



Q6108 életbiztosítási feltételcsomag

Ügyféltájékoztató

Örömkre szolgál, hogy a Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt-t (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135–139., jogi formája: zárt-körűen működő részvénytársaság) 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. Jelen ügyféltájékoztató a Q6108 folyamatos díjfizetésű, befektetési egységekhez kötött életbiztosítás főbb jellemzőit tartalmazó egyszerűsített tájékoztató anyag.

Az ügyféltájékoztató (1) a biztosítási feltételekkel együtt az ügyfél-tájékoztató célját szolgálja (2) nem tartalmazza az életbiztosítási szerződésre alkalmazandó feltételek összességét és (3) nem képezi a biztosításra vonatkozó biztosítási feltételek részét.

A jelen ügyféltájékoztató és a biztosítási feltételek között fennálló esetleges ellentmondás esetén a biztosítási feltételek rendelkezései irányadóak. A biztosítási szerződésre alkalmazandó összes feltétel megismerése céljából kérjük, mindenképpen olvassa el figyelmesen az általános és különös életbiztosítási feltételeket is.

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 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.

Biztosítottnak 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 az alapbiztosítás 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

Ez egy biztosítási elemet is tartalmazó unit-linked (azaz befektetési egységekhez kötött) biztosítási szerződés, amellyel kapcsolatosan Önt, mint Szerződőt biztosítási díjfizetési kötelezettség terheli. Biztosítási esemény az a szerződésben (ajánlaton) megjelölt biztosítási szolgáltatáshoz kapcsolódó esemény, amelynek bekövetkezése esetén a Biztosító kifizeti a biztosítási szolgáltatást. Az alapbiztosítás 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.

Mentőöv biztosítási csomagok

A Mentőöv biztosítási csomagokkal egy esetlegesen bekövetkező rokkantság esetén nyújt széles körű és hosszú távú megoldást a Biztosító. A csomagok közül a Szerződő a saját igényéhez legjobban igazodót választhatja meg. A csomagokban szereplő szolgáltatások biztosítási összegei és így a Biztosító szolgáltatása a biztosítás aktuális éves biztosítási díjához igazodik.

Biztosítási szolgáltatás

Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító az általános és különös feltételekben foglaltak teljesülése esetén teljesíti a biztosítási szolgáltatást. A halál biztosítási esemény bekövetkezése esetén – amennyiben egyidejűleg a biztosítási szerződés is megszűnik –, valamint határozott tartamúvá alakított szerződésnél a szerződés lejáratára esetén a biztosítási szolgáltatás a Szerződő számlájának – el nem számolt terhelések értékével csökkentett – aktuális értéke, míg baleseti halál biztosítási esemény esetén a Biztosító a szerződés díjfizetésének devizájában meghatározott szolgáltatást nyújtja a Kedvezményezett részére.

A Biztosító szolgáltatását a Szerződő számlájának vagy a szerződés díjfizetésének 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 az alapbiztosítás és 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 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. Tekintettel arra, hogy a Biztosító az ajánlat elbírálása érdekében egészségügyi kockázatelemzést végez, az ajánlat elbírálására 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, az ajánlat aláírásának napjára visszamenőleges hatállyal. 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. A biztosítási szerződés ebben az esetben is az ajánlat szerinti tartalommal, az ajánlat aláírásának napjára 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. Amennyiben a Biztosító bármely okból kéri a Biztosított egészségügyi vizsgálatát, úgy a Biztosított az elvégzett vizsgálatok eredményeit, azok esetleges sikertelenségét, illetve a várttól eltérő eredményt és annak okait az egészségügyről szóló törvény alapján a vizsgálatot végző egészségügyi szolgáltatónál megismerheti. A Biztosított jogosult megismerni a róla készült egészségügyi dokumentációban szereplő adatait és jogosult betekinteni a rá vonatkozó egészségügyi dokumentációba, valamint azokról kivonatot vagy másolatot készíteni, vagy saját költségére másolatot kapni.

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 eléréseivel;
- 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, díjszűneteltetés esetén, amennyiben 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 díjakat a kötvényesítés egyszeri költségével, valamint az árfolyamban érvényesített költségekkel csökkentve fizeti vissza.
- A határozott tartamúvá átdolgozott szerződés lejáratára 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 fizethet. A biztosítási díj a Különös Feltételekben meghatározott devizában esedékes.

A biztosítási díj fizetési módja lehet csoportos beszedési megbízás, banki átutalás, valamint a Biztosító által kibocsátott készpénzátutalási 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 módosítható az erre szolgáló formanyomtatványon. 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.

A kiegészítő biztosítások díja az alapbiztosítás díjával együtt esedékes, díjfizetési gyakorisága megegyezik az alapbiztosítás díjfizetési gyakoriságával, és az alapbiztosítás díjával megegyező módon módosítható.

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

A biztosítási díj a kiegészítő biztosítások díjából és az alapbiztosításra fizetett biztosítási díjból áll, melyek együtt esedékesek. A kiegészítő biztosítások díja a szerződés díjfizetésének devizájában esedékes a szerződés díjfizetési gyakoriságához igazodva.

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 a Különös feltételekben meghatározottak szerint automatikus díjpótlással egyenlítheti ki az elmaradt biztosítási díjat. A biztosítási tartam első 36 hónapja alatt bekövetkezett díjfizetési késedelem esetén, amennyiben a Biztosító díjfelhívó levélben közölt fizetési póthatáridő eredménytelenül telt el, és a Szerződő nem rendelkezik az esedékes biztosítási díj eseti befektetési egységekből történő pótlásáról, vagy a díj az eseti egységekből automatikusan nem egyenlíthető ki, az első elmaradt díj esedékességétől számított 90. napot követő nap 0 órájkor megszűnik a biztosítási szerződés és a Biztosító kockázatviselése. A kapcsolódó kiegészítő biztosítások ilyen esetben az utolsó elmaradt díj esedékességétől számított 90. napon az utolsó biztosítási díj esedékességére visszamenőleges hatállyal szűnnek meg. A Biztosító a kezdeti időszakot követően az automatikus díjpótlás mellett lehetőséget ad a biztosítási díj fizetésének szüneteltetésére is. Erre az időszakra a biztosítási szerződésre nincs esedékes 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 nem kerül kiegyenlítésre, a biztosítási díj esedékességétől számított 90. napon a Biztosító a szerződésen automatikus díjszüneteltetést érvényesít az első ki nem egyenlített díj esedékességének napjától. A díjszüneteltetés alatt a biztosítási szerződésen a tranzakciók lebonyolíthatók, eseti biztosítási díj befizethető, a kapcsolódó kiegészítő biztosítások pedig az utolsó elmaradt díj esedékességétől számított 90. napon az utolsó biztosítási díj esedékességére visszamenőleges hatállyal megszűnnek. A szerződő kérésére kezdeményezett díjszüneteltetés esetén a kiegészítő biztosítások a Szerződő kérelmében megjelölt nappal, vagy a díjjal nem rendezett időszak első napjával szűnnek meg.

A biztosításközvetítő nem jogosult az ügyféltől a Biztosító megbízásából a biztosítási díj átvételére, és nem jogosult a Biztosítótól az ügyfélnek járó összeg kifizetésében közreműködni.

Értékkövetés

A Szerződő ajánlatban megjelölt választása szerint a Biztosító minden biztosítási évben az **alapbiztosítás** 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 tájékoztatja az ügyfelet az ennek megfelelően módosuló biztosítási összegekről és biztosítási díjakról. A Szerződőnek joga van ezt elutasítani a következő biztosítási évfordulótól. Az értékkövetés módosítását a Biztosítóhoz címzett írásbeli nyilatkozattal lehet kezdeményezni legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőző 15 nappal.

Hűségbónusz, hűségbónusz számítási alap

A Biztosító a Szerződőnek hűségbónuszok jóváírását teljesíti a szerződés tartama során. Ehhez a szerződés kezdeti éves biztosítási díjának figyelembevételével, 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 15. díjjal rendezett évfordulót. A jóváírásra kerülő hűségbónusz mértéke legfeljebb 15% lehet, így a 15. évfordulón és a következő díjjal rendezett évfordulókon a hűségbónusz mértéke legfeljebb a hűségbónusz számítási alap aktuális értékének 15%-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, az alapbiztosításra fizetett 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 politikáját a Biztosító a biztosítási ajánlat megküldésével a feltételekkel együtt elküldi a Szerződőnek az ajánlat felvételkor megadott e-mail címére, emellett a dokumentum a www.viennalife.hu honlapon elérhető.

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

Az eszközalap minimális rögzített lejáratú árfolyama

Egyes eszközalapok esetében adott napra, az eszközalap lejáratának napjára vonatkozóan előre meghatározott az eszközalap egységeinek minimális árfolyama.

Eszközalapokhoz kapcsolható egyedi funkció

A Biztosító az eszközalapokhoz kapcsolódóan egy úgynevezett egyedi funkciót tesz elérhetővé (Árfolyamfigyelés), ha a Szerződő az ajánlaton tett megjelölése, vagy a későbbiekben tett nyilatkozata alapján így dönt. 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.

Átírányítás: 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 befizetett díjakból, valamint a Szerződő számlájáról vonja le. A beépített biztosítási fedezet, valamint a kiegészítő biztosítások díja díjfigyelés szerint, forintban felmerülő levonás, amelyet a Biztosító a Szerződő által befizetett, folytatódóan esedékes díjból von le. Az alapkezelési költség, valamint az adminisztrációs költség részeként a nyilvántartási költség az eszközalap értékének százalékában merülnek fel, azokat a Biztosító az adott eszközalap minden értékelési napján, az adott eszközalap értékelési napi árfolyamában az előző értékelési naptól eltelt idő arányában érvényesíti. A szerződéskötési költség, az adminisztrációs költség részeként a szerződés fenntartási költsége, a csekkes díjfigyelés költsége, valamint 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.

Teljes Költség Mutató (TKM)

A Teljes Költség Mutató (TKM) egy, az Ön tájékoztatását szolgáló, egyszerű mutató, amely megmutatja, hogy adott paraméterek mentén közelítőleg mekkora hozamvesztés érheti Önt egy elméleti, költségmentes befektetés hozamához képest amiatt, hogy a hozamot az adott unit linked terméken érte el. A TKM segítségével – a típuspéldán keresztül – Ön egyszerűbben össze tudja hasonlítani a magyar életbiztosítási piacon kínált befektetési egységekhez kötött (unit-linked) biztosítások költségszintjeit.

A Teljes Költség Mutatóról bővebben az 5. sz. mellékletben olvashat.

A Biztosító mentesülése, kizárások

Mentesülések:

- (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) élet- és nyugdíjbiztosítás 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, a Szerződő vagy a Kedvezményezett jogellenes, szándékosan elkövetett vagy súlyosan gondatlan magatartása, így különösen a súlyosan ittas (0,8 ezrelék véralkoholszintet elérő vagy azt meghaladó) vagy kábítószer alkalmazásának hatása alatti állapot, illetve ha a baleset a jogosítvány nélküli vagy ittas szárazföldi, légi vagy vízi járművezetés közben következett be, illetve a Biztosított más közlekedési szabályt is megsértett (pl. gyorshajtás);

- c) a Biztosított HIV fertőzöttsége;
 - d) valamely betegség, illetőleg egészségi állapot a szerződés-kötés előtti, a Biztosítottnál fennálló, de a Biztosító előtt tudatosan elhallgatott megléte;
 - e) élet-, nyugdíj- és balesetbiztosítás esetén ha a Biztosított a Kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét;
 - f) alkohol- és drogfüggőség esetén ezek kezelésével és rehabilitációval összefüggő egészségbiztosítási események;
 - g) 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;
 - h) 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.
- (2) Élet- és nyugdíjbiztosítási valamint balesetbiztosítási termék esetén a Biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a Biztosított a Kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét. Élet- és nyugdíjbiztosítások esetén a visszavásárlási összeg ebben az esetben az örökösöket illeti meg, és abból a Kedvezményezett nem részesülhet.
- (3) Élet- és nyugdíjbiztosítási termék esetén a Biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, viszont az aktuális életbiztosítási díjtartalékot megfizeti az Általános Feltételek 18.1. a-d) pontjaiban meghatározott esetekben.
- (4) A Biztosító mentesül a biztosítási szolgáltatás kifizetése alól, az Általános Feltételek 14.8 pontjában meghatározott feltételek szerint, ha a Biztosított a közlésre, illetve változás bejelentésére vonatkozó kötelezettségét megsérti az ott meghatározott módon.

Kizárások

- (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.
- Élet- és nyugdíjbiztosítási szerződésnél a fenti körülmények bekövetkezése esetén a Biztosító a visszavásárlási összeget fizeti ki.
- (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, határviellongás, forradalom, zendülés, puccs vagy puccskísérlés, népi megmozdulás, terrorcselekmény, felvonulás, sztrájk, munkahelyi rendbontás;
 - felkelésben, lázadásban vagy zavargásban való részvétel, kivéve ha erre belföldön valamilyen hivatali vagy közszolgálati kötelességteljesítés 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.
- (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.
- (4) Amennyiben a fentiek valamelyike teljesül, az élet- és nyugdíjbiztosítási termékeknél a biztosítási összeg helyett a visszavásárlási összeg kerül kifizetésre.
- (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.
- (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.
- (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.
- (8) A Biztosító kockázatviselése csak a biztosítási tartam alatt bekövetkező balesetek következményeire terjed ki.

Amennyiben Ön Kiegészítő Biztosítást is igénybe vesz, úgy tájékoztatjuk, hogy

- (1) A Biztosító a kockázatviselés kezdetétől számított 6. hónap végéig terjedő időszakban kizárja a betegségből eredő kockázatokat és azok bekövetkezése esetén nem nyújt szolgáltatást.
- (2) 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.
- (3) 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 Feltételeinek 1. számú mellékletében nem került felsorolásra.

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

A Biztosító nem köt ki várakozási időt.

- 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.

Az eszközalapok felfüggesztése, szétválasztása

1. A Biztosító az ügyfelek érdekében a befektetési egységekhez kötött életbiztosítási 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 átírási kérésével, 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 igazolható módon 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 igazolható módon 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) szolgáltatásrészt 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.
Az eszközalap-felfüggesztés végrehajtását követően az eszközalap-felfüggesztés megszüntetéséig és az eszközalap ezt követő első ismert nettó eszközértékének megállapításáig a Biztosító nem terjeszthet vagy értékesíthet olyan biztosítási terméket vagy szerződést, amely mögött kizárólag felfüggesztett eszközalap áll.
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, továbbá egyidejűleg megküldi a Felügyelet részére.

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 megszüntetések 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 Szerződéssel – a megszüntetési időpontjában aktuális piaci helyzet alapján – 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 illikvidé. 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 illikvidé 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, és az ügyfélszolgálati irodában történő kifüggesztés 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;
 - minderről a Biztosító a Felügyeletet is tájékoztatja.

Többlethozam-visszajuttatás

A szerződés nem részesül a többlethozam visszajuttatásában.

Tőke- vagy hozamgarancia, a befektetésekből eredő kockázat viselése

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

Az eszközalap vagy eszközalap-válogatás kiválasztása a Szerződő saját döntése. Az egyes eszközalapok vagy eszközalap válogatások árfolyama változik. Ezen változás függvényében a befektetett egységek értéke növekedhet vagy csökkenhet, az ebből eredő befektetési kockázatot teljes egészében a Szerződő viseli.

Közlési kötelezettség

A Szerződő (Főbiztosított, Biztosított) köteles a szerződés tartama alatt a következő, a szerződést érintő lényeges változásokat 8 munkanapon belül írásban bejelenteni a Biztosítóknak:

- lakcím megváltozása (Szerződő, Főbiztosított, Biztosított);
- személyi adatok megváltozása (Szerződő, Főbiztosított, Biztosított);
- a megadott e-mail címének megváltozása (Szerződő);
- foglalkozás megváltozása (Főbiztosított, Biztosított);
- rendszeresen üzött sporttevékenység megváltozása (Főbiztosított, Biztosított).

A közlési kötelezettség megsértése esetén a Biztosító az ebből származó esetleges károkért nem tartozik felelősséggel, és a Szerződő viseli az adatok aktualizálásának elmaradásával kapcsolatban felmerülő hátrányos következményeket.

Biztosítási titok

A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (a továbbiakban: Bit.) szerint biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő ügyfeleinek – ideértve a károsultat is – személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

Adatvédelem

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

- (1) Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha a biztosító vagy a viszontbiztosító ügyfele vagy annak 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) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
 - b) a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel,
 - c) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási határozatok bírósági felülvizsgálata során eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal
 - d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
 - e) a (2) pontban foglalt esetekben az adóhatósággal,
 - f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
 - g) a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
 - h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
 - i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel, a kártörténeti nyilvántartást vezető kárnyilvántartó szervvel, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárművekkel kapcsolatos közúti közlekedési igazgatási feladatokkal összefüggő hatósági ügyekben a közlekedési igazgatási hatósággal, valamint a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatalával
 - j) törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
 - k) a viszontbiztosítóval, a csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
 - l) a Bit. szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervvel,
 - m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő biztosítóval,
 - n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében és az ezen adatok egymás közti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát és a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, továbbá – a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján – a károkozóval,
 - o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,
 - p) fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel,
 - q) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,
 - r) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal szemben, ha az (1) pont a)–j) és n) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a p)–r) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.
- (2) Az (1) pont e) pontja alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.
- (3) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. törvényben meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját.
- (4) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA-törvény) alapján, valamint az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvényben (a továbbiakban: Aktv.) foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás az Aktv. 43/H. §-ában foglalt kötelezettség (az átvilágítási szabályoknak megfelelően szerzett adatok kapcsán fennálló adatszolgáltatási kötelezettség a NAV felé), valamint a FATCA-törvény alapján az Aktv. 43/B. és 43/C. §-ában foglalt kötelezettség (NAV felé fennálló adatszolgáltatási kötelezettség) teljesítésében merül ki.

- (5) A biztosító vagy a viszontbiztosító az (1), a (6) és a (10) pontban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja. A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül az (1) pontban meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.
- (6) A biztosító vagy a viszontbiztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az ügyészség, továbbá az ügyész jóváhagyásával a nyomozó hatóság írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul, írásban tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet
- a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
 - a Btk. (2012. évi C. törvény) szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.
- (7) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító vagy a viszontbiztosító az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.
- (8) Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.
- (9) 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 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.
- (10) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító és a viszontbiztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben:
- ha a biztosító ügyfele (a továbbiakban: adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
 - ha – az adatalany hozzájárulásának hiányában – az adattovábbításnak törvényben meghatározott adatköre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban a személyes adatok védelmének megfelelő szintje az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (a továbbiakban: Infotv.) 8. § (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.
- A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.
- (11) 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,
 - a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.
- Ezen adatok átadását a biztosító és a viszontbiztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.
- (12) Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított öt év elteltével törölni kell. Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvényben (a továbbiakban: Eüak.) meghatározott egészségügyi adatokat a biztosító a szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges vagy a Bit-ben meghatározott egyéb célból, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti. Ezen adatok, illetve az Infotv. szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén húsz év elteltével kell törölni az adatokat.
- (13) A biztosító és a viszontbiztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja az (1) pont b), f) és j) pontjai, illetve a (6) pont alapján végzett adattovábbításokról.
- (14) A biztosító és a viszontbiztosító a személyes adatokat a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.
- (15) A biztosító és a viszontbiztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító és a viszontbiztosító 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. Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.
- (16) Biztosító és a viszontbiztosító jogutód nélküli megszűnése esetén a biztosító és a viszontbiztosító által kezelt üzleti titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított hatvan 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 – az Infotv.-ben meghatározott – adatszolgáltatási kötelezettség esetén. Az üzleti titokra és a biztosítási titokra egyebekben a Ptk-ban foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.

- (17) A már hivatkozott FATCA-törvény szerinti Jelentő Magyar Pénzügyi Intézmény (a továbbiakban: intézmény) az általa kezelt, FATCA-törvény szerinti Pénzügyi Számla vonatkozásában elvégzi a FATCA-törvény szerinti Számlatulajdonos és Jogalany (a továbbiakban Számlatulajdonos) FATCA-törvényben foglalt Megállapodás 1. Melléklete szerinti illetőségének megállapítására irányuló vizsgálatot (a továbbiakban: illetőségvizsgálat). Az intézmény a számlatulajdonost az illetőségvizsgálat elvégzésével egyidejűleg írásban tájékoztatja
- az illetőségvizsgálat elvégzéséről,
 - az Aktv. 43/B-43/C. §-a alapján az adóhatóság felé fennálló adatszolgáltatási kötelezettségéről,
 - a FATCA-törvény szerinti jelentéstételi kötelezettségéről.
- Az Aktv. 43/B-43/C. §-a szerinti adatszolgáltatás esetén az adatszolgáltatás tényéről az intézmény a számlatulajdonost az adatszolgáltatás teljesítésétől számított harminc napon belül írásban tájékoztatja.
- (18) Az Aktv. szerinti Jelentő Magyar Pénzügyi Intézmény (a továbbiakban: intézmény) az általa kezelt, az Aktv. 1. melléklet VIII/C. pontja szerinti Pénzügyi Számla vonatkozásában elvégzi az Aktv. szerinti Számlatulajdonos és Jogalany (a továbbiakban együtt: Számlatulajdonos) illetőségének az Aktv. 1. melléklet II-VII. pontja szerinti megállapítására irányuló illetőségvizsgálatot.
- Az intézmény a Számlatulajdonost az illetőségvizsgálat elvégzésével egyidejűleg az ügyfélfogadásra nyitva álló helyiségeiben kifüggesztett hirdetmény útján vagy - ha az lehetséges - elektronikus úton tájékoztatja
- az illetőségvizsgálat elvégzéséről,
 - az Aktv. 43/H. §-a alapján az adóhatóság felé fennálló adatszolgáltatási kötelezettségéről.
- Az Aktv. 43/H. §-a szerinti adatszolgáltatásról az intézmény a Számlatulajdonost az adatszolgáltatás teljesítésétől számított harminc napon belül írásban – ha az lehetséges elektronikus úton – tájékoztatja.
- A leírtakról részletes tájékoztatást a www.viennalife.hu oldalon talál.

A VESZÉLYKÖZÖSSÉG VÉDELME CÉLJÁBÓL TÖRTÉNŐ ADATÁTADÁS

- (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)–(6) 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. melléklet A) rész 1. és 2. pontjában, továbbá a 2. mellékletben meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
- a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személy azonosító adatait;
 - a biztosított személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
 - az a) pontban meghatározott személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;
 - a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és
 - a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.
- (4) A megkereső biztosító a Bit. 1. melléklet A) rész 3–9. és 14–18. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
- a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett és a károsult személy azonosító adatait;
 - a biztosított vagyontárgyak, követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatokat;
 - a b) pontban meghatározott vagyontárgyakat, követeléseket vagy vagyoni jogokat érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;
 - a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és
 - a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.
- (5) A megkereső biztosító a Bit. 1. melléklet A) rész 10–13. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
- a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a károsult személy azonosító adatait;
 - a szerződő, a biztosított és a kedvezményezett azonosító adatait, továbbá a (4) pont b)–e) pontjában meghatározott adatokat;
 - a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a személyi sérülés miatt kárigényt vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
 - a károsodott vagyontárgy miatt kárigényt, érvényesítő személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó személyes adatot nem tartalmazó adatokat;
 - a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a személyi sérülés vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személyt érintő korábbi – az e pontban meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat.
- (6) Az (1) pontban meghatározott megkeresésnek tartalmaznia kell az ott meghatározott személy, vagyontárgy vagy vagyoni jog azonosításához szükséges adatokat, a kért adatok fajtáját, valamint az adatkérés céljának megjelölését. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkereső biztosító felelős az (1) pontban meghatározott megkeresési jogosultság tényének fennállásáért.
- (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 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 megkeresés és a megkeresés teljesítésének tényéről, továbbá az abban szereplő adatok köréről a megkereséssel érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti.
- (11) Ha az ügyfél az Infotv.-ben szabályozott módon az adatairól tájékoztatást kér és a megkereső biztosító – a (7)–(9) pontban meghatározottakra tekintettel – már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek a tényéről kell tájékoztatni a kérelmezőt.
- (12) A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal az (1) pontban meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.
- (13) A megkeresésben megjelölt adatok teljesítésének a helyességéért és pontosságáért a megkeresett biztosító a felelős.

A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozásának megelőzése és megakadályozása

A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. 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 élet- és nyugdíjbiztosítási szerződéseket kamatadó terheli, melyet a Biztosító, mint kifizető levon. Ha a Biztosítót, mint kifizetőt egyéb közteher megfizetése is terhel, 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.

Ügyfélszolgálat, panaszfórumok

Amennyiben a Biztosító tevékenységével kapcsolatban kérdése, esetleg bármilyen panasz merül fel, kérjük, hogy azt az alábbi elérhetőségek valamelyikén jelezze felénk:

- telefonon a 06 1 888 2 888-as telefonszámon;
- e-mailben: info@viennialife.hu;
- panaszkezelés e-mail címe: panaszkezeles@viennialife.hu;
- személyes ügyfélszolgálat címe: 1138 Budapest, Váci út 135–139.;
- postacím: 1438 Budapest, Pf.: 428;
- honlap: www.viennialife.hu;
- felügyeleti hatóság: Magyar Nemzeti Bank.

Tájékoztatjuk, hogy a Biztosító a fizetőképességéről szóló jelentést minden évben a honlapján (www.viennialife.hu) közzéteszi.

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 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; honlap: <https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem>; telefon: 06 80 203 776) 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, Postafiók 172; honlap: www.mnb.hu/bekeltetes; telefon: 06 80 203 776).

Ezúton tájékoztatjuk Önt továbbá az online vitarendezési platform igénybevételek lehetőségéről. Amennyiben az Ön és Társaságunk között létrejött online szolgáltatási szerződéssel kapcsolatosan pénzügyi fogyasztói jogvita merül fel, úgy Ön kezdeményezheti az online vitarendezési platformon keresztül a jogvita bírósági eljárásán kívül történő rendezését a közösen megválasztott vitarendezési fórumnál. Tájékoztatjuk, hogy Magyarországon a pénzügyi fogyasztói jogviták rendezésére a Pénzügyi Békéltető Testület jogosult. Az online vitarendezési platform honlapja a következő linken érhető el: <http://ec.europa.eu/odr>.

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-, nyugdíj-, egészség- és balesetbiztosítási szerződéseire (a továbbiakban biztosítási szerződés), illetve az egyéb biztosításainak élet-, nyugdíj-, 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-, nyugdíj-, 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-, nyugdíj-, 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 szorulóak. Tartósan és teljesen munkaképtelennek kell tekinteni azokat, akik betegség, egyéb fogyatékosság miatt nem képesek kereső tevékenységre, és ilyet nem is folytathatnak. Állandó gondozásra szorulóknak 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 Biztosított 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, beleértve 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. Amennyiben a Biztosító bármely okból kéri a Biztosított egészségügyi vizsgálatát, úgy a Biztosított az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló törvény alapján a vizsgálatot végző egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.

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.

Az ajánlat módosítása új ajánlatnak minősül, ezért a szerződés létrejöttéhez a Szerződőnek az új ajánlat elfogadását tartalmazó jognyilatkozata szükséges. Az új ajánlat elfogadása vonatkozásában tett nyilatkozat hiányában a biztosítási szerződés nem jön létre.

3.7.

A szerződés létrejön, ha a Biztosító az ajánlatot elfogadja, és fedezetet igazoló dokumentumot, azaz kötvényt állít ki. A biztosítási szerződés az ajánlat aláírásának napjára visszamenőleges hatállyal jön létre. 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. A biztosítási szerződés ebben az esetben is az ajánlat szerinti tartalommal, az ajánlat aláírásának napjára 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 15 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 15 napon belül a szerződést 30 napra írásban felmondhatja.

4. fejezet – A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete

4.1.

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 vagy egyszeri biztosítási díja a Biztosítóhoz beérkezett. 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. órájakor kezdődik. A hatálybalépés időpontját a Különös Feltételek ettől eltérően is meghatározhatják.

4.2.

Ha a Szerződő a díjat – díjávételre 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. A 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 élet- és nyugdíjbiztosítás 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 kora és a választott biztosítási összeg 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-, nyugdíj- és egészségbiztosítás esetén

6.1.

A élet-, nyugdíj- 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.

6.4.

Amennyiben a Biztosító bármely okból kéri a Biztosított egészségügyi vizsgálatát, úgy a Biztosított az elvégzett vizsgálatok eredményeit, azok esetleges sikertelenségét, illetve a várttól eltérő eredményt és annak okait az egészségügyről szóló törvény alapján a vizsgálatot végző egészségügyi szolgáltatónál megismerheti. A Biztosított jogosult megismerni a róla készült egészségügyi dokumentációban szereplő adatait és jogosult betekinteni a rá vonatkozó egészségügyi dokumentációba, valamint azokról kivonatot vagy másolatot készíteni, vagy saját költségére másolatot kapni.

7. fejezet – Biztosítási esemény

7.1.

