol-vizsgálat eredménye
- részletes műtéti napló.

6.2.

A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő vagy a Kedvezményezett nem jelenti be 8 munkanapon belül a kár iránti igényét, illetve a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

1. számú melléklet

Érvényes: 2014. március 15-től.

Jelen melléklet egy tájékoztató lista az egyes műtétek kategóriákba sorolásáról, illetve a kizárásokról. Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a műtétek pontos WHO-kódjait tartalmazó lista alapján, a Biztosító orvosszakértőjének szakvéleménye alapján történik a Biztosító szolgáltatásának megállapítása.

1.1. A baleseti műteti térítés biztosítás kivonatos műteti listája

Sebészeti csoportok

I. csoport: (0%-os térítés)

- Külső fül varrása
- Szemgödri implantátum behelyezése
- Bőr alatti vérömleny eltávolítása
- Bőr összevarrása

II. csoport (25%-os térítés)

- Bőr traumás hiányának megszüntetése (félvastag bőrátültetés)
- Külbokaszalag varrata műtéttel
- Csavarozás (csonttörésnél)
- Egy lábujj amputációja
- Szem kötőhártyájának varrata
- Artéria-lekötés
- Nyelv sérülés helyreállítása
- Érsérülés helyreállítása varrással
- Vékonybél sérülésének varrata
- Végbél sérülésének varrata
- Hímvessző sérülésének varrata
- Izomsérülés helyreállítása
- Feszítő ínvarrat kézen
- Ín helyreállítása műtéttel
- Ujjízületbe protézis beültetése
- Leszakadt térdszalag műteti rögzítése, helyreállítása
- Elülső keresztszalag varrata térdízületben műtéttel
- Mell baleseti sérülésének kimetszése
- Sérült ideg varrata

III. csoport (50%-os térítés)

- Teljes vastagságú bőrátültetés
- Arccsont- és állkapocscsonttörések műteti helyreállítása
- Állcsont kimetszése és rekonstrukciója/csontgraft, prothézis
- Mellkasfalsérülés rekonstrukciója
- Kéz sérülés komplex ellátása
- Érvarrat a fej nyak területén
- Érsérülés ellátása folttal
- Rekeszizom varrata (trauma miatt)
- Ízületi ficam műteti helyreállítása
- Hasnyálmirigy-sérülés ellátása
- Lépelvtávolítás sérülés miatt
- Gerincvelő körüli vérömleny eltávolítása
- Agyburok alatti vérömleny eltávolítása
- Agyállományból vérömleny eltávolítása
- Kisagyvérömleny eltávolítása
- Lemezes műteti rögzítés csonttörésnél
- Végtagi csonttörések velőúr szögezése

- Traumás szemsérülés miatt egyik szem eltávolítása
- Achilles ínruptúra rekonstrukciója
- Velőúrsínezés
- Combnyakszegezés

IV. csoport (100%-os térítés)

- Nyakcsigolyatörés, csonthelyreállító lemezes műtét
- Baleseti gégesérülés miatti gégecsomkolás
- Gerinctörés, csontdarabok kiemelése, műteti ellátása
- Lábszár, lábfej amputációja baleset miatt
- Kisagy és mélyagyi régiók részleges kiirtása sérülés miatt
- Agyhártya-, agykéregsérülés ellátása
- Helyreállító műtét nagy amputáció után
- Lumbopelvicus gerinc-stabilizáció
- Koponya-nyak átmenet csigolya sérülésének ellátása
- Mellkasfal rekonstrukció + fémimplantátum
- Agylebeny-eltávolítás
- Totál térdprotézis-beültetés roncsolásos baleset után
- Totál csípőprotézis
- Totál vállprotézis

V. csoport (200%-os térítés)

- Kar, kézfej amputációja sérülés miatt
- Impressziós koponyatörés ellátása
- Nyílt koponya, agysérülés komplex ellátása
- Teljes gégekiirtás baleseti sérülés miatt
- Comb amputációja baleset miatt (egyoldali is)
- Szívritvar sérülésének ellátása
- Szívkamra sérülésének ellátása
- Liqueurcsorgás fülön keresztül, agyalapi sérülés komplex ellátása
- Agy egyik féltekéjének az eltávolítása
- Hasi főütőér traumás sérülésének ellátása
- Mellkasi főütőér sérülésének ellátása
- Hasi artériák sérülésének ellátása
- Hasi vénák sérülésének ellátása
- Hörgők és tüdő varrása
- Kombinált mellső-hátsó gerinc-stabilizáció

Műteti Térítésre Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (A1111)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135–139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a Befektetési Egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108), a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás Különös Feltételei együtt az életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadók. Jelen kiegészítő biztosítás egészségbiztosításnak minősül, és kizárólag főbiztosítás mellé köthető.

1. fejezet – A biztosítási eseménnyel összefüggő fogalmak és meghatározások

1.1.

Műtétnek számít a gyógyító, helyreállító vagy megelőző célú orvosi beavatkozás, amely a testszövetek összefüggését manuálisan, eszközök segítségével megváltoztatja.

1.2.

A **kórházi fekvőbeteg-gyógyellátás** alatt legalább 24 órás kórházi benttartózkodást kell érteni, mely a kórházba történő felvétellel kezdődik és a kórházból történő távozással, a kórházi zárójelentés kiadásával végző.

1.3.

A **gyógykezelés** olyan, az illetékes minisztérium és a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (továbbiakban: szakértői intézet) által elismert orvosi beavatkozás, mely az orvostudomány általánosan elfogadott korszerű ismereteit alkalmazza az egészség újbóli helyreállítása, az egészségi állapot javítása, illetve rosszabbodása megakadályozása céljából.

1.4.

Magyarországon **kórháznak** minősülnek az illetékes minisztérium és a szakértői intézet által engedélyezett és nyilvántartott kórházak és klinikák, amelyek állandó orvosi irányítás és felügyelet alatt állnak, valamint a fegyveres testületek kórházai.

1.5.

Jelen feltétel szempontjából **nem minősülnek kórháznak** a tüdőbetegek számára fenntartott szanatóriumok gyógyintézetek, a társadalombiztosítás által fenntartott rehabilitációs központok és a szanatóriumok, valamint az idült, gyógyíthatatlan betegségekben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei, gyógyüdülők, utógondozó szanatóriumok, az idősek szociális otthonai és azok betegosztályai, valamint a gyógyfürdők, az ideg- és elmebetegek gyógyintézetei, gondozóintézetei, valamint az egyébként kórháznak minősülő intézmények ilyen jellegű osztályai.

2. fejezet – A Biztosítottak

A Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2.1. pontjától eltérően Biztosított lehet minden 1–65 éves természetes személy.

3. fejezet – Biztosítási esemény

3.1.

Biztosítási esemény – a jelen különös feltételek szerint – a Biztosítottakon a biztosítás hatálya alatt végrehajtott, a számukra káros baleseti és betegségi következmények elkerülésére orvosilag szükségesnek tartott, orvos által elvégzett azon

műteti eljárások, sebészeti beavatkozások vagy a betegségek pontosabb okait felderítő műtétek, amelyeket az orvos szakma szabályainak betartásával kórházi fekvőbeteg (legalább 24 órás benntartózkodás) gyógyellátás keretében végeznek.

3.2.

Nem képeznek biztosítási eseményt a következők:

- a terhesség-megszakítás,
- a mesterséges megtermékenyítés vagy fogamzásgátlás valamennyi formája,
- a kozmetikai és plasztikai műtétek,
- a szülés és azzal kapcsolatos műtétek,
- a fogászati műtétek,
- az előzőleg ismert betegségek, műtétek, valamint
- a természetgyógyászati gyógyellátások miatti műtétek.

3.3.

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a biztosítási szerződés megkötését megelőzően bekövetkező balesetekre, betegségekre és azok következményeire.

3.4.

Nem képeznek biztosítási eseményt a kockázatviselés kezdetét követő egy évben végzett sérvműtétek (comb-, lágyék, köldökműtétek), aranyér, aranyeres csomó műtete, mandula és/vagy orrmandulaműtét és a visszérműtétek.

3.5.

Olyan betegségek és azok közvetlen következményei, amelyek szakorvosi megítélés alapján időben és térben jól elhatárolhatók korábbi és későbbi biztosítási eseményektől és azok következményeitől, új biztosítási eseménynek minősülnek. Ezt az elhatárolást a Biztosító orvosa végzi.

3.6.

Az ugyanazon betegség következményeként végrehajtott több műteti beavatkozás több biztosítási eseménynek számít.

3.7.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja: a műtét elvégzésének napja.

4. fejezet – Biztosítási szolgáltatás

A Biztosító a jelen különös feltételek alapján a következő szolgáltatást nyújtja:

4.1.

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésekor kifizeti a meghatározott műtétekre a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összegnek a jelen feltétel 1. számú mellékletében meghatározott százalékát.

4.2.

A Biztosító az orvosszakmában szokásos műtéteket nehézségi fokuknak megfelelően 5 csoportba sorolta.

Az első csoportba sorolt műtétek esetén a Biztosító nem szolgáltat. A második csoportba sorolt műtétek elvégzése esetén a Biztosító térítési kötelezettsége a biztosítási összeg 25%-a, a harmadik csoportban 50%-a, a negyedik csoportban 100%-a és az ötödik csoportban a biztosítási összeg 200%-a.

4.3.

A műtétek kivonatos listája az 1. számú melléklet formájában a jelen különös feltételek részét képezi. A részletes lista a Biztosító székhelyén megtekinthető. A listában nem szereplő műtétek besorolását a Biztosító orvosa WHO-kódok alapján végzi. A műtétek besorolásánál a Biztosító azt tekintette legfontosabb szempontnak, hogy a műtét milyen fizikai és anyagi megterhelést jelent a Biztosított számára, illetve milyen hosszú ideig tart a gyógyulás, felépülés folyamata. Jelen feltétel 1. számú melléklete a tájékoztató lista az egyes műtétek kategóriákba sorolásáról, a térítési arányokról, illetve a kizárásokról.

4.4.

A biztosítási szolgáltatás a következő korlátozásokkal kerül kifizetésre:

- a) Olyan műtétek, sebészeti beavatkozások esetén, amelyek elvégzését a szerződés megkötése előtt fennálló betegségek idézték elő, azokban közrehatottak (legalább 25%-ig), a Biztosító a térítési összeget a közrehatás mértékével csökkentetten fizeti ki.

- b) Amennyiben együlésben több beavatkozás történik, a Biztosító egy – a műtéli térítés WHO-kódok listája alapján a legsúlyosabb kategóriájú – műtetre térít.**
- c) A kifizetendő térítés egy biztosítási éven belül nem haladhatja meg az aktuális biztosítási összeg kétszeresét.**
- d) A Biztosítottnak a biztosítás tartama alatt több biztosítási esemény bekövetkezése esetén is összesen legfeljebb a választott biztosítási összeg ötszöröse fizethető ki szolgáltatásként.**

A c) pontban meghatározott esetben fedezetfeltöltésre van lehetőség a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételeinek 5.7 pontja szerint. A Biztosító a szolgáltatás teljesítésekor levélben felhívja a Szerződő figyelmét, hogy az aktuális biztosítási összeg kétszeresének megfelelő, felső határként meghatározott összeg az ugyanazon biztosítási időszakban bekövetkezett biztosítási esemény miatt kifizetésre kerülő összeggel csökken. A Biztosító egyben tájékoztatja a Szerződőt a fedezetfeltöltés lehetőségéről és részletes szabályairól, valamint meghatározza a fedezetfeltöltés díját. Ha a Szerződő a fedezetfeltöltés jogával nem él, a szerződés a kifizetett összeggel csökkentett szolgáltatási összeggel marad hatályban a folyó biztosítási időszakra.

4.5.

A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosítottnál a műtét indokoltságát és egészségi állapotát ellenőriztesse a Biztosító által megjelölt orvosokkal.

4.6.

A biztosítási esemény bekövetkezése után, a Biztosító szolgáltatását követően, a szerződés a Szerződő további díjfizetése mellett továbbra is fennmarad.

4.7.

Amennyiben a műtét elvégzésére a Biztosító kockázatviselésének megszűnését követően kerül sor, úgy a Biztosító a műtetre nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

5. fejezet – A biztosítási szerződés megszűnése

5.1.

Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik a Biztosított 65. életévét követő évfordulóval.

5.2.

Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik, amennyiben a biztosítási szolgáltatás meghaladta a 4.4. d) pontban meghatározott összeget.

6. fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

6.1.

A Biztosítóhoz a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez a következő iratokat kell a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 8 munkanapon belül benyújtani:

- az Általános Személybiztosítási Feltételekben szabályozott iratok, továbbá
- kárbejelentő formanyomtatvány,
- kórházi zárójelentés
- részletes műtéli napló.

6.2.

A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő vagy a Kedvezményezett nem jelenti be 8 munkanapon belül a kár iránti igényét, illetve a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

1. számú melléklet

Tájékoztató a műtéti kategóriákról, a térítési arányokról és a kizárásokról

Érvényes: 2014. március 15-től.

Jelen melléklet egy tájékoztató lista az egyes műtétek kategóriákba sorolásáról, illetve a kizárásokról. Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a műtétek pontos WHO-kódjait tartalmazó lista alapján, a Biztosító orvosszakértőjének szakvéleménye alapján történik a Biztosító szolgáltatásának megállapítása.

1.1. A műtéti térítés biztosítás kivonatos műtéti listája

I. csoport: (0%-os térítés)

- Légmell (PTX) ellátása
- Pacemaker-beültetés és -csere
- Pacemaker és defibrillátor behelyezése
- Diagnosztikus célú exploráció, laparasztopia
- Polip eltávolítása orrüregből
- Gyomorpólip eltávolítása gasztroszkóppal
- Vastagbélből polip eltávolítása béltükrözés kapcsán
- Húgycsőszűkület eszközös tágitása
- Urétertágítás
- Méhpólip-eltávolítás
- Szájpad bemetszése (drainage, fenestratio)
- Resectio uvulae
- Szemhéjváltozások kezelése lézerrel
- Hasnyálmirigycisza bőrön keresztüli lebocsátása
- Aranyér gyűrűzése egyidejű cryokezeléssel
- Lábháti, bokatáji ganglion kimetszése

II. csoport (25%-os térítés)

- Tonsillektomia, adenotomia, residuum kimetszés
- Hallójárat osteoma, exostosis eltávolítása
- Lágycsérvműtét, egyoldali
- Lágycsérvműtét, kétoldali
- Köldöksérvműtét
- Here rekonstrukciós műtétek
- Mindkét here eltávolítása (kasztráció)
- Fültőmirigy jóindulatú daganatának eltávolítása
- Petefészek-eltávolítás, egyoldali
- Petefészek-eltávolítás, kétoldali
- Ultrahangos uréter kőzúzás
- Vakbélműtét
- Műlencse-beültetés szembe
- Szemhéjplasztika (betegség miatt)
- Intrakapszuláris szemlencse-eltávolítás
- Neurinoma-eltávolítás perifériás idegből
- Köves epehólyag laparasztopos eltávolítása
- Végbélispolyp műtéti kiirtása
- Endoszkópos arcüregműtét
- Csonttumor műtéti eltávolítása
- Lágyszövetdaganat radikális kiirtása
- Baker cysta eltávolítás
- Húgyhólyagkő endoszkópos eltávolítása

III. csoport (50%-os térítés)

- Vesepórus eltávolítása műtéttel
- Egyoldali veseeltávolítás
- Pyelotomia (vesemedence műtéti megnyitása)
- Rekeszsérvműtét
- Pajzsmirigy egyik lebenyének eltávolítása
- Vérrög eltávolítása nyaki ütőérből
- Köves epehólyag eltávolítása műtéttel
- Vagus ideg kétoldali átmetszése műtéttel és drainage
- Csecsemőmirigy-eltávolítás szegycsont átmetszéssel
- Teljes külső fül kiirtás (fülkagyló és hallójárat)
- Nyelvkkiirtás

- Egyik szem eltávolítása
- Csontok transzplantációja
- Teljes vastagságú bőrátültetés
- Csontvelő-átültetés (autolog)
- Vékonybél részleges kiirtása
- Végbélzáróizom helyreállítása műtéttel
- Agyi vérömleny eltávolítása
- Csuklóprotézis

IV. csoport (100%-os térítés)

- Kétoldali petefészek és környező szövetek radikális kiirtása
- A gyomor Billroth I és II műtéte
- Szegycsont alatti pajzsmirigy kiirtása szegycsont átmetszéssel
- Mell, nyirokcsomók és mellizom radikális kiirtása
- Légcső részleges kiirtása, anastomosis
- Mindkét vese eltávolítása
- Térdprotézis (teljes)
- Vállprotézis (teljes)
- Patkóvese-szétválasztás
- Teljes tüdőleány-eltávolítás
- Hemicolectomia (vastagbél jobb vagy bal oldali részének eltávolítása)
- Aorta (főütőér) embolectomia
- Cordotomia laminectomiával
- Retroperitoneális, kétoldali, radikális nyirokcsomó-eltávolítás
- Tüdőcisza eltávolítása
- Teljes arccsont (maxilla) eltávolítás
- Lobectomia cerebri (agylebeny) eltávolítás

V. csoport (200%-os térítés)

- Nyelv és állkapocscsont kiirtása
- Hasnyálmirigy-átültetés Szívátültetés
- Szív- és tüdőátültetés
- Szívkoszorúér bypass (nyitott szívűműtét)
- Szívbillentyűk beültetése (aorta mű-, biológiai)
- Szívaneurizma eltávolítása
- Szívpitvarból és kamrából daganat eltávolítása
- Szívpitvari szeptumhiány korrekciója (folttal)
- Szívkamraszeptum-hiány korrekciója (folttal)
- Exstirpatio myxomae cordis (szívmixóma eltávolítása)
- Nagy hasi véna kivágása és pótlása műérrel
- Nagy hasi ütőér kimetszése és pótlása műérrel
- Hasi főütőér aneurizma kimetszése
- Nyelőcső teljes kiirtása, pótlása gyomorral
- Teljes gyomorkiirtás
- Teljes végbél, vastagbél kiirtása hasfalra kivezetett székletnyílással
- Májleány (jobb vagy bal) eltávolítása
- Májátültetés
- Gerinc-stabilizáció három vagy több szegmentumban
- Agyalapimirigy-tumor kiirtása (koponyán keresztül)

Kritikus Betegségekre Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (A1114)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135–139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a Befektetési Egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108), a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás Különös Feltételei együtt az életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadók. Jelen kiegészítő biztosítás egészségbiztosításnak minősül, és kizárólag főbiztosítás mellé köthető.

