



P7100 életbiztosítási feltételcsomag

Ügyfélértájékoztató

Örömmel szolgálunk, hogy Társaságunkat tisztelte meg bizalmával, és velünk köt életbiztosítási szerződést. Elsődleges célunk ügyfeleink egyértelmű és részletes tájékoztatása, ezért néhány alapvetően fontos információra szeretnénk felhívni figyelmét biztosítási szerződésével kapcsolatban. Kérjük, figyelmesen olvassa el a biztosítási szerződés feltételeit, mert ezekre való hivatkozással állunk Önnel szerződéses kapcsolatban. Az ügyfélértájékoztatóban szeretnénk egyszerűen megfogalmazni a biztosítási termék fontosabb tulajdonságait.

A Biztosítás

Jelen biztosítási szerződés olyan folyamatos díjas halálesetre szóló kockázati típusú életbiztosítás (főbiztosítás), amely a Biztosított elhalálása esetén nyújt szolgáltatást és egyben lehetőséget kínál kiegészítő biztosítási védelemre is, akár több személy számára is egy szerződésen belül. A főbiztosítás nélkül kiegészítő biztosítások megkötésére nincs lehetőség.

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 új Biztosítottat nevezhet meg, új kiegészítő biztosításokat igényelhet, meglévő kiegészítő biztosításokat mondhat fel, kiegészítő biztosítások esetében igényelheti a biztosítási összeg növelését, felmondhatja a szerződést stb.). Szerződő lehet természetes személy vagy nem természetes személy is. A **Főbiztosított**, akit a Szerződő nevez meg, a P7110 halálesetre szóló életbiztosítás (főbiztosítás) biztosítottja. Ha a Szerződő természetes személy, ő egyben az egyik Főbiztosított. Természetes személy Szerződő magán kívül egy Főbiztosítottat nevezhet meg az ajánlattételkor. A Főbiztosítottak személye a tartam során nem változtatható. Nem természetes személy Szerződő csak egyetlen Főbiztosítottat nevezhet meg. A Főbiztosított halála, vagy két Főbiztosított esetén mindkét Főbiztosított halála a szerződés megszűnését vonja maga után. Ha a Szerződő meghal, de van másik Főbiztosított, akkor a másik Főbiztosított Szerződővé válhat. **Biztosítottak** nevezzük a kiegészítő biztosítás biztosítottjait. Jelen szerződésen belül a Főbiztosítottakkal együtt összesen legfeljebb 10 Biztosítottat lehet megnevezni. A Főbiztosítottak is lehetnek egyben Biztosítottak. A Biztosítottakat is minden esetben külön meg kell nevezni. A tartam során új Biztosítottak léphetnek be a szerződésbe és meglévő Biztosítottak léphetnek ki a szerződésből, mindkét esetben a díjfizetési gyakoriság ütemezésével egyidejűleg. **Kedvezményezett** az a személy, aki a Biztosító szolgáltatására jogosult. Kedvezményezettet a Szerződő jelölhet meg, de a Biztosítottak is hozzá kell járulnia aláírásával, ha a Biztosított életben léte esetén nem a Biztosított, és elhalálása esetén nem az örökös a Kedvezményezett. Kedvezményezettet lehet jelölni a főbiztosítás szolgáltatásaira a Főbiztosítottak halálának esetére, valamint a kiegészítő biztosításokra a Biztosított halálára és az életben léte esetén esedékes szolgáltatásokra.

Biztosítási esemény

Biztosítási esemény az a szerződésben (ajánlaton) megjelölt biztosítási szolgáltatáshoz kapcsolódó esemény, amelynek bekövetkezése esetén a Biztosító kifizeti a biztosítási szolgáltatást. Főbiztosítás esetében ez bármely Főbiztosított halála. Kiegészítő biztosítások esetében biztosítási esemény a feltételekben meghatározott haláleseti, 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.