Biztosítási esemény az élet- vagy nyugdíjbiztosítási 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 megrokkban; 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 orvosiilag 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 az 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 élet- vagy nyugdíjbiztosítási 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 díjakat a kötvényesítés egyszeri költségével, valamint az árfolyamban érvényesített költségekkel csökkentve 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 – írásban felszólítja a Szerződőt a díjfizetés teljesítésére a felszólítás elküldésétől számított 30 (harminc) napos póthatáridő kitűzésével.

A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés megszűnik:

- élet- vagy nyugdíjbiztosítási szerződés esetén a folytatólagos díjak tekintetében az esedékesség napjától számított 90. napot követő napon 0 órakor,
- baleset-, és egészségbiztosítás esetén illetve élet- és nyugdíjbiztosítási 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 élet- vagy nyugdíjbiztosítási szerződés esetén, amennyiben az eredménytelenül eltelt póthatáridőt követő napon a szerződés rendelkezik visszavásárlási összeggel. Ilyen esetben a szerződés az esedékességtől számított 90. napot 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 állapodtak meg.

Élet- vagy nyugdíjbiztosítás 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 díjfizetés szüneteltetését 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 élet- vagy nyugdíjbiztosítási 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 élet- vagy nyugdíjbiztosítási 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, a következmények lehetőség szerinti elhárításáról és enyhítéséről is. A kárenyhítés szükséges költségei a biztosítási összeg keretei között akkor is a Biztosított terhelik, ha a kárenyhítés nem vezetett eredményre. **A Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól, ha bizonyítja, hogy a Szerződő vagy a Biztosított szándékosan 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 élet- vagy nyugdíjbiztosítási termék esetén a bejelentett, megváltozott körülmények hatására bekövetkező kockázatváltozás (csökkenés vagy növekedés) miatt a lecsökkent vagy megemelkedett kockázat fennállásának időszakára díjcsökkentést vagy díjemelést alkalmazhat a 14.2 pont szerint, az ott meghatározott korlátozásokkal. Miután a Biztosító értesül a Biztosított megváltozott körülményeiről, a bejelentés kézhezvételétől számított 15 napon belül írásban tájékoztatja a Szerződőt a megváltozott díjról. Amennyiben a Szerződő 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 Biztosítónak, ha a biztosítási ajánlaton közölt foglalkozása, szakmája, rendszeresen végzett sporttevékenysége megváltozott. A Biztosító baleset- és egészségbiztosítás esetén a megváltozott körülményekre (foglalkozás, rendszeresen űzött sporttevékenység) pótdíj ellenében kiterjesztheti 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 fizetni a 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 bizonyítja, 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.

Élet-, nyugdíj- 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. Ezek a rendelkezések a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változására vonatkozó bejelentési kötelezettségre is alkalmazandók. A Biztosító ezzel kapcsolatos jogainak gyakorlására nyitva álló öt éves 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 Biztosítónak, 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 beszerezze 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, 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 élet- vagy nyugdíjbiztosításnál 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, a 14.2. vagy a 14.5., valamint a 14.7. és a 14.8.pontokban meghatározott szabályok szerint jár el. A Biztosító ilyen esetben az érvénytelenség kapcsán a megtámadás intézményét nem veszi igénybe jogérvényesítési célból.

15.9.

A Biztosító az élet- vagy nyugdíjbiztosítási 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 többlethozamából való részesedésnek számítási 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 a biztosítási díj megfizetésére vonatkozó felszólítás elküldésétől számított 30 napos póthatáridő alatt az elmaradt díjat pótolhatja.

17. fejezet – Reaktiválás

17.1.

Amennyiben a biztosítási szerződés a folytatólagos díj meg nem fizetése 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 Szerződő 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 a teljes díjhátralék megfizetését követő nap 0:00 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:

- élet- vagy nyugdíjbiztosítás esetén a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, azzal összefüggésben, vagy a szerződéskötéstől számított két éven belül elkövetett öngyilkossága következtében vesztette életét;
- Biztosított, a Szerződő vagy a Kedvezményezett jogellenes, szándékosan elkövetett vagy súlyosan gondatlan magatartása, így különösen a súlyosan ittas (0,8 ezrelék véralkoholszintet elérő vagy azt meghaladó) vagy kábítószer alkalmazásának hatása alatti állapot, illetve ha a baleset a jogositvány nélküli vagy ittas szárazföldi, légi vagy vízi járművezetés közben következett be, illetve a Biztosított más közlekedési szabályt is megsértett (pl. gyorshajtás);
- a Biztosított HIV fertőzöttsége;
- valamely betegség, illetőleg egészségi állapot a szerződéskötés előtti, a Biztosítottnál fennálló, de a Biztosító előtt tudatosan elhallgatott megléte;
- élet-, nyugdíj- és balesetbiztosítás esetén ha a Biztosított a Kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét;
- alkohol- és drogfüggőség esetén ezek kezelésével és rehabilitációjával összefüggő egészségbiztosítási események;
- 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 jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással okozta;
- 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.

A 18.1. pont d) alpontjában foglalt mentesülési ok fennállása esetén – a 14.8. pontban foglaltakat figyelembe véve – a közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító kötelezettsége, ha a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkezéséig öt (5) év már eltelt.

18.2.

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

18.3.

Élet- vagy nyugdíjbiztosítási termék esetén a Biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, viszont az aktuális életbiztosítási díjtartalékot megfizeti a 18.1. a–d) pontjaiban meghatározott esetekben.

18.4.

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.

Élet- vagy nyugdíjbiztosítási 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, határviellongás, 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 kötelességteljesítés 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 élet- vagy nyugdíjbiztosítási termékeknek 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 termékeknek 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 a Biztosító 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 estek 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 Biztosító felé 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 kideríthetatlenné 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 rendelkezésre bocsátotta).

22.2.

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

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

22.3.

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

- az orvosoktól, egészségügyi intézményektől, hatóságoktól, – akik, illetve amelyek a Biztosítottat kezelték, vizsgálták –, a kért felvilágosításokat, orvosi jelentéseket és dokumentumokat beszeresse;
- 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 adatszerezés költsége, amely a biztosítási esemény tisztázásához elengedhetetlenül szükséges, azt a felet terheli, aki érdekeit érvényesíteni kívánja.

22.7.

A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítási esemény vagy a jogosultság tisztázásához szükséges, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) által kiállított igazolást – a Biztosított/Kedvezményezett egyidejű értesítése mellett – közvetlenül az OEP-től beszeresse a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény titoktartási kötelezettségére vonatkozó rendelkezéseinek betartásával. Az OEP által kiállított igazolás bekérésére a Biztosítónak az igény beérkezésétől számított 15 nap áll rendelkezésére. A Biztosító az igény jogalapjának elbírálásáról szóló írásbeli értesítésben tájékoztatja az Ügyfelet az OEP igazolás Biztosítóhoz történő beérkezésének pontos időpontjáról. A Biztosító az OEP igazolásnak hozzá történő beérkezését követő 15 napon belül tájékoztatja az Ügyfelet az igény jogalapja elbírálásának eredményéről. Ez az adatszerezési tevékenység élet- vagy nyugdíjbiztosítási 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 és 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 élet- vagy nyugdíjbiztosítási termékek esetén van lehetőség maradékjogok, így a visszavásárlási jog, a díjmentes leszállítási jog, továbbá kötvénykölcsön felvételének érvényesítésére. A baleset- és egészségbiztosítási termékek maradékjogokkal nem rendelkeznek.

25. fejezet – A Szerződő felmondási és visszavásárlási joga élet- vagy nyugdíjbiztosítás 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 élet- vagy nyugdíjbiztosítás 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 díjmaradást) 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 díjmentes leszállításról szóló záradékot 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 élet- vagy nyugdíjbiztosítás 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 kötvénykölcsön 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 élet- és nyugdíjbiztosítási 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 élet-és nyugdíjbiztosítási 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 megkötésekor vagy azt követően tett 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 Biztosítónak. 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 Biztosítónak.

31. fejezet – Adatkezelés, adatvédelem

A biztosító vagy a viszontbiztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (továbbiakban: Bit.) által meghatározott egyéb cél lehet. Az említett, meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést biztosító vagy viszontbiztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány, és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosító vagy viszontbiztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

31.1.

A biztosító (vagy a viszontbiztosító) jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet. Az ettől eltérő célból végzett adatkezelést a biztosító (vagy a viszontbiztosító) csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány, és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny. Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha a biztosító vagy a viszontbiztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad vagy a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn, továbbá ha a biztosító vagy a viszontbiztosító által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója ezt a tanúsítási eljárás lefolytatása keretében ismeri meg. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn

- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel;
- b) a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel;
- c) büntetőügyben, polgári peres vagy nem peres eljárásban, közigazgatási határozatok bírósági felülvizsgálata során eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a természetes személyek adószárgrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal;
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel;
- e) a (2) pontban foglalt esetekben az adóhatósággal;
- f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal;
- g) a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal;
- h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal;
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel,
- j) törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel;

- k) a viszontbiztosítóval, a csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal;
 - l) a Bit. szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervvel, a kártörténeti nyilvántartást vezető kárnyilvántartó szervvel, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárművekkel kapcsolatos közúti közlekedési igazgatási feladatokkal összefüggő hatósági ügyekben a közlekedési igazgatási hatósággal, valamint a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatalával;
 - m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő biztosítóval;
 - n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében és az ezen adatok egymás közti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát és a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, továbbá – a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján – a károkozóval;
 - o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval;
 - p) fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel;
 - q) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával;
 - r) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal szemben;
- ha az (1) pont a)–j) és n) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a p)–r) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

31.2.

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

31.3.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. törvényben meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját.

31.4.

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

31.5.

A biztosító vagy a viszontbiztosító az (1), a (6) és a (10) pontban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja. A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül az (1) pontban meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.

31.6.

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

- a) a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel;
- b) a Btk. (2012. évi C. törvény) 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.

31.7.

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

31.8.

Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.

31.9.

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

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

31.10.

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

- a) ha a biztosító ügyfele (a továbbiakban: adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
- b) ha – az adatalany hozzájárulásának hiányában – az adattovábbításnak törvényben meghatározott adatköre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban a személyes adatok védelmének megfelelő szintje az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (a továbbiakban: Infotv.) 8. § (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.

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

31.11.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét

- a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg;
- b) fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak;
- c) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása;
- d) a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

Ezen adatok átadását a biztosító és a viszontbiztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

31.12.

Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított öt év elteltével törölni kell.

Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvényben (a továbbiakban: Eüak.) meghatározott egészségügyi adatokat a biztosító a szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges vagy a Bit-ben meghatározott egyéb célból, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti. Ezen adatok, illetve az Infotv. szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén húsz év elteltével kell törölni az adatokat.

31.13.

A biztosító és a viszontbiztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja az (1) pont b), f) és j) pontjai, illetve a (6) pont alapján végzett adattovábbításokról.

31.14.

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

31.15.

A biztosító és a viszontbiztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító és a viszontbiztosító 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. Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

31.16.

Biztosító és a viszontbiztosító jogutód nélküli megszűnése esetén a biztosító és a viszontbiztosító által kezelt üzleti titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított hatvan 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 – az Infotv.-ben meghatározott – adatszolgáltatási kötelezettség esetén. Az üzleti titokra és a biztosítási titokra egyebekben a Ptk-ban foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.

1. Tájékoztatás a FATCA törvény alapján fennálló kötelezettségekről

A FATCA kifejezés egy mozaikszó, jelentése Foreign Account Tax Compliance Act, azaz Külföldi Számlák Adómegfeleléséről Szóló Törvény. Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között megállapodás jött létre a FATCA szabályozás végrehajtásáról. A megállapodás szövegét 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) tartalmazza.

A FATCA célja az adóügyi megfelelés támogatása az országok közötti kölcsönös adóügyi segítségnyújtással, valamint az adóelkerülés felderítése oly módon, hogy az amerikai illetőségű adózók külföldi számláin elhelyezett befektetéseiről az illetékes országok (esetünkben Magyarország) adatszolgáltatást teljesítenek az Amerikai Egyesült Államoknak és viszont. A FATCA törvény ennek érdekében egy jelentéstételi rendszert vezet be a pénzügyi intézmények számára meghatározott számlák vonatkozásában.

A Biztosító a FATCA törvényben foglalt rendelkezések értelmében Jelentő Magyar Pénzügyi Intézménynek minősül, amely alapján **minden adóévet követő év június 30. napjáig** jelentéstételi kötelezettsége áll fenn a Nemzeti Adó- és Vámhivatal (továbbiakban: NAV) felé a nála vezetett Jelentendő Pénzügyi Számlák vonatkozásában.

A jelentési kötelezettség szempontjából számlának minősül (a) természetes személy szerződő esetén a Biztosító által vezetett minden olyan visszavásárlási értékkel rendelkező biztosításhoz kapcsolódó számla, amelyet egy vagy több Meghatározott Egyesült Államokbeli Személy (egy egyesült államokbeli személyt jelent) tart fenn, vagy (b) olyan Nem Egyesült Államokbeli Jogalany tart fenn, amelyben egy vagy több Ellenőrzést Gyakorló Személy Meghatározott Egyesült Államokbeli Személy. A számlát nem kell Egyesült Államoknak Jelentendő Számlának tekinteni, amennyiben ezt a számlát a jogszabályban meghatározott átvilágítási eljárás lefolytatása után nem minősítik Egyesült Államoknak Jelentendő Számlának.

A FATCA törvény értelmében a Biztosító vizsgálni köteles

- az ajánlat aláírásakor a Szerződő (ajánlattevő) egyesült államokbeli adóilletőségét;
- a biztosítási szolgáltatás teljesítésekor a Kedvezményezett egyesült államokbeli adóilletőségét;
- adatváltozás és Szerződő váltás esetén az új szerződő egyesült államokbeli adóilletőségét.

Az egyesült államokbeli adóilletőség megállapítása az egyesült államokbeli kapcsolatra utaló információk vizsgálata és az Ügyfelektől bekért nyilatkozatok (a www.viennalife.hu honlapon közzétett FATCA nyilatkozat) alapján történik. A vizsgálat eredményeként a Biztosító a Szerződő számláját (pénzügyi számla) Egyesült Államoknak Jelentendő Számlaként vagy Nem Jelentendő Számlaként azonosítja.

Amennyiben a rendelkezésre álló adatok és nyilatkozatok alapján a Biztosító megállapítja, hogy a Szerződő/Kedvezményezett rendelkezik egyesült államokbeli illetőséggel (azaz FATCA érintett személy), úgy az Amerikai Egyesült Államok Adóhatósága (IRS) által részére kiadott adóazonosítót köteles a Biztosító rendelkezésére bocsátani.

Amennyiben a Szerződő/Kedvezményezett FATCA érintett személynek minősül, az IRS által publikált és a Biztosító által a www.viennalife.hu honlapon közzétett adónyilatkozatot kell kitöltenie és igazolnia kell, hogy a FATCA szempontjából egyesült államokbeli személy vagy nem egyesült államokbeli személy.

Amennyiben a nyilatkozat kitöltése hiányos, vagy az ügyfél megtagadja a nyilatkozat megtételét, úgy a Biztosító a vonatkozó jogszabályi rendelkezések folytán az ügyfél adatait Egyesült Államokbeli Személy ügyfelekéhez hasonlóan kezeli és továbbítja a Nemzeti Adó- és Vámhivatal részére (értékhatár felett), valamint a Biztosító jogosult az ajánlatot elutasítani.

Mely adatok kerülnek lejelentésre?

- az Egyesült Államokbeli Személy neve, címe és az egyesült államokbeli adóazonosítója;
- Nem Egyesült Államokbeli Jogalany esetében, amelyről a jogszabályban meghatározott átvilágítási eljárás alkalmazása során kiderül, hogy annak egy vagy több olyan Ellenőrzést Gyakorló Személy is részese, aki Meghatározott Egyesült Államokbeli Személynek minősül, akkor az adott jogalany és minden egyes Meghatározott Egyesült Államokbeli Személynek a neve, címe és az egyesült államokbeli adóazonosítója (ha van);
- a számla azonosítója (tipikusan kötvényszám, ennek hiányában egy annak megfelelő azonosítószám);
- a számla értéke az adott naptári év vagy egyéb megfelelő jelentéstételi időszak végén, vagy ha a számlát évközben lezárták, közvetlenül a zárás előtt.

Az adatszolgáltatás teljesítéséről a jelentést követő 30 napon belül az érintett ügyfeleket a Biztosító írásban tájékoztatja. A fentiekben túlmenően 2015-től a Biztosító az ún. Nem Résztevő Pénzügyi Intézmények nevével is jelentést köteles tenni, amelyek részére kifizetést teljesített és ezen kifizetések összesített összegéről szintén az adóévet követő június 30. napjáig. A Szerződőt/Kedvezményezettet a Biztosító felé változás bejelentési kötelezettség terheli, azaz az adóügyi illetőséget érintő adataikban bekövetkezett változást 30 napon belül be kell jelenteniük a Biztosító részére.

Irányadó jogszabályok:

- 2014. évi XIX. törvény (FATCA törvény);
- a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény 148. §;
- az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/A-43/F. §-ai.

2. Tájékoztatás az adóügyi illetőség nyilatkozatról

Az adóügyi illetőség vizsgálat fő célja, hogy előmozdítsa a nemzetközi adóügyi együttműködést az automatikus információcserére épülő kölcsönös adóügyi segítségnyújtáson keresztül a nemzetközi adócsalás és adóelkerülés megakadályozása érdekében.

E célból a 2015. évi CXC. törvény kihirdetésével Magyarország részese lett „A Pénzügyi Számlákkal Kapcsolatos Információk Automatikus Cseréjéről Szóló, Illetékes Hatóságok Közötti Többoldalú Megállapodásnak”, illetve jogszabályban implementálta a 2014/107/EU irányelvet (a továbbiakban együttesen CRS Szabályozás).

A CRS Szabályozás alapján a részt vevő államok hatáskörrel rendelkező hatóságai (továbbiakban: hatóság) automatikus módon információt cserélnek a területükön bejegyzett, pénz- és tőkepiaci szereplőknél vezetett, a partnerállamban illetőséggel bíró ügyfelek – CRS Szabályozásban meghatározott – számlái vonatkozásában. A pénzügyi információk automatikus cseréjére évi rendszerességgel kerül sor a részes államok hatóságai között meghatározott eljárás alapján.

A CRS Szabályozás a tőkejövedelmekre, számlaegyenlegre terjed ki, hatálya alá tartozik a pénzügyi intézmények széles köre (bankok, biztosítók, befektetési alapok), valamint a magánszemélyek és más jogalanyok (vállalkozások, alapítványok) által birtokolt számlák is. Az eljárást az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.), és a kapcsolódó egyéb jogszabályok határozzák meg.

A fentiek alapján a Biztosítót évente adatszolgáltatási kötelezettség terheli a NAV felé valamennyi olyan számlatulajdonosról – beleértve a természetes személy, jogi személy és jogi személyiség nélküli gazdasági társaság számlatulajdonosokat is –, akinek adóilletősége a megállapodásban részes államban van, ezért a Biztosító a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény 148/A.§-a alapján minden megtakarítás jellegű, visszavásárlási értékkel rendelkező életbiztosítási szerződés vonatkozásában adóügyi illetőség vizsgálatot köteles lefolytatni. Az adóügyi illetőség vizsgálatot az ajánlat megtételekor a Szerződőre (ajánlattevő) és a biztosítási szolgáltatás teljesítésekor a Kedvezményezettre kell lefolytatni, továbbá adatváltozás és szerződő váltás esetén is el kell végezni. Nem természetes személy esetén a tulajdonosainak minősülő természetes személyek vonatkozásában is el kell végezni a vizsgálatot. A vizsgálathoz a Szerződő/Kedvezményezett köteles írásbeli nyilatkozatot tenni az adóilletőségét illetően a www.viennalife.hu honlapon közzétett formanyomtatvány kitöltésével, ahol köteles megadni külföldi adóazonosítóját, ha rendelkezik ilyennel.

A Szerződőt a Biztosító felé 30 napon belül változás bejelentési kötelezettség terheli, amennyiben adóügyi illetőségét érintően változás következik be.

Amennyiben a nyilatkozat kitöltése hiányos, vagy az ügyfél nem kíván nyilatkozatot tenni, vagy az valótlán adatokat tartalmaz, a Biztosító jogosult a vonatkozó jogszabályi rendelkezések folytán az ügyfél adatait továbbítani a NAV részére.

A Biztosítónak a NAV felé adatszolgáltatási kötelezettsége abban az esetben áll fenn, amennyiben a törvényi szabályozás keretei között megállapítja, hogy a Szerződő/Kedvezményezett:

- Külföldi adóügyi illetőséggel rendelkező természetes személy;
- Külföldi adóügyi illetőséggel rendelkező Jogalany (nem természetes személy ügyfél);
- Passzív Nem Pénzügyi Jogalany, amely egy vagy több, külföldi adóügyi illetőséggel rendelkező Ellenőrzést gyakorló személy ellenőrzése alatt áll.

Az adatszolgáltatási kötelezettség teljesítése keretében a Szerződő/Kedvezményezett alábbi adatai kerülnek továbbításra az adóhatóság felé:

- Szerződő/Kedvezményezett (jogi személy esetén az ellenőrzést gyakorló személyek) neve, címe, illetőség szerinti állama, adóazonosítója, magánszemély esetén születési helye és ideje;
- kötvényszám;
- a szerződés egyenlege vagy értéke (visszavásárlási értéke), pénzneme az adott naptári év végén. Amennyiben a szerződés év közben szűnt meg, akkor a megszüntetést megelőző nap szerinti állapotnak megfelelő értékre vonatkozik az adatszolgáltatás.

Az adatszolgáltatás teljesítéséről a jelentést követő 30 napon belül az érintett ügyfeleket a Biztosító írásban tájékoztatja.

Vonatkozó jogszabályok:

- 2015. évi CXC. törvény;
- 2014/107/EU irányelv;
- 2014. évi LXXXVIII. törvény;
- 2013. évi XXXVII. törvény.

31.17.

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 31.19–31.22. pontokban meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, ha a megkereső biztosító erre vonatkozó jogosultsága a biztosítási szerződésben rögzítésre került.

31.18.

A megkeresett biztosító a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni a megkereső biztosítónak.

31.19.

A megkereső biztosító a Bit. 1. melléklet A) rész 1. és 2. pontjában, továbbá a 2. mellékletben meghatározott ágakhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:

- a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személy azonosító adatait;
- b) 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.

31.20.

A megkereső biztosító a Bit. 1. melléklet A) rész 3–9. és 14–18. pontjában meghatározott ágakhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:

- a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett és a károsult személy azonosító adatait;
- b) a 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.

31.21.

A megkereső biztosító a Bit. 1. melléklet A) rész 10–13. pontjában meghatározott ágakhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:

- a) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a károsult személy azonosító adatait;
- b) a szerződő, a biztosított és a kedvezményezett azonosító adatait, továbbá a 31.20. pont b)–e) pontjában meghatározott adatokat;
- c) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a személyi sérülés miatt kárigényt vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
- d) a károsodott vagyontárgy miatt kárigényt, érvényesítő személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó személyes adatot nem tartalmazó adatokat;
- e) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a személyi sérülés vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személyt érintő korábbi – az e pontban meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat.

31.22.

Az 31.17. pontban meghatározott megkeresésnek tartalmaznia kell az ott meghatározott személy, vagyontárgy vagy vagyoni jog azonosításához szükséges adatokat, a kért adatok fajtáját, valamint az adatkérés céljának megjelölését. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkereső biztosító felelős az 31.17. pontban meghatározott megkeresési jogosultság tényének fennállásáért.

31.23.

A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti.

31.24.

Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés 31.23. pontban meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig.

31.25.

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.

31.26.

A megkereső biztosító a 31.17. pontban meghatározott megkeresés és a megkeresés teljesítésének tényéről, továbbá az abban szereplő adatok köréről a megkereséssel érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti.

31.27.

Ha az ügyfél az Infotv.-ben szabályozott módon az adatairól tájékoztatást kér és a megkereső biztosító – a 31.23.–31.25. pontban meghatározottakra tekintettel – már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek a tényéről kell tájékoztatni a kérelmezőt.

31.28.

A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal a 31.17. pontban meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.

31.29.

A megkeresésben megjelölt adatok teljesítésének a helyességéért és pontosságáért a megkeresett biztosító a felelős.

31.30.

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.

31.31.

A Biztosító honlapján közzéteszi azon szervezetek felsorolását is, amelyeknek a biztosító az ügyfelek adatait, a Bit. 135–142. § és a 147–151. § rendelkezései alapján továbbíthatja.

32. fejezet – A biztosítás elévülése

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

33. fejezet – Ügyfélszolgálat, panaszforumok

Amennyiben a Biztosító tevékenységével kapcsolatban kérdése, esetleg bármilyen panasz merül fel, kérjük, hogy azt az alábbi elérhetőségek valamelyikén jelezze felénk:

- telefonon a 06 1 888 2 888-as telefonszámon;
- e-mailben: info@viennialife.hu;
- panaszkezelés e-mail címe: panaszkezeles@viennialife.hu;
- személyes ügyfélszolgálat címe: 1138 Budapest, Váci út 135–139.;
- postacím: 1438 Budapest, Pf.: 428;
- honlap: www.viennialife.hu.

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 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; honlap: www.mnb.hu; telefon: 06 80 203 776) 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; honlap: www.mnb.hu/bekeltetes; telefon: 06 80 203 776).

Ezúton tájékoztatjuk Önt továbbá az online vitarendezési platform igénybevételének lehetőségéről. Amennyiben az Ön és Társaságunk között létrejött online szolgáltatási szerződéssel kapcsolatosan pénzügyi fogyasztói jogvita merül fel, úgy Ön kezdeményezheti az online vitarendezési platformon keresztül a jogvita bírósági eljáráson kívül történő rendezését a közösen megválasztott vitarendezési fórumnál. Tájékoztatjuk, hogy Magyarországon a pénzügyi fogyasztói jogviták rendezésére a Pénzügyi Békéltető Testület jogosult. Az online vitarendezési platform honlapja a következő linken érhető el: <http://ec.europa.eu/odr>.

34. fejezet – Illetékes bíróság

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

35. fejezet – Kézbesítési szabályok

A Biztosító a fedezetigazolást (kötvényt) postai úton tértivevényes levélként vagy a biztosításközvetítő által személyesen kézbesíti. A szerződés létrejöttéről szóló tájékoztatás a tértivevény vagy az átvételi elismervény aláírásának napjával történt meg. A Biztosító az egyéb postai küldeményeket vagy sima levélként vagy tértivevényes levélként kézbesíti. A sima levélként küldött postai küldemények egyszeri kiküldés után kézbesítettnek minősülnek. A tértivevénnyel küldött levélpostai küldemények kiküldését az átvétel elmaradása esetén a biztosító megismétli. Amennyiben a levél a második tértivevényes kiküldést követően is visszaérkezik a Biztosítóhoz átvétel hiányában, akkor az a levél a visszaérkezés napján átvettnek minősül.

A Biztosító a „Bejelentve: meghalt”, illetve a „Bejelentve: megszűnt” jelzéssel visszaérkezett tértivevényes leveleket nem küldi ki ismételt, hanem a biztosítási szerződés biztosítottját (ha az eltér a Szerződőtől), vagy azonos szerződő és biztosított esetén a szerződés másik biztosítottját vagy a Kedvezményezettjét keresi meg. Ebben az esetben a kézbesítés fenti szabályai az irányadóak.

36. fejezet – Az elektronikus úton történő szerződéskötés szabályai

A biztosítási szerződés megkötésére a Biztosító elektronikus felületén kerül sor, papír alapon történő szerződéskötésre nincs lehetőség.

Az elektronikus rendszeren keresztül kötött szerződés írásba foglalt szerződésnek minősül, amely magyar nyelven jön létre és amelyet mindkét fél aláír, az ügyfél az erre szolgáló nyomtatványon, a biztosító a fedezetigazoláson (kötvényen), amelyet a Biztosító állít ki, amelyet megküld a Szerződő részére. Az ajánlat elektronikus ajánlatkészítő program segítségével, biztosításközvetítő közreműködésével, a Szerződő biztosításközvetítővel közölt adatai/nyilatkozatai alapján került rögzítésre elektronikusan, amelyből a Biztosító elektronikus ajánlatkészítő rendszerében (EAR) PDF formátumú elektronikus ajánlat (PDF ajánlat) generálódik. A PDF ajánlatot a szerződésre vonatkozó biztosítási feltételekkel, ügyféltájékoztatóval, befektetési politikával, termékismertetővel, nyilatkozatokkal együtt a Biztosító az ajánlat felvételét követően a Szerződő által megadott e-mail címre küldi el elektronikusan, ezért szükséges, hogy a Szerződő írásos nyilatkozatában megadja e-mail címet. Az e-mail mellékletét képező ajánlati dokumentumok azok tartalmának védelme érdekében jelszóval védettek. A megnyitáshoz szükséges jelszót SMS-ben küldi meg a Biztosító a Szerződő részére, ezért szükséges, hogy a Szerződő még az ajánlattételt megelőzően a Biztosítónak megadja SMS fogadására alkalmas mobiltelefonszámát.