1. fejezet – Biztosítási esemény

Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint –, ha a Biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt az alábbiakban felsorolt betegségek bármelyikét elszenved:

- 1 rosszindulatú daganatban való megbetegedés (rák),
- 2 szívinfarktus,
- 3 agyi érkatasztrófa,
- 4 szívkoszorúérműtét,
- 5 krónikus veseelégtelenség,
- 6 aortaműtét,
- 7 szívbillentyűműtét,
- 8 csontvelő-elégtelenség (aplasztikus anémia),
- 9 vakság,
- 10 sükettség,
- 11 beszédképesség elvesztése,
- 12 nagyfokú égés,
- 13 szervátültetés,
- 14 gyermekbénulás (poliomyelitis),
- 15 előrehaladott bőrkérgesedés (scleroderma progressiva),
- 16 szisztémás lupus erythematosus (SLE)

2. fejezet – Biztosítottak

A Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2.1. pontjától eltérően Biztosított lehet minden 1-65 éves természetes személy.

3. fejezet – Biztosítási szolgáltatás

A Biztosító a jelen különös feltételek alapján a következő szolgáltatást nyújtja:

3.1.

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésekor kifizeti a kritikus betegségekre meghatározott biztosítási összeget a Kedvezményezettnek.

3.2.

A biztosítási összeget a biztosítás tartama alatt csak egy alkalommal fizeti ki a Biztosító. Több betegség egyidejű vagy egymást követő fellépése esetén a Biztosító nem teljesít többszöri kifizetést és a biztosítási szerződés megszűnik.

3.3.

Amennyiben a biztosítás tartama során nem következik be biztosítási esemény, lejáratkor a biztosítás kifizetés nélkül szűnik meg.

4. fejezet – Kritikus betegségek definíciója

4.1. Rosszindulatú daganat (rák)

Roszindulatú daganat a rosszindulatú sejtek kontrollálatlan osztódása és az egészséges szövetek közé terjedése, azok elpusztítása. A rák meghatározása magában foglalja az egyéb szervi daganatok mellett a nyirokszövet rosszindulatú daganatait (Hodgkin és Non-Hodgkin lymphoma), a myeloma multiplexet, a leukémiát.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:

- körülírt, a környezetét nem elárasztó ún. lokális daganatok (carcinoma in situ), a szövettanilag premalignus, korai stádiumú, non-invazív daganatok (ide számítva az in situ melldaganatokat és a CIN-1, CIN-2, CIN-3 méhnyaki diszpláziákat)
- korai stádiumú prosztaták (T1a, 1b, 1c)
- bazálsejtes rák (basalioma), pikkelyes bőrrák (epithelioma), áttét nélküli melanoma, ha a tumor vastagsága 1,5 mm alatt van vagy a Clark osztályozás szerint a 3-as szint alatti
- HIV-vírus jelenléte mellett kialakult malignus tumorok
- pajzsmirigy 1 cm-nél kisebb átmérőjű T1N0M0 besorolású papilláris mikrocarcinómája
- húgyhólyag papilláris mikrocarcinómája
- RAI III stádiumnál alacsonyabb besorolású krónikus lymphoid leukémia.

A rosszindulatú daganat diagnózisát szövettani vizsgálattal, onkológus vagy pathológus állítja fel.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.

4.2. Szívinfarktus

A szívizom egy részének elhalása az érintett terület elégtelen vérellátása következtében. A diagnózis az alábbi kritériumokon alapszik:

- típusos mellkasi fájdalom
- friss és szívinfarktust bizonyító EKG-eltérés, ST-szakasz elevációval járó szívinfarktus (STEMI) kialakulása.
- szívizomelhalást jelző specifikus enzimek szintjének típusos emelkedése a vérben (CK-MB, Troponin T vagy I, egyéb biokémiai markerek)

A biztosítás nem terjed ki a nem ST-szakasz elevációval járó, emelkedett Troponin I vagy T-vel kísért szívinfarktusra (NSTEMI).

A diagnózist kardiológus szakorvos állítja fel.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.

4.3. Agyi érkatasztrófa

Az agyi érkatasztrófa olyan idegrendszeri történés – agyi trombózis, agyvérzés, koponyán kívüli embólia forrásból eredő agyi embólia – melynek akut tünetei 24 óránál hosszabb ideig fennállnak és a következményeként maradandó idegrendszeri károsodás keletkezik.

A neurológiai szakorvosi diagnózist meg kell erősítenie az agy CT vagy MRI vizsgálatának, mely friss agyi elváltozást mutat.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:

- átmeneti agyi vérkeringési zavarok (TIA),
- balesetből eredő koponyaűri vérzés,
- migrén okozta idegrendszeri tünetek,
- lacunaris stroke idegrendszeri jelek nélkül.

A biztosítási esemény időpontja megegyezik az akut esemény napjával, feltéve, hogy az ettől számított 90 nap elteltével a maradandó idegrendszeri károsodást neurológiai szakvélemény igazolja.

4.4. Szívkoszorúér-műtét

A szívkoszorúér-műtét nyitott mellkasban végzett operáció, melynek célja legalább kettő koronária artéria szűkületének vagy elzáródásának megszüntetése, megkerülő (bypass) ér beültetésével. A műtét indokolt voltát a műtétet megelőző coronarographia leletével és kardiológiai szakvéleménnyel kell igazolni.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:

- nem nagysebészeti megoldások pl. ballon katéterrel végzett tágítás, angioplasztika, stent beültetés,
- lézertechnikával végzett beavatkozás.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét elvégzésének kardiológus, szív és érsebész által igazolt napja.

4.5. Krónikus veseelégtelenség

Mindkét vese működésének krónikus, visszafordíthatatlan, végállapotnak megfelelő beszűkülését jelenti, mely rendszeres vesedialysist (haemodialysis, peritoneális dialysis) vagy veseátültetést tesz szükségessé.

A biztosítás nem terjed ki az akut vesekárosodás miatti átmeneti időre szükséges vese dialysisra.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja: a legalább 60 napot meghaladó rendszeres dialysis kezelés igazolása a dialysist végző intézmény által vagy a veseátültetés napja (attól függően, hogy melyik következik be előbb).

A diagnózist nephrológiai szakvéleménnyel, veseátültetést a transzplantációt végző intézmény zárójelentésével kell igazolni.

4.6. Aortaműtét

Nyitott mellkasban vagy hasban végzett nagyműtét az aorta szűkületének, elzáródásának, aneurizmájának (verőértágulat), dissectiojának (az aorta belső rétegének hosszanti, tovaftató berepedése) megszüntetése céljából. Ebben a megfogalmazásban a mellkasi és hasi aorta műtétéről van szó, az oldalágak nélkül.

A biztosítási esemény időpontja a műtét napja.

A biztosítás nem terjed ki a nem nagysebészeti megoldásokra, az endoszkópos vagy katéteres eljárásokra. A diagnózist kardiológiai kivizsgálással, szívsebészeti szakvéleménnyel kell alátámasztani.

4.7. Szívbillentyűműtét

Egy vagy több műbillentyű (aorta, mitrális, pulmonális, tricuspidális) nyitott mellkasban való műtéti behelyezése a billentyű stenosis, elégtelenség vagy a kettő kombinációja miatt.

A billentyűbetegség diagnózisát szívkatéteres és szívultrahang-vizsgálattal kell igazolni, a műtét szükségességét kardiológus, szívsebész szakvéleményével kell alátámasztani.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:

- valvuloplasztika,
- valvulotómia.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét napja.

4.8. Csontvelő-elégtelenség (aplasztikus anaemia)

Krónikus csontvelő-elégtelenség, mely vérszegénységben, csökkent neutrophyl fehérvérsejt és thrombocytá számban nyilvánul meg.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.

A diagnózist haematológiai szakvéleménnyel, a betegséget igazoló csontvelővizsgálat leletével kell alátámasztani.

4.9. Vakság

Mindkét szem látóképességének teljes, végleges elvesztése betegség vagy baleset következtében.

A biztosítási esemény bekövetkezési időpontját szemész szakorvos állapítja meg.

Nem képez biztosítási eseményt: a súlyos látásgyengülés, részleges vakság, látótér-csökkenés.

4.10. Süketség

Mindkét fül hallóképességének teljes, végleges elvesztése betegség vagy baleset következtében.

A biztosítási esemény bekövetkezését (a hallás minden frekvencia tartományában legalább 80 decibeles halláscsökkenését jelenti) és annak időpontját audiometriás és hallásküszöb-vizsgálattal fül-orr-gége szakorvos állapítja meg.

4.11. Beszédképesség elvesztése

Teljes és visszafordíthatatlan elvesztése a beszédképességnek a hangszálak betegsége vagy sérülése következtében.

A biztosítási esemény bekövetkezését, a diagnózist fül-orr-gégész szakorvosnak kell dokumentálnia. A beszédképesség elvesztésének legalább 6 hónap óta kell fennállnia.

4.12. Nagyfokú égés

Harmadfokú (teljes bőrvastagságot érintő) égési sérülés, amely a biztosított testfelületének legalább 20%-át érinti. Az égési sérülés a hőforrás (tűz, forró felület, gőz) vagy elektromos áram által kiváltott élőszöveti sérülés.

A biztosítás nem terjed ki nap-, röntgen-, radioaktív-, infrasugárzás, lézer, mikrohullám által okozott égési sérülésekre.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a harmadfokú égési sérülés bekövetkezésének időpontja, amelyet bőrgyógyász, sebész szakorvos igazol.

4.13. Szervátültetés

A szervátültetés olyan műtéti beavatkozást jelent, amelynek során a biztosított, mint szervet kapó (recipiens) testébe az adott szerv végállapotú károsodása miatt, más személy (donor) testéből szívet, tüdőt, májat vagy vesét első alkalommal. Az itt felsoroltakon kívül más szervekre nem terjed ki a kockázatviselés, valamint összejt-, csontvelő-, bőr-, csont beültetésre, transfúzióra sem.

A biztosítási esemény időpontja a beültetés napja, melyet a transzplantáló intézmény zárójelentésével kell igazolni.

4.14. Gyermekbénulás (a gerincvelő szürkeállományának gyulladása) (Poliomyelitis)

A poliomyelitis akut fertőzés, melyet Poliovírus okoz és bénulásos betegséghez vezet. A diagnózist infektológus, neurológus szakorvos állítja fel.

A diagnózist az alábbi két feltétel együttes jelenléte támasztja alá: a Poliovírus laboratóriumi azonosítása, a végtagok és/vagy a légzőszervek izmainak bénulása.

A biztosítási esemény időpontja a 6 hónap óta fennálló bénulás neurológus szakorvos által való igazolása. A biztosítás nem terjed ki a bénulás nélküli esetekre.

4.15. Előrehaladott bőrkérgesedés (Scleroderma progressiva)

Szisztémás kötőszövet-érrendszeri megbetegedés a bőrben, erekben és belső szervekben.

A biztosítási eseményt biopsziás és szerológiai vizsgálat egyértelmű eredményével kell alátámasztani, és bizonyítani kell: egy vagy több belső szerv (szív, tüdő, vese) érintettségét.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja, melyet immunológus, belgyógyász állít fel.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:

- Helyi bőrkérgesedés (scleroderma lineáris, morphoea),
- Fasciitis eosinophylica,
- CREST szindróma.

4.16. Szisztémás lupus erythematosus nephritisszel (SLE)

Több szervet érintő autoimmun betegség, amelyben a veseszövetet is autoantitestek és immunkomplexek lerakódása károsíthatja, melynek eredményeképpen lupus nephritis alakulhat ki.

Ebben a biztosításban az SLE diagnózisát azokra az esetekre tartjuk fenn, amikor az SLE érinti a veséket. A biztosítás kiterjed a WHO szerinti III-VI osztályú lupus nephritisre.

A lupus nephritis WHO szerinti klasszifikációja:

- Class I. Lupus glomerulonephritis minimális elváltozással,
- Class II. Mesangiális lupus glomerulonephritis,
- Class III. Focális segmentális vagy proliferatív glomerulonephritis,
- Class IV. Diffúz proliferatív glomerulonephritis,
- Class V. Diffúz membranózus glomerulonephritis,
- Class VI. Előrehaladott, szklerotizáló glomerulonephritis.

A biztosítás nem terjed ki a WHO szerinti I-II osztályú lupus nephritisre, a discoid lupusra,

A betegség diagnózisát immunológus, reumatológus, nephrológus szakorvos állapítja meg. A nephritis fennállását vesebiopsziából nyert szövettan igazolja. Ez utóbbi egyúttal a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja is.

5. fejezet – A biztosítási szerződés megszűnése**5.1.**

Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik a Biztosított 65. életévét követő évfordulóval.

5.2.

Jelen kiegészítő biztosítás a 3. fejezetben meghatározott biztosítási szolgáltatás kifizetését követően megszűnik.

6. fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok**6.1.**

A Biztosítóhoz a biztosítási szolgáltatás teljesítése érdekében a következő iratokat kell a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 8 munkanapon belül benyújtani:

- az Általános Személybiztosítási Feltételekben meghatározott iratok,
- kárbejelentő formanyomtatvány,
- **rosszindulatú daganat esetén:** onkológiai szakorvosi vélemény, zárójelentés, a daganatot bizonyító szövettani vizsgálat lelete,
- **szívinfarktus esetén:** kardiológiai szakvélemény, zárójelentés (a típusos mellkasi fájdalom leírása, az akut ST-szakasz elevációval, járó, jellemző EKG-elváltozások igazolása, a „kardiális” enzimek jellemző emelkedésének dokumentálása),
- **agyi érkatasztrófa esetén:** ideggyógyászati szakvélemény, zárójelentés, CT vagy MRI vizsgálat lelete az akut eseményről, valamint ideggyógyászati szakvélemény a 90 napon túl fennálló, maradandó idegrendszeri károsodásról,

- **koszorúérműtét esetén:** kardiológiai szakvélemény, zárójelentés, a műtét előtt készített koszorúérfestés (coronarographia) lelete és szívsebészeti zárójelentés, műtéti leírás,
- **krónikus veseelégtelenség esetén:** a kivizsgálás, a dialysis szükségességét igazoló nephrológiai leletek, kórházi zárójelentések, a legalább 60 napot meghaladó rendszeres dialysis igazolása a dialysist végző intézmény által, veseátültetés esetén a beültetést végző intézmény zárójelentése. A kockázatviselés nem terjed ki a szerződéskötéskor már várólistán levő egyénre.
- **aortaműtét esetén:** kardiológiai, szívsebészeti szakvélemény, zárójelentés, műtéti leírás,
- **szívbillentyűműtét esetén:** kardiológiai, szívsebészeti szakvélemény, zárójelentés, a műtéti leírása,
- **csontvelő-elégtelenség (aplasztikus anaemia) esetén:** haematológiai, immunológiai szakvélemény, kórházi zárójelentés, a diagnózist alátámasztó laboratóriumi és csontvelővizsgálat leletei,
- **vakság esetén:** a látóképesség teljes elvesztését igazoló vizsgálatok leletei, szemészeti szakvélemény,
- **süketség esetén:** a teljes hallásvesztést igazoló vizsgálatok leletei, fül-orr- gégészeti, audiológiai szakvélemény,
- **beszédképesség elvesztése esetén:** a diagnózis felállításakor és az azt követő 6 hónap elteltével elvégzett vizsgálatok leletei és fül-orr-gégészeti szakvélemény,
- **nagyfokú égés esetén:** bőrgyógyászati, sebészeti szakvélemény,
- **szervátültetés esetén:** a transzplantációt megelőző kivizsgálás, a transzplantációt végző intézmény zárójelentései,
- **gyermekbénulás (poliomyelitis) esetén:** infektológiai, neurológiai szakvélemény, zárójelentés a betegség akut szakáról, valamint 6 hónappal az akut esemény utáni, a maradandó bénulást igazoló neurológiai szakvélemény,
- **előrehaladott bőrkérgesedés (scleroderma progressziva) esetén:** immunológia, belgyógyászati szakvélemény, zárójelentés, szerológiai, szövettani vizsgálatok eredményei,
- **szisztémás lupus erythematosus nephritissel (SLE) esetén:** nephrológus, immunológus, reumatológus szakvéleménye, zárójelentések, vesebiopszia lelete.

6.2.

A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő vagy a Kedvezményezett nem jelenti be 8 munkanapon belül a kár iránti igényét, illetve a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

Végleges Rokkantság Esetére Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (A1103)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135–139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a Befektetési Egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108), a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás Különös Feltételei együtt az életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadók. Jelen kiegészítő biztosítás egészségbiztosításnak minősül, és kizárólag főbiztosítás mellé köthető.

1. fejezet – A biztosítási eseménnyel összefüggő fogalmak és meghatározások

1.1.

Rokkantsági minősítési kategóriák: a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (továbbiakban: szakértői intézet) által kiadott szakhatósági állásfoglalás megállapítja a Biztosított egészségkárosodásán alapuló egészségi állapotát és rokkantsági minősítési kategóriákba sorolja. Jelen feltétel szempontjából az alábbi rokkantsági minősítési kategóriákba történő besorolás esetén szolgálat a Biztosító

- **D kategória:** ebbe a minősítési kategóriába tartozik az, akinek az egészségi állapota 1–30% között van és orvosszakmai szempontból önellátásra képes,
- **E kategória:** ebbe a minősítési kategóriába tartozik az, akinek az egészségi állapota 1–30% között van és orvosszakmai szempontból önellátásra nem vagy csak segítséggel képes.

1.2.

Egészségi állapot százalékos mértéke: Megállapítása az össz-szervezeti egészségkárosodás mértékének figyelembevételével történik úgy, hogy 100%-ból ki kell vonni az össz-szervezeti egészségkárosodás mértékét.

2. fejezet – A Biztosítottak

2.1.

A Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2.1. pontjától eltérően Biztosított lehet minden 1–65 éves természetes személy.

2.2.

Nem lehet Biztosított

- akinek részére rokkantsági vagy rehabilitációs ellátást állapítottak meg, illetve aki ilyen jellegű kérelemmel fordult a nyugdíj-biztosítási igazgatósághoz,
- aki a kockázatviselést megelőzően már rendelkezett a szakértői intézet szakhatósági állásfoglalásával, illetve kérelmet nyújtott be az említett intézetnél egészségkárosodásának megállapítása céljából,
- aki az ajánlat felvételének időpontjában folyamatos, 100 napot meghaladó sajátjogú betegállományban van.

3. fejezet – Biztosítási esemény

3.1.

Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint – ha a Biztosított a biztosítási szerződés hatálya alatt, betegség vagy baleset következtében olyan mértékű egészségkárosodást, rokkantságot szenved el, melyet a Biztosító a szakértői intézet szakhatósági állásfoglalása alapján D, E minősítési kategóriájú rokkantságnak fogad el.

3.2.

A rokkantság kezdetének időpontja az a dátum, amelytől a szakértői intézet az egészségkárosodást megállapította.

4. fejezet – Biztosítási szolgáltatás

A Biztosító a jelen különös feltételek alapján a következő szolgáltatást nyújtja:

4.1.