Kiegészítő biztosítások

A P7110 Halálesetre szóló életbiztosításhoz kiegészítő biztosításokat lehet kötni ajánlattételkor, illetve a tartam során a díjfizetési gyakoriság ütemezésével egyidejűleg. Kiegészítő biztosításokat minimum 5 éves tartamra lehet megkötni. Kiegészítő biztosításokat a tartam során a díjfizetési gyakoriság ütemezésével egyidejűleg lehet

megszüntetni. Amennyiben a Szerződő a főbiztosítást felmondja vagy a szerződés más okból megszűnik, a kiegészítő biztosítások is megszűnnek.

Biztosítási csomagok

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

Rokkantsági áthidaló csomagok

A rokkantsági áthidaló csomagokkal egy esetlegesen bekövetkező rokkantság esetére széles körű megoldást nyújt a Biztosító hosszú távra. A csomagok közül a Szerződő a saját igényéhez legjobban igazodót választhatja meg. A választott csomagtól függően, a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító egy egyszeri térítést, továbbá 5 évre szóló járadékszolgáltatást nyújt a Kedvezményezett részére.

Dr. LIFE szolgáltatási csomag

A Biztosító lehetőséget nyújt a különös feltételekben meghatározott súlyos betegségek esetén Nemzetközi Orvosi Szakvélemény igénybevételére, továbbá bármely esetben (pl. gyermek betegsége) a nap 24 órájában Orvosi Call Center szolgáltatás igénybevételére a 06 1 461 1566 telefonszámon. A szolgáltatást a Biztosító az Advance Medical Hungary Kft. igénybevételével nyújtja. A szolgáltatást a P7110 folyamatos díjas halálesetre szóló életbiztosítás mellékletében meghatározott éves díj felett lehet igénybe venni.

Biztosítási szolgáltatás

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

Várakozási idő

A várakozási idő azt az időszakot jelenti, amely az orvosi vizsgálat nélkül kötött szerződések esetén a szerződés hatályba lépésétől a kockázatviselés kezdetéig tart és amely időszak alatt a Biztosító nem vállalja a kockázatot. A várakozási idő 6 hónap a P7110 halálesetre szóló életbiztosításra és azokra a kiegészítő biztosításokra vonatkozóan, amelyek különös feltételeiben a Biztosító erre hivatkozik. A várakozási idő nem vonatkozik a balesetekre és azok következményeire. A Biztosító eltekint a várakozási időtől, amennyiben a (Fő)Biztosított saját kérésére és költségére az orvosi vizsgálatot elvégezteti. Amennyiben a tartam során a Szerződő új kiegészítő biztosítást igényel, amelynek különös feltételei rendelkeznek a várakozási időről, abban az esetben a várakozási idő az új kiegészítő biztosítás hatályba lépésének kezdetétől indul. Az egészségbiztosítási kiegészítő biztosítási szerződések és szolgáltatások esetén a várakozási időtartamba beszámít az az időtartam, amelynek során a Biztosított a kiegészítő biztosítás megkötését megelőzően - legfeljebb hatvan napon belül - megszünt korábbi egészségbiztosítási szerződés alapján folyamatosan jogosult volt egészségbiztosítási szolgáltatásra. Amennyiben beszámításra kerül sor, 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.

A biztosítás tartama, a kockázatviselés kezdete

A biztosítási szerződés határozott tartamú, 5-40 évre lehet megkötni és a biztosítás lejáratáig, illetve Főbiztosított(ak) haláláig tart. A Biztosító kockázatviselése az ajánlat aláírását követő nap 0 órakor kezdődik, feltéve, hogy a biztosítási szerződés létrejött vagy létre fog jönni, és a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő első folyamatos díja a Biztosítóhoz beérkezett. Az első biztosítási díj a biztosítási ajánlat aláírásának napját követő napon válik esedékké, amelyet a Szerződő legfeljebb az ajánlat aláírását követő 60 napig köteles megfizetni