A szerződéskötés kétféleképpen történhet:

- A Szerződő elektronikusan, egy a Biztosító által az e-mailben küldött linken hagyja jóvá az ajánlatot. Ebben az esetben is szükség van írásbeli, aláírt nyilatkozatok megtételére, de a linken történő aláírás nélkül az ajánlat nem jut el a Biztosítóhoz.
- A Szerződő papír alapon véglegesen az ajánlatot és teszi meg a szükséges nyilatkozatokat.

Az említett e-mail tartalmazza a jóváhagyó oldal linkjét is.

Amennyiben a Biztosító az elektronikus ajánlat felvételét követő 1 munkanapon belül az ajánlatot a szerződésre vonatkozó biztosítási feltételekkel, ügyféltájékoztatóval, nyilatkozatokkal és a linkkel együtt a Szerződő nyilatkozatában megjelölt e-mail címre nem küldi meg, akkor azt haladéktalanul jelezni szükséges a következő elérhetőségek valamelyikén: 1138 Budapest, Váci út 135–139.; tel: +36 1 888 2 888; fax: +36 1 413 5101; e-mail: info@viennalife.hu.

A) eset szabályai:

A PDF ajánlat érvényességének feltétele, hogy a Szerződő a Biztosító elektronikus levelének megérkezését követően ajánlattételi szándékát a megküldött ajánlat és mellékletei szerinti tartalommal megerősítse. A PDF ajánlatot – a Biztosító által megküldött e-mailben található linkre kattintva – az EAR felületén, az ajánlat megerősítéséhez kapcsolódó nyilatkozattételt követően kizárólag a „Megerősítem” gomb megnyomásával lehet megerősíteni, más módon nem. Az ajánlattételi szándék megerősítésére a Biztosító elektronikus levelének kézhezvételétől számított 10 naptári nap áll a Szerződő rendelkezésére. Amennyiben a Szerződő az elektronikus ajánlatot a megjelölt határidőn belül és módon nem erősíti meg, úgy az ajánlat semmisnek minősül.

Az ajánlattétel a PDF ajánlat megerősítésével válik befejezetté, az ajánlat Biztosítóval történő joghatályos közlése a megerősítő nyilatkozat Biztosítóhoz történő beérkezésével valósul meg, annak kézhezvételéről a Biztosító a Szerződő nyilatkozatában megjelölt e-mail címre haladéktalanul visszaigazolást küld.

A Biztosító által küldött visszaigazolás kizárólag az ajánlattételt megerősítő nyilatkozat Biztosítóhoz történő beérkezését igazolja, az nem minősül a biztosítási ajánlat elfogadásának. Amennyiben az elektronikus ajánlat megerősítését követő 1 munkanapon belül a Biztosító annak kézhezvételéről szóló visszaigazolást a Szerződő nyilatkozatában megadott e-mail címre nem küld, akkor azt haladéktalanul jelezni szükséges a jelen fejezetben szereplő elérhetőségek valamelyikén.

A létrejött szerződésről kiállított fedezetigazolást (kötvényt), továbbá a szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozatokat a Biztosító írásban, postai úton, az elektronikus ajánlatban megjelölt laccímre küldi meg.

B) eset szabályai:

A Szerződő az ajánlatot papír alapon véglegesíti. A Biztosító ezzel együtt az ajánlat véglegesítését, annak az elektronikus rendszeren történő beküldését követően küldi meg az ajánlatot és a többi dokumentumot a Szerződő által megadott e-mail címre, jelszóval védetten. (lásd fenn)

A létrejött szerződésről kiállított fedezetigazolást (kötvényt), továbbá a szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozatokat a Biztosító írásban, postai úton, az elektronikus ajánlatban megjelölt laccímre küldi meg.

Befektetési Egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (Q6108)

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 biztosítási díjat a Biztosító az eseti biztosítási díjból képzett befektetési egységek terhére egyenlíti ki.

1.3. Beépített biztosítási fedezet

Ha a Biztosított a biztosítási szerződés hatálya alatt meghal, és a Biztosított halála balesetből eredően, a baleset napjától számított egy éven belül a balesettel okozati összefüggésben következik be, a Biztosító a jelen különös feltételekben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezettnek.

Díjszüneteltetés esetén a beépített biztosítási fedezet a különös feltételekben meghatározottak szerint változik.

1.4. Befektetési egység

az eszközalap befektetéseiben való arányos részesedést megtestesítő egység. Az alapbiztosításra fizetett díjakból 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 és az adminisztrációs költség részeként a nyilvántartási költséggel csökkentett – értékének és az eszköz-alapban 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 pénzüsszeregére történő átszámításához.

1.6. Biztosítási díj

az alapbiztosítás és a kiegészítő biztosítások díja együttesen, amelyet a biztosítási szerződés hatálya alatt a Szerződő által meghatározott fizetési gyakoriság szerint kell megfizetni – kivéve a díjszüneteltetés esetét.

Alapbiztosítás díja: A biztosítási szerződés folytatólagos díja.

Kiegészítő biztosítások díja: A Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételeiben szabályozott biztosítási díj, mely az alapbiztosítás díjával együtt, az alapbiztosítás díjfizetésének devizájában és annak díjfizetési gyakoriságához igazodva esedékes.

1.7. Biztosított

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

1.8. 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.

1.9. El nem számolt terhelések

a szerződést terhelő azon költség, díj, átvezetés, levonás, amelyet a Biztosító nem tudott érvényesíteni azok esedékességekor, elkülönítetten tart nyilván, és későbbi időpontban érvényesít.

1.10. 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.

1.11. Eszközalap

befektetési egységekhez kötött életbiztosítások biztosítási díjából – a feltételekben meghatározott módon – tőkebefektetés céljából létrehozott eszközállomány.

1.12. Eszközalap befektetési politikája

azon szabályok összessége, amelyek az adott eszközalap befektetéseinek összetételét meghatározzák.

1.13. Főbiztosított

jelen befektetési egységekhez kötött életbiztosítás (alapbiztosítás) biztosítottjaként megnevezett természetes személy.

1.14. Hűségbónusz

a Biztosító által jelen feltételekben meghatározott szabályok szerint, a hűségbónusz számítási alap alapján, az 1. sz. melléklet 2. 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. sz. melléklet 1. pontja alapján határoz meg és amely értéket elkülönítetten a jelen feltételekben meghatározottak szerint a Szerződő számlájának devizájában tart nyilván. A hűségbónusz számítási alapot a Biztosító a díjfizetés devizájában 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 2. sz. melléklet 1. pontjában meghatározott időszak, amelyre vonatkozóan a Biztosító külön szabályokat határoz meg.

1.19. Minimális rögzített lejáratú árfolyammal rendelkező eszközalap

olyan eszközalap, mely egységeinek minimális árfolyama egy adott napra, a lejárat napjára vonatkozóan előre megadott. A lejárat napjára vonatkozó minimális árfolyam a rögzített lejáratú árfolyam.

1.20. Szerződéskötési költség

a Biztosító a 3. számú melléklet A/2. pontja alapján meghatározott költséget határoz meg, és von el a Szerződő számlájáról.

1.21. Szerződő rendelkezésének feldolgozása

adott munkanapon a Biztosító központjába beérkezett valamennyi, a biztosítási szerződést érintő rendelkezés a beérkezés napjának hatályával feldolgozásra kerül.

1.22. Szerződő számlája

a befektetési egységekhez kötött életbiztosítási szerződéshez kapcsolódó befektetési egységek összessége.

1.23. Szerződő számlájának aktuális értéke

ugyanazon értékelési napra vonatkozóan a befektetési egységek darabszámának és a hozzájuk kapcsolódó árfolyamainak szorzata.

1.24. Szerződő számlájának devizája

az a pénznem, amelyben a Biztosító a Szerződő számláját és a hűségbónusz számítási alapot nyilvántartja, illetve a szerződésre vonatkozó terheléseket, (kivéve a beépített biztosítási fedezet és a kiegészítő biztosítások díját) érvényesíti. A Szerződő számlájának lehetséges devizáit a 4. sz. melléklet 2. 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 kort a Biztosító a 2. sz. melléklet 2. pontjában határozza meg. Főbiztosított lehet bármely természetes személy, esetükben a belépési kort a Biztosító a 2. sz. melléklet 2. pontjában határozza meg.

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 az alapbiztosítás 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 Főbiztosított belép a szerződésbe, a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a biztosított a szerződő féllal egyetemlegesen felelős. A szerződésbe belépő Főbiztosított 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) bármely okból bekövetkező halála, ezzel egyidejűleg az életbiztosítási szerződés megszűnése esetére.**
- Határozott tartamúvá alakított szerződés esetén a szerződés lejáratának 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 az életbiztosítási szerződés is megszűnik.

3.2.

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

4. fejezet – Biztosítási szolgáltatás

4.1.

Jelen feltételek 3.1 a) pontja értelmében bármely Főbiztosított biztosítási tartam alatt bekövetkező baleseti halála esetén a Biztosító a szerződés díjfizetésének devizájában meghatározott biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezett részére. Az érvényes biztosítási összeget jelen feltételek 2. számú melléklet 4. pontja, a szolgáltatás díját a 3. számú melléklet A/1. pontja tartalmazza.

Díjszüneteltetés és automatikus díjszüneteltetés esetén a díjszüneteltetéssel érintett időszakokra vonatkozóan a biztosítási szolgáltatás az alábbiak szerint változik:

Jelen feltételek 3.1 a) pontja értelmében bármely Főbiztosított biztosítási tartam alatt bekövetkező baleseti halála esetén – amennyiben ezzel egyidejűleg a Szerződés is megszűnik – a Biztosító a Szerződő számlájának el nem számolt terhelésekkel csökkentett értékét fizeti ki a Kedvezményezett részére.

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 vagy a szerződés díjfizetésének 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 4. sz. melléklet 10. pontja tartalmazza.

5.2.

A kiegészítő biztosítások díja az alapbiztosítás díjával együtt esedékes, díjfizetési gyakorisága megegyezik az alapbiztosítás díjfizetési gyakoriságával. A kiegészítő biztosítások részletei a Kiegészítő Biztosítások Általános és Különös Feltételeiben szerepelnek.

5.3.

A kiegészítő biztosítások a tartam alatt az alapbiztosítás díjfizetési gyakoriságához igazodva, a kiegészítő biztosítás biztosítási díjával rendezett időszak végével írásban megszüntethetőek, vagyis felmondhatóak (kivéve az életbiztosítás, ami csak az ügyfél által mondható fel). 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.

5.4.

A kiegészítő biztosítások díjmaradás, valamint automatikus díjszüneteltetés esetén az utolsó elmaradt díj esedékességétől számított 90. napot követően az utolsó díj esedékességére visszamenőleges hatállyal szűnnek meg. Amennyiben ezen időszak alatt beáll a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége, a szolgáltatással érintett kiegészítő biztosítási fedezethez kapcsolódó időarányos díjat a szolgáltatás összegéből levonhatja. A Szerződő kezdeményezésével létrejött díjszüneteltetés esetén a kiegészítő biztosítások a Szerződő kérelmében megjelölt dátummal vagy a díjjal nem rendezett időszak első napjával szűnnek 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 biztosítási díj az ajánlat aláírását követő 60. napig a Biztosítóhoz beérkezett. A biztosítási szerződés létrejön a biztosítási ajánlat Biztosító általi elfogadásával, az ajánlat aláírásának napjára visszamenőleges hatállyal, illetve a Biztosító elfogadásának hiányában az Általános Személybiztosítási feltételek 3.8–3.9 pontjaiban meghatározott módon, az ajánlat aláírásának napjára visszamenőleges hatállyal. 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:

- Szerződés-kötési nyomtatvány elektronikus ajánlatfelvevélhez (Q6108/119)/Elektronikus úton történő szerződés-kötés esetén: Nyilatkozat elektronikus úton tett biztosítási ajánlathoz (BI119E)
- Biztosított nyilatkozati lap (BI124)/Elektronikus úton történő szerződés-kötés esetén: BI118E
- Igényfelmérő lap és termékismertető (BI170)
- Alkuzsi megbízás (biztosítási alkuszon keresztül történő szerződés-kötés 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 Szerződő figyelmét, illetve az ajánlatot elutasítja, amennyiben a hiánypótlás a kockázat-elbírálási idő alatt nem érkezik meg a Biztosítóhoz.

A kockázat-elbírálási 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 megszűnése 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 jelen Különös Feltételek 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 kezdeti időszakban a biztosítási díj fizetési kötelezettségének nem tesz eleget, és nem rendelkezik az esedékes biztosítási díj eseti biztosítási díjából képzett befektetési egységekből történő pótlásáról, vagy az esedékes biztosítási díj az eseti biztosítási díjából képzett befektetési egységekből nem pótolható. A Biztosító ekkor a jelen feltételek 2. sz. melléklet 5. pontja és 4. sz. melléklet 11. pontja szerinti visszavásárlási értéket fizeti ki.

7.6.

Amennyiben a kezdeti időszakot követően a díjszüneteltetéssel érintett időszak alatt a Szerződő számláján jelen feltételek 20.12 pontjának rendelkezései alapján el nem számolt terhelés van, a Biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a Szerződőt meghatározott határidő kitérésével biztosítási díj fizetésére szólítja fel. A fizetési határidő eredménytelen elteltével a szerződés a fizetési határidőre vonatkozó hatállyal megszűnik.

7.7.

A Szerződő a szerződést felmondhatja.

7.8.

Az Általános Személybiztosítási Feltételek 11.1 pontjában szereplő kötvényesítés egyszeri költségét a Biztosító jelen feltételek 3. számú melléklet B/3. pontjában határozza meg.

7.9.

Az Általános Személybiztosítási Feltételek 17.1. pontjától eltérően, a szerződés bármely okból bekövetkező megszűnése esetén 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 az erre szolgáló formanyomtatványon. 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. A biztosítási díj a kiegészítő biztosítások díjából és az alapbiztosításra fizetett biztosítási díjból áll, melyek együtt esedékesek.

8.2.

Az évesnél gyakoribb díjfizetés esetén a Biztosító az Általános Személybiztosítási Feltételekben meghatározott, az évesnél gyakoribb díjfizetés esetére vonatkozó pótdíjat nem számítja fel.

8.3.

A biztosítási díjat a Biztosító a 4. sz. melléklet 1. pontjában meghatározott devizában írja elő. A biztosítási díj megfizetése is az ott megjelölt devizában esedékes.

8.4.

A biztosítási díjat a Biztosító beérkezettnek tekinti, amikor az a Biztosító díjbeszedési számlájára beérkezett, úgy, hogy a biztosítási díjat a Szerződő vagy a befizető ellátta a megfelelő azonosítási adatokkal (kötvényszám, név). Amennyiben a biztosítási díj befizetésével egyidejűleg a Szerződő vagy a befizető nem adta meg az előírt összes azonosító adatot, abban az esetben a biztosítási díj akkor számít beérkezettnek, amikor annak beazonosítása a Biztosító által megtörtént. A díjbeszedési számla adatait a 4. sz. melléklet 3. pontja tartalmazza.

8.5.

A Biztosító az alapbiztosításra befizetett és a Biztosítóhoz beérkezett díjat az érvényes allokációs rendelkezés alapján befektetési egységekre váltja át jelen feltételek 12.2 pontjában meghatározottak szerint.

8.6.

Az érvényes minimális biztosítási díjakat a 4. sz. melléklet 4. és 5. pontja tartalmazza.

8.7.

A lehetséges díjfizetési módokat a Biztosító a 4. sz. melléklet 6. 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 3. sz. melléklet B/1. pontjában szabályozottak szerint.

8.9.

A Biztosító a szerződésre bármilyen jogcímen befizetett biztosítási díjból a díjfizetési gyakoriság szerint esedékes, még ki nem egyenlített biztosítási díjat levonja, és a díjmaradás fedezetére biztosítási díjként írja jóvá. Az első biztosítási díj befizetésével egy időben, havi díjfizetési gyakoriság esetén a Szerződőnek lehetősége van legfeljebb további két havi 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. A levonás után fennmaradó összeget a Biztosító folytatólagosan esedékes biztosítási díjrészletnek tekinti mindaddig, amíg a fennmaradó összeg kisebb, mint a 4. sz. melléklet 7. 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 biztosítási díjnál kisebb összeg megfizetését a Biztosító díjrészletnek tekinti, és az esedékes folyótólagos biztosítási díj meg nem fizetett része változatlanul esedékes. A folyótólagosan esedékes biztosítási díj mindaddig nem tekinthető beérkezettnek, – azaz a költségek (beleértve a beépített biztosítási fedezet és a kiegészítő biztosítások díját) levonására és a díjak befektetésére sem kerülhet sor – amíg a Szerződő az utolsó díjrészletet meg nem fizette a Biztosítónak. A költségek levonása az utolsó díjrészlet beérkezését követő legfeljebb második értékelési napon, a fennmaradó díj befektetése legfeljebb az ezen a napon érvényes befektetési egységárfolyamon történik meg. Amennyiben azt a Szerződő nem fizeti meg, a Biztosító a díjelmaradásra vonatkozó szabályok szerint jár el, azaz a szerződés megszűnését vagy díjszüneteltetését vonhatja maga után az Általános Személybiztosítási Feltételek 16. fejezete illetve jelen feltételek 7.5 és 7.6 pontjai szerint. Amennyiben a szerződés díjnemfizetés miatt megszűnik vagy díjszüneteltetésre kerül, a Biztosító a befizetett díjrészletből érvényesíti a jelen feltételek 20.12 pontjának rendelkezései alapján el nem számolt terheléseket, és a fennmaradó összeget visszafizeti a Szerződő részére.

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 megszűnik, amennyiben a díjfizetésre a Biztosító megfelelő póthatáridő tűzésével írásban felszólította a Szerződőt és a díjnemfizetés miatti megszűnés lehetőségére a figyelmét felhívta.

Az ajánlat Biztosító általi elfogadását megelőzően beérkezett díjak (az alapbiztosításra vonatkozó első díj a beépített biztosítási fedezetre vonatkozó díjak levonását követően – ide nem értve a kiegészítő biztosítások díjait – valamint az eseti díj) az ajánlat Biztosító általi elfogadását követő legfeljebb második értékelési napon, az ezen a napon érvényes egység és deviza eladási árfolyamon kerülnek befektetésre a Szerződő számláján.

Minden további a Szerződő által fizetett eseti díj, valamint az alapbiztosításra fizetett díj a beépített biztosítási fedezetekre vonatkozó díjak levonását követően a Biztosítóhoz való beérkezést követő legfeljebb második értékelési napon, az ezen a napon érvényes befektetési egység és deviza eladási árfolyamon kerül befektetésre a Szerződő számláján.

8.13.

Az előre megfizetett biztosítási díj befektetési allokációja megegyezik az alapbiztosításra fizetett díjak befektetési allokációjával.

8.14.

Az eseti biztosítási díjak allokációja megegyezik az alapbiztosításra fizetett 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.

8.15.

A Biztosító az eseti biztosítási díjak teljesítésének lehetséges devizaneme tekintetében a 4. sz. melléklet 8. pontjában meghatározott devizanemeket határozza meg.

9. fejezet – Díjfizetési késedelem, automatikus díjszüneteltetés**9.1.**

Amennyiben a Szerződőnek a biztosítás kezdeti időszakában a biztosítási díjak vonatkozásában tartozása áll fenn a Biztosítóval szemben, és a Szerződő nem rendelkezik az esedékes biztosítási díj eseti befektetési egységekből történő pótlásáról, vagy az esedékes biztosítási díj az eseti biztosítási díjból képzett befektetési egységekből nem pótolható, úgy a Biztosító a jelen feltételek 2. számú melléklet 5. pontja és 4. számú melléklet 11. pontja szerinti visszavásárlási értéket fizeti ki, és a szerződés megszűnik.

9.2.

Amennyiben a Szerződőnek a biztosítási díjak vonatkozásában legalább 80 napos díjelmaradása áll fenn a Biztosítóval szemben, és a szerződés havi vagy negyedéves díjfizetési gyakoriságú, akkor a Biztosító jogosult automatikus díjpótlással kiegyenlíteni a tartozást, amelyről a Szerződőt a díjpótlás megtörténtét követően tájékoztatja. Féléves és éves díjfizetési gyakoriság esetén az automatikus díjpótláshoz a Szerződő erre vonatkozó kifejezett nyilatkozata szükséges. Amennyiben a szerződő a biztosítás tartama alatt legalább egyszer nyilatkozott arról, hogy a Biztosító a szerződésen automatikus díjpótlást érvényesíthet, a Biztosító a továbbiakban az aktuális díjfizetési gyakoriságtól függetlenül jogosult ezt megtenni, a díj esedékességére vonatkozó hatállyal.

A Biztosító lehetővé teszi a Szerződő számára, hogy a biztosítási díjak vonatkozásában rendszeres díjpótlást igényeljen. A Szerződő kérésére történő díjpótlás esetén a Biztosító az esedékesség dátumát követő második értékelési napon, de legkorábban az igénylés beérkezését követő értékelési napon érvényes befektetési egységárfolyamon hajtja végre azt. A díjpótlást a Biztosító mindaddig elvégezheti, amíg a Szerződő ezirányú nyilatkozatát vissza nem vonja.

9.3.

Automatikus díjpótlás során a Biztosító az első ki nem egyenlített biztosítási díj esedékességétől számított 80. naptól – a Szerződő nyilatkozata alapján végrehajtott díjpótlás során pedig az esedékesség dátumát követő második értékelési napon, de legkorábban az igénylés beérkezését követő értékelési napon érvényes befektetési egységárfolyamon – a szerződés megszűnéséig az eseti biztosítási díjból képzett befektetési egységekből jelen feltételek 22. fejezetben szabályozott pénzkivonással egyenlíti ki a teljes, addig fennálló biztosítási díjtartozást, amennyiben az eseti befektetési egységek arra fedezetet biztosítanak. A Biztosító a díjpótlás során eltekint a jelen feltételek 22.5 pontjában meghatározott költség érvényesítésétől. A tranzakcióban a Biztosító a visszavásárlási értéket a 4. számú melléklet 11. pontja szerint határozza meg. Amennyiben az eseti befektetési egységek csak részben fedezik a biztosítási díjtartozást, abban az esetben a Biztosító részben egyenlíti ki a biztosítási díjtartozást, az összes eseti befektetési egység felhasználásával. Az eseti befektetési egységeket a Biztosító az egyes eszközalapokból értékarányosan használja fel a díjpótlás végrehajtása során. A Biztosító az díjpótlás végrehajtásához a tranzakció napján érvényes befektetési egység árfolyamokat és deviza eladási árfolyamot használja fel.

9.4.

A díjpótlás esetén a Biztosító jogosult költséget felszámolni, amelyet a 3. sz. melléklet B/2/a. pontjában határoz meg. A Biztosító a díjpótlás költségét a Szerződő számlájáról, a tranzakció napján érvényes befektetési egység árfolyamon, a tranzakcióba bevont eseti befektetési egységeket tartalmazó eszközalapo(ka)t terhelve, értékarányosan vonja el. Ha a tranzakció után ezen eszközalapokban maradó eseti befektetési egységek nem adnak fedezetet a díjpótlás költségének kiegyenlítésére, akkor a Biztosító minden, a biztosítási szerződéshez kapcsolódó eszközalapban lévő egységeket értékarányosan terhel a költséggel.

9.5.

Amennyiben a Szerződőnek a biztosítás kezdeti időszakát követően a biztosítási díjak vonatkozásában tartozása áll fenn a Biztosítóval szemben, és a tartozást a Biztosító díjpótlással sem tudta kiegyenlíteni, és rendszeres egységekre vonatkozóan a 2. sz. melléklet 5. pontja alapján rendelkezik visszavásárlási értékkel, a Biztosító a biztosítási szerződésen az Általános Személybiztosítási Feltételek 11.3 pontjától eltérően automatikus díjszüneteltetést érvényesít.

9.6.

Az automatikus díjszüneteltetés első napja az utolsó díjrendezett időszakot követő első nap. A automatikus díjszüneteltetéssel érintett időszakra a Biztosító nem határoz meg tartamot. A díjszüneteltetés időszakában a Biztosító jelen feltételek 4. fejezetében meghatározott szolgáltatásait változatlanul teljesíti.

9.7.

Díjszüneteltetést a biztosítás kezdeti időszakát követően írásbeli nyilatkozattal a Szerződő is 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.

A díjszüneteltetéssel érintett időszak első napjától ezen időszak utolsó napjáig terjedően a jelen különös feltételek 3.1 pontjában bekövetkező biztosítási események esetén a biztosítási szolgáltatás az alábbiak szerint módosul:

Bármely Főbiztosított biztosítási tartam alatt bekövetkező halála és ezzel együtt a Szerződés megszűnése esetén a Biztosító a Szerződő számláján nyilvántartott befektetési egységek el nem számolt terhelések értékével csökkentett aktuális értékét fizeti ki a Kedvezményezett részére.

9.9.

A díjszüneteltetéssel érintett időszak első napján, valamint automatikus díjszüneteltetés esetén az utolsó biztosítási díj esedékességét követő 90. napon az utolsó biztosítási díj esedékességére visszamenőleges hatállyal a szerződéshez kötött kiegészítő biztosítások megszűnnek, de a díjfizetés visszaállításával írásban újra igényelhetők.

9.10.

A Szerződő jogosult a díjszüneteltetéssel érintett időszakot írásbeli nyilatkozatával a Biztosító által megadott határidő előtt a következő díj esedékességével megszüntetni, és a biztosítási díj fizetését visszaállítani. A Szerződő írásbeli nyilatkozatát köteles a Biztosítóhoz a következő díj esedékességét megelőzően legalább 15 nappal eljuttatni.

9.11.

A díjszüneteltetéssel érintett időszak fenntartására mindaddig lehetőség van, amíg a biztosítási szerződés el nem számolt terhelés kapcsán meg nem szűnik.

9.12.

A díjszüneteltetéssel érintett időszakra a biztosítási díj nem esedékes, így a Szerződő a – az el nem számolt terhelés kapcsán történő megszűnéstől eltekintve – biztosítási díj megfizetésére nem is köteles. A biztosítási tartam ezen időszakra eső biztosítási díjakat a Szerződő utólag sem köteles megfizetni, ugyanakkor a díjszüneteltetés időszaka alatt a Biztosító a jelen Különös Feltételek 20.3–20.8-ban szabályozott terheléseket ezen időszak alatt is érvényesíti.

9.13.
A díjszüneteltetéssel érintett időszakra a Szerződő által megfizetett minden biztosítási díjat a Biztosító eseti biztosítási díjnak tekinti.

9.14.
A díjszüneteltetéssel érintett időszakra a Szerződő kérésére a Biztosító végrehajtja a tranzakciókat.

9.15.
Díjmentes leszállításra nincsen lehetőség.

10. fejezet – A biztosítás értékének megőrzése, a biztosítási díj változása

10.1.
A biztosítás értékének megőrzését a biztosítási díj évenkénti emelése biztosítja. Az alapbiztosítás és a kiegészítő biztosítások díja együtt esedékes, a kiegészítő biztosításokra vonatkozó értékkövetés szabályait a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei tartalmazzák.

10.2.
Az alapbiztosításra vonatkozó értékkövetés mértéke a 4. sz. melléklet 9. pontja szerint választható.

10.3.
Amennyiben a Szerződő a szerződésben nem jelölte meg az értékkövetés mértékét, akkor a Biztosító az értékkövetés kiszámításához a szerződéskötéskor választható legalacsonyabb értéket alkalmazza a 4. sz. melléklet 9. pontjában megadott értékek közül.

10.4.
Az alapbiztosítás díjának emelkedése a biztosítási szerződés megkötését követő első évfordulón kezdődik és évente, a biztosítási évfordulón, az értékkövetés meghatározott mértéke szerint ismétlődik.

10.5.
A biztosítási évfordulót legalább 60 nappal megelőzően a Biztosító értesítést küld a Szerződő részére az értékkövetés mértékével megemelt biztosítási díj összegéről.

10.6.
A biztosítási tartam során a Szerződőnek lehetősége van az alapbiztosítás díjára vonatkozó értékkövetés mértékét módosítani a 4. sz. melléklet 9. pontja szerint. A Szerződő köteles az értékkövetés mértékének módosításáról a Biztosítót írásban értesíteni, legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőzően 15 nappal.

10.7.
Az alapbiztosítás díjának módosítását a Szerződő kezdeményezheti a következő biztosítási díj esedékességétől. Az alapbiztosítás díjának csökkentésére kizárólag a biztosítási díjjal rendezett kezdeti időszak után van lehetőség. A biztosítási díj csökkentését követően érvényesített szerződéskötési költségek tekintetében a Biztosító a 3. sz. melléklet 2. pontjában meghatározottak szerint jár el. A biztosítási díj csökkentését követően esedékes hűségbónusz-jóváírások tekintetében a Biztosító a jelen Különös feltételek 11.9. pontjában meghatározottak szerint jár el. A biztosítási díj változtatására irányuló kérelemnek legkésőbb a biztosítási díj következő esedékességét megelőzően legalább 15. nappal be kell érkeznie a Biztosítóhoz.