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésekor a D minősítésű rokkantsági szakhatósági állásfoglalás bemutatása után a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki, feltéve, hogy a rokkantság előidéző oka (baleset, betegség) a szerződés hatálya alatt következett be.

4.2.

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésekor az E minősítésű rokkantsági szakhatósági állásfoglalás bemutatása után a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki, feltéve, hogy a rokkantság előidéző oka (baleset, betegség) a szerződés hatálya alatt következett be.

4.3.

Nem nyújtható szolgáltatás a biztosítási szerződés hatálybalépése előtt bekövetkezett betegségekre és balesetekre.

5. fejezet – A biztosítási szerződés megszűnése

5.1.

Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik a Biztosított 65. életévét követő évfordulóval.

5.2.

Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik, amennyiben a 4. fejezetben meghatározott biztosítási szolgáltatás bármelyike kifizetésre kerül.

6. fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

6.1.

A Biztosítóhoz a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez a következő iratokat kell a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 8 munkanapon belül benyújtani:

- az Általános Személybiztosítási Feltételekben meghatározott iratok, továbbá
- kárbejelentő formanyomtatvány,
- a nyugdíjbiztosítási igazgatósághoz benyújtott kérelem másolata,
- a szakértői intézet rokkantsági szakhatósági állásfoglalása,
- a szakértői intézet rokkantsági szakhatósági állásfoglalását alátámasztó orvosi (pl. leletek, zárójelentés stb.) és szakmai indoklások dokumentumai,
- baleset körülményét igazoló hivatalos hatósági határozat (rendőrségi, légügyi stb.) és a balesetet alátámasztó összes orvosi dokumentum.

6.2.

A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő vagy a Kedvezményezett nem jelenti be 8 munkanapon belül a kár iránti igényét, illetve a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

Díjátvállalás Rokkantság Esetére Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (A8112)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135–139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a Befektetési Egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108), a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás Különös Feltételei együtt az életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadóak. Jelen kiegészítő biztosítás egészségbiztosításnak minősül, és kizárólag főbiztosítás mellé, a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú melléklet 7. pontjában meghatározott csomagban köthető.

1. fejezet – A biztosítási eseménnyel összefüggő fogalmak és meghatározások

1.1.

Szakértői Intézet: Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (továbbiakban: szakértői intézet)

1.2.

Rokkantsági minősítési kategóriák: a szakértői intézet által kiadott szakhatósági állásfoglalás megállapítja a Biztosított egészségkárosodásán alapuló egészségi állapotát és rokkantsági minősítési kategóriákba sorolja. Jelen feltétel szempontjából az alábbi rokkantsági minősítési kategóriákba történő besorolás esetén szolgáltat a Biztosító

- **D kategória:** ebbe a minősítési kategóriába tartozik az, akinek az egészségi állapota 1–30% között van és orvosszakmai szempontból önellátásra képes,
- **E kategória:** ebbe a minősítési kategóriába tartozik az, akinek az egészségi állapota 1–30% között van és orvosszakmai szempontból önellátásra nem vagy csak segítséggel képes.

1.3.

Egészségi állapot százalékos mértéke: Megállapítása az össz-szervezeti egészségkárosodás mértékének figyelembevételével történik úgy, hogy 100%-ból ki kell vonni az össz-szervezeti egészségkárosodás mértékét.

2. fejezet – A Biztosítottak

2.1.

A Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2.1. pontjától eltérően Biztosított lehet a Befektetési Egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108) 2. fejezete szerinti Szerződő Főbiztosított, amennyiben jelen kiegészítő biztosítást választja.

2.2.

Biztosított lehet minden **18–65 éves** természetes személy, a 2.1. pont figyelembevételével.

2.3.

Nem lehet Biztosított

- akinek részére rokkantsági vagy rehabilitációs ellátást állapítottak meg, illetve aki ilyen jellegű kérelemmel fordult a nyugdíjbiztosítási igazgatósághoz.,
- aki a kockázatviselést megelőzően már rendelkezett a szakértői intézet szakhatósági állásfoglalásával, illetve kérelmet nyújtott be az említett intézetnél egészségkárosodásának megállapítása céljából,
- aki az ajánlat felvételének időpontjában folyamatos, 100 napot meghaladó sajátjogú betegállományban van.

3. Fejezet – Biztosítási esemény

Végleges rokkantság (D, E kategória) biztosítási eseménye

3.1.

Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint – ha a Biztosított a biztosítási szerződés hatálya alatt, betegség vagy baleset következtében olyan mértékű egészségkárosodást, rokkantságot szenved el, melyet a Biztosító a szakértői intézet szakhatósági állásfoglalása alapján D, E minősítési kategóriájú rokkantságnak fogad el.

3.2.

A biztosítási esemény időpontja az a dátum, amelytől a szakértői intézet az egészségkárosodást megállapította.

Súlyos (legalább 50%-os) baleseti eredetű rokkantság biztosítási eseménye

3.3.

Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint –, ha a baleset napjától számított egy éven belül kiderül, hogy a baleset következményeként a Biztosított egészsége tartósan, véglegesen károsodott, 50%-os vagy azt meghaladó mértékben megrokkant.

3.4.

A rokkantság fokát az alábbiak szerint állapítja meg a Biztosító:

Testrészek egészségkárosodása	Térítés
mindkét szem látóképességének teljes elvesztése mindkét felkar, alkar vagy kéz elvesztése egyik kar vagy kéz és comb vagy lábszár együttes elvesztése felső végtag és alsó végtag csonkolása mindkét comb elvesztése	100%
mindkét lábszár elvesztése egyik comb elvesztése egyik szem látóképességének elvesztése, amennyiben a Biztosított a másik szem látóképességét már előzőleg elvesztette	90%
egyik felkar elvesztése egyik lábszár elvesztése egyik alkar elvesztése beszélőképesség teljes elvesztése	80%
mindkét fül teljes hallóképességének elvesztése	70%
jobb kéz elvesztése (csuklón alul) jobbkezes ügyfél esetén bal kéz elvesztése (csuklón alul) balkezes ügyfél esetén	65%
egyik fül hallóképességének elvesztése, amennyiben a biztosított a másik fül hallóképességét már elvesztette	60%
jobb kéz elvesztése (csuklón alul) balkezes ügyfél esetén bal kéz elvesztése (csuklón alul) jobbkezes ügyfél esetén	50%

3.5.

A fenti egészségkárosodási tábla tájékoztató jellegű, és csak iránymutatásként szolgál, nem tartalmazza az összes lehetséges egészségkárosodást és rokkantsági százalékot.

3.6.

A balesetből eredő végleges egészségkárosodási százalékos szolgáltatások mértéke összeadódik és amennyiben ezek együttes összege eléri az 50%-ot, ez a mérték jogosítja a biztosítási szolgáltatásra.

3.7.

A Biztosító csak az 50%-os vagy azt meghaladó mértékű balesetből eredő, maradandó végleges egészségkárosodás esetén szolgáltat.

3.8.

Ha a baleseti rokkantság foka a táblázat alapján nem állapítható meg, a szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A balesetből eredő maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvosa állapítja meg.

3.9.

Amennyiben a balesetből eredő maradandó végleges egészségkárosodás megállapított mértékét a Biztosított nem fogadja el, abban az esetben a Biztosító az általa felkért független orvosszakértő véleményének figyelembevételével állapítja meg a rokkantság fokát.

3.10.

A baleset utáni első évben a rokkantsági szolgáltatásra csak akkor kerülhet sor, ha a balesetből eredő, maradandó egészségkárosodás orvosi szempontból végleges.

4. Fejezet – Biztosítási szolgáltatás

A Biztosító a jelen különös feltételek alapján a következő szolgáltatásokat nyújtja:

4.1.

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezését követően a D vagy E minősítési kategóriájú rokkantságot megállapító szakhatósági állásfoglalás benyújtása után (3.1. – 3.3. pontok), vagy súlyos baleseti rokkantság esetén (3.3. – 3.10. pontok) a Biztosító orvosának szakvéleménye alapján **a következő biztosítási hónap fordulójától átvállalja a főbiztosítás biztosítási díjának fizetését** a főbiztosítás lejáratáig, illetve figyelembe véve a 4.5. pontot, jelen kiegészítő biztosítás megszűnéséig, olyan formában, hogy az aktuális folyamatos díjat havi részletekben megfizeti a Szerződő helyett a Biztosítónak.

4.2.

Amennyiben a biztosítási eseményt megelőző egy évben a főbiztosítás díja az értékkevetést meghaladó mértékben emelkedett, úgy az emelés előtti díj értékkevetéssel növelt értékét kell aktuális díjként kezelni.

4.3.

A biztosítási szolgáltatás feltétele, hogy a rokkantság előidéző oka (baleset vagy betegség) a szerződés hatálya alatt következzen be és a nyugdíjbiztosítási igazgatóságnál a rokkantsággal összefüggő igénybejelentést a Biztosított a kockázatviselés tartama alatt kezdeményezze.

4.4.

A Biztosító a biztosítási szolgáltatást legfeljebb a főbiztosítás tartamának végéig, de **maximum 20 évig**, illetve legkésőbb annak a biztosítási évnek a végéig vállalja át, amelyben a Biztosított a 65. életévét betölti. A Biztosító szolgáltatása megszűnik abban az esetben is, ha a Biztosított egészségi állapota már nem felel meg a 3. fejezetben meghatározott rokkantsági kategóriák egyikének sem.

A Biztosító ebben az esetben az egészségi állapot megváltozásának a szakértői intézet által meghatározott dátumát követő hónapfordulójáig nyújt szolgáltatást.

4.5.

Bármelyik biztosítási esemény (3. fejezet) bekövetkezése esetén jelen kiegészítő biztosítás kockázatviselése megszűnik, de jelen kiegészítő biztosítás szolgáltatása a 4.4. pont figyelembe vételével a főbiztosítás lejáratáig folytatódik, **amennyiben a Biztosított életben van.**

4.6.

A megkezdett biztosítási szolgáltatást követően, a szolgáltatás befejezéséig minden évben egy alkalommal a Biztosítottnak írásban kell nyilatkoznia életben létéről a Biztosító által megküldött formanyomtatványon. A nyilatkozat hiányában a Biztosító a szolgáltatását felfüggeszti. Amennyiben a szakhatósági állásfoglalásban felülvizsgálati időpontot jelölt meg a szakértői intézet, az új felülvizsgálati állásfoglalás kézhezvételét követően 8 munkanapon belül a Biztosított köteles annak másolatát a Biztosító részére megküldeni, igazolandó a szolgáltatásra való jogosultság fennállását. Ennek hiányában a Biztosító a szolgáltatást felfüggesztheti.

4.7.

Amennyiben egyidejűleg több biztosítási esemény következik be, a Biztosító mindig az elsőként bekövetkezett biztosítási esemény alapján teljesíti a szolgáltatást.

4.8.

Amennyiben a biztosítási esemény bekövetkezését követően, de a szolgáltatási igény bejelentése előtt a Biztosított elhalálozik, a Biztosító visszatéríti a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja és a halálestet időpontja között levont díjakat.

4.9.

A Biztosító jogosult a biztosítási szolgáltatási összeg felső határát megállapítani, amelynek mértékét a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételeinek 2. számú melléklet 7. pontja tartalmazza.

4.10.

Egy adott biztosítási szerződés vonatkozásában a Biztosító egyidejűleg csak egy kiegészítő biztosításra nyújt díjtvállalási szolgáltatást.

4.11.

Egy adott biztosítási szerződésen egyszerre bekövetkező, díjtvállalásra szóló biztosítási események esetén a Biztosító automatikusan a hosszabb hátralévő tartamra szóló kiegészítő biztosítás alapján nyújt szolgáltatást.

5. Fejezet – A biztosítási összeg

5.1.

Jelen kiegészítő biztosítás biztosítási összege a főbiztosítás aktuális folyamatos éves díja, amelyet a főbiztosítás különös feltételeinek 8.3. pontja szerint magyar forintban határoz meg a Biztosító.

5.2.

Jelen kiegészítő biztosítás biztosítási összege nem haladhatja meg a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú melléklet 7. pontjában meghatározott összeget.

5.3.

Amennyiben a Szerződő a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú melléklet 7. pontjában meghatározott összegnél magasabb biztosítási összegre vonatkozóan kívánja a kiegészítő biztosítást megkötni, a Biztosító a kockázat-elbíráláshoz további dokumentumok benyújtását kérheti.

6. Fejezet – A biztosítási szerződés tartama, megszűnése

6.1.

Jelen kiegészítő biztosítás **határozatlan tartamú**, de megszűnik legkésőbb a Biztosított 65. életévének betöltését követő évfordulóval, a főbiztosítás más biztosítottjára kötött díjtvállalásra szóló kiegészítő biztosításra vonatkozó biztosítási esemény bekövetkezésével, vagy a főbiztosítás megszűnésével, az egészségi állapot 4.4. pont szerinti megváltozásával, illetve a szolgáltatás 20. évében.

6.2.

A főbiztosítás **díjmentesítésével** [Befektetési egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108) 9.8. – 9.11. pont] jelen kiegészítő biztosítás megszűnik, de a díjfizetés visszaállításával jelen kiegészítő biztosítás írásban újra igényelhető.

6.3.

A főbiztosítás **díjszüneteltetésével** [Befektetési egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108) 9.5. – 9.7. pontok] jelen kiegészítő biztosítás megszűnik, de a díjfizetés visszaállításával jelen kiegészítő biztosítás írásban újra igényelhető.

7. Fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

7.1.

A Szerződő az alább felsorolt dokumentumok benyújtására köteles az esemény bekövetkezését követő 8 munkanapon belül:

- az Általános Személybiztosítási Feltételekben meghatározott iratok, továbbá
- kárbejelentő formanyomtatvány,
- a nyugdíjbiztosítási igazgatósághoz benyújtott kérelem másolata,
- a szakértői intézet rokkantsági szakhatósági állásfoglalása,
- a szakértői intézet rokkantsági szakhatósági állásfoglalását alátámasztó orvosi (pl. leletek, zárójelentés stb.) és szakmai indoklások dokumentumai,
- baleset körülményét igazoló hivatalos hatósági határozat (rendőrségi, légügyi, stb.) és a balesetet alátámasztó összes orvosi dokumentum.

7.2.

A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő vagy a Kedvezményezett nem jelenti be 8 munkanapon belül a kár iránti igényét, illetve a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

8. Fejezet – Egyéb rendelkezések

8.1.

Jelen kiegészítő biztosításra a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 3. számú melléklet 3.2. pontjában meghatározott **többletszolgáltatásra vonatkozó rendelkezés nem érvényes.**

8.2.

Jelen kiegészítő biztosításra a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 3. számú melléklet 3.4. pontjában meghatározott **többszörösre vonatkozó rendelkezés nem érvényes.**

Egyszeri Térítés Rokkantság Esetére Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (A1112)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135–139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a Befektetési Egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108), a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás Különös Feltételei együtt az életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadóak. Jelen kiegészítő biztosítás egészségbiztosításnak minősül, és kizárólag főbiztosítás mellé, a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú melléklet 7. pontjában meghatározott csomagban köthető.

1. fejezet – A biztosítási eseménnyel összefüggő fogalmak és meghatározások

1.1.

Szakértői Intézet: Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (továbbiakban: szakértői intézet)

1.2.

Rokkantsági minősítési kategóriák: a szakértői intézet által kiadott szakhatósági állásfoglalás megállapítja a Biztosított egészségkárosodásán alapuló egészségi állapotát és rokkantsági minősítési kategóriákba sorolja. Jelen feltétel szempontjából az alábbi rokkantsági minősítési kategóriákba történő besorolás esetén szolgáltat a Biztosító

- **D kategória:** ebbe a minősítési kategóriába tartozik az, akinek az egészségi állapota 1–30% között van és orvosszakmai szempontból önellátásra képes,
- **E kategória:** ebbe a minősítési kategóriába tartozik az, akinek az egészségi állapota 1–30% között van és orvosszakmai szempontból önellátásra nem vagy csak segítséggel képes.

1.3.

Egészségi állapot százalékos mértéke: Megállapítása az össz-szervezeti egészségkárosodás mértékének figyelembevételével történik úgy, hogy 100%-ból ki kell vonni az össz-szervezeti egészségkárosodás mértékét.

2. fejezet – A Biztosítottak

2.1.

A Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2.1. pontjától eltérően Biztosított lehet a Befektetési Egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108) 2. fejezete szerinti Szerződő Főbiztosított, amennyiben jelen kiegészítő biztosítást választja.

2.2.

Biztosított lehet minden **18–65 éves** természetes személy, a 2.1. pont figyelembevételével.

2.3.**Nem lehet Biztosított**

- akinek részére rokkantsági vagy rehabilitációs ellátást állapítottak meg, illetve aki ilyen jellegű kérelemmel fordult a nyugdíjbiztosítási igazgatósághoz,
- aki a kockázatviselést megelőzően már rendelkezett a szakértői intézet szakhatósági állásfoglalásával, illetve kérelmet nyújtott be az említett intézetnél egészségkárosodásának megállapítása céljából,
- aki az ajánlat felvételének időpontjában folyamatos, 100 napot meghaladó sajátjogú betegállományban van.

3. Fejezet – Biztosítási esemény**Végleges rokkantság (D, E kategória) biztosítási eseménye****3.1.**

Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint – ha a Biztosított a biztosítási szerződés hatálya alatt, betegség vagy baleset következtében olyan mértékű egészségkárosodást, rokkantságot szenved el, melyet a Biztosító a szakértői intézet szakhatósági állásfoglalása alapján D, E minősítési kategóriájú rokkantságnak fogad el.

3.2.

A biztosítási esemény időpontja az a dátum, amelytől a szakértői intézet az egészségkárosodást megállapította.

Súlyos (legalább 50%-os) baleseti eredetű rokkantság biztosítási eseménye**3.3.**

Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint – ha a baleset napjától számított egy éven belül kiderül, hogy a baleset következményeként a Biztosított egészsége tartósan, véglegesen károsodott 50%-os vagy azt meghaladó mértékben megrokkant.

3.4.

A rokkantság fokát az alábbiak szerint állapítja meg a Biztosító:

Testrészek egészségkárosodása	Térítés
mindkét szem látóképességének teljes elvesztése mindkét felkar, alkar vagy kéz elvesztése egyik kar vagy kéz és comb vagy lábszár együttes elvesztése felső végtag és alsó végtag csonkolása mindkét comb elvesztése	100%
mindkét lábszár elvesztése egyik comb elvesztése egyik szem látóképességének elvesztése, amennyiben a Biztosított a másik szem látóképességét már előzőleg elvesztette	90%
egyik felkar elvesztése egyik lábszár elvesztése egyik alkar elvesztése beszélőképesség teljes elvesztése	80%
mindkét fül teljes hallóképességének elvesztése	70%
jobb kéz elvesztése (csuklón alul) jobbkezes ügyfél esetén bal kéz elvesztése (csuklón alul) balkezes ügyfél esetén	65%
egyik fül hallóképességének elvesztése, amennyiben a biztosított a másik fül hallóképességét már elvesztette	60%
jobb kéz elvesztése (csuklón alul) balkezes ügyfél esetén bal kéz elvesztése (csuklón alul) jobbkezes ügyfél esetén	50%

3.5.