10.8.
Az alapbiztosítás díjának emelése esetén a Biztosító fenntartja a jogot a díjmelés mértékének korlátozására a Biztosító belső szabályzatában meghatározott mértékben, melyet honlapján közzétesz. A Biztosító jogosult a díjmelés korlátozására vonatkozó belső szabályzatát módosítani. A Biztosító a módosított szabályzatot a hatálybalépése előtt 60 nappal a honlapján közzéteszi. A díjmelés mértékének meghatározásakor a szerződés legutolsó évfordulója előtti napon érvényes díjához képest történő módosítás aránya mérvadó.

11. fejezet – Hűségbónusz

11.1.
A Biztosító az alapbiztosítás díjának a szerződés létrejöttkor érvényes éves mértéke alapján hűségbónusz számítási alapot határoz meg, és elkülönítetten tart nyilván a szerződésen.

11.2.
A hűségbónusz számítási alap aktuális értékét az 1. sz. melléklet 1. pontjában megfogalmazottak szerint megnöveli, legkésőbb akkor, amikor az adott hónapban esedékes, a 4. sz. melléklet 14. pontja szerinti terheléseket maradéktalanul érvényesítette a Szerződő számláján.

11.3.
A hűségbónusz számítási alapot a Biztosító a díjfizetés devizájában határozza meg és a Szerződő számlájának devizájában tartja nyilván.

11.4.
A hűségbónusz számítási alap alapulvételével a Biztosító a szerződésen éves hűségbónuszokat jegyez elő.

11.5.
Az éves hűségbónusz-előjegyzések összegeinek meghatározása során a Biztosító az 1. sz. melléklet 2. pontjában foglaltak szerint jár el.

11.6.
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 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.

11.7.
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 6. pontja szerinti feltételeit nem teljesíti.

11.8.
Az éves hűségbónuszt a Biztosító az alapbiztosítás díjára vonatkozó allokáció szerinti befektetési egységek formájában írja jóvá a Szerződő számláján. A Biztosító a jóváírást jelen fejezet 6. pontja alapján meghatározott megszolgáltatást követő első értékelési napon, a tranzakció napján érvényes befektetési egység árfolyamon hajtja végre.

11.9.
A biztosítási díj csökkentésével a Szerződő számláján még jóvá nem írt éves hűségbónuszok összege a díjcsökkentés mértékével azonos arányban csökken.

11.10.
Az alapbiztosításra fizetett 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.

11.11.
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 kiegészítő biztosítások díjai az alapbiztosítás díjával egyidőben esedékesek. A Szerződő által fizetett eseti díjakat, valamint az alapbiztosításra fizetett díjakat – a beépített biztosítási fedezetre vonatkozó díjak levonását követően – a Biztosító a Szerződő számláján írja jóvá befektetési egységek formájában.

12.2.
Az ajánlat Biztosító általi elfogadását megelőzően beérkezett díjak (az alapbiztosításra vonatkozó első díj a beépített biztosítási fedezetre vonatkozó díjak levonását követően – ide nem értve a kiegészítő biztosítások díjait – valamint az eseti díj(ak)) az ajánlat Biztosító általi elfogadását követő legfeljebb második értékelési napon, az ezen a napon érvényes befektetési egység és deviza eladási árfolyamon kerülnek befektetésre a Szerződő számláján.

Minden további a Szerződő által fizetett eseti díj, valamint az alapbiztosításra fizetett díj a beépített biztosítási fedezetre vonatkozó díjak levonását követően a Biztosító bankszámlájára való beérkezést 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 4. sz. melléklet 2. pontjában meghatározott devizában tartja nyilván.

13.2.

A Szerződő számlájának devizájában nyilvántartott eszközalapokat kapcsolhat a biztosítási szerződéshez.

13.3.

A Biztosító a biztosítási szolgáltatást a Szerződő számlájának vagy a szerződés díjfizetésének 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 a jelen feltételek 20.4. pontjában szereplő fenntartási költséget, valamint a 20.5–20.7. pontokban 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 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 tizedesjegyig tartja nyilván.

14.2.

A befektetések hozama változtatja az eszközalap és ezáltal a befektetési egységek értékét. Az egyes eszközalapok a befektetések típusában, ezáltal a várható hozamban és a befektetés kockázatában térnek el egymástól. Az egyes eszközalapok kapcsán felmerülő árfolyamkockázatot, valamint az árfolyamban érvényesített költségeket minden esetben a Szerződő viseli.

14.3.

A biztosítási szerződéshez választható eszközalapokat jelen feltételek 4. sz. melléklet 15. pontja, részleteit a mindenkor hatályos befektetési politika tartalmazza. Bármely eszközalap abban az esetben kapcsolható a szerződéshez, ha a Szerződő megismerte annak befektetési politikáját.

14.4.

A Szerződő a biztosítási szerződés megkötésekor az alapbiztosítás – beépített biztosítási fedezetre vonatkozó díjak levonása után fennmaradó – díjának százalékában meghatározva megválasztja a díj különböző eszközalapokban való elhelyezésének arányát (allokáció).

A Biztosító jogosult egyedi allokációs szabályokat létrehozni, módosítani és megszüntetni. Az érvényes allokációs szabályok jelen feltételek 4. sz. mellékletében kerülnek leírásra. Ezen allokációs szabályok kiterjedhetnek a felhalmozási és eseti egységekre is. Allokációs szabályok létrehozása, módosítása és megszüntetése esetén a Biztosító köteles legalább 60 nappal a tervezett változtatás előtt e-mailben és a honlapján való közzététel útján értesíteni a Szerződőt, azonban ezen szabályok módosítása nem érinti az adott eszközalapba teljesített 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 eszközalapok kapcsolhatóak a biztosítási szerződéshez.

14.6.

A Biztosító – a Szerződő allokációs döntésének elősegítése érdekében – eszközalap-válogatásokat hoz létre, amelyekhez eltérő kockázati- és hozamszintek tartoznak. Minden eszközalap-válogatásra az eszközalapokat meghatározó szabályok irányadóak. A Biztosító jogosult a 4. sz. mellékletben meghatározott eszközalap-válogatások összetételének megváltoztatására, amelyről legalább 60 nappal a tervezett változtatás előtt e-mailben és a honlapján való közzététel útján értesíti a Szerződőt. Az érvényes eszközalap-válogatásokat és a hozzájuk tartozó előre meghatározott allokációs szinteket jelen feltételek 4. sz. melléklet 16. pontja tartalmazza.

14.7.

A Biztosító korlátozhatja az egyes eszközalapokban elhelyezett biztosítási díjak arányát, amelyet jelen feltételek 4. sz. melléklet 13. pontjában határoz meg.

14.8.

A Biztosító jogosult eszközalapokat létrehozni és megszüntetni. A Biztosító a megszűnéssel érintett eszközalapban befektetéssel rendelkező Szerződőt legalább 60 nappal a tervezett megszűnés előtt e-mailben és honlapján való közzététel útján 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 (átírányítás), 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 eszközalapokba irányítja. Ilyen esetekben a Biztosító tájékoztatja a Szerződőt a Biztosító által kezdeményezett átváltás és átírányítás időpontjáról.

14.9.

A Biztosító jogosult az eszközalapok befektetési politikáját módosítani. A Biztosító az adott eszközalapban befektetési egységgel rendelkező Szerződőt legalább 60 nappal a tervezett módosítás előtt e-mailben 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 eszközalapok közötti átváltás, átírányítás a Biztosító által kezdeményezett megszűnő vagy módosuló befektetési politikájú eszközalapokból 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 átírányítása kivételével, a felfüggesztett eszközalapot érintő ügyfélrendelkezések (így különösen átváltás, rendszeres pénzkivonás, részleges visszavásárlás) nem teljesíthetőek. 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) 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 Szerződéssel – 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 illikvidé. 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 illikvidé 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.

14.13.

Jelen biztosításhoz minimális rögzített lejáratú árfolyammal rendelkező eszközalapok is tartozhatnak. Ezen eszközalapok tekintetében a Biztosító jogosult egyoldalúan meghatározni azt az időtartamot, amely alatt az adott eszközalap választható. Amennyiben az adott eszközalap már nem választható, a Biztosító jogosult hasonló befektetési politikával rendelkező eszközalapot felajánlani, amelyet egyúttal a honlapján is közzétesz. Egyebekben a jelen fejezet rendelkezéseiben foglalt szabályok az irányadók.

14.14.

A Biztosító a szerződésre nem vállal sem tőke-, sem hozamgaranciát.

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 tizedesjegyig 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 az eszközalapok kezelésével kapcsolatosan éves vagyonkezelési költséget és letétkezelői díjat érvényesít. Ezeket a költségtételeket, valamint az adminisztrációs költség részeként a nyilvántartási költséget az eszközalap értékének százalékában határozza meg, amelyet a Biztosító az adott eszközalap minden értékelési napján, az adott eszközalap értékelési napi árfolyamában az előző értékelési naptól eltelt idő arányában érvényesít. Az eszközalapok kezelésével kapcsolatos költségek, valamint az adminisztrációs költség részeként a nyilvántartási költség eszközalaponkénti mértékét a Biztosító jelen feltételekhez kapcsolódó 3. sz. melléklet A/3. és A/4. pontjaiban határozza meg. Az alapkezeléshez kapcsolódó költségek éves mértéke a biztosítás tartama során változhat, de az éves vagyonkezelési díj nem haladhatja meg az eszközalap értékének 2%-át. Az adminisztrációs költség részeként a nyilvántartási költség a biztosítás tartama során változhat, de az éves nyilvántartási költség nem haladhatja meg az eszközalap értékének 2,5%-át. Az alapkezeléshez kapcsolódó költségek, valamint a nyilvántartási költség mértékének változásáról a Biztosító a Szerződőt a hatálybalépés előtt legalább 60 nappal e-mailben és honlapján való közzététel útján tájékoztatja.

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.

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 3. sz. melléklet B/2/b. pontjában 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 eszközalap(ok)ot 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 60 nappal e-mailben és honlapján való közzététel útján tájékoztatja.

16.5.

A befektetési egységek egy eszközalapból minimálisan vásárolható arányát a Biztosító jelen feltételek 4. sz. melléklet 13. pontja szerint korlátozhatja.

17. fejezet – Átírányítás

17.1.

Az alapbiztosításra fizetett díjak jövőbeni allokációjának megváltoztatását a Szerződő írásban jogosult kezdeményezni jelen feltételek 23.1 pontjában szabályozottak alapján.

17.2.

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

17.3.

A Biztosító az átirányításért a jelen feltételek 3. sz. melléklet B/2/c. pontjában 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 alapbiztosításra aktuálisan fizetett éves díj (a díjszüneteltetéssel érintett időszakok alatt az alapbiztosításra fizetett utolsó éves díj) 10%-át. Az átirányítási költség változásáról a Biztosító a Szerződőt a hatálybalépés előtt legalább 60 nappal e-mailben és honlapján való közzététel útján tájékoztatja.

17.4.

Az átirányítás során egy eszközalapból minimálisan vásárolható befektetési egységek arányát a Biztosító jelen feltételek 4. sz. melléklet 13. pontja szerint korlátozhatja.

18. fejezet – Devizaváltás**18.1.**

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

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 4. sz. melléklet 2. pontja alapján a Szerződő számlájának újonnan megjelölt devizájára. A Szerződő számláját nem érintő költségeket a devizaváltás nem érinti.

18.3.

Devizaváltási kérelemben a Szerződő köteles meghatározni:

- a) a biztosítási szerződés számlájának új devizáját a Szerződő számlájának a jelen feltételek 4. sz. melléklet 2. pontjában aktuálisan meghatározott lehetséges devizái közül,
- b) a szerződéshez kapcsolódó eszközalap(ok)ban nyilvántartott befektetési egységek átváltását a biztosítási termékhez kapcsolott 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 (átírányítás).

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 3. sz. melléklet B/2/d. pontjában 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 60 nappal e-mailben és honlapján való közzététel útján tájékoztatja. A Biztosító devizaváltás esetén az átváltási és átirányítási tranzakciókért tranzakciós költséget nem számol fel. A devizaváltás költségét a Biztosító a Szerződő kérelmének a Biztosítóhoz való beérkezését követő első értékelési napon érvényes befektetési egység árfolyamon, a devizaváltási kérelemben megjelölt új devizában érvényesíti, minden új eszközalapból értékarányosan.

19. fejezet – Az eszközalapokhoz kapcsolódó egyedi funkciók

19.1.

Jelen életbiztosításhoz a tartam során eszközalapokhoz kapcsolódó egyedi funkció választható, amelyet a 3. sz. melléklet B/4. pontja tartalmaz.

19.2.

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

19.3.

Az eszközalapokhoz kapcsolódó egyedi funkció költségét a Biztosító havi gyakorisággal a jelen feltételek 20.7. pontjában szabályozottak szerint, a Szerződő számlájáról levonja. Az egyedi funkció költségének mértékét a Biztosító a 3. sz. melléklet B/4. pontjában, valamint 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 – A szerződést terhelő költségek

20.1.

A kiegészítő biztosítások díjai az alapbiztosítás díjával együtt esedékesek, azokat a Biztosító a Szerződő által befizetett biztosítási díjból a befizetéskor levonja.

Az így fennmaradó biztosítási díjból a Biztosító levonja a beépített biztosítási fedezetre vonatkozó díjat, és a fennmaradó biztosítási díjrészt a 12. fejezetben meghatározottak szerint a Szerződő számláján befekteti.

20.2.

A Biztosító a beépített biztosítási fedezet mértékét a 2. sz. melléklet 4. pontjában határozza meg, az ahhoz kapcsolódóan az alapbiztosítás díjából elvont díjat pedig a 3. sz. melléklet A/1. pontja szabályozza.

20.3.

A Biztosító az eszközalapok kezelésével kapcsolatosan éves vagyonekezelési költséget és letétkelzeli díjat határoz meg az eszközalap értékének százalékában, amelyet az adott eszközalap minden értékelési napján, az adott eszközalap értékelési napi árfolyamában az előző értékelési naptól eltelt idő arányában érvényesít. Az eszközalapok kezelésével kapcsolatos költségek eszközalaponkénti mértékét a Biztosító jelen feltételekhez kapcsolódó 3. sz. melléklet A/4. pontjában határozza meg. Az alapkezeléshez kapcsolódó költségek éves mértéke a biztosítás tartama során változhat, de az éves vagyonekezelési díj nem haladhatja meg az eszközalap értékének 2%-át. Az alapkezeléshez kapcsolódó költségek mértékének változásáról a Biztosító a Szerződőt a hatálybalépés előtt legalább 60 nappal e-mailben és honlapján való közzététel útján tájékoztatja.

20.4.

A Biztosító a biztosítási szerződés tekintetében adminisztrációs költséget számít fel, amelynek részleteit a Biztosító a 3. sz. melléklet A/3. pontjában határozza meg. Az adminisztrációs költség részeként a nyilvántartási költséget a Biztosító a Szerződő számlájához kapcsolódó eszközalapokon érvényesíti az adott eszközalap minden értékelési napján, az adott eszközalap értékelési napi árfolyamában az előző értékelési naptól eltelt idő arányában. Az adminisztrációs költség részeként a nyilvántartási költség a biztosítás tartama során változhat, de az éves nyilvántartási költség nem haladhatja meg az eszközalap értékének 2,5%-át. Az adminisztrációs költség részeként a szerződés fenntartási költségét a Biztosító a Szerződő számlájáról havonta vonja le az alapbiztosításra fizetett díj aktuális mértékének arányában. Az adminisztrációs költség részeként a szerződés fenntartási költsége a biztosítás tartama során változhat, de az éves fenntartási költség nem haladhatja meg az alapbiztosítás aktuális éves díjának 10%-át. Az adminisztrációs költségtételek változásáról a Biztosító a Szerződőt a hatálybalépés előtt legalább 60 nappal e-mailben és honlapján való közzététel útján értesíti.

20.5.

A befektetési egységekhez kötött életbiztosítási szerződéshez kapcsolódóan a Biztosító szerződéskötési költséget számít fel. A Biztosító a 3. sz. melléklet A/2. 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.

20.6.

A Biztosító a biztosítási díjfizetési módhoz kapcsolódóan jogosult költséget felszámítani, amelyet a 3. sz. melléklet B/1. pontjában határoz meg, és havi gyakorisággal levon a Szerződő számlájáról. A díjfizetési módhoz kapcsolódó költség változhat, de nem haladhatja meg a biztosítási szerződés első évében esedékes szerződéskötési költség mértékét. A díjfizetési módhoz kapcsolódó költség változásáról a Biztosító a Szerződőt évforduló előtt legalább 60 nappal e-mailben és honlapján való közzététel útján értesíti.

20.7.

Az eszközalapokhoz kapcsolódó egyedi funkció 3. sz. melléklet B/4. pontjában meghatározott költségét a Biztosító havi gyakorisággal a Szerződő számlájáról levonja.

20.8.

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.

20.9.

Jelen fejezet 1–2. pontjaiban szabályozott terhelések esedékessége a díjfizetés gyakoriságához igazodik. A 3. pontban szabályozott költségek, valamint a 4. pontban szabályozott nyilvántartási költség az eszközalapok árfolyamában kerülnek érvényesítésre. A 4. pontban szabályozott fenntartási költség, valamint az 5–7. pontokban szabályozott terhelések esedékessége az adott biztosítási szerződés hónapfordulója. Ez utóbbi terheléseket a Biztosító a szerződés aktuális devizájában vonja le a Szerződő számlájáról, a jelen feltételek 4. sz. melléklet 14. pontjában meghatározott sorrend szerint.

20.10.

A szerződéskötési költség a szerződés díjfizetésének devizájában merül fel, amelyet a Biztosító az esedékesség napján érvényes deviza vételi árfolyamon átszámol a Szerződő számlájának devizájába, és az esedékesség napját követő első értékelési napon érvényes befektetési egység árfolyamon érvényesíti a Szerződő számláján, az alapbiztosításra fizetett díjból képzett befektetési egységek terhére. Amennyiben a Szerződő számláján nyilvántartott, az alapbiztosításra fizetett díjból képzett befektetési egységek különböző eszközalapokhoz kapcsolódnak, akkor a Biztosító jelen fejezet szerinti levonásokat az eszközalapok között értékarányosan végzi el.

20.11.

A Biztosító által jelen fejezet 4. pontban szabályozott fenntartási költséget, valamint az 5–7. pontjaiban szabályozott terheléseket az azok esedékességének napját követő első értékelési napon érvényes befektetési egység árfolyamon érvényesíti a Szerződő számláján, az alapbiztosításra fizetett díjból képzett befektetési egységek terhére. Amennyiben a Szerződő számláján nyilvántartott befektetési egységek különböző eszközalapokhoz kapcsolódnak, akkor a Biztosító a jelen fejezet szerinti levonásokat az eszközalapok között értékarányosan végzi el.

Amennyiben a jelen fejezet 4. pontjában szabályozott fenntartási költséget, valamint az 5–7. 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, az alapbiztosításra fizetett díjból képzett befektetési egységek aktuális értéke eléri az egyes, el nem számolt terhelési tételek értékét.

Ha a Szerződő számláján nyilvántartott, az alapbiztosításra fizetett díjból képzett befektetési egységekből az el nem számolt terheléseket nem lehet elvonni, a Biztosító a jelen Különös Feltételekben meghatározottak szerint automatikusan, vagy a Szerződő ezirányú nyilatkozata alapján jogosult a Szerződő számláján nyilvántartott eseti biztosítási díjakból képzett befektetési egységekből díjpótlást érvényesíteni, és az így létrejövő befektetési egységeken érvényesíteni azokat.

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 3. sz. melléklet B/2/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.

20.15.

Az Általános Személybiztosítási Feltételek 11.1 pontjában szereplő, a Szerződő általi 30 napon belüli felmondás esetén érvényesített kötvényesítés egyszeri költségét a Biztosító jelen feltételek 3. számú melléklet B/3. pontjában határozza meg.

21. fejezet – Visszavásárlás

21.1.

Jelen életbiztosítási szerződés rendelkezik az Általános Személybiztosítási Feltételekben meghatározott visszavásárlási joggal. A befektetési egységekre számított visszavásárlási értéket a Biztosító jelen feltételek 2. sz. melléklet 5. és 4. sz. melléklet 11. 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.

21.2.

A visszavásárlást a Szerződő írásban kezdeményezheti, a jelen feltételek 23.1 pontjában leírtak szerint. Visszavásárlás csak a Biztosító által erre a célra rendszeresített, hatályos nyomtatványon kezdeményezhető.

A hiánytalan visszavásárlási nyilatkozatnak tartalmaznia kell:

- a Szerződő nevét, címét, aláírását,
- a szerződés kötvényszámát,
- kifizetési bankszámlaszámot,
- valamint valamennyi, a Biztosító által alkalmazott visszavásárlási formanyomtatványon szereplő adatot és nyilatkozatot.

21.3.

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

21.4.

A biztosítási szerződés visszavásárlási értékéből a Biztosító az Általános Személybiztosítási Feltételek 25.4 pontjában leírtakkal ellentétben nem vonja le a biztosítási szerződésen fennálló díjhátralékot (kivéve a kiegészítő biztosítások és a beépített biztosítási fedezet esedékes díját), azonban a visszavásárlási összegből a biztosítási szerződésen el nem számolt terhelésként nyilvántartott összeg jelen feltételek 20.12.–20.13. pontja értelmében levonásra kerül.

21.5.

A Biztosító visszavásárlás esetén jogosult kivonási költséget levonni, amelyet a Biztosító jelen feltételek 3. sz. melléklet B/2/e pontjában 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 60 nappal e-mailben és honlapján való közzététel útján tájékoztatja.

21.6.

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

21.7.

A Biztosító a visszavásárlás teljesítése esetén a fizetendő adó, illetve közteher összegével csökkentett visszavásárlási értéket fizeti ki a Szerződő részére.

22. fejezet – Pénzkivonás

22.1.

Jelen biztosítás nem rendelkezik kötvénykölcson jogokkal.

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 visszavásárlási értéket a 2. számú melléklet 5., és 4. számú melléklet 11. pontjaiban szabályozza. A Biztosító az eseti díj visszavásárlási értékének meghatározásakor az eseti díj befektetésének időpontja óta eltelt idő alapján érvényes visszavásárlási értéket tekint irányadónak. A tranzakció végrehajtása a jelen feltétel 21.3 pontja szerinti befektetési egység árfolyamon történik.

22.4.

A Biztosító minimálisan kivonható összeget határoz meg jelen feltételek 4. sz. melléklet 12. pontjában.

22.5.

A Biztosító jogosult pénzkivonás esetén kivonási költséget levonni, amelyet jelen feltételek 3. számú melléklet B/2/e. pontjában szabályoz. A kivonási költség a biztosítás tartama során változhat, de nem haladhatja meg a kivont összeg 2%-át. A kivonási költség változásáról a Biztosító a Szerződőt a hatálybalépés előtt legalább 60 nappal e-mailben és honlapján való közzététel útján tájékoztatja. 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. Amennyiben a Szerződő számlájának értéke – a tranzakcióban nem érintett eszközalapok értékét is figyelembe véve – a kivonást követően nem nyújtana elegendő fedezetet a tranzakcióhoz kapcsolódó költség levonására, a pénzkivonás nem hajtható végre.

22.6.

Amennyiben a tranzakció több eszközalapot érint, akkor a kivont összeg egyes eszközalapokból való kivonásával arányosan kerül a költség el- lenértéke 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 a fizetendő adó, illetve közteher összegével csökkentett értéket fizeti ki a Főbiztosított részére.

23. fejezet – A szerződés módosítása**23.1.**

A Szerződő a szerződés módosítását (beleértve a visszavásárlást és a pénzkivonást is) a Biztosító által rendelkezésére bocsátott formanyom- tatványon, 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. és 2. mellékleteiben, valamint a 3. sz. melléklet A pontjában közzétett adatokat.

23.3.

A Biztosító jogosult a jelen feltételek 3. sz. mellékletének B és C pontjaiban, valamint a 4. és 5. sz. mellékletében közzétett adatokat naptári évente legfeljebb kétszer megváltoztatni. A változásról a Biztosító a Szerződőt a változás hatálybalépése előtt 60 nappal e-mailben és honlapján való közzététel útján köteles értesíteni. Amennyiben a Szerződő a Biztosító által eszközölt változásokat nem fogadja el, akkor joga van a bizto- sítási szerződést visszavásárolni.

23.4.

A Szerződő kéréseivel, változtatási igényeivel írásban, vagy a Biztosító által rendelkezésére bocsátott alternatív módon is fordulhat a Bizto- sítóhoz. 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 megváltoz- tatni a Biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal.

23.5.

A Szerződő – a Szerződő, a Főbiztosított vagy a Biztosított laccímének, személyi adatainak, a Főbiztosított vagy a Biztosított foglalkozásának, valamint rendszeresen üzött sporttevékenységének megváltozásán túl – köteles a szerződés tartama alatt 8 munkanapon belül írásban bejelen- teni a Biztosítónak a megadott e-mail címének változását. A közlési kötelezettség megsértése esetén a Biztosító az ebből származó esetleges károkért nem tartozik felelősséggel, és a Szerződő viseli az e-mail cím aktualizálásának elmaradásával kapcsolatban felmerülő hátrányos következményeket.

24. fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

24.1.

A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez a Biztosító a következő iratokat kérheti a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 8 napon belül:

- az Általános Személybiztosítási Feltételekben szabályozott iratok, továbbá,
- kárbejelentő formanyomtatvány,
- halotti vizsgálati bizonyítvány a halál okának megjelölésével,
- boncolási jegyzőkönyv másolata,
- házi vagy kezelő orvos nyilatkozata, esetleírása,
- rendőrségi jegyzőkönyv vagy határozat másolata,
- véralkohol-vizsgálat eredménye.

24.2.

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

24.3.

A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, ha a Kedvezményezett nem jelenti be 8 munkanapon belül a szolgáltatás iránti igényét, és emiatt lényeges körülmények kideríthetelenné válnak.

1. számú melléklet

Érvényes: 2017. január 1-től kötött szerződésekre.

1. 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: a biztosítási szerződés első 36 hónapja;
 - b) a hűségbónusz számítási alap növelésének havi mértéke: az alapbiztosítás biztosítási szerződés létrejöttékor érvényes éves díjának 40%-ának egy hónapra eső, azaz 1/12-ed része.

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

2. A 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 15%-a lehet, a díjjal rendezett biztosítási évek számától függetlenül. A díjszüneteltetett időszakokat a Biztosító a hűségbónusz jóváírások számítása során díjfizetési kötelezettség, díjrendezettség tekintetében nem veszi figyelembe. A hűségbónusz a 4. biztosítási évtől jár, első jóváírására legkorábban a 4. biztosítási évfordulón kerülhet sor, az ekkor jóváírható hűségbónusz mértéke 4%. A 15. biztosítási évtől kezdve a hűségbónusz mértéke egységesen 15%.

A hűségbónusz jóváírások az alábbiak szerint alakulnak a biztosítási tartam során:

Évforduló	Jóváírt hűségbónusz százalékos értéke
1.	0%
2.	0%
3.	0%
4.	4%
5.	5%
6.	6%
7.	7%
8.	8%
9.	9%
10.	10%
11.	11%
12.	12%
13.	13%
14.	14%
15. évtől	15%

2. számú melléklet

Érvényes: 2017. január 1-től kötött szerződésekre.

1. A biztosítási szerződés kezdeti időszaka: a biztosítási szerződés első 36 hónapja
2. Amennyiben a Szerződő természetes személy, a szerződéskötés időpontjában 18–75 év között lehet. A Főbiztosított a szerződéskötés időpontjában 1-75 év között lehet.
3. A szerződés tartama: határozatlan, az utolsó Főbiztosított haláláig tart.
4. A Főbiztosítottakra vonatkozó beépített biztosítási fedezet személyenként:
 - baleseti halál:
 - Amennyiben a szerződésben egy Főbiztosított szerepel: az alapbiztosítás aktuális éves biztosítási díjának 10-szerese
 - Amennyiben a szerződésben két Főbiztosított szerepel: az alapbiztosítás aktuális éves biztosítási díjának 5-szöröse
5. Az alapbiztosításra fizetett díjakból képzett befektetési egységekre vonatkozó visszavásárlási érték a biztosítás teljes tartama alatt: a számla aktuális értékének 100%-a (csökkentve az el nem számolt terhelésekkel, valamint a kivonási költséggel)

3. számú melléklet

Érvényes: 2017. július 27-től kötött szerződésekre.

A jelen mellékletben megadott értékek közül – ahol többféle deviza is szerepel – a Szerződő számlájának devizája szerinti érték vonatkozik az egyes szerződésekre.

A) Fix költségek:

- A Főbiztosítottra vonatkozó beépített biztosítási fedezet díja évente:
 - baleseti halál: az alapbiztosítás aktuális éves biztosítási díjának 1,8%-a.
A Biztosító a fenti költséget a biztosítási díj beérkezését követően, annak esedékességékor vonja el.
A költség magyarázata a Különös Feltételek 20. fejezetének 2. pontjában található.
- Szerződéskötési költség éves mértéke: az alapbiztosítás biztosítási szerződés létrejöttékor érvényes éves díjának arányában merül fel, a Biztosító a tartam során az alábbi táblázat szerint érvényesíti a Szerződő számláján.

Biztosítási év	Szerződéskötési költség mértéke
1	75%
2	45%
Összesen a tartam során	120%

A Biztosító a fenti költséget a Szerződő számlájáról havonta, a biztosítási hófordulón érvényesíti. A költség magyarázata a Különös Feltételek 20. fejezetének 5. pontjában található.

- Adminisztrációs költség:
 - Nyilvántartási költség éves mértéke: 1,75%
A Biztosító a fenti költséget az adott eszközalap minden értékelési napján, az adott eszközalap értékelési napi árfolyamában az előző értékelési naptól eltelt idő arányában érvényesíti.
 - A szerződés fenntartási költségének éves mértéke az alapbiztosítás aktuális éves díjának arányában: 0,9%
A Biztosító a fenti költséget a Szerződő számlájáról havonta, a biztosítási hófordulón érvényesíti. A költség magyarázata a Különös Feltételek 20. fejezetének 4. pontjában található.
- Alapkezelési költség: A Biztosító naponta érvényesíti az eszközalapok árfolyamában.
 - Vagyonkezelési díj éves mértéke: 0–0,95%

Vagyonkezelési díjak

- 0,00%** Brüsszel – inflációhoz kötött kötvény euró eszközalap; Pénzpiaci forint eszközalap.
- 0,25%** Hazai kötvény forint eszközalap.
- 0,55%** Arany árupiaci forint eszközalap; Ázsiai részvény euró eszközalap; Ingatlan forint eszközalap; Kincskereső árupiaci forint eszközalap.
- 0,75%** Auróra – délkelet és kelet-európai részvény forint eszközalap; Auróra – délkelet és kelet-európai részvény euró eszközalap; Ázsiai részvény forint eszközalap; Dél csillagai – latin-amerikai és afrikai részvény euró eszközalap; Dél csillagai – latin-amerikai és afrikai részvény forint eszközalap; Globális fejlett piaci részvény euró eszközalap; Globális fejlett piaci részvény forint eszközalap.
- 0,95%** Best Selection – vegyes forint eszközalap – aktívan kezelt; Best Selection – vegyes euró eszközalap – aktívan kezelt; Fashion bond – kötvény forint eszközalap – aktívan kezelt; Vogue – részvény forint eszközalap – aktívan kezelt; Optimum 2025 Céldátum Vegyes Forint eszközalap; Optimum 2030 Céldátum Vegyes Forint eszközalap; Optimum 2035 Céldátum Vegyes Forint eszközalap; Optimum 2040 Céldátum Vegyes Forint eszközalap; Iránytű vegyes euró eszközalap – aktívan kezelt; Iránytű vegyes forint eszközalap – aktívan kezelt; SPB PRIVATE vegyes forint eszközalap – aktívan kezelt; Z GENERÁCIÓ Információtechnológiai Részvény Forint Eszközalap – aktívan kezelt.
- Letétkezelői díj éves mértéke: 0,06%
A Biztosító a fenti költségeket az adott eszközalap minden értékelési napján, az adott eszközalap értékelési napi árfolyamában az előző értékelési naptól eltelt idő arányában érvényesíti. A költség magyarázata a Különös Feltételek 20. fejezetének 3. pontjában található.

B) Opcionális szolgáltatásokhoz kapcsolódó költségek:

1. Díjfizetési módhoz kapcsolódó költség havi mértéke:
- a) Csekkes díjfizetés esetén:
- | | | |
|---|---------|----------|
| (1) Éves díjfizetési gyakoriság esetén: | 100 HUF | 0,35 EUR |
| (2) Féléves díjfizetési gyakoriság esetén: | 150 HUF | 0,53 EUR |
| (3) Negyedéves díjfizetési gyakoriság esetén: | 200 HUF | 0,70 EUR |
| (4) Havi díjfizetési gyakoriság esetén: | 300 HUF | 1,05 EUR |
- b) Csoportos beszédési megbízás esetén:
- | | | |
|--|-------|-------|
| | 0 HUF | 0 EUR |
|--|-------|-------|
- c) Banki átutalás esetén:
- | | | |
|--|-------|-------|
| | 0 HUF | 0 EUR |
|--|-------|-------|
- d) Számlavezető banknál történő befizetés esetén:
- | | | |
|--|-------|-------|
| | 0 HUF | 0 EUR |
|--|-------|-------|
- A Biztosító a fenti költséget a Szerződő számlájáról havonta, a biztosítási hófordulón érvényesíti. A költség magyarázata a Különös Feltételek 20. fejezetének 6. pontjában található.*
2. Egyes tranzakciókhoz kapcsolódó költségek:
- a) Díjpótlás: a kivont eseti befektetési egységek értékének 0%-a de legalább és legfeljebb
- | | | |
|--|-------|-------|
| | 0 HUF | 0 EUR |
| | 0 HUF | 0 EUR |
- b) Átváltás: havonta egy ingyenes, minden további: a tranzakciós összeg 0%-a de legalább és legfeljebb
- | | | |
|--|-------|-------|
| | 0 HUF | 0 EUR |
| | 0 HUF | 0 EUR |
- c) Átirányítás: havonta egy ingyenes, minden további: az aktuális éves díj 0%-a de legalább és legfeljebb
- | | | |
|--|-------|-------|
| | 0 HUF | 0 EUR |
| | 0 HUF | 0 EUR |
- d) Devizaváltás: a devizaváltás összegének 0,9%-a
- e) Kivonási költség:
- (1) bankszámlára történő teljesítéssel:
- | | | |
|----------------------|-----------|--------|
| a kivont összeg 3‰-e | | |
| legalább | 300 HUF | 1 EUR |
| legfeljebb | 3 500 HUF | 12 EUR |
- (2) postai úton történő teljesítéssel:
- | | | |
|----------------------|------------|--------|
| a kivont összeg 6‰-e | | |
| legalább | 850 HUF | 3 EUR |
| legfeljebb | 10 000 HUF | 33 EUR |
- (3) a kivont összegnek egy másik, a Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt-nél lévő érvényes biztosítási szerződésen történő 100%-os jóváírása esetén:
- | | | |
|--|-------|-------|
| | 0 HUF | 0 EUR |
|--|-------|-------|
- (4) Ingatlan eszközalapból történő kivonás esetén többlet költség: a kivont összeg 1,5%-a
A Biztosító a fenti költséget a tranzakció esedékességkor a Szerződő számláján érvényesíti. A költségek magyarázata a Különös Feltételek 20. fejezetének 8. pontjában, a tranzakciók leírása a 9. fejezet 4. pontjában és a 16–19., valamint a 21–22. fejezetekben található.
3. A kötvényesítés egyszeri költsége:
- | | | |
|--|------------|--------|
| | 10 000 HUF | 35 EUR |
|--|------------|--------|
- A Biztosító a fenti költséget a Szerződő 30 napon belüli felmondási kérelmének Biztosítóhoz való beérkezését követően a Szerződőnek kifizetett összegből, kifizetéskor vonja le. A költség magyarázata az Általános Személybiztosítási Feltételek 11.1. pontjában és a Különös Feltételek 7.5, valamint 20.15 pontjában található.*
4. A biztosítási szerződéshez a következő funkciók és szolgáltatások kapcsolhatók:
- 4.1 Az eszközalapokhoz kapcsolható egyedi funkció: Árfolyamfigyelés.
A funkció a vonatkozó feltételek szerint választható, az ott feltüntetett költségek szerint. A Biztosító a fenti költséget a Szerződő számlájáról havonta, a biztosítási hófordulón érvényesíti. A költség magyarázata a Különös Feltételek 20. fejezetének 7. pontjában található.

C) Teljes Költség Mutató:

Jelen Q6108 jelű, folyamatos díjfizetésű befektetési egységekhez kötött életbiztosítás, amelyhez magyar forintban és euróban vezetett eszközalapok kapcsolhatóak, TKM értéke:

10 évre	15 évre	20 évre
3,86% – 5,22%	2,27% – 3,66%	1,82% – 3,24%

A Teljes Költség Mutató részletes magyarázatát az 5. számú melléklet tartalmazza.

Példa a szerződést terhelő költségek kiszámítására a szerződés első évében:

Ön 2017. január 1. napi kockázatviselési kezdettel Q6108 befektetési egységekhez kötött életbiztosítási szerződést köt. Az alapbiztosításhoz kiegészítő biztosítási fedezeteket is igényel.

A szerződés adatai:

A szerződés tartalma: határozatlan

Díjfizetés módja: banki átutalás

Díjfizetés gyakorisága: éves

Az alapbiztosítás éves díja: 150 000 Ft

Kiegészítő biztosítások éves díja:

- Halálesetre szóló kiegészítő biztosítás éves díja: 30 000 Ft,
- Mentőöv 2. csomag éves díja: 12 600 Ft

Biztosítási díj (összes fizetendő díj): 192 600 Ft

A Biztosító a szerződés első évében 3-féle költséget érvényesít:

1) Díjból levont tételek:

- A díj beérkezését követően a Biztosító levonja a kiegészítő biztosítások éves díját (42 600 Ft)
- A fennmaradó 150 000 Ft-ból a Biztosító levonja a beépített biztosítási fedezet éves díját, ami az alapbiztosítás díjának 1,8%-a, tehát $150\,000 \times 0,018 = 2\,700$ Ft

2) Árfolyamban érvényesített tételek:

A fennmaradó összeget (147 300 Ft) a Biztosító befekteti a Szerződő számláján Auróra – délkelet és kelet-európai részvény forint eszközalapba 1 Ft-os árfolyamon, ezért 147 300 db befektetési egységet kap.

Az eszközalap árfolyamában a Biztosító az év során érvényesíti az alábbi tételeket (az eszközalap értékének arányában):

- Alapkezeléshez kapcsolódó költségek évente
 - **Vagyonkezelési díj:** 0,75%
 - **Letétkezelői díj:** 0,06%
- Adminisztrációs költség évente
 - **Nyilvántartási költség:** 1,75%

3) Számláról levont tételek:

- A Biztosító minden biztosítási hófordulón levonja a következő költségek tizenketted részét:
 - **Szerződéskötési költség:** az alapbiztosítás díjának 75%-a ($150\,000 \text{ Ft} \times 0,75/12 = 9\,375$ Ft)
 - **A szerződés fenntartási költsége:** az alapbiztosítás díjának 0,9%-a ($150\,000 \text{ Ft} \times 0,009/12 = 112,5$ Ft)

Felhívjuk figyelmét, hogy a Biztosító a példaszámítás során nem számolt az opcionális szolgáltatásokhoz kapcsolódó költségekkel (3. sz. melléklet B) pont).

A fenti példát abból a célból ismertette a Biztosító, hogy ezen keresztül bemutassa a költségek kiszámításának módját. Tájékoztatjuk, hogy az Ön egyedi szerződéséhez kapcsolódó költségek kiszámítása a példában ismertetett módon történik, azonban a költségek összege az igénybe vett kiegészítő biztosítások és az alapbiztosítás éves díjának mértékétől függően változik. Tájékoztatjuk továbbá, hogy a példában említett eszközalap napi árfolyama csupán a könnyebb számolás és az egyszerűség kedvéért 1, a valóságban az eszközalap napi árfolyama folyamatosan változik, és megtekinthető a www.viennalife.hu oldalon.

4. számú melléklet

Érvényes: 2017. május 18-tól.

1. A Szerződés díjfizetésének devizája: Magyar forint, a továbbiakban HUF
2. A Szerződő számlájának devizája lehet:
 - a) Magyar forint, a továbbiakban HUF
 - b) Euró, a továbbiakban EUR
3. A Biztosító díjbeszedési számlája, melyre a biztosítási díjat kell befizetni:
UniCredit Bank Hungary Zrt., 10918001-00000003-01590178
4. 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
5. Alapbiztosításra vonatkozó minimális biztosítási díj:

a) Éves díjfizetési gyakoriság esetén, évente:	132 000 HUF
b) Féléves díjfizetési gyakoriság esetén, félévente:	66 000 HUF
c) Negyedéves díjfizetési gyakoriság esetén, negyedévente:	33 000 HUF
d) Havi díjfizetési gyakoriság esetén, havonta:	11 000 HUF
6. 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.
7. Az eseti biztosítási díj összeghatára: minimum 20 000 HUF.
8. Eseti biztosítási díjak teljesítésének devizaneme: HUF
9. Értékkövetés mértéke:
Az alapbiztosítás díjára vonatkozó értékkövetés választható mértéke: 0%, 3%, 4%, 5%, 6%, 7%
10. A szerződéshez köthető kiegészítő biztosítások:
 - 10.1. Egyénileg is választható kiegészítő biztosítások
 - Haláleseti díjátvállalás kiegészítő biztosítás (Q8111)
 - Halálesetre szóló kiegészítő biztosítás (Q7111)
 - Baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás (Q0114)
 - Baleseti rokkantságra szóló kiegészítő biztosítás kiemelt térítéssel (Q0115)
 - Baleseti műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás (Q0121)
 - Műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás (Q1111)
 - Kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítás (Q1114)
 - Végleges rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás (Q1103)
 - 10.2. Kizárólag csomagban köthető kiegészítő biztosítások
 - Díjátvállalás rokkantság esetére kiegészítő biztosítás (Q8112)
 - Egyösszegű térítés rokkantság esetére (4x) kiegészítő biztosítás (Q1115)
 - Egyösszegű térítés rokkantság esetére (2x) kiegészítő biztosítás (Q1116)
 - Járadékszolgáltatás rokkantság esetére kiegészítő biztosítás (Q9116)

11. A biztosítási szerződés a Szerződő által befizetett eseti biztosítási díjakból képzett befektetési egységekre vonatkozó visszavásárlási értéke, a kivonás értékelési napjáig eltelt idő alapján:
- Az eseti biztosítási díj befektetési egységekre történő átváltást követő 12 hónapban: 97%
 - Az eseti biztosítási díj befektetési egységekre történő átváltást követő 13–24 hónapban: 98,5%
 - Az eseti biztosítási díj befektetési egységekre történő átváltást követő 25. hónaptól 100%
12. A minimálisan kivonható összeg egy tranzakció során: 50 000 HUF 175 EUR
13. Korlátozások a Szerződő számláján:
- Az allokációs arányokat egész szám pontossággal kell meghatározni, és minden választott eszközalapba a biztosítási díj legalább 5%-át kell allokálni.
 - 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.
14. A biztosítási szerződést rendszeresen terhelő tételek terhelési sorrendje:
- A 20. fejezet 1. pontjában meghatározott, az életbiztosítási szerződéshez kapcsolódó kiegészítő biztosítások esedékes biztosítási díjának levonása díjfizetési gyakoriság szerint
 - A 20. fejezet 2. pontjában meghatározott beépített biztosítási fedezetre vonatkozó díj levonása díjfizetési gyakoriság szerint
 - A 20. fejezet 3. és 4. pontjaiban (nyilvántartási költség) meghatározott költségek érvényesítése az eszközalapok árfolyamában
 - A 20. fejezet 5. pontjában meghatározott szerződéskötési költség levonása havonta
 - A 20. fejezet 4. pontjában meghatározott adminisztrációs költség részeként a fenntartási költség levonása havonta
 - A 20. fejezet 6. pontjában meghatározott díjfizetési módhoz kapcsolódó költség levonása havonta
 - A 20. fejezet 7. pontjában meghatározott Árfolyamfigyelés Értéktörző időszakára eső költségének levonása havonta
 - A 20. fejezet 7. pontjában meghatározott Árfolyamfigyelés Növekedésjelző időszakára eső költségének levonása havonta
15. Eszközalapok
- A termékhez kapcsolható eszközalapok

Neve	Rövid neve	SMS kódja
Pénzpiaci forint eszközalap	Pénzpiaci HUF	PPHUF
Hazai kötvény forint eszközalap	Hazai kötvény HUF	HKHUF
Fashion Bond – kötvény forint eszközalap – aktívan kezelt	Fashion Bond HUF	FBHUF
Globális fejlett piaci részvény forint eszközalap	Globális HUF	GRHUF
Auróra – Délkelet és Kelet-Európai részvény forint eszközalap	Auróra HUF	AUHUF
Ázsiai részvény forint eszközalap	Ázsiai HUF	AZHUF
Dél csillagai – Latin-Amerikai és Afrikai részvény forint eszközalap	Dél Csillagai HUF	DCHUF
Vogue – részvény forint eszközalap – aktívan kezelt	Vogue HUF	VGHUF
Best Selection – vegyes forint eszközalap – aktívan kezelt	Best Selection HUF	BSHUF
Kincskereső – árupiaci forint eszközalap	Kincskereső HUF	KKHUF
Ingatlan forint eszközalap	Ingatlan HUF	IGHUF
Íránytű vegyes forint eszközalap – aktívan kezelt	Íránytű HUF	IRHUF
Arany – árupiaci forint eszközalap	Arany HUF	AAHUF
SPB PRIVATE vegyes forint eszközalap – aktívan kezelt	SPB PRIVATE HUF	SPBHU
Optimum 2025 céldátum vegyes forint eszközalap	Optimum 2025	OPT25
Optimum 2030 céldátum vegyes forint eszközalap	Optimum 2030	OPT30
Optimum 2035 céldátum vegyes forint eszközalap	Optimum 2035	OPT35
Optimum 2040 céldátum vegyes forint eszközalap	Optimum 2040	OPT40
Brüsszel – inflációhoz kötött kötvény euró eszközalap	Brüsszel EUR	BREUR
Best Selection – vegyes euró eszközalap – aktívan kezelt	Best Selection EUR	BSEUR
Ázsiai részvény euró eszközalap	Ázsiai EUR	AZEUR
Dél csillagai – Latin-Amerikai és Afrikai részvény euró eszközalap	Dél Csillagai EUR	DCEUR
Auróra – Délkelet- és Kelet-Európai részvény euró eszközalap	Auróra EUR	AUEUR
Globális fejlett piaci részvény euró eszközalap	Globális EUR	GREUR
Íránytű vegyes euró eszközalap – aktívan kezelt	Íránytű EUR	IREUR
Z GENERÁCIÓ Információtechnológiai Részvény Forint Eszközalap – aktívan kezelt	Z GENERÁCIÓ HUF	ZGHUF

16. A szerződéshez kapcsolható eszközalap-válogatások:

a) Megfontolt befektető eszközalap-válogatás

Eszközalap devizája	HUF	Eszközalap devizája	EUR
Eszközalap név	%	Eszközalap név	%
Pénzpiaci forint eszközalap	50%	Brüsszel – inflációhoz kötött kötvény euró eszközalap	80%
Hazai kötvény forint eszközalap	30%	Globális fejlett piaci részvény euró eszközalap	20%
Globális fejlett piaci részvény forint eszközalap	20%		
Összesen	100%	Összesen	100%

b) Kiegyensúlyozott befektető eszközalap-válogatás

Eszközalap devizája	HUF	Eszközalap devizája	EUR
Eszközalap név	%	Eszközalap név	%
Pénzpiaci forint eszközalap	25%	Brüsszel – inflációhoz kötött kötvény euró eszközalap	50%
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%		
Összesen	100%	Összesen	100%

c) Dinamikus befektető eszközalap-válogatás

Eszközalap devizája	HUF	Eszközalap devizája	EUR
Eszközalap név	%	Eszközalap név	%
Pénzpiaci forint eszközalap	10%	Brüsszel – inflációhoz kötött kötvény euró eszközalap	30%
Hazai kötvény forint eszközalap	20%	Globális fejlett piaci részvény euró eszközalap	35%
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%		
Összesen	100%	Összesen	100%

5. számú melléklet

Érvényes: 2017. július 27-től.

Teljes Költség Mutató tájékoztató

Tisztelt Leendő Ügyfelünk!

Az Ön által megkötni kívánt életbiztosítás az olyan befektetési egységekhez kötött (ún. unit-linked típusú) életbiztosítások 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 biztosítók a teljes költségmutatót (TKM) egységesen alkalmazzák az életbiztosításoknak a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvényben (továbbiakban Bit.) meghatározott körére, továbbá a mutató értékéről Önt, mint leendő szerződőt előzetesen tájékoztatják annak érdekében, hogy megalapozottabb döntést tudjon hozni. A TKM összhangban van a teljes költségmutató számításáról és közzétételéről szóló 55/2015. MNB rendeletben (továbbiakban Rendelet) szabályozott teljes költségmutatóval.

Mi a TKM?

A Teljes Költség Mutató (TKM) egy, az Ön tájékoztatását szolgáló, egyszerű mutató, amely egy százalékos érték 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 érheti 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 költségszintjeit.

A bemutatott típuspélda a következő:

A biztosított kora és a biztosítás időtartama

A biztosított egy 35 éves személy, aki

- rendszeres díjfizetés esetén 10, 15 vagy 20 éves tartamú,
- egyszeri díjas szerződése esetén pedig 5, 10 vagy 20 éves tartamú biztosítási szerződést köt.

A TKM kalkuláció azért történik különböző időtartamokra, hogy látható legyen, miként befolyásolják a különböző időtartamok a termék költségterhelését. Amennyiben a fenti tartamok közül valamelyikre nem történik számítás, az azt jelenti, hogy az adott tartam a konkrét termékre nem elérhető.

A biztosítás díja és a díjfizetés módja

A fenti életkorú biztosított

- 4 500 000 Ft-ért (vagy annak megfelelő EUR/USD/CHF stb.) egyszeri díjas, vagy
- 25 000 Ft havi díjjal (vagy annak megfelelő EUR/USD/CHF stb.) rendszeres díjas, havi díjfizetésű biztosítást köt, ahol a díjfizetés csoportos beszedési megbízással, vagy átutalással történik.

A unit-linked biztosításban foglalt élet- és / vagy balesetbiztosítási, illetve egészségbiztosítási szolgáltatások

- A megkötni kívánt biztosítás a befektetési lehetőség mellett kockázati biztosítási szolgáltatást is tartalmaz (pl. élet vagy baleset-, vagy egészségbiztosítás). A TKM a biztosítási feltételek szerint kötelezően választandó biztosítási fedezetek kockázati díját veszi figyelembe költségként.
- Jelen Q6108 jelű biztosítás esetében a szerződésbe épített kötelező biztosítási kockázat jellemzői a következők: Baleseti halál (a biztosítási összeg az alapbiztosítás aktuális éves díjának 10-szerese).

A TKM számítás figyelembe vesz 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 Q6108 jelű, folyamatos díjfizetésű befektetési egységekhez kötött életbiztosítás, amelyhez magyar forintban és euróban vezetett eszközalapok kapcsolhatóak, TKM értéke:

10 évre	15 évre	20 évre
3,86% – 5,22%	2,27% – 3,66%	1,82% – 3,24%

Felhívjuk figyelmét, hogy jelen termék az alábbi eset(ek)ben meghaladja az MNB 8/2016. (VI. 30.) ajánlásában rögzített TKM alsó limitértéket 10 éves futamidőnél. Az alsó limitértéket meghaladó TKM értékeket eredményező eszközalapok a következők:

- Arany árupiaci forint eszközalap
- Auróra délkelet- és kelet-európai részvény euró eszközalap
- Auróra délkelet- és kelet-európai részvény forint eszközalap
- Ázsiai részvény euró eszközalap
- Ázsiai részvény forint eszközalap
- Best Selection vegyes euró eszközalap – aktívan kezelt
- Best Selection vegyes forint eszközalap – aktívan kezelt
- Dél csillagai latin-amerikai és afrikai részvény euró eszközalap
- Dél csillagai latin-amerikai és afrikai részvény forint eszközalap
- Fashion bond – kötvény forint eszközalap – aktívan kezelt
- Globális fejlett piaci részvény euró eszközalap
- Globális fejlett piaci részvény forint eszközalap
- Ingatlan forint eszközalap
- Kincskereső árupiaci forint eszközalap
- Vogue részvény forint eszközalap – aktívan kezelt
- Iránytű vegyes forint eszközalap – aktívan kezelt
- Iránytű vegyes euró eszközalap – aktívan kezelt
- Optimum 2025 céldátum vegyes forint eszközalap
- Optimum 2030 céldátum vegyes forint eszközalap
- Optimum 2035 céldátum vegyes forint eszközalap
- Optimum 2040 céldátum vegyes forint eszközalap
- SPB PRIVATE vegyes forint eszközalap – aktívan kezelt
- Z GENERÁCIÓ Informatíotechnológiai Részvény Forint Eszközalap – aktívan kezelt

Felhívjuk figyelmét, hogy ezekhez az eszközalap(ok)hoz tartozó TKM értéke(ke)t és a javasolt limitértéktől való eltérés indoklását a biztosító honlapja (www.viennalife.hu) tartalmazza.

Figyelem!

Fontos tudnivaló, hogy a szerződés megkötése előtt közölt TKM értékek a típuspéldánkban bemutatott paraméterek esetén értendők, **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 érték által bemutatott költségszint nem szükségszerűen azonos a megvásárolni kívánt konkrét szerződés költségeivel, hanem arról megközelítő tájékoztatást nyújt. A szerződés egyedi paramétereinek függvényében a konkrét szerződés költségei akár lényegesen is eltérhetnek a közölt TKM értéktől.

A TKM számítására vonatkozó módszertan a Rendeletben, az alkalmazására vonatkozó, a Magyar Biztosítók Szövetségének TKM Charta-hoz csatlakozó tagbiztosítói által megalkotott szabályzat a Magyar Biztosítók Szövetségének honlapján (www.mabisz.hu) olvasható. A biztosítók internetes honlapján a saját termékeire vonatkozó TKM értékek eszközalaponként is elérhetők, míg az összes, a Rendelet szerinti TKM számítási kötelezettség alá tartozó TKM érték megtalálható a Magyar Nemzeti Bank honlapján is.

Felhívjuk a figyelmet arra, hogy a TKM mutató fontos, de nem az egyetlen lényeges pontja a befektetési egységekhez kötött élet- és nyugdíj-biztosításokra vonatkozó ügyféltájékoztatásnak. Nem elhanyagolható szempont a konkrét ajánlatban szereplő biztosítási fedezet jellege (élet-, baleset- vagy egészségbiztosítás) 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 alkalmazása is hozzájárul 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.

2017. június 30.

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 vonatkozó Befektetési Egységekhez Kötött Élet-, vagy Nyugdíjbiztosítás Különös Feltételei, továbbá a Kiegészítő Biztosítások Általános és Különös Feltételei együtt az élet-, vagy nyugdíjbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön.

1. fejezet – Általános rendelkezések

1.1.

Jelen Általános Feltételek (a továbbiakban: általános feltételek) – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – a Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. befektetési egységekhez kötött élet-, vagy nyugdíjbiztosításaihoz kötött kiegészítő biztosításokra érvényesek, feltéve, hogy a biztosítási szerződést azon feltételekre való hivatkozással kötötték.

1.2.

Jelen általános feltételekben, valamint a különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

1.3.

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.

1.4.

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

1.5.

A Biztosító, az ajánlat elfogadása esetén a választott szolgáltatásokról az élet-, vagy nyugdíjbiztosítási biztosítási kötvénnyel állít ki fedezetet igazoló dokumentumot.

1.6.

Az ajánlat elutasítását a Biztosító nem köteles megindokolni.

2. fejezet – A biztosítási szerződés alanyai

2.1.

Biztosított lehet minden a 2. számú mellékletben meghatározott életkorú 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 úgy állapítja meg, hogy a vonatkozó kiegészítő biztosítás kezdetének évszámából levonja a Biztosítottak születésének évszámát.

2.4.

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

2.5.

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.

2.6.

A Biztosított életében esedékes szolgáltatások Kedvezményezettje a Biztosított.

2.7.

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.

2.8.

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.

2.9.

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.

3. fejezet – Biztosítási esemény

Biztosítási eseménynek minősül a kockázatviselési tartam alatt a kiegészítő biztosítások különös feltételeiben meghatározottak szerint bekövetkező esemény.

4. fejezet – Biztosítási szolgáltatás

4.1.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító kifizeti az adott kiegészítő biztosítás különös feltételei alapján az aktuális biztosítási összegből számított biztosítási szolgáltatást.

4.2.

A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége a szerződés díjfizetésének devizájában esedékes, kivéve ha erről a kiegészítő biztosítás különös feltételei eltérően rendelkeznek.

4.3.

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.

4.4.

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

4.5.

A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be és a kiegészítő biztosításra levont díjakat visszafizeti, amennyiben a szerződés kockázatviselésének kezdete előtt került sor a Biztosított egészségkárosodás megállapítása iránti kérelemnek a szakértői intézethez, vagy a nyugdíjbiztosítási igazgatósághoz történő beadására.

4.6.

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.

5. fejezet – A biztosítás tartama, a Biztosító kockázatviselése

5.1.

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 élet-, vagy nyugdíjbiztosítás különös feltételeiben szabályozottak szerint a Biztosítóhoz beérkezett.