A fenti egészségkárosodási tábla tájékoztató jellegű, és csak iránymutatásként szolgál, nem tartalmazza az összes lehetséges egészségkárosodást és rokkantsági százalékot.

3.6.

A balesetből eredő végleges egészségkárosodási százalékos szolgáltatások mértéke összeadódik és amennyiben ezek együttes összege eléri az 50%-ot, ez a mérték jogosítja a biztosítási szolgáltatásra.

3.7.

A Biztosító csak az 50%-os vagy azt meghaladó mértékű balesetből eredő, maradandó végleges egészségkárosodás esetén szolgáltat.

3.8.

Ha a baleseti rokkantság foka a táblázat alapján nem állapítható meg, a szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A balesetből eredő, maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvosa állapítja meg.

3.9.

Amennyiben a balesetből eredő maradandó végleges egészségkárosodás megállapított mértékét a Biztosított nem fogadja el, abban az esetben a Biztosító az általa felkért független orvosszakértő véleményének figyelembevételével állapítja meg a rokkantság fokát.

3.10.

A baleset utáni első évben a rokkantsági szolgáltatásra csak akkor kerülhet sor, ha a balesetből eredő, maradandó egészségkárosodás orvosi szempontból végleges.

4. fejezet – Biztosítási szolgáltatás

A Biztosító a jelen különös feltételek alapján a következő szolgáltatásokat nyújtja:

4.1.

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezését követően, a D vagy E minősítési kategóriájú rokkantságot megállapító szakhatósági állásfoglalás benyújtása után (3.1. – 3.3. pontok), vagy súlyos baleseti rokkantság esetén (3.3. – 3.10. pontok) a Biztosító orvosának szakvéleménye alapján **egyszeri alkalommal egyösszegű szolgáltatást nyújt**, amelynek összege megegyezik a főbiztosítás **aktuális folyamatos éves biztosítási díjának négyszeresével**.

4.2.

Amennyiben a biztosítási eseményt megelőző egy évben a főbiztosítás díja az értékkövetést meghaladó mértékben emelkedett, úgy az emelés előtti díj értékkövetéssel növelt értékét kell aktuális díjként kezelni.

4.3.

A biztosítási szolgáltatás feltétele, hogy a rokkantság előidéző oka (baleset vagy betegség) a szerződés hatálya alatt következett be és a Biztosított a nyugdíjbiztosítási igazgatóságnál a rokkantsággal összefüggő igénybejelentését a kockázatviselés tartama alatt kezdeményezte.

4.4.

Bármelyik biztosítási esemény (3. fejezet) bekövetkezése esetén jelen kiegészítő biztosítás megszűnik.

4.5.

Amennyiben egyidejűleg több biztosítási esemény következik be, a Biztosító mindig az elsőként bekövetkezett biztosítási esemény alapján teljesíti a szolgáltatást.

4.6.

A Biztosító jogosult a biztosítási szolgáltatási összeg felső határát megállapítani, amelynek mértékét a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételeinek 2. számú melléklet 7. pontja tartalmazza.

5. fejezet – A biztosítási összeg

5.1.

Jelen kiegészítő biztosítás biztosítási összege a főbiztosítás aktuális éves díjának a négyszerese, amelyet a főbiztosítás különös feltételeinek 8.3. pontja szerint magyar forintban határoz meg a Biztosító.

5.2.

Jelen kiegészítő biztosítás biztosítási összege nem haladhatja meg a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú melléklet 7. pontjában meghatározott összeget

5.3.

Amennyiben a Szerződő a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú melléklet 7. pontjában meghatározott összegnél magasabb biztosítási összegre vonatkozóan kívánja a kiegészítő biztosítást megkötni, a Biztosító a kockázat-elbíráláshoz további dokumentumok benyújtását kérheti.

6. fejezet – A biztosítási szerződés tartama, megszűnése**6.1.**

Jelen kiegészítő biztosítás **határozatlan tartamú**, de megszűnik legkésőbb a Biztosított 65. életévének betöltését követő évfordulóval, vagy a főbiztosítás megszűnésével, illetve a szolgáltatás 20. évében.

6.2.

Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik, amennyiben a 4. fejezetben meghatározott egyösszegű szolgáltatás kifizetésre kerül.

6.3.

A főbiztosítás **díjmentesítésével** [Befektetési egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108) 9.8. – 9.11. pont] jelen kiegészítő biztosítás megszűnik, de a díjfizetés visszaállításával jelen kiegészítő biztosítás írásban újra igényelhető.

6.4.

A főbiztosítás **díjszüneteltetésével** [Befektetési egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108) 9.5. – 9.7. pont] jelen kiegészítő biztosítás megszűnik, de a díjfizetés visszaállításával jelen kiegészítő biztosítás írásban újra igényelhető.

7. fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok**7.1.**

A Szerződő az alább felsorolt dokumentumok benyújtására köteles az esemény bekövetkezését követő 8 munkanapon belül:

- az Általános Személybiztosítási Feltételekben meghatározott iratok, továbbá
- kárbejelentő formanyomtatvány,
- a nyugdíjbiztosítási igazgatósághoz benyújtott kérelem másolata,
- a szakértői intézet rokkantsági szakhatósági állásfoglalása,
- a szakértői intézet rokkantsági szakhatósági állásfoglalását alátámasztó orvosi (pl. leletek, zárójelentés stb.) és szakmai indoklások dokumentumai,
- baleset körülményét igazoló hivatalos hatósági határozat (rendőrségi, légügyi stb.) és a balesetet alátámasztó összes orvosi dokumentum.

7.2.

A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő vagy a Kedvezményezett nem jelenti be 8 munkanapon belül a kár iránti igényét, illetve a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

8. fejezet – Egyéb rendelkezések**8.1.**

Jelen kiegészítő biztosításra a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 3. számú melléklet 3.2. pontjában meghatározott **többletszolgáltatásra vonatkozó rendelkezés nem érvényes.**

8.2.

Jelen kiegészítő biztosításra a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 3. számú melléklet 3.4. pontjában meghatározott **többszörözésre vonatkozó rendelkezés nem érvényes.**

Járadékszolgáltatás Rokkantság Esetére Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (A9113)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135–139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a Befektetési Egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108), a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és a jelen kiegészítő biztosítás Különös Feltételei együtt az életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadóak. Jelen kiegészítő biztosítás egészségbiztosításnak minősül, és kizárólag főbiztosítás mellé, a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú melléklet 7. pontjában meghatározott csomagban köthető.

1. fejezet – A biztosítási eseménnyel összefüggő fogalmak és meghatározások

1.1.

Szakértői Intézet: Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (továbbiakban: szakértői intézet)

1.2.

Rokkantsági minősítési kategóriák: a szakértői intézet által kiadott szakhatósági állásfoglalás megállapítja a Biztosított egészségkárosodásán alapuló egészségi állapotát és rokkantsági minősítési kategóriákba sorolja. Jelen feltétel szempontjából az alábbi rokkantsági minősítési kategóriákba történő besorolás esetén szolgáltat a Biztosító

- **D kategória:** ebbe a minősítési kategóriába tartozik az, akinek az egészségi állapota 1–30% között van és orvosszakmai szempontból önellátásra képes,
- **E kategória:** ebbe a minősítési kategóriába tartozik az, akinek az egészségi állapota 1–30% között van és orvosszakmai szempontból önellátásra nem vagy csak segítséggel képes.

1.3.

Egészségi állapot százalékos mértéke: Megállapítása az össz-szervezeti egészségkárosodás mértékének figyelembevételével történik úgy, hogy 100%-ból ki kell vonni az össz-szervezeti egészségkárosodás mértékét.

2. fejezet – A Biztosítottak

2.1.

A Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2.1. pontjától eltérően Biztosított lehet a Befektetési Egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108) 2. fejezete szerinti Szerződő Főbiztosított, amennyiben jelen kiegészítő biztosítást választja.

2.2.

Biztosított lehet minden **18–65 éves** természetes személy, a 2.1. pont figyelembevételével.

2.3.

Nem lehet Biztosított

- akinek részére rokkantsági vagy rehabilitációs ellátást állapítottak meg, illetve aki ilyen jellegű kérelemmel fordult a nyugdíjbiztosítási igazgatósághoz,
- aki a kockázatviselést megelőzően már rendelkezett a szakértői intézet szakhatósági állásfoglalásával, illetve kérelmet nyújtott be az említett intézetnél egészségkárosodásának megállapítása céljából,
- aki az ajánlat felvételének időpontjában folyamatos, 100 napot meghaladó sajátjogú betegállományban van.

3. Fejezet – Biztosítási esemény

Végleges rokkantság (D, E kategória) biztosítási eseménye

3.1.

Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint – ha a Biztosított a biztosítási szerződés hatálya alatt, betegség vagy baleset következtében olyan mértékű egészségkárosodást, rokkantságot szenved el, melyet a Biztosító a szakértői intézet szakhatósági állásfoglalása alapján D, E minősítési kategóriájú rokkantságnak fogad el.

3.2.

A biztosítási esemény időpontja az a dátum, amelytől a szakértői intézet az egészségkárosodást megállapította.

Súlyos (legalább 50%-os) baleseti eredetű rokkantság biztosítási eseménye

3.3.

Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint – ha a baleset napjától számított egy éven belül kiderül, hogy a baleset következményeként a Biztosított egészsége tartósan, véglegesen károsodott, 50%-os vagy azt meghaladó mértékben megrokkant.

3.4.

A rokkantság fokát az alábbiak szerint állapítja meg a Biztosító:

Testrészek egészségkárosodása	Térítés
mindkét szem látóképességének teljes elvesztése mindkét felkar, alkar vagy kéz elvesztése egyik kar vagy kéz és comb vagy lábszár együttes elvesztése felső végtag és alsó végtag csonkolása mindkét comb elvesztése	100%
mindkét lábszár elvesztése egyik comb elvesztése egyik szem látóképességének elvesztése, amennyiben a Biztosított a másik szem látóképességét már előzőleg elvesztette	90%
egyik felkar elvesztése egyik lábszár elvesztése egyik alkar elvesztése beszélőképesség teljes elvesztése	80%
mindkét fül teljes hallóképességének elvesztése	70%
jobb kéz elvesztése (csuklón alul) jobbkezes ügyfél esetén bal kéz elvesztése (csuklón alul) balkezes ügyfél esetén	65%
egyik fül hallóképességének elvesztése, amennyiben a biztosított a másik fül hallóképességét már elvesztette	60%
jobb kéz elvesztése (csuklón alul) balkezes ügyfél esetén bal kéz elvesztése (csuklón alul) jobbkezes ügyfél esetén	50%

3.5.

A fenti egészségkárosodási tábla tájékoztató jellegű és csak iránymutatásként szolgál, nem tartalmazza az összes lehetséges egészségkárosodást és rokkantsági százalékot.

3.6.

A balesetből eredő végleges egészségkárosodási százalékos szolgáltatások mértéke összeadódik és amennyiben ezek együttes összege eléri az 50%-ot, ez a mérték jogosít a biztosítási szolgáltatásra.

3.7.

A Biztosító csak az 50%-os vagy azt meghaladó mértékű balesetből eredő, maradandó végleges egészségkárosodás esetén szolgáltat.

3.8.

Ha a baleseti rokkantság foka a táblázat alapján nem állapítható meg, a szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A balesetből eredő, maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvosa állapítja meg.

3.9.

Amennyiben a balesetből eredő, maradandó végleges egészségkárosodás megállapított mértékét a Biztosított nem fogadja el, abban az esetben a Biztosító az általa felkért független orvosszakértő véleményének figyelembe vételével állapítja meg a rokkantság fokát.

3.10.

A baleset utáni első évben a rokkantsági szolgáltatásra csak akkor kerülhet sor, ha a balesetből eredő, maradandó egészségkárosodás orvosi szempontból végleges.

4. Fejezet – Biztosítási szolgáltatás

A Biztosító a jelen különös feltételek alapján a következő szolgáltatásokat nyújtja:

4.1.

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezését követően D vagy E minősítési kategóriájú rokkantságot megállapító szakhatósági állásfoglalás benyújtása után (3.1. – 3.3. pontok), vagy súlyos baleseti rokkantság esetén (3.3. – 3.10. pontok) a Biztosító orvosának szakvéleménye alapján a **következő biztosítási hónap fordulójától havi járadékszolgáltatást nyújt**, amelynek éves összege megegyezik **az aktuális éves díjjal**.

4.2.

A szolgáltatás a főbiztosítás lejáratáig, illetve figyelembe véve a 4.6. pontot, jelen kiegészítő biztosítás megszűnéséig tart.

4.3.

Amennyiben a biztosítási eseményt megelőző egy évben a főbiztosítás díja az értékkövetést meghaladó mértékben emelkedett, úgy az emelés előtti díj értékkövetéssel növelt értékét kell aktuális díjként kezelni.

4.4.

A biztosítási szolgáltatás feltétele, hogy a rokkantság előidéző oka (baleset vagy betegség) a szerződés hatálya alatt következzen be és a Biztosított a nyugdíjbiztosítási igazgatóságnál a rokkantsággal összefüggő igénybejelentését a kockázatviselés tartama alatt kezdeményezze.

4.5.

A Biztosító a biztosítási szolgáltatást legfeljebb a főbiztosítás tartamának végéig, de maximum **20 évig**, illetve legkésőbb annak a biztosítási évnek a végéig vállalja át, melyben a Biztosított a 65. életévét betölti. A Biztosító szolgáltatása megszűnik abban az esetben is, ha a Biztosított egészségi állapota már nem felel meg a 3. fejezetben meghatározott rokkantsági kategóriák egyikének sem.

A Biztosító ebben az esetben az egészségi állapot megváltozásának a szakértői intézet által meghatározott dátumát követő hónapfordulóig nyújt szolgáltatást.

4.6.

Bármelyik biztosítási esemény (3. fejezet) bekövetkezése esetén jelen kiegészítő biztosítás kockázatviselése megszűnik, de a kiegészítő biztosítás szolgáltatása a 4.5. pont figyelembevételével főbiztosítás lejáratáig folytatódik, **amennyiben a Biztosított életben van**.

4.7.

A megkezdett biztosítási szolgáltatást követően, a szolgáltatás befejezéséig minden évben egy alkalommal a Biztosítottnak írásban kell nyilatkoznia életben létéről a Biztosító által megküldött formanyomtatványon. A nyilatkozat hiányában a Biztosító a szolgáltatását felfüggeszti. Amennyiben a szakhatósági állásfoglalásban felülvizsgálati időpontot jelölt meg a szakértői intézet, az új felülvizsgálati állásfoglalás kézhezvételét követően 8 munkanapon belül a Biztosított köteles annak másolatát a Biztosító részére megküldeni, igazolandó a szolgáltatásra való jogosultság fennállását. Ennek hiányában a Biztosító a szolgáltatást felfüggesztheti.

4.8.

Amennyiben egyidejűleg több biztosítási esemény következik be, a Biztosító mindig az elsőként bekövetkezett biztosítási esemény alapján teljesíti a szolgáltatást.

4.9.

Amennyiben a biztosítási esemény bekövetkezését követően, de a szolgáltatási igény bejelentése előtt a Biztosított elhalálozik, a Biztosító visszatéríti a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja és a haláleset időpontja között levont díjakat.

4.10.

A Biztosító jogosult a biztosítási szolgáltatási összeg felső határát megállapítani, amelynek mértékét a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételeinek 2. számú melléklet 7. pontja tartalmazza.

5. Fejezet – A biztosítási összeg

5.1.

Jelen kiegészítő biztosítás biztosítási összege a főbiztosítás aktuális folyamatos díja, amelyet a főbiztosítás különös feltételeinek 8.3. pontja szerint magyar forintban határoz meg a Biztosító.

5.2.

Jelen kiegészítő biztosítás biztosítási összege nem haladhatja meg a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú melléklet 7. pontjában meghatározott összeget.

5.3.

Amennyiben a Szerződő a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú melléklet 7. pontjában meghatározott összegnél magasabb biztosítási összegre vonatkozóan kívánja a kiegészítő biztosítást megkötni, a Biztosító a kockázatbíráláshoz további dokumentumok benyújtását kérheti.

6. Fejezet – A biztosítási szerződés tartama; megszűnése

6.1.

Jelen kiegészítő biztosítás **határozatlan tartamú**, de megszűnik legkésőbb a Biztosított 65. életévének betöltését követő évfordulóval, vagy a főbiztosítás megszűnésével, az egészségi állapot 4.5. pont szerinti megváltozásával, illetve a szolgáltatás 20. évében.

6.2.

A főbiztosítás **díjmentesítésével** [Befektetési egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108) 9.8. – 9.11. pontok] jelen kiegészítő biztosítás megszűnik, de a díjfizetés visszaállításával jelen kiegészítő biztosítás írásban újra igényelhető.

6.3.

A főbiztosítás **díjszüneteltetésével** [Befektetési egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108) 9.5. – 9.7. pontok] jelen kiegészítő biztosítás megszűnik, de a díjfizetés visszaállításával jelen kiegészítő biztosítás írásban újra igényelhető.

7. Fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

7.1.

A Szerződő az alább felsorolt dokumentumok benyújtására köteles az esemény bekövetkezését követő 8 munkanapon belül:

- az Általános Személybiztosítási Feltételekben meghatározott iratok, továbbá
- kárbejelentő formanyomtatvány,
- a nyugdíjbiztosítási igazgatósághoz benyújtott kérelem másolata,
- a szakértői intézet rokkantsági szakhatósági állásfoglalása,
- a szakértői intézet rokkantsági szakhatósági állásfoglalását alátámasztó orvosi (pl. leletek, zárójelentés stb.) és szakmai indoklások dokumentumai,
- baleset körülményét igazoló hivatalos hatósági határozat (rendőrségi, légügyi stb.) és a balesetet alátámasztó összes orvosi dokumentum.

7.2.

A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő vagy a Kedvezményezett nem jelenti be 8 munkanapon belül a kár iránti igényét, illetve a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

8. Fejezet – Egyéb rendelkezések

8.1.

Jelen kiegészítő biztosításra a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 3. számú melléklet 3.2. pontjában meghatározott **többletszolgáltatásra vonatkozó rendelkezés nem érvényes.**

8.2.