A biztosítási szerződés létrejön a biztosítási ajánlat Biztosító általi elfogadásával, az ajánlat aláírásának napjára visszamenőleges hatállyal, illetve a Biztosító elfogadásának hiányában az Általános Személybiztosítási feltételek 3.8.–3.9. pontjaiban meghatározott módon, az ajánlat aláírásának napjára visszamenőleges hatállyal.

A befektetési egységekhez kötött élet-, vagy nyugdíjbiztosítással, mint alapbiztosítással együtt kötött kiegészítő biztosítás legkorábban az alapbiztosítás létrejöttének napján jön létre és lép hatályba.

5.2.

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 cselekvő-képességében, 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.

5.3.

Amennyiben a biztosítási tartam alatt a Szerződő a már meglévő kiegészítő biztosítás mellé új kiegészítő biztosítást köt, akkor az új kiegészítő biztosítás vonatkozásában a 11.4., 11.5. és 11.6. pontokban meghatározott időtartamokat a kiegészítő biztosítási szerződés létrejöttétől kell számítani.

Az egészségbiztosításnak minősülő kiegészítő biztosítások esetén a 11.4., 11.5. és 11.6. 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 11.4., 11.5. és 11.6. 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.

5.4.

A kiegészítő biztosítás tartama a kockázatviselés kezdete és a kiegészítő biztosítás megszűnése közötti időszak.

6. fejezet – A kiegészítő biztosítások megszűnése

6.1.

A biztosítási szerződés az alábbi esetekben automatikusan megszűnik:

- a 2. számú mellékletben meghatározott lejáratú életkor betöltését követő biztosítási évfordulón, kivéve ha a kiegészítő biztosítás különös feltételei ettől eltérően rendelkeznek;
- a Biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halálával;
- a biztosítási tartam utolsó napján 24 órakor;
- a szerződés díjszüneteltetésével, vagy automatikus díjszüneteltetésével;
- a kiegészítő biztosítás Szerződő általi felmondásával;
- az alapbiztosítás bármely okból történő megszűnésével, ugyanazzal a hatállyal.

6.2.

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-, egészség- és nyugdíjbiztosítás 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.

6.3.

Díjnemfizetés esetén a biztosítási szerződés az Általános Személybiztosítási feltételek 16. fejezete valamint 11.3 pontja alapján megszűnik.

7. fejezet – A biztosítási összeg

7.1.

A biztosítási összeget a Szerződő köteles az ajánlaton meghatározni.

7.2.

A biztosítási összeg a szerződés díjfizetésének devizájában kerül meghatározásra, amennyiben a kiegészítő biztosítások különös feltételei ettől eltérően nem rendelkeznek.

7.3.

A biztosítási összeg a tartam során a díjfizetési gyakoriság szerinti fordulóval változtatható (megemelés időpontja), amellyel egyidejűleg a kiegészítő biztosításra vonatkozó biztosítási díj is módosul. A biztosítási összeg emelésénél a Biztosító fokozott egészségügyi kockázat felmérést végezhet 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.

7.4.

A biztosítási összeg emelésénél az eredeti és a megemelt biztosítási összeg közötti különbözetre vonatkozóan is a 11.4., 11.5. és 11.6. pontokban meghatározott időtartamok a kiegészítő biztosítás létrejöttének időpontjától számítanak.

8. fejezet – Biztosítási díj

8.1.

A biztosítási díj kiszámításakor a Biztosító figyelembe veszi a Biztosítottak korát, a választott biztosítási összeget és biztosítási tartamot, a Biztosított tevékenységének és hobby-tevékenységének kockázatát.

8.2.

A kiegészítő biztosítások díját (kockázati díjrész) a Biztosító a gyakoriság szerint fizetett biztosítási díjból vonja le.

8.3.

Amennyiben a biztosítási tartam alatt a Szerződő további kiegészítő biztosítást köt, abban az esetben a Biztosító a kockázatviselést az erre vonatkozó ajánlat aláírását követő, vagy az ajánlatban meghatározott díjfizetési gyakoriság szerinti fordulótól vállalja. A biztosítási díj a hozzákötést követő díjfizetési gyakoriság szerinti fordulótól esedékes. A biztosítási tartama alatt kiegészítő biztosítás vagy csomag megkötésére, csak a díjfizetési gyakoriság szerinti fordulóval lehetséges.

8.4.

A Biztosító a kiegészítő biztosításokra vonatkozóan nem számít fel díjfizetési gyakorisági pótdíjat.

9. fejezet – A biztosítás értékének megőrzése

9.1.

A biztosítás értékének megőrzését a biztosítási összeg évenkénti emelésének lehetősége biztosítja (értékkövetés). Az ehhez tartozó díjmelés a biztosítási összegnek, a Biztosított aktuális korának és a tartamból még hátra levő időnek a figyelembevételével történik, ezért a biztosítási díj és a biztosítási összeg növekedésének aránya eltérhet a biztosítás kezdetén megállapítottól. A rendszeres éves értékkövetés esetén a Biztosító eltekint az újabb kockázat-elbírálástól.

9.2.

Amennyiben a Szerződő a felajánlott értékkövetésen felül kívánja emelni a biztosítási összeget, abban az esetben a Biztosító élhet a kockázat-elbírálás lehetőségével.

9.3.

Az értékkövetéshez használt indexet (a 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. A díjnövekedés mértéke eltérhet az alapbiztosítás esetében alkalmazott értékkövetés mértékétől.

9.4.

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.

9.5.

A biztosítási évfordulót megelőzően (legalább 30 nappal) a Biztosító minden évben kiegészítő biztosításonként értesítést küld a megemelkedett biztosítási összegről és a megemelkedett díjről. A Szerződőnek jogában áll a díjmelést (értékkövetést) az évfordulót megelőzően legalább 15 nappal megelőzően visszautasítani. Ha ezt nem teszi meg, a Biztosító a megnövelt biztosítási összeget és díjat tekinti érvényesnek.

10. fejezet – Választható kiegészítő biztosítások és biztosítási csomagok

10.1.
A Szerződő a 2. számú mellékletben meghatározott kiegészítő biztosítások és kiegészítő biztosítási csomagok közül választhat.

10.2.
A kiegészítő biztosítások a belépési és lejárat élekorokat figyelembe véve meghatározott tartamra köthetőek a 2. számú mellékletben foglaltak szerint, kivéve a Mentőöv csomagokat, amelyek határozatlan tartamra jönnek létre.

10.3.
A kiegészítő biztosításokra csak azonos mértékű értékkövetést lehet választani.

11. fejezet – A Biztosító mentesülése és kockázatviselésének korlátozása

11.1.
A Biztosító mentesül az Általános Személybiztosítási Feltételekben megfogalmazott kizárások és mentesülések esetén a Szolgáltatás teljesítése alól.

11.2.
A Biztosító mentesül továbbá a szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosítási esemény bekövetkezésében alkohol- vagy drogfogyasztás közrehatása igazolható.

11.3.
A Biztosító 5 éven belül abban az esetben is mentesül a biztosítás szolgáltatási kötelezettség teljesítése alól, figyelembe véve a 11.4., 11.5., 11.6. pontokat, ha bizonyítást nyer, hogy a Biztosított betegsége a szerződés létrejöttének időpontjában már fennállt és az orvosszakmai szabályok szerint megállapításra került.

11.4.
A Biztosító a kockázatviselés kezdetétől számított 6. hónap végéig terjedő időszakban kizárja a betegségből eredő kockázatokat és azok bekövetkezése esetén nem nyújt szolgáltatást.

11.5.
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.

11.6.
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.

11.7.
Amennyiben a Biztosító az ajánlat elfogadásakor egészségügyi kérdőív, illetve egészségügyi vizsgálat alapján végez kockázatelbírálást, és az ajánlatot elfogadja, az így létrejött szerződésre a 11.4., 11.5., 11.6. pontokban foglalt feltételek nem vonatkoznak. Nem vonatkoznak továbbá a 11.4., 11.5., 11.6. pontokban foglalt rendelkezések a balesetbiztosításokra.

11.8.
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 11.4., 11.5., 11.6. pontokban foglalt feltételek nem vonatkoznak.

12. fejezet – Maradékjogok

A kiegészítő biztosítások nem rendelkeznek maradékjogokkal. (Általános Személybiztosítási Feltételek 24., 25., 26., 27. fejezet).

13. fejezet – Többlethozam-visszatérítés

13.1.

A többlethozam-visszatérítésre azon kiegészítő biztosítások esetében jogosult a Szerződő, amelyeknél ezt a különös feltételek tartalmazzák.

13.2.

A Biztosító az 1 évesnél hosszabb tartamra szóló nem baleseti kiegészítő biztosítások esetében a biztosításmatematika elvei alapján életbiztosítási díjtartalékot (továbbiakban tartalék) képez. A többlethozam a tartalékok befektetési hozamának és a technikai kamatlábnak a különbsége. A többlethozamot a Biztosító az adott naptári év utolsó napjára vonatkozóan állapítja meg.

13.3.

A tartalék befektetési többlethozamának legalább 80 százalékát a Biztosító a Szerződő számláján befektetési egységek formájában jóváírja, a jóváírás napján érvényes eszközalap-összetétel (eszközalap allokáció) szerint. A Biztosító a többlethozam jóváírást legkésőbb a naptári év végét követő 30. napig teljesíti.

13.4.

Többlethozam jóváírásra csak azon szerződések jogosultak, melyek a többlethozam jóváírásakor élő státuszúak. Az év vége és a jóváírás napja között megszűnt szerződések többlethozamát a jóváírásakor élő státuszú szerződések között osztja szét a Biztosító az egyéni szerződések díjtartalékaival arányosan.

13.5.

A technikai kamat mértéke 2,3%.

14. fejezet – A szerződés módosítása

14.1.

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

14.2.

A Biztosító jogosult a jelen feltételek 2. számú mellékletében közzétett adatokat megváltoztatni. A változásról a Biztosító a Szerződőt a változás hatálybalépése előtt 60 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: a 2017. január 1-től 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), koponyaűri vagy gerincűri 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, májsugorodás
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. Vérzékenység

2. számú melléklet

Érvényes: 2017. január 1-től

1.1 Biztosítottak száma

Az alapbiztosításhoz kapcsolódó kiegészítő biztosítások Biztosítottainak száma legfeljebb 10 fő lehet.

1.2 Választható kiegészítő biztosítások összefoglaló táblázata

Kód	Kiegészítő biztosítás neve	Belépési kor ¹ (év)	Lejárat kor ² (év)	Választható tartam (év)	Minimális biztosítási összeg
Q7111	Halálesi	1	75	1–40	500 000 Ft
Q0114	Baleseti halál	1	75	1–40	500 000 Ft
Q0115	Baleseti rokkantság kiemelt	1	75	1–40	500 000 Ft
Q0121	Baleseti műtéti térítés	1	75	1–40	10 000 Ft
Q1103	Végleges rokkantság	18	65	1–40	500 000 Ft
Q1111	Műtéti térítés	1	65	1–40	10 000 Ft
Q1114	Kritikus betegségek	1	65	1–40	500 000 Ft
Q8111	Halálesi díjtávállalás ³	18	65	5–20	éves biztosítási díj ⁴

¹ A Biztosított minimális életkora a kiegészítő biztosítás megkötésekor (betöltött életév).

² A kiegészítő biztosítás legkésőbb a lejárat kor betöltését követő biztosítási évfordulón szűnik meg.

³ A biztosítási összeg az éves biztosítási díj a Mentőöv csomag és a Halálesi díjtávállalás kiegészítő biztosítás Biztosítottjára szóló kiegészítő biztosítások díja nélkül.

⁴ Nem köthető a Q6105 Nyugdíjbiztosításhoz.

1.3 Választható Mentőöv csomagok

A Mentőöv csomagok csak a Szerződő Főbiztosítottra köthetők, belépési kor 18 év a lejárat kor 65 év. A csomagok határozatlan tartamra köthetők.

Kód	Kiegészítő biztosítások megnevezése	Biztosítási összeg	Maximum
Q8112	Díjtávállalás rokkantság esetére	az éves biztosítási díj a Mentőöv csomag díja nélkül	A csomag megkötésekor az éves biztosítási díj (a Mentőöv csomag díja nélkül) legfeljebb 1 000 000 Ft lehet

Kód	Kiegészítő biztosítások megnevezése	Biztosítási összeg	Maximum
Q8112	Díjtávállalás rokkantság esetére	az éves biztosítási díj a Mentőöv csomag díja nélkül	A csomag megkötésekor az éves biztosítási díj (a Mentőöv csomag díja nélkül) legfeljebb 1 000 000 Ft lehet
Q1116	Egyösszegű térítés rokkantság esetére (2x)	az éves biztosítási díj kétszerese, a Mentőöv csomag díja nélkül	

Kód	Kiegészítő biztosítások megnevezése	Biztosítási összeg	Maximum
Q8112	Díjtávállalás rokkantság esetére	az éves biztosítási díj a Mentőöv csomag díja nélkül	A csomag megkötésekor az éves biztosítási díj (a Mentőöv csomag díja nélkül) legfeljebb 650 000 Ft lehet
Q1115	Egyösszegű térítés rokkantság esetére (4x)	az éves biztosítási díj négyszerese, a Mentőöv csomag díja nélkül	
Q9116	Járadékszolgáltatás rokkantság esetére	az éves biztosítási díj a Mentőöv csomag díja nélkül	

Halálesetre Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (Q7111)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135–139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a vonatkozó befektetési egységekhez kötött élet-, illetve nyugdíjbiztosítás különös feltételei, a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás különös feltételei együtt az élet-, vagy nyugdíjbiztosítási 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 alapbiztosítás mellé köthető.

1. fejezet – Biztosítási esemény

Jelen feltételek szerint biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselési tartamon belül bármely okból bekövetkező halála.

2. fejezet – Biztosítottak

Biztosított lehet minden 1–75 év közötti természetes személy.

3. fejezet – Biztosítási szolgáltatás

3.1.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító kifizeti az aktuális biztosítási összeget.

3.2.

A Biztosító a kockázatviselés kezdetétől számított 6. hónap végéig terjedő időszakban kizárja a betegségből eredő kockázatokat és azok bekövetkezése esetén nem nyújt szolgáltatást.

3.3.

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.

3.4.

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.

3.5.

A Biztosító nem alkalmazza a jelen feltételek 3.2.–3.4. 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.

3.6.

Jelen kiegészítő biztosításra nem vonatkoznak a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 11.3.–11.6. pontjaiban meghatározott rendelkezések.

3.7.

A Biztosító nem köt ki várakozási időt.

4. fejezet – A biztosítási szerződés megszűnése

Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik a biztosítási esemény bekövetkezésével, a szolgáltatás kifizetését követően.

5. fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

5.1.

A Biztosítóhoz a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez az esemény bekövetkezését az azt követő 8 munkanapon belül kell bejelenteni. Az alábbi dokumentumokat szükséges lehetőség szerint mihamarabb a Biztosítóhoz 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, esetleírása;
- 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.

6. fejezet – Többlethozam-visszatérítés

Jelen kiegészítő biztosítás rendelkezik a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 13. fejezetében leírt többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal.

Baleseti Halálra Szóló Kiegészítő Biztosítás

Kiemelt térítéssel Különös Feltételei (Q0114)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135–139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a vonatkozó befektetési egységekhez kötött élet-, illetve nyugdíjbiztosítás különös feltételei, a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás különös keltételei együtt az élet-, vagy nyugdíjbiztosítási 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 alapbiztosítás mellé köthető.

1. fejezet – A biztosítási eseménnyel összefüggő fogalmak és meghatározások

1.1. Baleset

A baleset a Biztosított akaratától függetlenül fellépő egyszeri (időpontja behatárolt) hirtelen, külső erőbehatásra bekövetkező, orvosi ellátást szükségessé tevő testi sérülés.

Balesetnek minősülnek 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.**

1.2. Nem minősül balesetnek

a megemelés, a rándulás, a habituális ficam, a patológiás törés, a fertőzés, a fagyás, a napszúrás, a nap általi vagy szoláriumozás miatti égés, a hóguta, az orvosi műhiba.

1.3. Közlekedési baleset

Közlekedési balesetnek minősül jelen különös feltételek szerint a Biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha a Biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként szenved balesetet.

1.4. Nem minősül közlekedési balesetnek

- 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 – Biztosítottak

Biztosított lehet minden 1–75 év közötti természetes személy.

3. fejezet – A biztosítási esemény

3.1.

Biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesete, amelynek következtében a baleset napjától számított egy éven belül meghal.

3.2.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja: a baleset napja.

4. fejezet – A biztosítási szolgáltatás

4.1.

A Biztosító jelen különös feltételek alapján az alábbi biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezettnek:

4.1.1 Baleseti halál esetén a szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összeg;

4.1.2 Közlekedési baleseti halál esetén a szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összeg 150%-a.

4.2.

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.

4.3.

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.

4.4.

Amennyiben a haláleset a baleset napjától számított egy éven túl következik be, a Biztosító nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

5. fejezet – A biztosítási szerződés megszűnése

Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik a 4.1. pont szerinti biztosítási szolgáltatás kifizetésével.

6. fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

6.1.

A Biztosítóhoz a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez az esemény bekövetkezését az azt követő 8 munkanapon belül kell bejelenteni. Az alábbi dokumentumokat szükséges lehetőség szerint mihamarabb a Biztosítóhoz 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.

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.

7. fejezet – Többlethozam-visszatérítés

Jelen kiegészítő biztosítás nem rendelkezik többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal.

Baleseti Rokkantságra Szóló Kiegészítő Biztosítás Kiemelt Térítéssel Különös Feltételei (Q0115)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135–139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a vonatkozó befektetési egységekhez kötött élet-, illetve nyugdíjbiztosítás különös feltételei, a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás különös keltételei együtt az élet-, vagy nyugdíjbiztosítási 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 alapbiztosítás mellé köthető.

1. fejezet – A biztosítási eseménnyel összefüggő fogalmak és meghatározások

1.1. Baleset

A baleset a Biztosított akaratától függetlenül fellépő egyszeri (időpontja behatárolt) hirtelen, külső erőbehatásra bekövetkező, orvosi ellátást szükségessé tevő testi sérülés.

Balesetnek minősülnek 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.**

1.2. Nem minősül balesetnek

a megemelés, a rándulás, a habituális ficam, a patológiás törés, a fertőzés, a fagyás, a napszúrás, a nap általi vagy szoláriumozás miatti égés, a hóguta, az orvosi műhiba.

1.3. 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.

1.4. Nem minősül közlekedési balesetnek

- 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.

1.5. Égési sérülés

A Biztosított égési sérülésből fakadó egészségkárosodása. **Napozás miatti égési sérülés nem minősül biztosítási eseménynek.**

1.6. Maradandó egészségkárosodás

Az orvosilag véglegesnek tekintett, gyógykezelés és rehabilitáció ellenére visszafordíthatatlan testi károsodás, mely a szokásos életvitelt, társadalmi részvételt korlátozza.

2. fejezet – A Biztosítottak

Biztosított lehet minden 1–75 éves természetes személy.

3. fejezet – Biztosítási esemény

3.1.

Biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesete, amelynek következtében a baleset napjától számított egy éven belül maradandó egészségkárosodást szenved.

3.2.

A biztosítási esemény időpontja: a baleset napja.

4. fejezet – A Biztosító szolgáltatása

4.1. A biztosítási összeg

- 4.1.1 Balesetből eredő egészségkárosodás esetén a szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összeg.
- 4.1.2 Közlekedési balesetből, vagy égési sérülésből eredő egészségkárosodás esetén a szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összeg 150%-a.

4.2.

A Biztosító jelen különös feltételek alapján a 4.1. pont szerinti biztosítási összegnek az egészségkárosodás (rokkantság) mértékével megegyező részét (2–100%) fizeti ki.

4.3.

A Biztosító a rokkantság mértékét 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 – beszélnőképesség 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 balkezes Biztosított esetén – bal hüvelykujj elvesztése jobbkezes Biztosított esetén	20%
– egy mutatóujj elvesztése – a szaglóérzék teljes elvesztése	10%
– bármely más kézujj elvesztése – az ízező képesség teljes elvesztése – egyik nagylábujj elvesztése	5%
– bármely más lábujj elvesztése	2%

4.4.

Az egyes testrészek, érzékszervek teljes működésképtelensége esetén az előzőekben megadott fenti egészségkárosodási táblázatot kell figyelembe venni.

4.5.

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.

4.6.

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.

4.7.

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.

4.8.

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 bekövetkezése előtt már folyósított rokkantsági kifizetést, ennek összege nem követelhető vissza.

4.9.

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.

4.10.

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.

5. fejezet – A biztosítási szerződés megszűnése

Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik a 4. fejezetben meghatározott biztosítási szolgáltatás kifizetésével, ha a Biztosító szolgáltatása jelen kiegészítő biztosításra elérte a szerződésben meghatározott biztosítási összeget (4.10).

6. fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

6.1.

A Biztosítóhoz a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez az esemény bekövetkezését az azt követő 8 munkanapon belül kell bejelenteni. Az alábbi dokumentumokat szükséges lehetőség szerint mihamarabb a Biztosítóhoz 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).

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.

7. fejezet – Többlethozam-visszatérítés

Jelen kiegészítő biztosítás nem rendelkezik többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal.

Baleseti Műteti Térítésre Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (Q0121)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135–139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a vonatkozó befektetési egységekhez kötött élet-, illetve nyugdíjbiztosítás különös feltételei, a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás különös keltételei együtt az élet-, vagy nyugdíjbiztosítási 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 alapbiztosítás mellé köthető.

1. fejezet – A biztosítási eseménnyel összefüggő fogalmak és meghatározások

1.1. Baleset

A baleset a Biztosított akaratától függetlenül fellépő egyszeri (időpontja behatárolt) hirtelen, külső erőbehatásra bekövetkező, orvosi ellátást szükségessé tevő testi sérülés.

Balesetnek minősülnek a vízbefúvás, égési sérülések, leforrázás, rovarcsípés, villámcsapás vagy elektromos áram behatásai. **A betegségek nem minősülnek balesetnek, a fertőző betegségek még balesetek következményeként sem minősülnek balesetnek.**

1.2.

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.

1.3.

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.

1.4.

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.

1.5.

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.

1.6.

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, gyógyüdülő, 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

Biztosított lehet minden 1–75 éves természetes személy.

3. fejezet – Biztosítási esemény

3.1.

Biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesete, amelynek következtében a baleset napjától számított egy éven belül a Biztosítotton a számára káros baleseti következmények elkerülése érdekében orvosilag szükségesnek tartott, orvos által elvégzett műteti eljárást, sebészeti beavatkozást, vagy a betegségek pontosabb okait felderítő műteti eljárást hajtják végre, amelyeket az orvosszakmai szabályok betartásával 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

4.1.

A Biztosító a jelen különös feltételek alapján a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összegnek a műtéti beavatkozás nehézsége, súlyossága szerinti csoportbesorolástól függő százalékát fizeti ki:

– I. csoport:	0%
– II. csoport:	25%
– III. csoport:	50%
– IV. csoport:	100%
– V. csoport:	200%

4.2.

A műtétek kivonatos listáját a jelen különös feltétel 1. számú melléklete tartalmazza, a különös feltétel elválaszthatatlan részét képezi. A részletes lista megtalálható a Biztosító székhelyén. A listában nem szereplő műtétek besorolását a Biztosító orvosa a WHO-kódok alapján végzi. A műtétek besorolásánál a Biztosító azt tekinti legfontosabb szempontnak, hogy a műtét milyen fizikai és anyagi megterhelést jelent a Biztosított számára, illetve milyen hosszú ideig tart a gyógyulás, felépülés folyamata.

4.3.

A biztosítási szolgáltatás a következő korlátozásokkal kerül kifizetésre:

- 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.
- Amennyiben együlésben több beavatkozás történik, a Biztosító egy – a műtéti térítés WHO-kódok listája alapján a legsúlyosabb kategóriájú – műtetre térít.
- A kifizetendő térítés egy biztosítási éven belül nem haladhatja meg az aktuális biztosítási összeg kétszeresét.
- 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 4.6. 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.

4.4.

A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosítottnál a műtét indokoltságát és egészségi állapotát ellenőriztesse a Biztosító által megjelölt orvosokkal.

4.5.

A biztosítási esemény bekövetkezése után, a Biztosító szolgáltatását követően, a szerződés a Szerződő további díjfizetése mellett továbbra is fennmarad.

4.6.

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

Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik, amennyiben a biztosítási szolgáltatás meghaladta a 4.3. d) pontban meghatározott összeget.

6. fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok**6.1.**

A Biztosítóhoz a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez az esemény bekövetkezését az azt követő 8 munkanapon belül kell bejelenteni. Az alábbi dokumentumokat szükséges lehetőség szerint mihamarabb a Biztosítóhoz 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.

7. fejezet – Többlethozam-visszatérítés

Jelen kiegészítő biztosítás nem rendelkezik többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal.

1. számú melléklet

Érvényes: 2017. január 1-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 műtéti térítés biztosítás kivonatos műtéti listája

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
- Nyelvsérülés helyreállítása
- Érsérülés helyreállítása varrással
- Vékonybél-sérülés varrata
- Végbél sérülésének varrata
- Hímvesztő sérülésének varrata
- Izomsérülés helyreállítása
- Feszítő invarrat kézen
- Ín helyreállítása műtéttel
- Ujjizületbe protézis beültetése
- Leszakadt térdszalag műtéti rögzítése, helyreállítása
- Elülső keresztszalag varrata térdizületben műtéttel
- Mell baleseti sérülésének kimetszése
- Sérült ideg varrata

III. csoport (50%-os térítés)

- Teljes vastagságú bőrátültetés
- Arccsont- és állkapocscsonttörések műtéti 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 műtéti helyreállítása
- Hasnyálmirigy-sérülés ellátása
- Lépeltávolítás sérülés miatt
- Gerincvelő körüli vérömleny eltávolítása
- Agyburok alatti vérömleny eltávolítása
- Agyállományból vérömleny eltávolítása
- Kisagyvérömleny eltávolítása
- Lemezes műtéti 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, műtéti 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 + fémmimplantátum
- 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)
- Szívpitvar sérülésének ellátása
- Szívkamra sérülésének ellátása
- Liquorcsorgás fölön 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

Műtéti Térítésre Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (Q1111)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135–139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a vonatkozó befektetési egységekhez kötött élet-, illetve nyugdíjbiztosítás különös feltételei, a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás különös feltételei együtt az élet-, vagy nyugdíjbiztosítási 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 alapbiztosítás 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 benntartózkodást 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

Biztosított lehet minden 1–65 éves természetes személy.

3. fejezet – Biztosítási esemény

3.1.

Biztosítási esemény a Biztosítotton a kockázatviselés tartama alatt végrehajtott, a számára káros baleseti és betegségi következmények elkerülésére orvosilag szükségesnek tartott, orvos által elvégzett műtéti eljárás, sebészeti beavatkozás, vagy a betegségek pontosabb okait felderítő műtéti eljárás végrehajtása, amelyeket az orvosszakmai szabályok 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 miatti műtétek, valamint
- a természetgyógyászati gyógyellátások miatti műtétek.

3.3.

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a Biztosító kockázatviselését 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 műtéte, 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 műtéti 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 jelen különös feltételek alapján a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összegnek a műtéti beavatkozás nehézsége, súlyossága szerinti csoportbesorolástól függő százalékát fizeti ki:

- | | |
|-----------------|------|
| – I. csoport: | 0% |
| – II. csoport: | 25% |
| – III. csoport: | 50% |
| – IV. csoport: | 100% |
| – V. csoport: | 200% |

4.2.

A műtétek kivonatos listáját a jelen különös feltétel 1. számú melléklete tartalmazza, és a különös feltétel elválaszthatatlan 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 tekinti legfontosabb szempontnak, hogy a műtét milyen fizikai és anyagi megterhelést jelent a Biztosított számára, illetve milyen hosszú ideig tart a gyógyulás, felépülés folyamata.

4.3.

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 évben 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 4.6. 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.

4.4.

A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosítottnál a műtét indokoltságát és egészségi állapotát ellenőriztesse a Biztosító által megjelölt orvosokkal.

4.5.

A biztosítási esemény bekövetkezése után, a Biztosító szolgáltatását követően, a szerződés a Szerződő további díjfizetése mellett továbbra is fennmarad.

4.6.

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

Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik, amennyiben a biztosítási szolgáltatás meghaladta a 4.3. d) pontban meghatározott összeget.

6. fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok**6.1.**

A Biztosítóhoz a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez az esemény bekövetkezését az azt követő 8 munkanapon belül kell bejelenteni. Az alábbi dokumentumokat szükséges lehetőség szerint mihamarabb a Biztosítóhoz benyújtani:

- az Általános Személybiztosítási Feltételekben szabályozott iratok, továbbá
- kárbejelentő formanyomtatvány;
- kórházi zárójelentés;
- 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.

7. fejezet – Többlethozam-visszatérítés

Jelen kiegészítő biztosítás rendelkezik Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 13. fejezetében leírt többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal.