Jelen kiegészítő biztosításra a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 3. számú melléklet 3.4. pontjában meghatározott **többszörösre vonatkozó rendelkezés nem érvényes.**

Kétszeres Járadékszolgáltatás Rokkantság Esetére Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (A9114)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135–139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a Befektetési Egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108), a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás Különös Feltételei együtt az életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadóak. Jelen kiegészítő biztosítás egészségbiztosításnak minősül, és kizárólag főbiztosítás mellé, a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú melléklet 7. pontjában meghatározott csomagban köthető.

1. fejezet – A biztosítási eseménnyel összefüggő fogalmak és meghatározások

1.1.

Szakértői Intézet: Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (továbbiakban: szakértői intézet)

1.2.

Rokkantsági minősítési kategóriák: a szakértői intézet által kiadott szakhatósági állásfoglalás megállapítja a Biztosított egészségkárosodásán alapuló egészségi állapotát és rokkantsági minősítési kategóriákba sorolja. Jelen feltétel szempontjából az alábbi rokkantsági minősítési kategóriákba történő besorolás esetén szolgáltat a Biztosító

- **D kategória:** ebbe a minősítési kategóriába tartozik az, akinek az egészségi állapota 1–30% között van és orvosszakmai szempontból önellátásra képes,
- **E kategória:** ebbe a minősítési kategóriába tartozik az, akinek az egészségi állapota 1–30% között van és orvosszakmai szempontból önellátásra nem vagy csak segítséggel képes.

1.3.

Egészségi állapot százalékos mértéke: Megállapítása az össz-szervezeti egészségkárosodás mértékének figyelembevételével történik úgy, hogy 100%-ból ki kell vonni az össz-szervezeti egészségkárosodás mértékét.

2. fejezet – A Biztosítottak

2.1.

A Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2.1. pontjától eltérően Biztosított lehet a Befektetési Egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108) 2. fejezete szerinti Szerződő Főbiztosított, amennyiben jelen kiegészítő biztosítást választja.

2.2.

Biztosított lehet minden **18-65 éves** természetes személy, a 2.1. pont figyelembevételével.

2.3.

Nem lehet Biztosított

- akinek részére rokkantsági vagy rehabilitációs ellátást állapítottak meg, illetve aki ilyen jellegű kérelemmel fordult a nyugdíjbiztosítási igazgatósághoz,
- aki a kockázatviselést megelőzően már rendelkezett a szakértői intézet szakhatósági állásfoglalásával, illetve kérelmet nyújtott be az említett intézetnél egészségkárosodásának megállapítása céljából,
- aki az ajánlat felvételének időpontjában folyamatos, 100 napot meghaladó sajátjogú betegállományban van.

3. Fejezet – Biztosítási esemény

Végleges rokkantság (D, E kategória) biztosítási eseménye

3.1.

Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint – ha a Biztosított a biztosítási szerződés hatálya alatt, betegség vagy baleset következtében olyan mértékű egészségkárosodást, rokkantságot szenved el, melyet a Biztosító a szakértői intézet szakhatósági állásfoglalása alapján D, E minősítési kategóriájú rokkantságnak fogad el.

3.2.

A biztosítási esemény időpontja az a dátum, amelytől a szakértői intézet az egészségkárosodást megállapította.

Súlyos (legalább 50%-os) baleseti eredetű rokkantság biztosítási eseménye

3.3.

Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint – ha a baleset napjától számított egy éven belül kiderül, hogy a baleset következményeként a Biztosított egészsége tartósan, véglegesen károsodott 50%-os vagy azt meghaladó mértékben megrokkant.

3.4.

A rokkantság fokát az alábbiak szerint állapítja meg a Biztosító

Testrészek egészségkárosodása	Térítés
mindkét szem látóképességének teljes elvesztése mindkét felkar, alkar vagy kéz elvesztése egyik kar vagy kéz és comb vagy lábszár együttes elvesztése felső végtag és alsó végtag csonkolása mindkét comb elvesztése	100%
mindkét lábszár elvesztése egyik comb elvesztése egyik szem látóképességének elvesztése, amennyiben a Biztosított a másik szem látóképességét már előzőleg elvesztette	90%
egyik felkar elvesztése egyik lábszár elvesztése egyik alkar elvesztése beszélőképesség teljes elvesztése	80%
mindkét fül teljes hallóképességének elvesztése	70%
jobb kéz elvesztése (csuklón alul) jobbkezes ügyfél esetén bal kéz elvesztése (csuklón alul) balkezes ügyfél esetén	65%
egyik fül hallóképességének elvesztése, amennyiben a biztosított a másik fül hallóképességét már elvesztette	60%
jobb kéz elvesztése (csuklón alul) balkezes ügyfél esetén bal kéz elvesztése (csuklón alul) jobbkezes ügyfél esetén	50%

3.5.

A fenti egészségkárosodási tábla tájékoztató jellegű és csak iránymutatásként szolgál, nem tartalmazza az összes lehetséges egészségkárosodást és rokkantsági százalékot.

3.6.

A balesetből eredő végleges egészségkárosodási százalékos szolgáltatások mértéke összeadódik és amennyiben ezek együttes összege eléri az 50%-ot, ez a mérték jogosít a biztosítási szolgáltatásra.

3.7.

A Biztosító csak az 50%-os vagy azt meghaladó mértékű balesetből eredő, maradandó végleges egészségkárosodás esetén szolgáltat.

3.8.

Ha a baleseti rokkantság foka a táblázat alapján nem állapítható meg, a szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A balesetből eredő, maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvosa állapítja meg.

3.9.

Amennyiben a balesetből eredő, maradandó végleges egészségkárosodás megállapított mértékét a Biztosított nem fogadja el, abban az esetben a Biztosító az általa felkért független orvosszakértő véleményének figyelembevételével állapítja meg a rokkantság fokát.

3.10.

A baleset utáni első évben a rokkantsági szolgáltatásra csak akkor kerülhet sor, ha a balesetből eredő, maradandó egészségkárosodás orvosi szempontból végleges.

4. Fejezet – Biztosítási szolgáltatás

A Biztosító a jelen különös feltételek alapján a következő szolgáltatásokat nyújtja:

4.1.

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezését követően D vagy E minősítési kategóriájú rokkantságot megállapító szakhatósági állásfoglalás benyújtása után (3.1. – 3.3. pontok), vagy súlyos baleseti rokkantság esetén (3.3. – 3.10. pontok) a Biztosító orvosának szakvéleménye alapján **a következő biztosítási hónap fordulójától havi járadékszolgáltatást nyújt**, amelynek éves összege megegyezik a főbiztosítás **aktuális folyamatos éves díjának kétszeresével**.

4.2.

A szolgáltatás a főbiztosítás lejáratáig, illetve figyelembe véve a 4.6. pontot, jelen kiegészítő biztosítás megszűnéséig tart.

4.3.

Amennyiben a biztosítási eseményt megelőző egy évben a főbiztosítás díja az értékkövetést meghaladó mértékben emelkedett, úgy az emelés előtti díj értékkövetéssel növelt értékét kell aktuális díjként kezelni.

4.4.

A biztosítási szolgáltatás feltétele, hogy a rokkantság előidéző oka (baleset vagy betegség) a szerződés hatálya alatt következett be és a nyugdíjbiztosítási igazgatásánál a rokkantsággal összefüggő igénybejelentését a kockázatviselés tartama alatt kezdeményezte.

4.5.

A Biztosító a biztosítási szolgáltatást legfeljebb a főbiztosítás tartamának végéig, de maximum **20 évig**, illetve legkésőbb annak a biztosítási évnek a végéig vállalja át, melyben a Biztosított a 65. életévét betölti. A Biztosító szolgáltatása megszűnik abban az esetben is, ha a Biztosított egészségi állapota már nem felel meg a 3. fejezetben meghatározott rokkantsági kategóriák egyikének sem.

A Biztosító ebben az esetben az egészségi állapot megváltozásának a szakértői intézet által meghatározott dátumát követő hónapfordulóig nyújt szolgáltatást.

4.6.

Bármelyik biztosítási esemény (3. fejezet) bekövetkezése esetén jelen kiegészítő biztosítás kockázatviselése megszűnik, de a kiegészítő biztosítás szolgáltatása a 4.5. pont figyelembevételével főbiztosítás lejáratáig folytatódik, **amennyiben a Biztosított életben van**.

4.7.

A megkezdett biztosítási szolgáltatást követően, a szolgáltatás befejezéséig minden évben egy alkalommal a Biztosítottnak írásban kell nyilatkoznia életben létéről a Biztosító által megküldött formanyomtatványon. A nyilatkozat hiányában a Biztosító a szolgáltatását felfüggeszti. Amennyiben a szakhatósági állásfoglalásban felülvizsgálati időpontot jelölt meg a szakértői intézet, az új felülvizsgálati állásfoglalás kézhezvételét követően 8 munkanapon belül a Biztosított köteles annak másolatát a Biztosító részére megküldeni, igazolandó a szolgáltatásra való jogosultság fennállását. Ennek hiányában a Biztosító a szolgáltatást felfüggesztheti.

4.8.

Amennyiben egyidejűleg több biztosítási esemény következik be, a Biztosító mindig az elsőként bekövetkezett biztosítási esemény alapján teljesíti a szolgáltatást.

4.9.

Amennyiben a biztosítási esemény bekövetkezését követően, de a szolgáltatási igény bejelentése előtt a Biztosított elhalálozik, a Biztosító visszatéríti a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja és a haláleset időpontja között levont díjakat.

4.10.

A Biztosító jogosult a biztosítási szolgáltatási összeg felső határát megállapítani, amelynek mértékét a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételeinek 2. számú melléklet 7. pontja tartalmazza.

5. Fejezet – A biztosítási összeg

5.1.

Jelen kiegészítő biztosítás biztosítási összege a főbiztosítás aktuális folyamatos díjának kétszerese, amelyet a főbiztosítás különös feltételeinek 8.3. pontja szerint magyar forintban határoz meg a Biztosító.

5.2.

Jelen kiegészítő biztosítás biztosítási összege nem haladhatja a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú melléklet 7. pontjában meghatározott összeget.

5.3.

Amennyiben a Szerződő a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú melléklet 7. pontjában meghatározott összegnél magasabb biztosítási összegre vonatkozóan kívánja a kiegészítő biztosítást megkötni, a Biztosító a kockázatelbíráláshoz további dokumentumok benyújtását kérheti.

6. Fejezet – A biztosítási szerződés tartama, megszűnése

6.1.

Jelen kiegészítő biztosítás tartama **határozatlan**, de megszűnik legkésőbb a Biztosított 65. életévének betöltését követő évfordulóval, vagy a főbiztosítás megszűnésével, az egészségi állapot 4.5. pont szerinti megváltozásával, illetve a szolgáltatás 20. évében.

6.2.

A főbiztosítás **díjmentesítésével** [Befektetési egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108) 9.8. – 9.11. pont] jelen kiegészítő biztosítás megszűnik, de a díjfizetés visszaállításával jelen kiegészítő biztosítás írásban újra igényelhető.

6.3.

A főbiztosítás **díjszüneteltetésével** [Befektetési egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108) 9.5. – 9.7. pontok] jelen kiegészítő biztosítás megszűnik, de a díjfizetés visszaállításával jelen kiegészítő biztosítás írásban újra igényelhető.

7. Fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

7.1.

A Szerződő az alább felsorolt dokumentumok benyújtására köteles az esemény bekövetkezését követő 8 munkanapon belül:

- az Általános Személybiztosítási Feltételekben meghatározott iratok, továbbá
- kárbejelentő formanyomtatvány,
- a nyugdíjbiztosítási igazgatósághoz benyújtott kérelem másolata,
- a szakértői intézet rokkantsági szakhatósági állásfoglalás,
- a szakértői intézet rokkantsági szakhatósági állásfoglalást alátámasztó orvosi (pl. leletek, zárójelentés stb.) és szakmai indoklások dokumentumai,
- baleset körülményét igazoló hivatalos hatósági határozat (rendőrségi, légügyi stb.) és a balesetet alátámasztó összes orvosi dokumentum.

7.2.

A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő vagy a Kedvezményezett nem jelenti be 8 munkanapon belül a kár iránti igényét, illetve a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

8. Fejezet – Egyéb rendelkezések

8.1.

Jelen kiegészítő biztosításra a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 3. számú melléklet 3.2. pontjában meghatározott **többletszolgáltatásra vonatkozó rendelkezés nem érvényes.**

8.2.

Jelen kiegészítő biztosításra a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 3. számú melléklet 3.4. pontjában meghatározott **többszörösre vonatkozó rendelkezés nem érvényes.**

Eszközalapokhoz Kapcsolódó Egyedi Funkció Feltételei

Érvényes: 2014. március 15-től.

Árfolyamfigyelés

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135–139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a Befektetési Egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108), az Eszkőzalapokhoz Kapcsolódó Egyedi Funkció Feltételei együtt az életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadók. Jelen eszkőzalapokhoz kapcsolódó egyedi funkció kizárólag főbiztosítás mellé köthetőek.

1. fejezet – Bevezetés

1.1.

A biztosítási szerződés értékét az eszkőzalapokban levő befektetési egységek árfolyama és darabszáma határozza meg. Az árfolyam-ingadozások függvényében a biztosítási szerződés befektetési egységeinek értéke is nőhet vagy csökkenhet. Az árfolyam negatív irányú változásából eredő jelentősebb értékcsökkenés elleni védelmet teremtheti meg az Árfolyamfigyelés, amelyet a Szerződő a Biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal az ajánlattétellel egyidejűleg vagy a biztosítási szerződés tartama során bármikor igényelhet.

1.2.

Az Árfolyamfigyelés során a Biztosító figyeli a Szerződő által a biztosítási szerződés keretében választott eszkőzalap(ok) meghatározott befektetési egységei (továbbiakban: aktivált befektetési egységek) árfolyamának alakulását.

1.3.

Az Árfolyamfigyelés keretében Értékkörző és Növekedésjelző időszakot különböztetünk meg. Egy eszkőzalap egy adott befektetési egység típusára (felhalmozási befektetési egység, eseti befektetési egység, továbbiakban: adott típus) vonatkozóan egy időpontban csak Értékkörzés vagy Növekedésjelzés lehet érvényben. A különböző befektetési egység típusok egy időben akár eltérő időszakban is lehetnek.

1.4.

Az Árfolyamfigyelés az A6108 életbiztosításhoz választható, és a Szerződő által megjelölt eszkőzalapokhoz és befektetési egységekhez kapcsolódik.

1.5.

A Biztosító lehetőséget ad eszkőzalaponként jelen feltételek 1. számú melléklet 5. pontjában meghatározott befektetési egységekre (aktivált befektetési egységek) elkülönítve igényelni a funkciót.

1.6.

Az Árfolyamfigyelés funkció választásának feltétele, hogy a Szerződő megadja e-mail címét és SMS fogadására alkalmas telefonszámát. A Biztosító kizárólag ezeken keresztül kommunikál.

2. fejezet – Meghatározások

2.1.

Árfolyamfigyelés: a szerződés tartama során az az időszak, amelyben Értékkörző és Növekedésjelző időszakok követik egymást. Az árfolyamfigyelés során legalább egy eszközalap aktivált befektetési egységeire vonatkozóan Értékkörző vagy Növekedésjelző időszakban van.

2.2.

Egy eszközalap **Értékkörző időszaka** az az időszak, amelynek a kezdetétől az adott eszközalap által elért legmagasabb árfolyamhoz (maximális gördülő árfolyamhoz 2.4) képest az eszközalap árfolyamának meghatározott mértékű esése esetén automatikus elváltás (2.6) következik be.

2.3.

Egy eszközalap **Növekedésjelző időszaka** az az időszak, amelynek a kezdetétől az adott eszközalap által elért legalacsonyabb árfolyamhoz (minimális gördülő árfolyam 2.5) képest az eszközalapok árfolyamának meghatározott mértékű emelkedése esetén a szerződő választása alapján Biztosító vagy értesítést küld a Szerződőnek, és a Szerződő rendelkezése alapján egyedi visszaváltás (2.7) következhet be ugyanabba az eszközalapba, ahonnan a korábbi árfolyamesés alkalmával az elváltás (2.6) megtörtént, vagy automatikus visszaváltás (2.8) következhet be ugyanabba az eszközalapba, ahonnan a korábbi árfolyamesés alkalmával az elváltás (2.6) megtörtént.

2.4.

Maximális gördülő árfolyam: egy adott Értékkörző időszak alatt a vizsgált eszközalap legmagasabb árfolyama. Első értéke az adott Értékkörző időszak első napján érvényes árfolyamérték. Az Értékkörző időszak során a Biztosító az érintett eszközalap aktuális árfolyamát minden értékelési napon összehasonlítja az érvényes maximális gördülő árfolyamának értékével. Ha az adott értékelési napon az eszközalap árfolyama meghaladja az addig érvényes maximális gördülő árfolyamot, akkor attól a naptól kezdve az eszközalap aznapi árfolyamának értéke a maximális gördülő árfolyam új értéke (az új maximum).

2.5.

Minimális gördülő árfolyam: egy adott Növekedésjelző időszak alatt a vizsgált eszközalap legalacsonyabb árfolyama. Első értéke az adott Növekedésjelző időszak első napján érvényes árfolyamérték. A Növekedésjelző időszak során a Biztosító az érintett eszközalap napi árfolyamát minden értékelési napon összehasonlítja az érvényes minimális gördülő árfolyam értékével. Ha az adott értékelési napon az eszközalap árfolyama alacsonyabb, mint az addig érvényes minimális gördülő árfolyam, akkor attól a naptól kezdve az aznapi árfolyamának értéke a minimális gördülő árfolyam új értéke (új minimum).

2.6.

Elváltás: az az automatikus átváltás, amelynek során a vizsgált eszközalap a Szerződő jelen feltételek 1. számú melléklet 5. pontja alapján tett nyilatkozatában megjelölt befektetési egységeinek 100%-a átváltásra kerül a Biztosító által devizanemenként meghatározott legalacsonyabb kockázati szintet jelentő eszközalapba.

2.7.

Egyedi visszaváltás: a Szerződő rendelkezése alapján történő azon átváltás, amelynek során a legalacsonyabb kockázati szintet jelentő eszközalapból a megjelölt befektetési egységek átváltásra kerülnek a korábbi elváltás során kiürült (Növekedésjelző időszakban lévő) eszközalapba.

2.8.

Automatikus visszaváltás: a Szerződő rendelkezése alapján történő automatikus átváltás, amelynek során a devizanemenként meghatározott legalacsonyabb kockázati szintet jelentő eszközalapból a Szerződő jelen feltételek 1. számú melléklet 5. pontja alapján tett nyilatkozatában megjelölt befektetési egységei az 1. számú melléklet 7. pontja alapján átváltásra kerülnek a korábbi elváltás során kiürült (Növekedésjelző időszakban lévő) eszközalapba.