1. számú melléklet

Érvényes: 2017. január 1-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 műteti térítés biztosítás kivonatos műteti listája

I. csoport: (0%-os térítés)

- Légmell (PTX) ellátása
- Pacemaker-beültetés és -cseré
- Pacemaker és defibrillátor behelyezése
- Diagnosztikus célú exploráció, laparasztopia
- Polip eltávolítása orrüregből
- Gyomorpólip eltávolítása gasztroszkóppal
- Vastagbélből polip eltávolítása béltükrözés kapcsán
- Húgycsőszűkület eszközös tágítása
- Urétertágítás
- Méhpolip-eltávolítás
- Szájpad bemetszése (drainage, fenestratio)
- Resectio uvulae
- Szemhéjváltozások kezelése lézerrel
- Hasnyálmirigycsista bőrön keresztüli lebecsátása
- Aranyér gyűrűzése egyidejű cryokezeléssel
- Lábháti, bokatáji ganglion kimetszése

II. csoport (25%-os térítés)

- Tonsillectomia, adenotomia, residuum kimetszés
- Hallójárat osteoma, exostosis eltávolítása
- Lágyéksérvműtét, egyoldali
- Lágyéksérvműtét, kétoldali
- Köldöksérvműtét
- Here rekonstrukciós műtétek
- Mindkét here eltávolítása (kasztráció)
- Fültőmirigy jóindulatú daganatának eltávolítása
- Petefészek-eltávolítás, egyoldali
- Petefészek-eltávolítás, kétoldali
- Ultrahangos uréter közúzás
- Vakbélműtét
- Mülencse-beültetés szembe
- Szemhéjplasztika (betegség miatt)
- Intrakapszuláris szemlencse-eltávolítás
- Neurinoma-eltávolítás perifériás idegből
- Köves epehólyag laparasztopos eltávolítása
- Végbélsípoly műteti kiirtása
- Endoszkópos arcüregműtét
- Csonttumor műteti eltávolítása
- Lágyrészdaganat radikális kiirtása
- Baker cysta eltávolítás
- Húgyhólyagkő endoszkópos eltávolítása

III. csoport (50%-os térítés)

- Vesepólus eltávolítása műtéttel
- Egyoldali veseeltávolítás
- Pyelotomia (vesemedence műteti megnyitása)
- Rekeszsérv műtete
- 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)
- Nyelvkiirtás

- 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 műtete
- 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 tüdőlebeny-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
- Lobectomy 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 műrérral
- Nagy hasi ütőér kimetszése és pótlása műrérral
- Hasi főütőér aneurizma kimetszése
- Nyelőcső teljes kiirtása, pótlása gyomorral
- Teljes gyomorkiirtás
- Teljes végbél, vastagbél kiirtása hasfalra kivezetett székletnyílással
- Májlebeny (jobb vagy bal) eltávolítása
- Májátültetés
- Gerinc-stabilizáció három vagy több szegmentumban
- Agyalapimirigy-tumor kiirtása (koponyán keresztül)

Kritikus Betegségekre Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (Q1114)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135–139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a vonatkozó befektetési egységekhez kötött élet-, illetve nyugdíjbiztosítás különös feltételei, a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás különös feltételei együtt az élet-, vagy nyugdíjbiztosítási 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 alapbiztosítás mellé köthető.

1. fejezet – Biztosítási esemény

A jelen biztosítás különös feltételei szerint biztosítási esemény, ha a Biztosított a kockázatviselési tartamon belül az alábbiakban felsorolt kritikus betegség típusok bármelyikét elszenvedti:

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. gyermekkérbénulás (poliomyelitis);
15. előrehaladott bőrkérgesedés (scleroderma progressiva);
16. szisztémás lupus erythematosus (SLE).

2. fejezet – Biztosítottak

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 az aktuális biztosítási összeget.

3.2.

Több betegség egyidejű vagy egymást követő fellépése esetén a Biztosító nem teljesít többszöri kifizetést.

3.3.

Amennyiben a biztosítás tartama során nem következik be biztosítási esemény, lejáratkor a biztosítás szolgáltatás nélkül szűnik meg.

4. fejezet – Kritikus betegségek definíciója

4.1. 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.

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 dialysisre.

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, tovafutó 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 thrombocyta 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, látótércsökkenés.

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. Gyermekebénulás (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 diszoid lupusra.

A betegség diagnózisát immunológus, reumatológus, nephrológus szakorvos állapítja meg. A nephritis fennállását vesebiopsziából nyert szöveten igazolja. Ez utóbbi egyúttal a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja is.

5. fejezet – A biztosítási szerződés megszűnése

Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik a biztosítási esemény bekövetkezésével, a szolgáltatás kifizetését követően.

6. fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok**6.1.**

A Biztosítóhoz a biztosítási szolgáltatás teljesítése érdekében az esemény bekövetkezését az azt követő 8 munkanapon belül kell bejelenteni.

Az alábbi dokumentumokat szükséges a Biztosítóhoz 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-égészeti, audiológiai szakvélemény,
- **beszédképesség elvesztése esetén:** a diagnózis felállításakor és az azt követő 6 hónap elteltével elvégzett vizsgálatok leletei és fül-orr-égészeti 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 progressiva) esetén:** immunológia, belgyógyászati szakvélemény, zárójelentés, szerológiai, szövettani vizsgálatok eredményei,
- **szisztémás lupus erythematosus nephritisszel (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.

7. fejezet – Többlethozam-visszatérítés

Jelen kiegészítő biztosítás rendelkezik a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 13. fejezetében leírt többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal.

Végleges Rokkantság Esetére Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (Q1103)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135–139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a vonatkozó befektetési egységekhez kötött élet-, illetve nyugdíjbiztosítás különös feltételei, a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás különös feltételei együtt az élet-, vagy nyugdíjbiztosítási 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 alapbiztosítás 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 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.

1.2.

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.

Biztosított lehet minden 18–65 éves természetes személy.

2.2.

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 rendelkezik 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 kockázatviselési tartamon belül, 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 bekövetkezésének 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 szakértői intézet **D minősítési kategóriájú** szakhatósági állásfoglalásának bemutatása után az aktuális 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 a szakértői intézet **E minősítési kategóriájú** szakhatósági állásfoglalásának 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

Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik a biztosítási esemény bekövetkezésével, a szolgáltatás kifizetését követően.

6. fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

6.1.

A Biztosítóhoz a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez az esemény bekövetkezését az azt követő 8 munkanapon belül kell bejelenteni. Az alábbi dokumentumokat szükséges lehetőség szerint mihamarabb a Biztosítóhoz 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.

7. fejezet – Többlethozam-visszatérítés

Jelen kiegészítő biztosítás rendelkezik a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 13. fejezetében leírt többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal.

Díjtvállalás Rokkantság Esetére Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (Q8112)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135–139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a vonatkozó befektetési egységekhez kötött élet-, illetve nyugdíjbiztosítás különös feltételei, a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás különös feltételei együtt az élet-, illetve nyugdíjbiztosítási 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 alapbiztosítás mellé, a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú mellékletében meghatározott csomagokban 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

- **B2 kategória:** ebbe a minősítési kategóriába tartozik az, akinek az egészségi állapota 51–60% között van és rehabilitációja nem javasolt,
- **C2 kategória:** ebbe a minősítési kategóriába tartozik az, akinek az egészségi állapota 31–50% között van és rehabilitációja nem javasolt,
- **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 élet-, vagy nyugdíjbiztosítás különös feltételei szerinti 18–65 év közötti Szerződő Főbiztosított.

2.2.
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

3.1.
Jelen kiegészítő biztosítás az alábbi biztosítási események esetén szolgáltat.

3.1.1 Biztosítási eseménynek minősül a Biztosító kockázatviselési tartama alatt a Biztosítottat ért betegség vagy baleset miatt bekövetkező egészségkárosodás (rokkantság), melyet a Biztosító a szakértői intézet szakhatósági állásfoglalása alapján B2, C2, D, E minősítési kategóriájú rokkantságnak fogad el. A biztosítási esemény időpontja az a dátum, amelytől a szakértői intézet az egészségkárosodást megállapította.

3.1.2 Biztosítási esemény továbbá az Biztosító kockázatviselési tartama alatt bekövetkező olyan baleset, amely bekövetkezésének napjától számított egy éven belül a Biztosított egészsége legalább 50%-os mértékben (rokkantsági fok) maradandóan károsodott. A biztosítási esemény időpontja a baleset bekövetkezésének a napja.

3.2.

A Biztosító a 3.1.2 pont szerinti egészségkárosodás 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 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%

3.3.

A fenti egészségkárosodási tábla tájékoztató jellegű, és csak iránymutatásként szolgál, nem tartalmazza az összes lehetséges egészségkárosodást és rokkantsági százalékot.

3.4.

A balesetből eredő végleges egészségkárosodások százalékos mértéke összeadódik és amennyiben ezek együttes összege eléri az 50%-ot, ez a mérték jogosít a biztosítási szolgáltatásra.

3.5.

A Biztosító csak az 50%-os vagy azt meghaladó mértékű balesetből eredő, maradandó végleges egészségkárosodás esetén szolgáltat.

3.6.

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.

3.7.

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.

3.8.

A baleset utáni első évben a rokkantsági szolgáltatásra csak akkor kerülhet sor, ha a balesetből eredő, maradandó egészségkárosodás orvosi szempontból végleges.

4. fejezet – A biztosítási összeg

4.1.

Jelen kiegészítő biztosítás biztosítási összege az alapbiztosítás és a hozzá kötött kiegészítő biztosítások együttes éves díjának egy hónapra jutó része, az alapbiztosításhoz kötött Mentőöv csomagok díja nélkül.

4.2.

Jelen kiegészítő biztosítás kezdeti biztosítási összege nem haladhatja meg a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú mellékletében meghatározott összeget.

4.3.

Amennyiben a Szerződő a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú mellékletében meghatározott összegnél magasabb biztosítási összegre vonatkozóan kívánja a kiegészítő biztosítást megkötni, a Biztosító a kockázat elbíráláshoz további dokumentumok benyújtását kérheti.

5. fejezet – Biztosítási szolgáltatás

A Biztosító a jelen különös feltételek alapján a következő szolgáltatásokat nyújtja:

5.1.

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezését követően **a következő biztosítási hónap fordulójától átvállalja a biztosítási díj fizetését**, olyan formában, hogy az aktuális éves biztosítási díjat (a Mentőöv csomagok díja nélkül) részletekben megfizeti a Szerződő helyett a Biztosítónak. Amennyiben a Biztosítási szolgáltatás kezdete olyan időszakra esik amely már díjjal fedezett, az ezen időszak alatt esedékes hónapfordulókon a biztosítási szolgáltatás összegét a Biztosító a Szerződő számláján eseti befektetési egységek formájában, az eseti egységekre vonatkozó aktuális allokáció arányában írja jóvá.

5.2.

Amennyiben a biztosítási eseményt megelőző egy évben az alapbiztosítás díja az értékkövetést meghaladó mértékben emelkedett, úgy az emelés előtti díj értékkövetéssel növelt értékét kell aktuális díjként kezelni.

5.3.

A biztosítási szolgáltatás feltétele, hogy a rokkantság előidéző oka (baleset vagy betegség) a Biztosító kockázatviselésnek tartama alatt következzen be és a nyugdíjbiztosítási igazgatóságnál, vagy a szakértői intézetnél a rokkantsággal összefüggő igénybejelentést a Biztosított a kockázatviselés tartama alatt kezdeményezze.

5.4.

A Biztosító a biztosítási szolgáltatást legfeljebb az alapbiztosítás megszűnéséig, 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 3.1.1 pontban meghatározott rokkantsági kategóriák egyikének sem. A Biztosító ebben az esetben az egészségi állapot megváltozásának a szakértői intézet által meghatározott dátumát követő hónapfordulóig nyújt szolgáltatást.

5.5.

Bármelyik biztosítási esemény (3. fejezet) bekövetkezése esetén jelen kiegészítő biztosítás kockázatviselése megszűnik, de jelen kiegészítő biztosítás szolgáltatása az 5.4. pont figyelembe vételével folytatódik, **amennyiben a Biztosított életben van.**

5.6.

A Biztosító a biztosítási szolgáltatás tartama alatt az alapbiztosítás díját az alapbiztosítás 5. biztosítási évfordulójáig a biztosítási esemény bekövetkezését megelőző évfordulón alkalmazott értékkövetés mértékével megegyező mértékben indexálja. Az 5. biztosítási évfordulót követően az alapbiztosítás díjára vonatkozóan nem alkalmaz értékkövetést a Biztosító. A kiegészítő biztosítások vonatkozásában a szolgáltatás tartama alatt a Biztosító nem alkalmaz értékkövetést.

5.7.

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.

5.8.

Amennyiben jelen kiegészítő biztosításra vonatkozóan egyidejűleg több biztosítási esemény következik be, a Biztosító mindig az elsőként bekövetkezett biztosítási esemény alapján teljesíti a szolgáltatást.

5.9.

Amennyiben a biztosítási esemény bekövetkezését követően, de a szolgáltatási igény bejelentése előtt a Biztosított elhalálozik, a Biztosító viszatéríti a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja és a haláleset időpontja között levont díjakat.

5.10.

Egy adott biztosítási szerződés vonatkozásában a Biztosító egyidejűleg csak egy kiegészítő biztosításra nyújt díjtvállalási szolgáltatást.

5.11.

Egy adott biztosítási szerződésen egyszerre bekövetkező, díjtvállalásra szóló biztosítási események esetén a Biztosító automatikusan a hosszabb hátralévő tartamra szóló kiegészítő biztosítás alapján nyújt szolgáltatást.

6. fejezet – A biztosítási szerződés tartama, megszűnése

Jelen kiegészítő biztosítás **határozatlan tartamú**, de megszűnik a biztosítási esemény bekövetkezésével, vagy legkésőbb a Biztosított 65. élet-évének betöltését követő biztosítási évfordulóval.

7. fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

7.1.

A Szerződő a biztosítási esemény bekövetkezését az azt követő 8 munkanapon belül köteles bejelenteni a Biztosítónak. A Szerződő köteles az alábbi dokumentumokat lehetősége szerint mihamarabb a Biztosítóhoz 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.

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 – Többlethozam-visszatérítés

Jelen kiegészítő biztosítás nem rendelkezik többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal.

Egyösszegű térítés rokkantság esetére (4x) Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (Q1115)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135–139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a vonatkozó befektetési egységekhez kötött élet-, illetve nyugdíjbiztosítás különös feltételei, a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás különös feltételei együtt az élet-, illetve nyugdíjbiztosítási 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 alapbiztosítás mellé, a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú mellékletében meghatározott csomagokban 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

- **B2 kategória:** ebbe a minősítési kategóriába tartozik az, akinek az egészségi állapota 51–60% között van és rehabilitációja nem javasolt,
- **C2 kategória:** ebbe a minősítési kategóriába tartozik az, akinek az egészségi állapota 31–50% között van és rehabilitációja nem javasolt,
- **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 élet-, vagy nyugdíjbiztosítás különös feltételei szerinti 18–65 év közötti Szerződő Főbiztosított.

2.2.
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

3.1.
Jelen kiegészítő biztosítás az alábbi biztosítási események esetén szolgáltat.

3.1.1 Biztosítási eseménynek minősül a Biztosító kockázatviselési tartama alatt a Biztosítottat ért betegség vagy baleset miatt bekövetkező egészségkárosodás (rokkantság), melyet a Biztosító a szakértői intézet szakhatósági állásfoglalása alapján B2, C2, D, E minősítési kategóriájú rokkantságnak fogad el. A biztosítási esemény időpontja az a dátum, amelytől a szakértői intézet az egészségkárosodást megállapította.

3.1.2 Biztosítási esemény továbbá az Biztosító kockázatviselési tartama alatt bekövetkező olyan baleset, amely bekövetkezésének napjától számított egy éven belül a Biztosított egészsége legalább 50%-os mértékben (rokkantsági fok) maradandóan károsodott. A biztosítási esemény időpontja a baleset bekövetkezésének a napja.

3.2.

A Biztosító a 3.1.2 pont szerinti egészségkárosodás 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 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%

3.3.

A fenti egészségkárosodási tábla tájékoztató jellegű, és csak iránymutatásként szolgál, nem tartalmazza az összes lehetséges egészségkárosodást és rokkantsági százalékot.

3.4.

A balesetből eredő végleges egészségkárosodások százalékos mértéke összeadódik és amennyiben ezek együttes összege eléri az 50%-ot, ez a mérték jogosít a biztosítási szolgáltatásra.

3.5.

A Biztosító csak az 50%-os vagy azt meghaladó mértékű balesetből eredő, maradandó végleges egészségkárosodás esetén szolgáltat.

3.6.

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.

3.7.

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.

3.8.

A baleset utáni első évben a rokkantsági szolgáltatásra csak akkor kerülhet sor, ha a balesetből eredő, maradandó egészségkárosodás orvosi szempontból végleges.

4. fejezet – A biztosítási összeg

4.1.

Jelen kiegészítő biztosítás biztosítási összege az éves biztosítási díj négyszerese a Mentőöv csomag díja nélkül.

4.2.

Amennyiben a Szerződő a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú mellékletében meghatározott összegnél magasabb biztosítási összegre vonatkozóan kívánja a kiegészítő biztosítást megkötni, a Biztosító a kockázat-elbíráláshoz további dokumentumok benyújtását kérheti.

5. fejezet – Biztosítási szolgáltatás

A Biztosító a jelen különös feltételek alapján a következő szolgáltatásokat nyújtja:

5.1.

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezését követően, az aktuális éves biztosítási díj (ide nem értve az alapbiztosításhoz kötött Mentőöv csomagok díját) négyszeresével megegyező egösszegű szolgáltatást nyújt.

5.2.

Amennyiben a biztosítási eseményt megelőző egy évben az alapbiztosítás díja az érték követést meghaladó mértékben emelkedett, úgy az emelés előtti díj érték követéssel növelt értékét kell aktuális díjként kezelni.

5.3.

A biztosítási szolgáltatás feltétele, hogy a rokkantság előidéző oka (baleset vagy betegség) a szerződés hatálya alatt következett be és a Biztosított a nyugdíjbiztosítási igazgatóságnál, vagy a szakértői intézetnél a rokkantsággal összefüggő igénybejelentését a kockázatviselés tartama alatt kezdeményezte.

5.4.

Bármelyik biztosítási esemény (3. fejezet) bekövetkezése esetén jelen kiegészítő biztosítás megszűnik.

5.5.

Amennyiben egyidejűleg több biztosítási esemény következik be, a Biztosító mindig az elsőként bekövetkezett biztosítási esemény alapján teljesíti a szolgáltatást.

6. fejezet – A biztosítási szerződés tartama, megszűnése

Jelen kiegészítő biztosítás **határozatlan tartamú**, de megszűnik a biztosítási esemény bekövetkezésével, a szolgáltatás kifizetését követően, vagy legkésőbb a Biztosított 65. életévének betöltését követő biztosítási évfordulóval.

7. fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

7.1.

A Szerződő az esemény bekövetkezését az azt követő 8 munkanapon belül köteles bejelenteni a Biztosítónak. A Szerződő köteles az alábbi dokumentumokat lehetőségére szerint mihamarabb a Biztosítóhoz 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.

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 – Többlethozam-visszatérítés

Jelen kiegészítő biztosítás nem rendelkezik többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal.

Egyösszegű térítés rokkantság esetére (2x) Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (Q1116)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135–139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a vonatkozó befektetési egységekhez kötött élet-, illetve nyugdíjbiztosítás különös feltételei, a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás különös feltételei együtt az élet-, illetve nyugdíjbiztosítási 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 alapbiztosítás mellé, a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú mellékletében meghatározott csomagokban 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

- **B2 kategória:** ebbe a minősítési kategóriába tartozik az, akinek az egészségi állapota 51–60% között van és rehabilitációja nem javasolt,
- **C2 kategória:** ebbe a minősítési kategóriába tartozik az, akinek az egészségi állapota 31–50% között van és rehabilitációja nem javasolt,
- **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 élet-, vagy nyugdíjbiztosítás különös feltételei szerinti 18–65 év közötti Szerződő Főbiztosított.

2.2.
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

3.1.
Jelen kiegészítő biztosítás az alábbi biztosítási események esetén szolgáltat.

3.1.1 Biztosítási eseménynek minősül a Biztosító kockázatviselési tartama alatt a Biztosítottat ért betegség vagy baleset miatt bekövetkező egészségkárosodás (rokkantság), melyet a Biztosító a szakértői intézet szakhatósági állásfoglalása alapján B2, C2, D, E minősítési kategóriájú rokkantságnak fogad el. A biztosítási esemény időpontja az a dátum, amelytől a szakértői intézet az egészségkárosodást megállapította.

3.1.2 Biztosítási esemény továbbá az Biztosító kockázatviselési tartama alatt bekövetkező olyan baleset, amely bekövetkezésének napjától számított egy éven belül a Biztosított egészsége legalább 50%-os mértékben (rokkantsági fok) maradandóan károsodott. A biztosítási esemény időpontja a baleset bekövetkezésének a napja.

3.2.

A Biztosító a 3.1.2 pont szerinti egészségkárosodás 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 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%

3.3.

A fenti egészségkárosodási tábla tájékoztató jellegű, és csak iránymutatásként szolgál, nem tartalmazza az összes lehetséges egészségkárosodást és rokkantsági százalékot.

3.4.

A balesetből eredő végleges egészségkárosodások százalékos mértéke összeadódik és amennyiben ezek együttes összege eléri az 50%-ot, ez a mérték jogosít a biztosítási szolgáltatásra.

3.5.

A Biztosító csak az 50%-os vagy azt meghaladó mértékű balesetből eredő, maradandó végleges egészségkárosodás esetén szolgáltat.

3.6.

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.

3.7.

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.

3.8.

A baleset utáni első évben a rokkantsági szolgáltatásra csak akkor kerülhet sor, ha a balesetből eredő, maradandó egészségkárosodás orvosi szempontból végleges.

4. fejezet – A biztosítási összeg

4.1.

Jelen kiegészítő biztosítás biztosítási összege az éves biztosítási díj kétszerese a Mentőöv csomag díja nélkül.

4.2.

Amennyiben a Szerződő a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú mellékletében meghatározott összegnél magasabb biztosítási összegre vonatkozóan kívánja a kiegészítő biztosítást megkötni, a Biztosító a kockázat-elbíráláshoz további dokumentumok benyújtását kérheti.

5. fejezet – Biztosítási szolgáltatás

A Biztosító a jelen különös feltételek alapján a következő szolgáltatásokat nyújtja:

5.1.

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezését követően, az aktuális éves biztosítási díj (ide nem értve az alapbiztosításhoz kötött Mentőöv csomagok díját) kétszeresével megegyező egösszegű szolgáltatást nyújt.

5.2.

Amennyiben a biztosítási eseményt megelőző egy évben az alapbiztosítás díja az érték követést meghaladó mértékben emelkedett, úgy az emelés előtti díj érték követéssel növelt értékét kell aktuális díjként kezelni.

5.3.

A biztosítási szolgáltatás feltétele, hogy a rokkantság előidéző oka (baleset vagy betegség) a szerződés hatálya alatt következett be és a Biztosított a nyugdíjbiztosítási igazgatóságnál, vagy a szakértői intézetnél a rokkantsággal összefüggő igénybejelentését a kockázatviselés tartama alatt kezdeményezte.

5.4.

Bármelyik biztosítási esemény (3. fejezet) bekövetkezése esetén jelen kiegészítő biztosítás megszűnik.

5.5.

Amennyiben egyidejűleg több biztosítási esemény következik be, a Biztosító mindig az elsőként bekövetkezett biztosítási esemény alapján teljesíti a szolgáltatást.

6. fejezet – A biztosítási szerződés tartama, megszűnése

Jelen kiegészítő biztosítás **határozatlan tartamú**, de megszűnik a biztosítási esemény bekövetkezésével, a szolgáltatás kifizetését követően, vagy legkésőbb a Biztosított 65. életévének betöltését követő biztosítási évfordulóval.

7. fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

7.1.

A Szerződő az esemény bekövetkezését az azt követő 8 munkanapon belül köteles bejelenteni a Biztosítónak. A Szerződő köteles az alábbi dokumentumokat lehetősége szerint mihamarabb a Biztosítóhoz 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.

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 – Többlethozam-visszatérítés

Jelen kiegészítő biztosítás nem rendelkezik többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal.

Járadékszolgáltatás Rokkantság Esetére Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (Q9116)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135–139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a vonatkozó befektetési egységekhez kötött élet-, illetve nyugdíjbiztosítás különös feltételei, a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás különös feltételei együtt az élet-, illetve nyugdíjbiztosítási 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 alapbiztosítás mellé, a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú mellékletében meghatározott csomagokban 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

- **B2 kategória:** ebbe a minősítési kategóriába tartozik az, akinek az egészségi állapota 51–60% között van és rehabilitációja nem javasolt,
- **C2 kategória:** ebbe a minősítési kategóriába tartozik az, akinek az egészségi állapota 31–50% között van és rehabilitációja nem javasolt,
- **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 élet-, vagy nyugdíjbiztosítás különös feltételei szerinti 18–65 év közötti Szerződő Főbiztosított.

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.

Jelen kiegészítő biztosítás az alábbi biztosítási események esetén szolgáltat.

3.1.1 Biztosítási eseménynek minősül a Biztosító kockázatviselési tartama alatt a Biztosítottat ért betegség vagy baleset miatt bekövetkező egészségkárosodás (rokkantság), melyet a Biztosító a szakértői intézet szakhatósági állásfoglalása alapján B2, C2, D, E minősítési kategóriájú rokkantságnak fogad el. A biztosítási esemény időpontja az a dátum, amelytől a szakértői intézet az egészségkárosodást megállapította.

3.1.2 Biztosítási esemény továbbá az Biztosító kockázatviselési tartama alatt bekövetkező olyan baleset, amely bekövetkezésének napjától számított egy éven belül a Biztosított egészsége legalább 50%-os mértékben (rokkantsági fok) maradandóan károsodott. A biztosítási esemény időpontja a baleset bekövetkezésének a napja.

3.2.

A Biztosító a 3.1.2 pont szerinti egészségkárosodás 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 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%

3.3.

A fenti egészségkárosodási tábla tájékoztató jellegű, és csak iránymutatásként szolgál, nem tartalmazza az összes lehetséges egészségkárosodást és rokkantsági százalékot.

3.4.

A balesetből eredő végleges egészségkárosodások százalékos mértéke összeadódik és amennyiben ezek együttes összege eléri az 50%-ot, ez a mérték jogosít a biztosítási szolgáltatásra.

3.5.

A Biztosító csak az 50%-os vagy azt meghaladó mértékű balesetből eredő, maradandó végleges egészségkárosodás esetén szolgáltat.

3.6.

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.

3.7.

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.

3.8.

A baleset utáni első évben a rokkantsági szolgáltatásra csak akkor kerülhet sor, ha a balesetből eredő, maradandó egészségkárosodás orvosi szempontból végleges.

4. fejezet – A biztosítási összeg

4.1.

Jelen kiegészítő biztosítás biztosítási összege az alapbiztosítás és a hozzá kötött kiegészítő biztosítások együttes éves díjának egy hónapra jutó része, az alapbiztosításhoz kötött Mentőöv csomagok díja nélkül.

4.2.

Jelen kiegészítő biztosítás kezdeti biztosítási összege nem haladhatja meg a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú mellékletében meghatározott összeget.

4.3.

Amennyiben a Szerződő a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú mellékletében meghatározott összegnél magasabb biztosítási összegre vonatkozóan kívánja a kiegészítő biztosítást megkötni, a Biztosító a kockázat elbíráláshoz további dokumentumok benyújtását kérheti.

5. fejezet – Biztosítási szolgáltatás

A Biztosító a jelen különös feltételek alapján a következő szolgáltatásokat nyújtja:

5.1.

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezését követően **a következő biztosítási hónap fordulójától havi járadékszolgáltatást nyújt**, amelynek éves összege megegyezik az aktuális éves biztosítási díjnak a Mentőöv csomagok díjával csökkentett összegével.

5.2.

Amennyiben a biztosítási eseményt megelőző egy évben az alapbiztosítás díja az értékkovetést meghaladó mértékben emelkedett, úgy az emelés előtti díj értékkovetéssel növelt értékét kell aktuális díjként kezelni.

5.3.

A biztosítási szolgáltatás feltétele, hogy a rokkantság előidéző oka (baleset vagy betegség) a szerződés hatálya alatt következett be és a nyugdíjbiztosítási igazgatásnál a rokkantsággal összefüggő igénybejelentését a kockázatviselés tartama alatt kezdeményezte.

5.4.

A Biztosító a biztosítási szolgáltatást legfeljebb az alapbiztosítás megszűnéséig, de maximum **20 évig**, illetve legkésőbb annak a biztosítási évnek a végéig nyújtja, 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 3.1.1. pontban meghatározott rokkantsági kategóriák egyikének sem.

A Biztosító ebben az esetben az egészségi állapot megváltozásának a szakértői intézet által meghatározott dátumát követő hónapfordulóig nyújt szolgáltatást.