2.9.

Legalacsonyabb kockázati szintet jelentő eszközalap: a Biztosító által devizanemenként a jelen feltételek 1. számú melléklet 1. pontjában meghatározott egy-egy eszközalap.

2.10.

Értékkörzés funkciót aktiváló értékhatár: az egyes eszközalapokra vonatkozóan a Szerződő által százalékosan megadott árfolyamcsökkenés mértéke a maximális gördülő árfolyamhoz képest. Amennyiben egy értékelési napig a vizsgált eszközalap árfolyama a megadott, vagy annál nagyobb mértékben csökken, automatikus elváltás következik be.

2.11.

Növekedésjelzés funkciót aktiváló értékhatár: az egyes eszközalapokra vonatkozóan a Szerződő által százalékosan megadott árfolyam-növekedés mértéke a minimális gördülő árfolyamhoz képest. Amennyiben egy értékelési napig a vizsgált eszközalap árfolyama a megadott, vagy annál nagyobb mértékben növekszik, a szerződő választása alapján a Biztosító vagy értesítést küld a Szerződőnek, vagy automatikus visszaváltást hajt végre.

3. fejezet – Az Árfolyamfigyelés funkció aktiválásának feltételei

A funkció aktiválásának szabályait jelen feltételek 1. számú melléklet 6. pontjában szabályozza a Biztosító. A Biztosító a jelen feltételeknek való megfelelés napján az igényelt Árfolyamfigyelés funkciót aktiválja és megkezdi annak működtetését.

4. fejezet – Az Árfolyamfigyelés tartama

4.1.

Az Árfolyamfigyelés funkciót a Szerződő a biztosítási szerződés megkötésével egyidejűleg vagy a biztosítási szerződés tartama alatt, a Biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal igényelheti. A funkciót a Biztosító a kérelem Biztosítóhoz történő beérkezését követő értékelési naptól nyújtja a Szerződő részére, amennyiben az aktiválási feltételek is teljesülnek. Az Árfolyamfigyelés Értéktörző időszakkal indul.

4.2.

Az Árfolyamfigyelés funkció a biztosítási szerződés megszűnésével, vagy a Szerződő Biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával szűnik meg legkésőbb a kérelem Biztosítóhoz történő beérkezését követő értékelési naptól. Az Árfolyamfigyelés a devizaváltással [Befektetési Egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108) 18. fejezete alapján] is megszűnik.

4.3.

Ha egy Értéktörző szakaszban lévő eszközalapban az aktivált befektetési egységek száma nem elváltásból eredően (2.6) csökken le nullára, akkor az Árfolyamfigyelés funkció a lecsökkenés napjával az adott eszközalap aktivált befektetési egységeire vonatkozóan automatikusan megszűnik.

4.4.

A Növekedésjelzés és egyben az Árfolyamfigyelés egy Növekedésjelző szakaszban lévő eszközalapra vonatkozóan automatikusan megszűnik, ha a Szerződőnek a Biztosító által meghatározott legalacsonyabb kockázati szinttel rendelkező, adott devizára vonatkozó eszközalapban lévő - a Szerződő jelen feltételek 1. számú melléklet 5. pontja alapján tett nyilatkozatában megjelölt - befektetési egységeinek darabszáma nullára csökken.

4.5.

A funkció megszűnését követően a biztosítás tartama során a funkció a Szerződő által írásban bármikor ismételt igényelhető, illetve a bevont eszközalapok köre változtatható (szűkíthető és bővíthető).

5. fejezet – Értéktörzés funkció

5.1.

Az Értéktörzés célja a Szerződő által választott eszközalapok jelentős árfolyamcsökkenéséből eredő kockázatok csökkentése, a szerződés jelentős értékcsökkenésének lehetőség szerinti elkerülése.

A) Értéktörző időszak

5.2.

Az egyes eszközalapokra vonatkozó első Értéktörző időszak első napja az aktivált befektetési egységre vonatkozó első biztosítási díj befektetésének – a Befektetési Egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108) 12.2 pontjában meghatározott – értékelési napja, vagy a funkció igénylésének a Biztosítóhoz való beérkezését követő első értékelési nap közül a későbbi értékelési nap. A további Értéktörző időszakok első napja a Szerződő rendelkezése alapján Növekedésjelző időszakban, az adott eszközalapba történő egyedi vagy automatikus visszaváltás értékelési napja.

5.3.

Az Értéktörző időszak az elváltással (2.6) lezárul. Az Értéktörző időszak abban az esetben is lezárul, és az Árfolyamfigyelés funkció az adott alapra vonatkozóan megszűnik, ha az Értéktörzési időszakban lévő eszközalap aktivált befektetési egységeinek darabszáma bármilyen más okból nullára csökken.

5.4.

Egy Értéktörző időszakot a folyamatos Árfolyamfigyelés során minden esetben egy Növekedésjelző időszak követ. Egy eszközalap aktivált befektetési egységei befektetési egység típusonként egy időpontban csak Értéktörző vagy Növekedésjelző időszakban lehetnek. Különböző eszközalapok aktivált befektetési egységei bármikor eltérő (Értéktörző vagy Növekedésjelző) időszakban lehetnek.

5.5.

Az egyes eszközalapok egységárfolyamainak korábbi alakulása nem határozza meg kizárólagosan az eszközalap jövőbeni teljesítményét, ezáltal előfordulhat, hogy az Értéktörzés miatt elhagyott eszközalap értékvesztése átmenetinek bizonyul. Az ebből eredő kárért vagy elmaradt haszonért a Biztosító nem felel.

B) Maximális gördülő árfolyam**5.6.**

Az Értéktörző időszak során a Biztosító értékelési naponként meghatározza az adott eszközalap maximális gördülő árfolyamát.

5.7.

A maximális gördülő árfolyam értéke egy Értéktörző időszak során nem csökkenhet.

5.8.

A maximális gördülő árfolyam első értéke az adott Értéktörző időszak első értékelési napján érvényes árfolyamérték.

C) Értéktörzés**5.9.**

Az Értéktörző időszak során a Biztosító az érintett eszközalap árfolyamát minden értékelési napon összehasonlítja az érvényes maximális gördülő árfolyam értékével. Az Értéktörzés során automatikus elváltás következik be, ha a vizsgált eszközalap egységeinek árfolyama legalább a Szerződő által előzetesen meghatározott százalékos értékkel csökken az adott Értéktörző időszak maximális gördülő árfolyamához képest. Az értékcsökkenés megadott elfogadható mértékét (a funkciót aktiváló értékhatár) a Szerződő bármikor, a kérelem Biztosítóhoz történő beérkezését követő értékelési nappal kezdődően írásban megváltoztathatja.

5.10.

Amikor az árfolyam az adott Értéktörző időszakban először az ugyanezen időszak vonatkozásában számított Értéktörzés funkciót aktiváló értékhatárt eléri vagy az alá csökken, akkor a Biztosító jelen feltételek 1. számú mellékletének 4. A) pontjában meghatározott, de legfeljebb az ötödik értékelési nap árfolyamán elváltást hajt végre.

5.11.

Az automatikus elváltás egyidejűleg átirányítást is jelent [Befektetési Egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108) 17. fejezet]. Az automatikus elváltás elindítását követően beérkező biztosítási díjaknak az elváltással érintett eszközalapba allokált része az automatikus elváltással érintett eszközalap helyett a legalacsonyabb kockázati szinttel rendelkező, adott devizára vonatkozó eszközalapba kerülnek (2.9) a Szerződő külön rendelkezése nélkül.

5.12.

Bármely Értéktörző időszak az automatikus elváltás végrehajtásával lezárul, és egyidejűleg Növekedésjelző időszak indul.

5.13.

Az Értéktörző időszak során bekövetkező elváltásról a Biztosító e-mail illetve SMS értesítést küld a Szerződőnek.

5.14.

Amennyiben az eszközalapokat megtestesítő mögöttes pénz- és tőkepiaci eszközök aktuális kereskedelme, piaci sajátossága a Biztosító számára nem teszi lehetővé a jelen feltételekben meghatározott hiánytalan teljesítést, a Biztosító a fenti piacok mozgásához igazodva, a lehető legkorábbi időpontban tesz eleget kötelezettségének. A Biztosító ezen késedelemből eredő bármilyen kockázatokért és károkért felelősséget nem vállal.

D) Értékhatar

5.15.

Az Értékkörzés funkciót aktiváló értékhatar Szerződő által eszközalaponként megjelölhető minimális mértékét a jelen feltételek 1. számú melléklet 2. pontja tartalmazza. A Szerződő nyilatkozatának hiányában a Szerződő nyilatkozatának beérkezésekor aktuális feltételek 1. számú melléklet 2. pontjában meghatározott minimális érték kerül rögzítésre.

5.16.

Az értékhatarokról a Szerződő a Biztosító által rendelkezésre bocsátott ajánlaton vagy formanyomtatványon rendelkezhet.

6. fejezet – Növekedésjelzés funkció

6.1.

A Növekedésjelzés funkció célja, hogy a Biztosító elősegítse a szerződés értékének növekedését abban az esetben, ha az eszközalap árfolyama növekedni kezd és a növekedés mértéke elérte a Szerződő által megjelölt értéket.

A) Növekedésjelző időszak

6.2.

Az egyes eszközalapokra vonatkozó Növekedésjelző időszak első napja az azt megelőző Értékkörzési időszak végén megtörtént elváltás végrehajtásakor érvényes árfolyamának értékelési napja, vagy ha a szerződő nem választott automatikus visszaváltást, akkor a legutolsó Értékkörző időszak óta az árfolyamnövekedésről küldött esetleges értesítés kiküldésének előtti második nap.

6.3.

Az egyes eszközalapok egységárfolyamainak korábbi alakulása nem határozza meg kizárólagosan az eszközalap jövőbeni teljesítményét, ezáltal előfordulhat, hogy az eszközalap növekedése átmenetinek bizonyul. Az ebből eredő kárért vagy elmaradt haszonért a Biztosító nem felel.

B) Minimális gördülő árfolyam

6.4.

A Növekedésjelző időszak során a Biztosító értékelési naponta meghatározza az adott eszközalap minimális gördülő árfolyamát.

6.5.

A minimális gördülő árfolyam értéke egy Növekedésjelző időszak során nem növekedhet.

6.6.

A minimális gördülő árfolyam első értéke az adott Növekedésjelző időszak első értékelési napján érvényes árfolyamérték.

C) Növekedésjelzés

6.7.

Egy Növekedésjelző időszakot egy Értékkörző időszak, vagy egy újabb Növekedésjelző időszak követhet a Szerződő választása alapján. Egy eszközalap adott típusú aktivált befektetési egységeire vonatkozóan egy időpontban csak Értékkörző vagy Növekedésjelző időszak lehetséges.

6.8.

A Növekedésjelző időszak az aktivált befektetési egységekre lezárul:

- a jelen feltételek 6.9. pontja alapján küldött értesítéssel. Egyidejűleg egy újabb Növekedésjelző időszak indul, új minimális gördülő árfolyammal.
- a Szerződő egyedi visszaváltási rendelkezése alapján, az adott eszközalapba történő visszaváltással. Ezzel egyidejűleg új Értékkörző időszak indul, új maximális gördülő árfolyammal.
- a Szerződő Növekedésjelzés funkcióra vonatkozó nyilatkozata alapján, az adott eszközalapba történő Automatikus visszaváltással. Ezzel egyidejűleg egy új Értékkörző időszak indul, új maximális gördülő árfolyammal.

- d) ha az adott devizára vonatkozó legalacsonyabb kockázati szinttel rendelkező eszközalapban lévő aktivált befektetési egységek darabszáma nulla. Ez esetben az adott eszközalap érintett aktivált befektetési egységeire vonatkozóan sem Értékkörző, sem Növekedésjelző időszak nem indul, a funkció megszűnik.
- e) a szolgáltatás felfüggesztésével

6.9.

A Növekedésjelző időszak során a Biztosító az érintett eszközalap aktuális árfolyamát minden értékelési napon összehasonlítja az érvényes minimális gördülő árfolyam értékével. A Növekedésjelző időszak során, amennyiben a Szerződő nem rendelkezett Automatikus visszaváltás funkció igényléséről, a Biztosító haladéktalanul SMS- illetve e-Mail üzenetet, (a továbbiakban együttesen: értesítés) küld a Szerződő által írásban megadott telefonszámra illetve e-mail címre, ha a vizsgált eszközalap egységeinek árfolyama a Szerződő által előzetesen meghatározott Növekedésjelzés funkciót aktiváló értékhatárt először eléri vagy meghaladja. A Biztosító az Értesítés kézbesítésének sikertelenségéért és az ebből eredő kárért vagy elmaradt haszonért nem felel.

Amennyiben a Szerződő Növekedésjelzés funkció Automatikus visszaváltás opciójáról rendelkezett, akkor a Növekedésjelző időszak során automatikus visszaváltás következik be, ha a vizsgált eszközalap egységeinek árfolyama legalább a Szerződő által előzetesen meghatározott százalékos értékkel növekszik az adott Növekedésjelző időszak minimális gördülő árfolyamához képest.

A Növekedésjelző időszak automatikus visszaváltással történő lezárásra vonatkozó szabályokat a Biztosító jelen feltételek 1. számú mellékletének 7. pontjában szabályozza.

6.10.

A Szerződő által előzetesen meghatározott árfolyamnövekedés bekövetkezte esetén – az értesítés elküldésével vagy az automatikus visszaváltás végrehajtásával egyidőben – új Növekedésjelző időszak kezdődik. Növekedésjelzés értesítés esetén az új időszak első napja azonos az előző időszak utolsó napjával. Az új időszak minimális gördülő árfolyamának első értéke az előző időszak utolsó napján érvényes árfolyamértékkel egyenlő, automatikus visszaváltás esetén az Értékkörző időszak végén az automatikus elváltás végrehajtásának árfolyamával egyezik meg.

6.11.

Amennyiben a Szerződő nem rendelkezett Automatikus visszaváltás funkció igényléséről, akkor a Növekedésjelző időszakban a Szerződő bármikor jogosult visszaváltást kérni.

Növekedésjelző időszakban az Automatikus visszaváltás funkció működését jelentősen befolyásolhatja bármilyen a Szerződő által megadott egyedi átirányítási vagy átváltási rendelkezés. Az ebből eredő kárért vagy elmaradt haszonért a Biztosító nem felel.

6.12.

A Szerződő egyedi rendelkezése alapján történő visszaváltást a Biztosító a jelen feltételek 1. számú mellékletének 4. B) pontjában meghatározott, de legfeljebb az ötödik értékelési nap árfolyamán hajtja végre.

Automatikus visszaváltás esetén a Biztosító a jelen feltételek 1. számú mellékletének 4. C) pontjában meghatározott, de legfeljebb az ötödik értékelési nap árfolyamán hajtja végre.

6.13.

A visszaváltásról való egyedi rendelkezés során a Szerződőnek a későbbiekben beérkező díjakra vonatkozó allokációjáról (átírányítás) is rendelkeznie kell, amennyiben a későbbiekben beérkező díjakat nem az adott devizára vonatkozó legalacsonyabb kockázati szinttel rendelkező eszközalapba kívánja befektetni.

Az automatikus visszaváltás egyidejűleg átirányítást is jelent [Befektetési Egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108) 17. fejezet], melyet a Biztosító jelen feltételek 1. számú mellékletének 7. pontjában szabályoz.

6.14.

A jelen feltételek 6.13. pont szerinti átirányítás a rendelkezés beérkezését vagy az automatikus visszaváltást követően beérkező díjakra érvényes [Befektetési Egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108) 17. fejezete].

D) Értékkhatár**6.15.**

A Növekedésjelzés funkciót aktiváló értékkhatárt a Szerződő bármikor, a kérelem Biztosítóhoz történő beérkezését követő értékelési nappal kezdődően írásban megváltoztathatja.

6.16.

A Növekedésjelzés funkciót aktiváló értékkhatár választható minimális értékét eszközalaponként a jelen feltételek 1. számú melléklet 2. pontja tartalmazza. A Szerződő nyilatkozatának hiányában a jelen feltételek 1. számú melléklet 2. pontjában meghatározott minimális érték kerül rögzítésre.

7. fejezet – Az Árfolyamfigyelés költsége

7.1.

Az Árfolyamfigyelést a Biztosító költség ellenében nyújtja a Szerződő részére. Az Árfolyamfigyelés egy eszközalapra vonatkozó díját a jelen feltételek 1. számú melléklet 3. pontja tartalmazza. Az Árfolyamfigyelés költsége a biztosítás tartama során változhat, de nem haladhatja meg eszközalaponként a – Szerződő számlájának devizájától függően – Értéktörző időszakra vonatkozóan a 300 HUF-ot, 2 CHF-et, 1,5 EUR-t, Növekedés-jelző időszakra vonatkozóan a 300 HUF-ot, 2 CHF-et, 1,5 EUR-t. Az Árfolyamfigyelés költségének változásáról a Biztosító a Szerződőt a hatálybalépés előtt legalább 30 nappal írásban tájékoztatja. A Biztosító a változást a honlapján is közzéteszi.

7.2.

A Biztosító a költséget havonta a biztosítási szerződés hónapfordulóját követő első értékelési nap árfolyamán felhalmozási egységekből, vagy a kezdeti időszakot követően, a Befektetési Egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (A6108) 20. fejezet 11. pontja alapján eseti egységekből is, eszközalap érték arányosan, a Szerződő számlájáról történő levonással érvényesíti.

7.3.

Amennyiben a hónapfordulón az adott eszközalapban a Szerződőnek van nyilvántartott befektetési egysége Értéktörzés állapotban, úgy arra a teljes hónapra vonatkozóan a szolgáltatás díját a Biztosító levonja. Az adott hónapra levont díjat a Biztosító nem fizeti vissza a Szerződő részére, ha az adott hónapon belül az adott eszközalapban lévő befektetési egységek átváltásra, elváltásra kerülnek.

8. fejezet - A funkció módosítása

8.1.

A Biztosító jogosult a jelen feltételek 1. számú mellékleteiben közzétett adatokat naptári évente legfeljebb kétszer megváltoztatni. A változásról a Biztosító a Szerződőt a változás hatálybalépése előtt 30 nappal e-mailben és a honlapon való közzététellel köteles értesíteni. Amennyiben a Szerződő a Biztosító által eszközölt változásokat nem fogadja el, akkor joga van az eszközalapokhoz kapcsolt egyedi funkciót lemondani. Az 1. számú melléklet egyes pontjaiban lévő adatok hatályára vonatkozóan a Biztosító eltér a melléklet érvényességének idejétől, ezeket az 1. számú melléklet vonatkozó részei tartalmazzák.

8.2.

A Biztosító jogosult – az eszközalapokat megtestesítő pénz- és tőkepiaci eszközök saját kereskedési piacain fellépő hirtelen, radikális változás esetén – a funkciót egyes eszközalapok vonatkozásában naptári évente két alkalommal, legfeljebb folyamatos öt hónapon keresztül, azonnali hatállyal felfüggeszteni. A felfüggesztés az Értéktörző időszak alatt álló befektetési egységekre mindaddig nem vonatkozik, amíg az Értéktörzésből következő elváltásra sor nem kerül. A Biztosító a felfüggesztésről honlapján és e-mail útján ad tájékoztatást.

8.3.

A Biztosító jogosult azonnali hatállyal a funkciót az új igénylők előtt összességében vagy egyes eszközalapokra vonatkozóan szüneteltetni, az új igényléseket indoklás nélkül elutasítani. A Biztosító a szüneteltetést a honlapján teszi közzé.

8.4.

A Biztosító jogosult 30 napos felmondási idővel a funkciót megszüntetni összességében, egyes eszközalapokra vagy egyes egységtípusra vonatkozóan, ebben az esetben a Biztosító a Szerződő eredetileg megadott allokációs rendelkezése szerint fekteti be a befektetési egységeket. A Biztosító a megszüntetésről a honlapján ad tájékoztatást.

8.5.

A Szerződő kéréseivel, változtatási igényeivel írásban, vagy a Biztosító által rendelkezésre bocsátott alternatív módon is fordulhat a Biztosítóhoz. A Biztosító a jelen szerződés fennállása alatt bevezetett alternatív (pl. elektronikus, telefonos stb.) kommunikációs lehetőségeket a Szerződő részére felajánlja, akinek lehetősége és joga van azokat további kommunikáció céljából kiválasztani. Az alternatív kommunikációs lehetőségekről a Biztosító írásban tájékoztatja a Szerződőt. A Szerződőnek joga van a korábban választott kommunikációs formát megváltoztatni a Biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal.

1. számú melléklet

Érvényes: 2014. március 15-től.

1. A legalacsonyabb kockázati szinttel rendelkező eszközalapok:

Szerződő számlájának devizája	Legalacsonyabb kockázati szinttel rendelkező eszközalap
HUF	Pénzpiaci forint eszközalap
CHF	Basel – kötvény svájci frank eszközalap
EUR	Brüsszel – inflációhoz kötött kötvény euró eszközalap

2. Az Értékkörzés funkciót és a növekedésjelzés funkciót aktiváló értékhatárok minimális mértéke

Jelen pontban szabályozott értékhatárok változtatásának érvényessége eltér a jelen melléklet érvényességétől a következő esetekben: Értékkörzés funkcióban tartott befektetési egységekre vonatkozóan a melléklet a tranzakciót követően azon a napon lép hatályba, amikor a változást követően az Értékkörzési funkcióban elváltás történik.

Növekedésjelzés funkcióban tartott befektetési egységekre vonatkozóan a melléklet azon a napon lép hatályba, amikor a változást követően az adott Növekedésjelzési funkció lezárul és egyedi vagy automatikus visszaváltás történik, vagy új Növekedésjelzési időszak kezdődik. A funkciót aktiváló értékhatárok minimális mértékének változása esetén amennyiben a Szerződő által meghatározott mérték az új minimális mértéket nem éri el, akkor a módosulás hatálybalépését követően az új minimális mérték kerül automatikusan alkalmazásra.

Hazai kötvény forint eszközalap	5%
Globális fejlett piaci részvény forint eszközalap	5%
Auróra – Délkelet- és Kelet-Európai részvény forint eszközalap	10%
Ázsiai részvény forint eszközalap	10%
Dél Csilagai – Latin-Amerikai és Afrikai részvény forint eszközalap	10%
Kincskereső – árupiaci forint eszközalap	5%
Ingatlan forint eszközalap	5%
Fashion Bond – kötvény forint eszközalap - aktívan kezelt	5%
Vogue – részvény forint eszközalap - aktívan kezelt	5%
Best Selection – vegyes forint eszközalap - aktívan kezelt	5%
Íránytű algoritmus vezérelt abszolút hozamú trendkövető eszközallokációs forint eszközalap	5%
Arany - árupiaci forint eszközalap	5%
Globális fejlett piaci részvény euró eszközalap	5%
Auróra – Délkelet- és Kelet-Európai részvény euró eszközalap	10%
Ázsiai részvény euró eszközalap	10%
Dél Csilagai – Latin-Amerikai és Afrikai részvény euró eszközalap	10%
Best Selection – vegyes euró eszközalap - aktívan kezelt	5%
Íránytű algoritmus vezérelt abszolút hozamú trendkövető eszközallokációs euró eszközalap	5%
Matterhorn – vegyes svájci frank eszközalap	5%
Zürich részvény svájci frank eszközalap	5%

A felhalmozási- és eseti befektetési egységekre egységesen, a fenti táblázat vonatkozik.

3. Az Árfolyamfigyelés költsége eszközalaponként, a Szerződő számlájának devizájában

Az Értékkörző időszakra eszközalaponként, havonta	50 HUF	0,3 CHF	0,2 EUR
Növekedésjelző időszakra eszközalaponként havonta	0 HUF	0 CHF	0 EUR

4. Az elváltás és visszaváltás értékét meghatározó árfolyamok értékelési napjai

- Az elváltás vonatkozásában az elváltást kiváltó árfolyam értékelési napját követő harmadik, de legfeljebb ötödik értékelési nap.
- Az egyedi visszaváltás vonatkozásában a Szerződő rendelkezésének beérkezését követő első, de legfeljebb ötödik értékelési nap.
- Az automatikus visszaváltás vonatkozásában az visszaváltást kiváltó árfolyam értékelési napját követő harmadik, de legfeljebb ötödik értékelési nap.

A felhalmozási és eseti egységekre, egységesen irányadóak a fentiekben meghatározott szabályok.

5. A következő befektetési egység típusokra lehet a vonatkozó nyomtatványon a funkciót igényelni:

- A) felhalmozási befektetési egységekre vonatkozóan
- B) eseti befektetési egységekre vonatkozóan

6. Az Árfolyamfigyelés funkció aktiválási feltételei

6.1.
Felhalmozási befektetési egységekre kért Árfolyamfigyelés funkció esetén a Biztosító nem ír elő aktiválási feltételt. Az igényelt Árfolyamfigyelés funkciót a Biztosító legkésőbb a beérkezést követő első értékelési napon aktiválja azon eszközalapokra vonatkozóan, amelyekben van felhalmozási befektetési egység.

6.2.
Eseti befektetési egységekre kért Árfolyamfigyelés funkció esetén a Biztosító nem ír elő aktiválási feltételt. Az igényelt Árfolyamfigyelés funkciót a Biztosító legkésőbb a beérkezést követő első értékelési napon aktiválja azon eszközalapokra vonatkozóan, amelyekben van eseti befektetési egység.

6.3.
A Növekedésjelzés funkció Automatikus visszaváltás opciójáról nem lehet eszközalaponként rendelkezni, igénylés esetén valamennyi aktivált Árfolyamfigyelés funkcióval rendelkező eszközalapra vonatkozóan érvényesül.

7. A Növekedésjelzés funkció Automatikus visszaváltásra vonatkozó szabályai

7.1.
Az Automatikus visszaváltás során átváltandó egységek meghatározása

- a) Eseti befektetési egységek esetén: az Értéktörzsi időszak végén történő elváltáskor a Legalacsonyabb kockázati szintet jelentő eszközalapba váltott egységek darabszáma, de legfeljebb a Legalacsonyabb kockázati szintet jelentő eszközalapban levő egységek darabszáma.
- b) Rendszeres befektetési egységek esetén: az Értéktörzsi időszak végén történő elváltáskor a Legalacsonyabb kockázati szintet jelentő eszközalapba váltott egységek darabszáma, valamint a Növekedésjelző időszakban a Szerződő által megfizetett valamennyi rendszeres biztosítási díjnak, az Értéktörzsi időszak lezárultakor a Legalacsonyabb kockázati szintet jelentő eszközalapba történő átirányítás allokációs százalékának megfelelő befektetéséből, a Legalacsonyabb kockázati szintet jelentő eszközalapban létrejött egységek darabszáma együttesen, de legfeljebb a Legalacsonyabb kockázati szintet jelentő eszközalapban levő egységek darabszáma.

7.2.
Az automatikus visszairányítás során az átirányítási rendelkezés meghatározása

- a) Eseti befektetési egységek esetén: nincs
- b) Rendszeres befektetési egységek esetén: az automatikus visszaváltás elindítását követően beérkező biztosítási díjnak a Növekedésjelző időszakot megelőző Értéktörzsi időszak lezárultakor az automatikus elváltás elindításakor érvényes allokált, de legfeljebb a Legalacsonyabb kockázati szintet jelentő eszközalapba allokált része az érintett eszközalapba kerül.

Adózási tájékoztató az A6108 folyamatos díjas, befektetési egységekhez kötött életbiztosításhoz

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. A6108 jelű Befektetési Egységekhez Kötött Életbiztosítási termékével kapcsolatban az alábbi adózási szakvéleményt adjuk.

Háttér

Az A6108 jelű Befektetési Egységekhez Kötött Életbiztosítás olyan folyamatos díjú, befektetési egységekhez kötött életbiztosítás, amely az adózási következmények szempontjából az alábbi lényeges jellemzőkkel rendelkezik:

- A biztosítási szerződésben szerződő lehet természetes személy, illetve nem természetes személy (így társaságiadóalany – például gazdasági társaság, egyéni cég stb. –, evaalany, vagy nem evás egyéni vállalkozó, a továbbiakban együtt „kifizető”).
- A szerződésben a befektetési egységekhez kötött életbiztosítás (főbiztosítás) biztosítottja a főbiztosított, a főbiztosítás mellett köthető kiegészítő biztosítások biztosítottja a biztosított.
- Amennyiben a szerződő nem magánszemély, akkor a szerződésben kizárólag egy főbiztosított jelölhető.
- Amennyiben a nem magánszemély szerződő a főbiztosítást vissza kívánja vásárolni, erre a főbiztosított beleegyezésével van lehetőség.
- A biztosítási szerződés tartama határozatlan, de a kezdeti időszak (a biztosítási szerződés első 36 hónapja) után, amennyiben ezen teljes időszak díjjal rendezett, lehetőség van a biztosítási szerződés határozott tartamúvá való átdolgozására.
- A főbiztosítás esetén a biztosítási esemény a főbiztosított halála, illetve a szerződés tartamossá tételét követően a meghatározott tartam lejáratá.
- Kiegészítő biztosítás az alábbi kockázatokra köthető:
 - Halál
 - Baleseti halál
 - Baleseti rokkantság
 - Baleseti műtét
 - Műtét
 - Kritikus betegség
 - Rokkantság (végleges, TB I., II., és súlyos baleseti rokkantság)
- A kiegészítő biztosítások kizárólag főbiztosítás mellé köthetőek és nem rendelkeznek maradékjogokkal. Amennyiben a biztosítási díjat szerződként kifizető fizeti, az alábbi eseményekhez kapcsolódhatnak adóztatási pontok.

I. Díjfizetés

A biztosítási díjakkal kapcsolatban alapvetően két kérdéskör merül fel: egyfelől, hogy amennyiben a díjfizetést szerződként a kifizető teljesíti, akkor hogyan kell a díjakat elszámolni, másfelől, hogy a biztosított szempontjából a díjfizetés mint kifizetői juttatás keletkeztet-e adóköteles jövedelmet.

1. A biztosítási díj elszámolása, ha a szerződő kifizető

A díjakat a következők szerint kell elszámolni, függetlenül attól, hogy a főbiztosítás vagy a kiegészítő biztosítás díjáról van-e szó.

- **Társaságiadó-alanyoknál és kettős könyvvitelű evaalanyoknál**
Ha a biztosított (akár a főbiztosított, akár a kiegészítő biztosítás biztosítottja) a számviteli törvény hatálya alá tartozó

cég (ideértve valamennyi társaságiadó-alanyt és a számviteli törvény hatálya alá tartozó evaalanyokat) munkavállalója, vezető tisztségviselője, személyesen közreműködő tagja vagy szakképző iskolai tanulója, és a kedvezményezett nem a cég, akkor a biztosítás vállalkozás által fizetett díjai **személyi jellegű egyéb kifizetésként vagy egyéb szolgáltatásként (költséggként)** elszámolhatóak (számviteli törvény¹ 3. § (7) 3. pont).

A **társaságiadó-alany cégnél** az így elszámolt költségek az adóalap meghatározásakor **elismert költségnek** minősülnek (Tao törvény 3. számú melléklet B) Fejezet 8. pont, 2008/5. Adózási kérdés), az **evaalany cégek** adóalapja azonban **nem csökkenthető** velük (Eva törvény 5.§ (4)).

Ha a biztosított a számviteli törvény hatálya alá tartozó cégnek nem munkavállalója, vezető tisztségviselője, személyesen közreműködő tagja, vagy szakképző iskolai tanulója (hanem például személyesen közre nem működő tagja), akkor a biztosítás vállalkozás által fizetett díját **egyéb szolgáltatásként** kell elszámolni (számviteli törvény 78.§ (4)), amely nem a vállalkozás érdekében felmerülő költséggként a társaságiadó-alapját növeli. Evaalany cégek esetében adózási szempontból szintén nem lesznek elismert költségek a fenti biztosítási díjak (Eva törvény 5.§ (4)).

Ha a befizetett díj éves, féléves, vagy negyedéves folyamatos díj és a szerződő mérlegfordulónapja nem esik egybe a biztosítási időszak végével, – az összemérés elvének megfelelően – a tárgyévben felmerült biztosítási díjnak a következő üzleti évet terhelő arányos részét időbelileg elhatárolva, havi folyamatos díj esetén elhatárolás nélkül kell a számviteli törvény hatálya alá tartozó szerződő cégnél költséggként elszámolni.

Követelésként kell elszámolni a díjat, amennyiben a számviteli törvény hatálya alá tartozó cég (társaságiadó-alany vagy evaalany) a kedvezményezett. Ha a követelés megszüntetésre kerül, mert a magánszemély válik kedvezményezetté, akkor a cég az összeget költséggként elszámolhatja, továbbá amennyiben a biztosítás még teljes életre szól, akkor a magánszemély a korábban befizetett, követelésként kimutatott összes biztosítási díjjal megegyező összegű adómentes jövedelmet szerez. Tekintettel arra, hogy a magánszemély jövedelme adómentes, járulékkötelezettség nem keletkezik (2008/5 Adózási kérdés).

- **Nem evás egyéni vállalkozóknál**

A nem evás egyéni vállalkozó **költséggként** számolhatja el az olyan biztosítás díját, amelynek biztosítottja az alkalmazott (feltéve, hogy nem az egyéni vállalkozó a kedvezményezett), továbbá a bevétel, illetve az ehhez szükséges feltételek biztosítása érdekében kifizetett életbiztosítás díját. Ennek következtében az egyéni vállalkozó által e minőségében saját magára megkötött egész életre szóló életbiztosítás díját – rendeltetésszerű joggyakorlást feltételezve, itt különös hangsúlyt helyezve arra, hogy e biztosítási jogviszony létrehozása a vállalkozási tevékenység érdekét szolgálja – a nem evás egyéni vállalkozó költséggként elszámolhatja (Szja törvény 49/B §, 11. számú melléklet).

- **Bevételi nyilvántartást vezető evaalanyoknál**

A számviteli törvény hatálya alá nem tartozó evaalany (ideértve az evás egyéni vállalkozót és a bevételi nyilvántartást választó cégeket) nem számolhatja el költséggként a biztosítás díját, azaz **adóalapját nem csökkentheti** vele (Eva törvény 5.§ (4)).

2. A biztosítási díj, mint a biztosított jövedelme

Tekintve, hogy a **főbiztosítás** – amennyiben még teljes életre szól –, adójogi szempontból kockázati (halál esetére szóló) életbiztosításnak minősül, a kifizető által fizetett díja az Szja törvény 1. számú melléklet 6.3 pontja alapján a főbiztosított **adómentes** jövedelme.

Továbbá a biztosítottnál valamennyi **kiegészítő biztosítás** kifizető által fizetett díja **adómentes** az Szja törvény 1. számú mellékletének 6.3 pontja alapján, tekintve, hogy azok kockázati életbiztosítás, illetve visszavásárlási értékkel nem rendelkező baleset-vagy betegségbiztosítás díjának tekinthetők.

A fentiekből következően a kifizető által fizetett biztosítási díj (ideértve a főbiztosítást, illetve a kiegészítő biztosításokat is) a biztosítottnál nem minősül a Tbj. 4.§ k) 1. alpont alapján járulékalapot képező jövedelemnek, valamint a Szocho törvény IX. fejezetének 455. § (1) szerint a kifizető által fizetendő adó alapjának.

Ennek megfelelően a biztosítottat a főbiztosítás, illetve a kiegészítő biztosítások díja után nem terheli személyi jövedelemadó- és járulékfizetési kötelezettség, és a kifizetőnek sincsen szociális-vagy egészségügyi hozzájárulás-fizetési kötelezettsége.

¹ A pontos jogszabályi elnevezéseket lásd 10. oldalon

II. A szerződés módosításához fűződő adókövetkezmények

1. A főbiztosítás alanyainak módosítása

Ha a szerződéskötést követően a főbiztosított (munkavállaló / tisztségviselő / személyesen közreműködő tag) az eredeti szerződő (kifizető) helyébe lép, önmagában a szerződőváltásnak – a szerződés egyéb feltételeinek változatlansága mellett – **nincs semmilyen adójogi következménye** (feltételezve a rendeltetésszerű joggyakorlást).

2. A főbiztosítás tartalmának módosítása

A biztosítási szerződés tartama határozatlan, ám a kezdeti időszak után lehetőség nyílik a szerződés határozott tartamúvá való átalakítására. A tartamossá tételhez kapcsolódó adókonzekvenciák attól függően különböznek, hogy arra az eredeti szerződő (a kifizető), avagy a szerződőként helyébe lépő főbiztosított kezdeményezésére kerül sor.

2.1 Tartammódosítás az eredeti szerződő kezdeményezése alapján

Amennyiben a szerződés határozott tartamúvá tételét a kifizető mint eredeti szerződő kezdeményezi, akkor a szerződés a megkötésének időpontjára visszamenőleges hatállyal elveszíti kockázati (halál esetére szóló) életbiztosítás jellegét, így a kockázati életbiztosításhoz fűződő adómentesség is a szerződés megkötésére **visszamenőleges hatállyal** megszűnik.

Következésképpen a szerződés módosításának időpontjáig a kifizető által megfizetett biztosítási díj adókötelessé válik, mégpedig a módosítás időpontjában a kifizető és a főbiztosított között fennálló jogviszony alapján meghatározott jogcímen. Ennek megfelelően, ha a főbiztosított a szerződővel a módosítás időpontjában munkaviszonyban áll, akkor a módosításig megfizetett összes díj a magánszemély munkaviszonyból származó jövedelme lesz, azaz nem önálló tevékenységből származó jövedelemként az összevont adóalap részét képezi.