5.5.

Bármelyik biztosítási esemény (3. fejezet) bekövetkezése esetén jelen kiegészítő biztosítás kockázatviselése megszűnik, de a kiegészítő biztosítás szolgáltatása az 5.4. pont figyelembevételével folytatódik, **amennyiben a Biztosított életben van.**

5.6.

A Biztosító a biztosítási szolgáltatás tartama alatt az alapbiztosítás díját az alapbiztosítás 5. biztosítási évfordulójáig a biztosítási esemény bekövetkezését megelőző évfordulón alkalmazott értékkovetés mértékével megegyező mértékben indexálja. Az 5. biztosítási évfordulót követően az alapbiztosítás díjára vonatkozóan nem alkalmaz értékkovetést a Biztosító. A kiegészítő biztosítások vonatkozásában a szolgáltatás tartama alatt a Biztosító nem alkalmaz értékkovetést.

5.7.

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.

5.8.

Amennyiben egyidejűleg több biztosítási esemény következik be, a Biztosító mindig az elsőként bekövetkezett biztosítási esemény alapján teljesíti a szolgáltatást.

5.9.

Amennyiben a biztosítási esemény bekövetkezését követően, de a szolgáltatási igény bejelentése előtt a Biztosított elhalálozik, a Biztosító viszatéríti a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja és a haláleset időpontja között levont díjakat.

6. fejezet – A biztosítási szerződés tartama, megszűnése

Jelen kiegészítő biztosítás **határozatlan tartamú**, de megszűnik a biztosítási esemény bekövetkezésével, vagy legkésőbb a Biztosított 65. életévének betöltését követő biztosítási évfordulóval.

7. fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

7.1.

A Szerződő a biztosítási esemény bekövetkezését az azt követő 8 munkanapon belül köteles bejelenteni a Biztosítónak. A Szerződő köteles az alábbi dokumentumokat lehetősége szerint mihamarabb a Biztosítóhoz 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.

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 – Többlethozam-visszatérítés

Jelen kiegészítő biztosítás nem rendelkezik többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal.

Haláleseti Díjátvállalás

Kiegészítő Biztosítás Feltételei (Q8111)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135–139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a vonatkozó befektetési egységekhez kötött élet-, illetve nyugdíjbiztosítás különös feltételei, a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás különös feltételei együtt az élet-, vagy nyugdíjbiztosítási 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 alapbiztosítás mellé köthető.

1. fejezet – A biztosítási eseménnyel összefüggő fogalmak és meghatározások

1.1. Kockázatviselési időszak

Jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában a Szerződő által meghatározott időtartam, amely alatt a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító díjátvállalási szolgáltatást nyújt, amennyiben a szerződés korábban nem szűnik meg.

1.2. Szolgáltatási tartam

A biztosítási esemény bekövetkezését követő hónapfordulótól a kockázatviselési időszakból annak lejáratáig hátralévő időszak. A szolgáltatási tartam végén az aktuális Szerződő jogosult a díjfizetés folytatására és ezáltal a szerződés fenntartására, ellenkező esetben a szerződés a Szerződő számláján nyilvántartott befektetési egységek aktuális értékének kifizetésével megszűnik.

1.3. Haláleseti kedvezményezett

Amennyiben a Biztosított megegyezik a Szerződéssel, a haláleseti kedvezményezett (továbbiakban: Kedvezményezett) a Szerződő által megjelölt személy, ellenkező esetben a Szerződő.

Nem természetes személy Szerződő esetén a Kedvezményezett a Szerződő által megjelölt természetes személy, vagy nem természetes személy. **Jelen kiegészítő biztosításra vonatkozóan csak egy Kedvezményezett jelölhető meg.** Amennyiben a szolgáltatási tartamot megelőzően a Kedvezményezett jelölés hatályát veszti, a Szerződő jogosult új Kedvezményezettet megjelölni.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén, amennyiben a Biztosított megegyezik a Szerződéssel, **a Kedvezményezett** – ellentétben a befektetési egységekhez kötött élet-, illetve nyugdíjbiztosítás különös feltételeiben foglaltakkal – **jogosult belépni a Szerződő helyére**, ezzel vállalva a vonatkozó jogokat és kötelezettségeket.

Nem természetes személy Szerződő esetén a biztosítási esemény bekövetkezésekor, amennyiben a Kedvezményezett nem egyezik meg a Szerződéssel, a Szerződő szerződői státusza automatikusan megszűnik, és a Kedvezményezett jogosult belépni a Szerződő helyére, ezzel vállalva a vonatkozó jogokat és kötelezettségeket.

Amennyiben a Kedvezményezett nem kíván belépni a Szerződő helyére, akkor a szerződés a befektetési egységekhez kötött élet-, illetve nyugdíjbiztosítás különös feltételeiben szereplő, a Szerződő halálára vonatkozó szabályok szerint, a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó szolgáltatás nélkül megszűnik.

1.4. Baleset fogalma

A baleset a Biztosított akaratától függetlenül fellépő egyszeri (időpontja behatárolt) hirtelen, külső erőbehatásra bekövetkező, orvosi ellátást szükségessé tevő testi sérülés.

Balesetnek minősülnek 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.**

1.5. Nem minősül balesetnek

a megemelés, a rándulás, a habituális ficam, a patológiás törés, a fertőzés, a fagyás, a napszúrás, a nap általi vagy szoláriumozás miatti égés, a hőguta, az orvosi műhiba.

1.6. 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.

1.7. Nem minősül közlekedési balesetnek

- 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 Biztosított

Biztosított lehet a 18–60 év közötti Szerződő Főbiztosított, nem természetes személy Szerződő esetén a Főbiztosított.

3. fejezet – Biztosítási esemény

3.1.

Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint – a Biztosítottnak jelen kiegészítő biztosításban meghatározott kockázatviselési tartam alatt bekövetkező halála.

3.2.

A Biztosítottat ért baleset esetén biztosítási esemény a Biztosítottnak a baleset napjától számított egy éven belül a balesetre visszavezethetően bekövetkező halála.

3.3.

A Biztosítottat ért közlekedési baleset esetén biztosítási esemény a Biztosítottnak a baleset napjától számított egy éven belül a közlekedési balesetre visszavezethetően bekövetkező halála.

3.4.

A biztosítási esemény időpontja a halál bekövetkezésének az időpontja.

4. fejezet – A biztosítási díj és a biztosítási összeg

4.1.

Jelen kiegészítő biztosítás díja a Biztosított életkorának, a választott kockázatviselési időszakból hátralévő évek számának, illetve a biztosítási összegnek a függvényében kerül meghatározásra.

4.2.

A jelen kiegészítő biztosításra a biztosítási esemény bekövetkezését követően elvont díjakat a Biztosító a díjtvállalási szolgáltatás kezdetével egyidejűleg a Szerződő számláján jóváírja.

4.3.

Jelen kiegészítő biztosítás biztosítási összege az alapbiztosítás és a hozzá kötött kiegészítő biztosítások együttes éves díjának egy hónapra jutó része, az alapbiztosításhoz kötött Mentőöv csomagok, és a Biztosítottra kötött kiegészítő biztosítások díja nélkül.

5. fejezet – Biztosítási szolgáltatás

A Biztosító a jelen különös feltételek alapján a következő szolgáltatásokat nyújtja:

5.1.

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezését követő biztosítási hónap fordulójától átvállalja a biztosítási díj fizetését, olyan formában, hogy az aktuális éves biztosítási díjat (a Mentőöv csomagok, és a Biztosítottra kötött kiegészítő biztosítások díja nélkül) havi részletekben megfizeti a Szerződő helyett a Biztosítónak. Amennyiben a Biztosítási szolgáltatás kezdete olyan időszakra esik amely már díjjal fedezett, az ezen időszak alatt esedékes hónapfordulón a Biztosítási szolgáltatás összegét a Biztosító a Szerződő számláján eseti befektetési egységek formájában, az eseti egységekre vonatkozó aktuális allokáció arányában írja jóvá.

5.2.

Amennyiben a Biztosított halála balesetből eredően a baleset napjától számított egy éven belül a balesettel okozati összefüggésben következik be, a Biztosító az aktuális biztosítási díj (a Mentőöv csomagok, és a Biztosítottra kötött kiegészítő biztosítások díja nélkül) 150%-át vállalja át.

5.3.

Amennyiben a Biztosított halála közlekedési balesetből eredően, a közlekedési baleset napjától számított egy éven belül a közlekedési balesettel okozati összefüggésben következik be, a Biztosító az aktuális biztosítási díj (a Mentőöv csomagok, és a Biztosítottra kötött kiegészítő biztosítások díja nélkül) a 200%-át vállalja át.

5.4.

Amennyiben a biztosítási eseményt megelőző egy évben az alapt biztosítás díja az érték követést meghaladó mértékben emelkedett, úgy az emelés előtti díj érték követéssel növelt értékét kell aktuális díjként kezelni.

5.5.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén jelen kiegészítő biztosítás kockázatviselése megszűnik, de jelen kiegészítő biztosítás szolgáltatása a választott kockázatviselési időszak végéig, de legfeljebb a szerződés megszűnéséig, vagy a Kedvezményezett haláláig tart.

5.6.

A díjtvállalás tartama alatt a Biztosító érvényesíti a feltételekben szereplő, biztosítási díjat terhelő elvonásokat, illetve a kiegészítő biztosítások díjának elvonását.

5.7.

A Biztosító a biztosítási szolgáltatás tartama alatt az alapt biztosítás díját az alapt biztosítás 5. biztosítási évfordulójáig a biztosítási esemény bekövetkezését megelőző évfordulón alkalmazott érték követés mértékével megegyező mértékben indexálja. Az 5. biztosítási évfordulót követően az alapt biztosítás díjára vonatkozóan nem alkalmaz érték követést a Biztosító. A kiegészítő biztosítások vonatkozásában a szolgáltatás tartama alatt a Biztosító nem alkalmaz érték követést.

5.8.

A szolgáltatási tartam alatt a biztosítási díj mértékét, a díjfizetési gyakoriságot az aktuális Szerződő nem módosíthatja, de jogosult eseti díjakat befizetni.

5.9.

Jelen kiegészítő biztosítás díjtvállalási szolgáltatása **nem örökölhető.**

5.10.

Egy adott biztosítási szerződés vonatkozásában a Biztosító egyidejűleg csak egy kiegészítő biztosításra nyújt díjtvállalási szolgáltatást.

5.11.

Egy adott biztosítási szerződésen egyszerre bekövetkező, díjtvállalásra szóló biztosítási események esetén a Biztosító automatikusan a hosszabb hátralévő tartamra szóló kiegészítő biztosítás alapján nyújt szolgáltatást.

5.12.

A Biztosító a kockázatviselés kezdetétől számított 6. hónap végéig terjedő időszakban kizárja a betegségből eredő kockázatokat és azok bekövetkezése esetén nem nyújt szolgáltatást.

5.13.

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.

5.14.

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.

5.15.

A Biztosító nem alkalmazza a jelen feltételek 5.12.–5.14 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.

5.16.

Jelen kiegészítő biztosításra nem vonatkoznak a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 11.3.–11.6. pontjaiban meghatározott rendelkezések.

5.17.

A Biztosító nem köt ki várakozási időt.

6. fejezet – A biztosítási szerződés megszűnése

Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik a biztosítási esemény bekövetkezésével valamint a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételeiben foglalt esetekben.

7. fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

7.1.

A Biztosítóhoz a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez az esemény bekövetkezését az azt követő 8 munkanapon belül kell bejelenteni. Az alábbi dokumentumokat szükséges lehetőség szerint mihamarabb a Biztosítóhoz 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, esetleírása;
- rendőrségi jegyzőkönyv vagy határozat másolata;
- véralkoholvizsgálat eredménye.

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 – Többlethozam-visszatérítés

Jelen kiegészítő biztosítás nem rendelkezik többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal.

Eszközalapokhoz Kapcsolódó Egyedi Funkció Feltételei

Érvényes: 2017. május 18-tól

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 (Q6108), az Eszközalapokhoz 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 eszközalapokhoz kapcsolódó egyedi funkció kizárólag az alapbiztosítás mellé köthetőek.

1. fejezet – Bevezetés

1.1.

A biztosítási szerződés értékét az eszközalapokban 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 eszközalap(ok) meghatározott befektetési egységei (továbbiakban: aktivált befektetési egységek) árfolyamának alakulását.

1.3.

Az Árfolyamfigyelés keretében Értéktörző és Növekedésjelző időszakot különböztetünk meg. Egy eszközalap egy adott befektetési egység típusára (felhalmozási befektetési egység, eseti befektetési egység, továbbiakban: adott típus) vonatkozóan egy időpontban csak Értéktörzés vagy Növekedésjelzés lehet érvényben. A különböző befektetési egység típusok egy időben akár eltérő időszakban is lehetnek.

1.4.

Az Árfolyamfigyelés a Q6108 életbiztosításhoz választható, és a Szerződő által megjelölt eszközalapokhoz és befektetési egységekhez kapcsolódik.

1.5.

A Biztosító lehetőséget ad eszközalapokként 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 Értéktörző és Növekedésjelző időszakok követik egymást. Az árfolyamfigyelés során legalább egy eszközalap aktivált befektetési egységeire vonatkozóan Értéktörző vagy Növekedésjelző időszakban van.

2.2.

Egy eszközalap Értéktörző 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 Értéktörző időszak alatt a vizsgált eszközalap legmagasabb árfolyama. Első értéke az adott Értéktörző időszak első napján érvényes árfolyamérték. Az Értéktörző 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 eszközalapról 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 eszközalapról 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.

Értéktörzés 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 Értékkörző időszakokkal 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 (Q6108) 18. fejezete alapján] is megszűnik.

4.3.

Ha egy Értékkörző 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 – Értékkörzés funkció

5.1.

Az Értékkörzés célja a Szerződő által választott eszközalapok jelentős árfolyamcsökkenéséből eredő kockázatok csökkentése, a szerződés jelentős értékcsökkenésének lehetőség szerinti elkerülése.

A) Értékkörző időszak

5.2.

Az egyes eszközalapokra vonatkozó első Értékkörző időszak első napja az aktivált befektetési egységre vonatkozó első biztosítási díj befektetésének – a Befektetési Egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (Q6108) 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 Értékkörző időszakok első napja a Szerződő rendelkezése alapján Növekedésjelző időszakban, az adott eszközalapba történő egyedi vagy automatikus visszaváltás értékelési napja.

5.3.

Az Értékkörző időszak az elváltással (2.6) lezárul. Az Értékkörző időszak abban az esetben is lezárul, és az Árfolyamfigyelés funkció az adott alapra vonatkozóan megszűnik, ha az Értékkörzési időszakban lévő eszközalap aktivált befektetési egységeinek darabszáma bármilyen más okból nullára csökken.

5.4.

Egy Értékkörző időszakot a folyamatos Árfolyamfigyelés során minden esetben egy Növekedésjelző időszak követ. Egy eszközalap aktivált befektetési egységei befektetési egység típusonként egy időpontban csak Értékkörző vagy Növekedésjelző időszakban lehetnek. Különböző eszközalapok aktivált befektetési egységei bármikor eltérő (Értékkörző vagy Növekedésjelző) időszakban lehetnek.

5.5.

Az egyes eszközalapok egységárfolyamainak korábbi alakulása nem határozza meg kizárólagosan az eszközalap jövőbeni teljesítményét, ezáltal előfordulhat, hogy az Értékkörzés miatt elhagyott eszközalap értékvesztése átmenetinek bizonyul. Az ebből eredő kárért vagy elmaradt haszonért a Biztosító nem felel.

B) Maximális gördülő árfolyam

5.6.

Az Értékkörző időszak során a Biztosító értékelési naponként meghatározza az adott eszközalap maximális gördülő árfolyamát.

5.7.

A maximális gördülő árfolyam értéke egy Értékkörző időszak során nem csökkenhet.

5.8.

A maximális gördülő árfolyam első értéke az adott Értékkörző időszak első értékelési napján érvényes árfolyamérték.

C) Értékkörzés

5.9.

Az Értékkörző időszak során a Biztosító az érintett eszközalap árfolyamát minden értékelési napon összehasonlítja az érvényes maximális gördülő árfolyam értékével. Az Értékkörzés során automatikus elváltás következik be, ha a vizsgált eszközalap egységeinek árfolyama legalább a Szerződő által előzetesen meghatározott százalékos értékkel csökken az adott Értékkörző 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 Értékkörző időszakban először az ugyanezen időszak vonatkozásában számított Értékkörzés 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 (Q6108) 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 Értékkörző időszak az automatikus elváltás végrehajtásával lezárul, és egyidejűleg Növekedésjelző időszak indul.

5.13.

Az Értékkörző 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) Értékhatár

5.15.

Az Értékkörzés funkciót aktiváló értékhatár 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 értékhatárokról 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 Értékkörzési időszak óta az árfolyamnövekedésről küldött esetleges értesítés kiküldése 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 Értékkörzési időszak, vagy egy újabb Növekedésjelző időszak követhet a Szerződő választása alapján. Egy eszközalap adott típusú aktivált befektetési egységeire vonatkozóan egy időpontban csak Értékkörzési 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 Értékkörzési időszak indul, új maximális gördülő árfolyammal.
- a Szerződő Növekedésjelzés funkcióra vonatkozó nyilatkozata alapján, az adott eszközalapba történő Automatikus visszaváltással. Ezzel egyidejűleg egy új Értékkörzési időszak indul, új maximális gördülő árfolyammal.
- 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 Értékkörzési, sem Növekedésjelző időszak nem indul, a funkció megszűnik.
- 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 – 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 (Q6108) 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 (Q6108) 17. fejezete].

D) Értékhatar

6.15.

A Növekedésjelzés funkciót aktiváló értékhatar a Szerződő bármikor, a kérelem Biztosítóhoz történő beérkezését követő értékelési nappal kezdődően írásban megváltoztathatja.

6.16.

A Növekedésjelzés funkciót aktiváló értékhatar 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 – Értékkörző 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 60 nappal e-mailben és a honlapon való közzététel útján tájékoztatja.

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 (Q6108) 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 Értékkörzés 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 60 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 Értéktörzsi időszak alatt álló befektetési egységekre mindaddig nem vonatkozik, amíg az Értéktörzsből 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 egység típusra vonatkozóan, ebben az esetben a Biztosító a Szerződő eredetileg megadott allokációs rendelkezése szerint fekteti be a befektetési egységeket. A Biztosító a megszüntetéséről 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: a 2017. május 18-tól.

1. A legalacsonyabb kockázati szinttel rendelkező eszközalapok:

Szerződő számlájának devizája	Legalacsonyabb kockázati szinttel rendelkező eszközalap
HUF	Pénzpiaci forint 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 Csillagai – 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%
Iránytű vegyes forint eszközalap – aktívan kezelt	5%
Arany – árupiaci forint eszközalap	5%
SPB PRIVATE vegyes forint eszközalap – aktívan kezelt	5%
Optimum 2025 céldátum vegyes forint eszközalap	5%
Optimum 2030 céldátum vegyes forint eszközalap	5%
Optimum 2035 céldátum vegyes forint eszközalap	5%
Optimum 2040 céldátum vegyes 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 Csillagai – Latin-Amerikai és Afrikai részvény euró eszközalap	10%
Best Selection – vegyes euró eszközalap – aktívan kezelt	5%
Iránytű vegyes euró eszközalap – aktívan kezelt	5%
Z GENERÁCIÓ Információtechnológiai Részvény Forint Eszközalap – aktívan kezelt	10%

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	0,2 EUR
Növekedésjelző időszakra eszközalaponként havonta	0 HUF	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) Felhalmozási 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) Felhalmozási 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 a Q6108 folyamatos díjas, befektetési egységekhez kötött életbiztosításhoz

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. Q6108 jelű Befektetési Egységekhez Kötött Életbiztosítási termékével kapcsolatban az alábbi adózási szakvéleményt adjuk.

9. fejezet – Háttér

A Q6108 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 társaságiadó-alany – 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:
 - Haláleseti díjtvállalás
 - Rokkantsági díjtvállalás
 - Járulékszolgáltatás rokkantságra
 - Egyszeri térítés rokkantságra
 - Halál
 - Baleseti halál
 - Baleseti rokkantság
 - Baleseti műtét
 - Műtét
 - Kritikus betegség
 - Rokkantság (végleges, TB E, D és súlyos baleseti rokkantság)
- A kiegészítő biztosítások kizárólag főbiztosítás mellé köthetők és nem rendelkeznek maradékjoggal. Amennyiben a biztosítási díjat szerződőként kifizető fizeti, az alábbi eseményekhez kapcsolódhatnak adóztatási pontok.

10. fejezet – Díjfizetés

A biztosítási díjakkal kapcsolatban alapvetően két kérdéskör merül fel: egyfelől, hogy amennyiben a díjfizetést szerződőként 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 kifizetesként vagy egyéb szolgáltatásként (költséggént) 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 cégnél 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 személyi jellegű egyéb szolgáltatásként kell elszámolni (számviteli törvény 78.§ (4)), amely nem a vállalkozás érdekében felmerülő költségként 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 költségként 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 költségként 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 költségként számolhatja el az olyan biztosítás díját, amelynek biztosítottja az alkalmazott (feltéve, hogy nem az egyéni vállalkozó a kedvezményezett).
- 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 költségként a biztosítás díját, azaz adóalapját nem csökkentheti vele (Eva törvény 5.§ (4)).

2. A biztosítási díj, mint a biztosított jövedelme

A főbiztosítás adójogi szempontból kockázati biztosításnak nem minősülő, határozatlan idejű, kizárólag halál esetére szóló életbiztosításnak minősül, amelynek a kifizető által fizetett rendszeres díja (díjelőírása) az Szja tv. 1. számú mellékletének 6.9 pontja alapján a magánszemély adómentes jövedelme. Rendszeres díjnak minősül az a díj, amelyet a biztosítási szerződés alapján legalább évente egy alkalommal kell fizetni, és amelynek összege az adott biztosítási évben nem haladja meg az előző biztosítási évben fizetett rendszeres díjak együttes összegének a Központi Statisztikai Hivatal által közzétett, a díjnövekedés évét megelőző második évre vonatkozó éves fogyasztói áremelkedés 30 százalékponttal növelt értékét. A díjnövekedés mértékének meghatározásakor – a biztosítási szerződési feltételekben rögzített események bekövetkezése miatt – az átmeneti időre lehetővé tett díjnemfizetés (szüneteltetés, díjmentesítés) időszakára is figyelembe vehető az ezen időszakot megelőző utolsó rendszeres díj alapulvételével a díjnemfizetési időszak hosszával arányos biztosítási díj. Adómentes továbbá valamennyi kiegészítő biztosítás kifizető által fizetett díja adómentes az Szja törvény 1. számú mellékletének 6.3 pontja alapján, tekintve, hogy azok kockázati biztosításnak tekinthetők. A fentiekből következően a kifizető által fizetett biztosítási díj (ideértve a főbiztosítás rendszeres díját, illetve a kiegészítő biztosítások díját is, az aktuális minimálbér 30%-áig havonta és biztosítottanként) 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 rendszeres díja, illetve a kiegészítő biztosítások díja után nem terheli személyi jövedelemadó és járulékfizetési kötelezettség, és a kifizetőnek sincsen szociális hozzájárulási adó- vagy egészségügyi hozzájárulásfizetési kötelezettsége.

A kifizetőnek az ilyen biztosításról (a biztosítási díj összegéről, a biztosító nevről és székhelyéről) magánszemélyenként adatot kell szolgáltatnia az állami adóhatóság részére.

A rendszeres díjnak nem minősülő díj (pl. az eseti díj) egyes meghatározott juttatásként adóköteles, vagyis ezen díj után a kifizetőnek 43,66% közterhet kell fizetnie.”

11. fejezet – 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.

12. fejezet – 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 járulékos- 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 követelésecsökkenésként, az azt meghaladó összeg pénzügyi műveletek bevételeként számolandó el (2008/5 Adózási kérdés), ezáltal a különbözet része az adóalapnak, amely után társaságiadó-alanyok esetében 9% 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 9% vállalkozói személyi jövedelemadó fizetendő (Szja törvény 49/B.§);
– nem evás egyéni vállalkozónál mint magánszemélynél keletkező 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 (kamat-jellegű bevételként) kell elszámolni (mindvégig feltételezve a rendeltetésszerű joggyakorlást), ezáltal az része a társaság adózás előtti eredményének és társaságiadó-alapjának, amely után 9% társasági adó vagy 37% (50%) eva fizetendő.
– Amennyiben a biztosítás kedvezményezettje a cég volt, ezért a kifizetést követelésként kellett kimutatni, a visszakapott összeget követelésecsökkenésként, a díjak és a kifizetés közti különbséget pedig pénzügyi műveletek bevételeként/ráfordításként kell elszámolni. Ez esetben a fenti adómértékek a különbözetet fogják terheli.
– 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 9% 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 ismertett adókonkvenciákon 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
Ezekben az esetekben a magánszemélynél az Szja törvény 28. §-a alapján egyéb jogcímen keletkezik jövedelem. Az egyéb jövedelem megállapításakor a magánszemélynek juttatott vagyoni értékéből levonhatók a biztosított által megfizetett biztosítási díjak és az adóköteles biztosítási díjak. Így egyéb jövedelemként jellemzően a munkáltatók, kifizetők által befizetett összegek, illetve a befektetés hozamai válnak adókötelessé.
További speciális rendelkezés, hogy a jövedelem után az egészségügyi hozzájárulást nem a biztosító, hanem a magánszemély köteles megfizetni, ami azt is jelenti, hogy a 22 százalékos eho-fizetési kötelezettségre tekintettel a személyi jövedelemadó és az egészségügyi hozzájárulás alapja a jövedelem 82 százaléka. Az egyéb jövedelmet a szerződés megkötésétől számított 10 év elteltével – mely tíz évet legkorábban 2013. január 1-jétől lehet számítani – nem 22, hanem 14 százalékos mértékű egészségügyi hozzájárulás terhel majd.”

A kamatjövedelmet a személyi jövedelemadón (kamatadón) kívül egyéb közteher-fizetési kötelezettség nem terheli.

A kiegészítő biztosítások a szerződési feltételek alapján nem rendelkeznek maradékjoggal.

3. A biztosító szolgáltatása a kiegészítő biztosítások esetén

Az Sza törvény 1. számú mellékletének 6.6 pontja alapján a biztosító haláleseti, baleseti és betegségbiztosítási szolgáltatása a kedvezményezett magánszemély adómentes jövedelme.

Ide tartoznak azok a kiegészítő biztosítások is, amelyek a baleset- és betegségbiztosítás alapján járó jövedelempótló szolgáltatás nyújtanak, és ezek összege (ideértve a szerződéses feltételek szerint az eltelt napok száma alapján járó napi térítésként vagy az eltelt napok száma alapján meghatározott biztosítási összeget is) a jövedelem-kiesés időszakára napi 15 ezer forintot meg nem haladja azzal, hogy az összeghatárt biztosítási szerződésenként kell vizsgálni.

A kiegészítő biztosítások többsége valamelyik adómentes kategóriába (haláleset, baleset, betegség) tartozik, ezen kiegészítő biztosításokból adódó szolgáltatások is 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 (Sza 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 2013. évi V. 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 fősztálya 14203/2007)

A fentiekben túlmenően a rendeltetésszerű joggyakorlás is nagyon fontos feltétele a szakvéleményünkben foglaltak 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, szerződőváltás 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 a Q6108 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 kettőjük közötti szerződéses viszonyok, a biztosítási összeg, a szerződés módosítása és bekövetkeztének időpontja.

A mindenkor hatályos vonatkozó adó törvény a Biztosító honlapján (www.viennialife.hu) megtalálható.

Tartalomjegyzék

Ügyféltájékoztató	2
Általános Személybiztosítási Feltételek	13
Befektetési Egységekhez Kötött Életbiztosítás Különös Feltételei (Q6108)	36
Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei	66
Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei	74
Halálesetre Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (Q7111)	74
Baleseti Halálra Szóló Kiegészítő Biztosítás Kiemelt térítéssel Különös Feltételei (Q0114)	76
Baleseti Rokkantságra Szóló Kiegészítő Biztosítás Kiemelt Térítéssel Különös Feltételei (Q0115)	78
Baleseti Műtéti Térítésre Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (Q0121)	81
Műtéti Térítésre Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (Q1111)	85
Kritikus Betegségekre Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (Q1114)	89
Végleges Rokkantság Esetére Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (Q1103)	94
Díjtvállalás Rokkantság Esetére Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (Q8112)	96
Egyösszegű térítés rokkantság esetére (4x) Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (Q1115)	100
Egyösszegű térítés rokkantság esetére (2x) Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (Q1116)	103
Járadékszolgáltatás Rokkantság Esetére Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (Q9116)	106
Haláleseti Díjtvállalás Kiegészítő Biztosítás Feltételei (Q8111)	110
Eszközalapokhoz Kapcsolódó Egyedi Funkció Feltételei	114
Adózási tájékoztató a Q6108 folyamatos díjas, befektetési egységekhez kötött életbiztosításhoz	123