Hasonlóképpen **a nem önálló tevékenységből származó jövedelemre** vonatkozó szabályokat kell alkalmazni akkor, ha a főbiztosított a társas vállalkozásban személyesen közreműködő tag, vagy vezető tisztségviselő.

A jelenleg hatályos adó- és járulékmértékek alapján a tartammódosítás időpontjáig megfizetett összes díj után a következő közterheket kell megfizetni:

- **a szerződő kifizető által fizetendő:**
 - 27% szociális hozzájárulási adó (a Szcho. törvény 455.§ alapján) és
 - 1,5% szakképzési hozzájárulás (Szakhoz törvény 4.§ alapján)
- **a főbiztosított magánszemélyt terhelő (a kifizető általi levonás mellett):**
 - 16% (20,32%)² személyi jövedelemadó (az előleg megállapításakor a kifizető az Szja törvény 47-48. § szerint köteles eljárni)
 - 8,5% egészségbiztosítási- és munkaerő-piaci járulék és
 - 10% nyugdíjjárulék (figyelemmel a járulékfizetési felső határra, a Tbj. 19.§ és 24.§ (2) alapján).

Amennyiben a főbiztosított a **társas vállalkozás személyesen nem közreműködő tagja**, akkor a módosításig megfizetett díj a magánszemély egyéb jövedelme lesz az Szja törvény 28.§ (1) bekezdés g) pontja alapján. Ennek megfelelően az összevont adóalap részeként az általános szabályok szerint adózik a juttatás, azonban társadalombiztosítási járulékok helyett az Eho törvény 3.§ (1) bekezdés a) pontja alapján a kifizető 27%-os egészségügyi hozzájárulást köteles megfizetni. Tekintettel arra, hogy az szja-előleg levonására nincs lehetőség, a kifizető az adóköteles bevételről kiállított igazoláson feltünteti a le nem vont előleg összegét, egyúttal felhívja a magánszemély figyelmét, hogy az adóelőleget a negyedévet követő hó 12-éig a magánszemély köteles megfizetni. (Szja tv. 46.§ (6) a), (7) és (9) bekezdés)

A szerződés határozott tartamúvá alakítását követően a szerződő által megfizetett díjak a fentiek szerint minősülnek, tehát a díjfizetést mint kifizetői juttatást ugyanazok a közterhek terhelik.

2.2 Tartammódosítás az eredeti szerződő helyébe lépő főbiztosított magánszemély kezdeményezése alapján

Ha a tartammódosítást a szerződőváltást követően a magánszemély mint a biztosítás szerződője kezdeményezi, a tartammódosításnak nincs közvetlen és azonnali adójogi következménye (feltételezve a rendeltetésszerű joggyakorlást), azaz a magánszemélynek az esetleges hozamokkal növelt összeget kell leadóznia a kifizetéskor. Ezt elkerülheti, ha a magánszemély az összes, kifizető szerződő által a tartammódosítás időpontjáig fizetett biztosítási díjat egyéb jövedelemként leadózza. Ebben az esetben az általa fizetendő személyi jövedelemadó alapja az előbbi díjak 78%-a vagy 99,06%-a (a kifizetői adólevonás esetén érvényes 100% vagy 127% helyett³), egészségügyihozzájárulás-fizetési kötelezettség pedig csupán a díjak 78%-a után terheli (Szja törvény 28.§ (1), 29. § (1) és Eho törvény 3.§ (1) alapján). Ebben az esetben a Biztosító által később teljesítendő kifizetéskor a biztosítási díjon elért hozamot mint kamatjövedelmet kizárólag személyi jövedelemadó terheli (Szja törvény 65.§).

² A jövedelem 2 millió 424 ezer forintot meg nem haladó része után 16%, az ezt meghaladó részre 20,32%

³ Az adóalap 2 millió 424 ezer forint jövedelemig a díjak 100%-a, ezt meghaladó jövedelem esetében az értékhatár feletti részre a díjak 127%-a.

III. A Biztosító által teljesített kifizetések adózása

1. Haláleseti szolgáltatás

1.1 Adóügyi kezelése a magánszemély kedvezményezettnél

Az Szja törvény alapján a Biztosító haláleseti szolgáltatása adómentes (Szja törvény 1. számú melléklet 6.6. b) és 6.8. pontja alapján) és sem járulék- illetve szochofizetési-, sem egészségügyihozzájárulás-, illetve illetékfizetési-kötelezettség nem terheli.

1.2 Adóügyi kezelése és elszámolása nem magánszemély kedvezményezettnél

A Biztosító által nyújtott vagyoni érték a kedvezményezett:

- számviteli törvény hatálya alá tartozó cégnél követeléscsökkenésként, az azt meghaladó összeg pénzügyi műveletek bevételeként számolandó el (2008/5 Adózási kérdés), ezáltal a különbözet része az adóalapnak, amely után társaságiadó-alanyok esetében 10/19% társasági adó, evaalanyok esetében 37% (50%) eva fizetendő (Tao törvény 19.§), Eva törvény 6.§, 9.§);
- számviteli törvény hatálya alá nem tartozó evás cégnél bevételnek minősül, ezáltal része az eva alapjának, amely után 37% (50%) eva fizetendő (Eva törvény 5-6.§);
- evás egyéni vállalkozónál nem bevétel (Eva törvény 6.§ (3) d));
- nem evás egyéni vállalkozónál bevétel (azaz az adóalap részét képezi), ha az arra jogosító biztosítás díját költségként elszámolta (Szja törvény 10. számú melléklet), ez esetben a vállalkozói adóalap után 10/19% vállalkozói személyi jövedelemadó fizetendő (Szja törvény 49/B.§);
- nem evás egyéni vállalkozónál mint magánszemélynél keletkezett adómentes bevételt, ha a biztosítói szolgáltatásra jogosító biztosítás díját nem számolta el költségként (lásd 1.1. pont).

2. Maradékjog alapján teljesített kifizetés (visszavásárlás, részleges visszavásárlás)

2.1 Az eredeti szerződő kezdeményezése esetén

- Amennyiben a maradékjog alapján teljesítendő kifizetést az eredeti szerződő (a kifizető) kezdeményezi, és a biztosítási díjat személyi jellegű ráfordításként elszámolhatta a cég, a Biztosító által kifizetett összeget a társaságnál pénzügyi műveletek bevételeként (kamatjellegű bevételként) kell elszámolni (mindvégig feltételezve a rendeltetésszerű joggyakorlást), ezáltal az része a társaság adózás előtti eredményének és társaságiadó-alapjának, amely után 10/19% társasági adó vagy 37% (50%) eva fizetendő.
- Amennyiben a biztosítás kedvezményezettje a cég volt, ezért a kifizetést követeléseként kellett kimutatni, a visszakapott összeget követeléscsökkenésként, a díjak és a kifizetés közti különbséget pedig pénzügyi műveletek bevételeként/ ráfordításaként kell elszámolni. Ez esetben a fenti adómértékek a különbözetet fogják terhelni.
- Ha a maradékjog alapján teljesítendő kifizetést a számviteli törvény hatálya alá nem tartozó eredeti szerződő evaalany kezdeményezi, a Biztosító által kifizetett teljes összeg bevételnek minősül, ezáltal 37%-os (50%) evafizetési-kötelezettséget von maga után.
- Amennyiben a maradékjog alapján teljesítendő kifizetést az eredeti szerződő nem evás egyéni vállalkozó kezdeményezi és a díjat költségként elszámolta, a kedvezményezett egyéni vállalkozónál bevételnek minősül a kifizetett összeg, ebből következően a vállalkozói adóalap részét képezi, amely után 10/19% vállalkozói személyi jövedelemadó fizetendő.
- Ha az eredeti szerződő egyéni vállalkozó nem számolta el költségként a biztosítás díját, az egyéni vállalkozó, mint magánszemély adózik a Biztosító által kifizetett összeg után. (lásd II.2.).

Ha a Biztosító által kifizetett összeget a kifizető nem adja át a magánszemélynek, akkor a visszavásárláskor nem merül fel (a fent ismertetett adókonzekvenciákon kívül egyéb) személyi jövedelemadó-, járulékkötelezettség és más adókötelezettség. A kifizetett összeg magánszemélynek történő átadása esetén a kifizető cég/egyéni vállalkozó és a magánszemély közötti jogviszony határozza meg az adókövetkezményeket.

2.2 A maradékjogból származó jövedelem adózása a szerződmódosítást követően

A magánszemély által fizetett díjakat meghaladó kifizetés után **egyéb jövedelem** jogcímen keletkezik jövedelem az Szja törvény 28. § (1) bekezdése alapján (feltételezve a rendeltetésszerű joggyakorlást), így azt 16% vagy 20,32% szja terheli⁴ az alábbi két eset bármelyikében:

⁴ A jövedelem 2 millió 424 ezer forintot meg nem haladó része után 16%, e felett 20,32%

- ha a visszavásárláskor a biztosítás még teljes életre szól (azaz a szerződést nem alakították át határozott tartamúvá) és a magánszemély a kifizetés előtt nem fizette meg az adót a kifizető cég által fizetett biztosítási díjak után;
- ha a biztosítást a magánszemély alakította határozott tartamúvá, de egyéb jövedelem jogcímen keletkezett jövedelme után nem fizetett személyi jövedelemadót (lásd: II.2.2), illetve a megfizetésről nem adott nyilatkozatot a Biztosítónak.

Ebben a két esetben az Szja törvény kamatjövedelemre vonatkozó rendelkezése (65.§ (1) d)) nem alkalmazható, tekintettel arra, hogy a biztosításra befizetett díjak egy része vagy egésze korábban adómentesnek minősült. A kifizetésből levonható a magánszemély által fizetett biztosítási díj.

Az egyéb jövedelem után járulékfizetési kötelezettség nem merül fel, az Eho törvény 3.§ (1) bekezdés a) pontja alapján a Biztosító 27 % egészségügyi hozzájárulás fizetésére kötelezett.

A befizetett díjakat meghaladó biztosítói kifizetés után **kamatjövedelem jogcímen** keletkezik adófizetési-kötelezettség az alábbi esetekben (mindvégig feltételezve a rendeltetésszerű joggyakorlást és kivéve, ha a díjakat vagy azok egy részét a magánszemély vagy a javára díjfizetést teljesítő más magánszemély költségként elszámolta):

- ha a visszavásárlás időpontjában a szerződés már határozott tartamú, mert azt az eredeti szerződő (kifizető) átalakította;
- ha a szerződést nem alakították át tartamossá, de a kifizetés előtt a magánszemély megfizette az adót az eredeti szerződő által fizetett biztosítási díjak után és erről nyilatkozatot ad a Biztosítónak (lásd: II.2.2);
- ha a szerződésváltást követően a magánszemély alakította a szerződést határozott tartamúvá és az eredeti szerződő által kifizetett, a díjfizetés időpontjában adómentesnek minősülő biztosítási díjak után (egyéb jövedelem jogcímen) a személyi jövedelemadót megfizette (lásd: II.2.2).

Részvisszavásárlás esetén a magánszemély által a biztosítási szerződéshez fűződő maradékjogból megszerzett bevételnek azon része minősül kamatjövedelemnek, amely meghaladja a magánszemély vagy javára más magánszemély által fizetett díjak és az adóköteles biztosítási díjak összegéből a kivont díjtartaléknak a kivonás előtti díjtartalékhoz viszonyított arányos részét. A díjtartalék ismétlődő kivonása esetén az ismételt arányosítást a befizetett díjaknak a korábbi díjtartalék-kivonásoknál már figyelembe vett, arányosított díjakkal csökkentett részére kell elvégezni.

A kamatjövedelmet terhelő személyi jövedelemadó mértéke

- **16%**, ha a Biztosító a szerződéskötést követő 5 éven belül teljesít a maradékjog alapján kifizetést
- **8%**, ha a Biztosító a szerződéskötést követő 5. év után teljesít a maradékjog alapján kifizetést, ugyanakkor, ha a szerződés a kifizetéskor nem szűnik meg, akkor már a 4. év után, feltételezve, hogy a díjtartalék-kivonás a kivonást megelőző négy évnél régebben fizetett díj és az arra arányosan számított hozam terhére történt.
- **0%**, ha a Biztosító a szerződéskötést követő 10. év után teljesít a maradékjog alapján kifizetést, ugyanakkor, ha a szerződés a kifizetéskor nem szűnik meg, már a 6. év után, feltételezve, hogy a díjtartalék-kivonás a kivonást megelőző hat évnél régebben fizetett díj és az arra arányosan számított hozam terhére történt.(Szja törvény 65.§ (3))

A kamatjövedelmet a személyi jövedelemadón (kamatadón) kívül **egyéb közteher-fizetési kötelezettség nem terheli.**

A kiegészítő biztosítások a szerződési feltételek alapján nem rendelkeznek maradékjoggal.

3. Lejáratil szolgáltatás

A lejáratil szolgáltatás címén megszerzett bevétel esetében **egyéb jövedelem** keletkezik (a Biztosító 16 vagy 20,32%-os adólevonási és 27%-os egészségügyi hozzájárulás-fizetési kötelezettségével (Szja 46-49.§, Eho 3.§ (1) a)), ha a szerződés határozott tartamúvá alakítását a magánszemély kezdeményezte szerződként, és a korábban adómentesnek minősült díj mint egyéb jövedelem után az adót nem fizette meg a lejáratil szolgáltatás nyújtásáig (lásd: II.2.2), illetve a megfizetésről nem adott nyilatkozatot a Biztosítónak. (Szja törvény 28.§ (1)). Az adó alapjának meghatározásakor a kifizetés a magánszemély által megfizetett díjakkal csökkenthető.

A lejáratil szolgáltatás címén keletkező bevételre a **kamatjövedelem** szabályai alkalmazhatóak (feltételezve a rendeltetésszerű joggyakorlást és kivéve, ha a díjakat vagy azok egy részét a magánszemély vagy a javára díjfizetést teljesítő más magánszemély költségként elszámolta), ha:

- az eredeti kifizető (cég) alakította határozott tartamúvá a szerződést
- vagy a magánszemély alakította át határozott tartamúvá a szerződést és az eredeti szerződő által a szerződésváltásig fizetett biztosítási díjak (mint egyéb jövedelem) után a II.2.2 szerint az adót megfizette (Szja törvény 65.§ (1) d)).

A lejáratil szolgáltatásból származó bevétel azon része minősül kamatjövedelemnek, amely meghaladja a magánszemély által fizetett díjak és az adókötelessé vált vagy adózott díjak együttes összegét. Megjegyezzük, hogy az Szja törvény fogalomrendszere nem tesz különbséget folyamatos és eseti díjak között, így díjon mindkettőt érteni kell.

A kamatjövedelmet terhelő személyi jövedelemadó mértéke

- **16%**, ha a Biztosító a szerződéskötést követő 5 éven belül nyújt lejáratil szolgáltatást
- **8%**, ha a Biztosító a szerződéskötést követő 5. év után nyújt lejáratil szolgáltatást,
- **0%**, ha a Biztosító a szerződéskötést követő 10. év után nyújt lejáratil szolgáltatást (Szja törvény 65.§ (3)).

A kamatjövedelmet a személyi jövedelemadón (kamatadón) kívül **egyéb közteher-fizetési kötelezettség nem terheli.**

4. A biztosító szolgáltatása a kiegészítő biztosítások esetén

Az Szja törvény 1. számú mellékletének 6.6 pontja alapján a biztosító haláleseti, baleseti és betegségbiztosítási szolgáltatása a kedvezményezett magánszemély adómentes jövedelme.

Tekintettel arra, hogy a kiegészítő biztosítások mindegyike valamelyik adómentes kategóriába (haláleset, baleset, betegség) beletartozik, a kiegészítő biztosításokból adódó szolgáltatások szintén adómentesek.

--

Tájékoztatásunk a biztosítási piacon kínált hasonló termékstruktúrákkal kapcsolatos, a Nemzetgazdasági Minisztériumnak az általunk ismert feltételes adómegállapításokkal kapcsolatos gyakorlatára és az alábbi ismertetőnk kiadásának napján hatályos adójogszabályok, tájékoztatók rendelkezéseire épül:

- A személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény (Szja törvény)
- A társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény (Tbj)
- A 2011. évi CLVI. törvénynek a szociális hozzájárulási adóról szóló IX. fejezete (Szocho törvény)
- A társasági adóról és az osztalékadóról szóló 1996. évi LXXXI. törvény (Tao törvény)
- Az egészségügyi hozzájárulásról szóló 1998. évi LXVI. törvény (Eho törvény)
- A számvitelről szóló 2000. évi C. törvény (számviteli törvény)
- Az adózás rendjéről szóló 2003. évi XCII. törvény (Art)
- A szakképzési hozzájárulásról és a képzés fejlesztésének támogatásáról szóló 2011. évi CLV. törvény (Szakhoz törvény)
- A Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény (Ptk)
- Az egyszerűsített vállalkozói adóról szóló 2002. évi XLIII. törvény (Eva törvény)
- 4222/2010./1. számú PM állásfoglalás
- 2008/5. Adózási kérdés a kifizető által munkavállaló javára kötött életbiztosítás számviteli elszámolásáról, személyi jövedelemadó-kötelezettségéről (PM Jövedelemadók főosztálya 14203/2007)

A fentiekon túlmenően a rendeltetésszerű joggyakorlás is nagyon fontos feltétele a szakvéleményünkben foglalt alkalmazhatóságának. A törvényi szabályozás csak általános elveket fogalmaz meg a rendeltetésszerű (illetve az azzal ellentétes rendeltetésellenes) joggyakorlás ismérveiről. Az általunk ismert feltételes adómegállapítások sem rendelkeznek egzakt módon arról, hogy az egyes eseményekkel kapcsolatban (pl. tartammódosítás, szerződésváltás stb.) mikor és milyen körülmények között tekinthető a joggyakorlás rendeltetésszerűnek vagy rendeltetésellenesnek, ezért azt mindig az adott eset összes körülményeinek figyelembevételével kell elbírálni. Ez irányadó az A6108 jelű Befektetési Egységekhez Kötött Életbiztosítás esetében is, azaz nem tehető egyértelmű és általános kijelentés azzal kapcsolatban, hogy ezeknek az eseményeknek a kötvény szerinti konkrét megvalósulása esetén a joggyakorlás milyen feltételek mellett tekinthető rendeltetésszerűnek vagy rendeltetésellenesnek.

Véleményünk szerint döntő szempont lehet a rendeltetésszerű joggyakorlás megítélésében a szerződő és kedvezményezett személye, a kettejük közötti szerződéses viszonyok, a biztosítási összeg, a szerződés módosítása és bekövetkeztének időpontja.