a Biztosító részére. Amennyiben az első biztosítási díj nem érkezik be határidőben, a Biztosító az ajánlatot elutasítja. Tekintettel arra, hogy a Biztosító az ajánlat elbírása érdekében egészségügyi kockázatfelmérést végez, az ajánlat elbírására az ajánlat beérkezésétől számított 60 nap áll rendelkezésére. A Biztosító a hiánytalan ajánlatokat a kockázat-elbírálási idő alatt bírálja el, és dönt az ajánlat elfogadásáról. Hiánytalan ajánlatnak a Biztosító csak a megfelelően kitöltött, aláírásokkal ellátott ajánlatot tekinti, amely tartalmazza a szükséges nyilatkozatokat. A biztosítási szerződés a biztosítási ajánlat Biztosító általi elfogadásával jön létre. A szerződés akkor is létrejön az ajánlatban foglalt feltételekkel, ha a Biztosító az ajánlatra annak beérkezésétől, számított 60 napon belül nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlatot a biztosítási szerződés tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a Biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és díjszabásnak megfelelően tették. Ebben az esetben a biztosítási szerződés az ajánlat szerinti tartalommal, az ajánlatnak a Biztosító részére történő átadása időpontjára visszamenőleges hatállyal a kockázat-elbírálási idő elteltét követő napon jön létre. Ha a (Fő)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 kiegészítő biztosítások tartama is a főbiztosítás tartamához igazodik, de a kiegészítő biztosítás Biztosítottra vonatkozó lejáratkorától is függ, amelyet a kiegészítő biztosítások különös feltételei tartalmaznak. A Biztosító a biztosítási összeg nagyságától, a Biztosított korától és az egyéb kockázati tényezőktől (pl. veszélyes sporttevékenység) függően az ajánlattételkor egészségi nyilatkozat vagy egészségi kérdőív kitöltését kéri vagy nagyorvosi vizsgálaton történő részvételt ír elő. A biztosítási díj nagyságát befolyásolják a Biztosított dohányzási szokásai, ezért az a Biztosított, aki a Biztosító által felkínált nem dohányzó kedvezményt szeretné igénybe venni és elmúlt már 18 éves, továbbá Kockázati életbiztosítást (főbiztosítást és/vagy kiegészítő biztosítást) vagy Kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítást igényelt, szárazvér teszt vizsgálaton kell részt vennie. A nemdohányzó kedvezmény a biztosítási tartam egészére vonatkozik, a Biztosító ezt nem vonja vissza.

A biztosítási szerződés megszűnése, a felmondás feltételei

A biztosítási szerződés abban az esetben szűnik meg, ha:

- a Főbiztosított(ak) meghal(nak),
- a tartam végének eléréseivel,
- 90 napot elérő vagy meghaladó díjtartozása van a Szerződőnek,
- 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,
- kiegészítő biztosítások esetén az általános, illetve a különös feltételekben meghatározott lejáratkor elérése vagy a biztosítási esemény bekövetkezése, amennyiben a különös feltételek erről rendelkezik

Az életbiztosítási szerződést csak a Szerződő mondhatja fel:

- a Szerződő a Biztosító által a szerződés létrejöttéről és a Szerződő felmondási jogáról szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül írásban, indoklás nélkül felmondhatja a szerződést. A Biztosító a felmerült költségei fedezetének érdekében a befizetett díjakból a kötvényesítés egyszeri költségével csökkentve fizeti vissza.

a szerződés nem rendelkezik visszavásárlási joggal.

A biztosítási díj, a díj változtatása, díjfizetési késedelem

A biztosítási díj folyamatosan fizetendő, melyet a Szerződő az ajánlaton való megjelölése alapján éves, féléves, negyedéves és havi gyakorisággal fizetheti. A biztosítási díj magyar forintban esedékes. A biztosítási díj fizetési módja lehet csoportos beszédési megbízás, banki átutalás, valamint a Biztosító által kibocsátott készpénzáttutalási megbízás (csekk). A biztosítási díjat készpénzben nem lehet megfizetni. A P7110 halálesetre szóló életbiztosítás (főbiztosítás) biztosítási összegét nem lehet növelni. A kiegészítő biztosítások összegének

növelését az első 6 hónap eltelte után, a díjfizetési gyakoriság ütemezésével egyidejűleg a Szerződő írásban igényelheti. A biztosítási összeget csökkentésére a Biztosító nem nyújt lehetőséget. A biztosítási díj fizetésének módja és gyakorisága a tartam során a díjfizetési gyakoriság ütemezésével egyidejűleg módosítható, a különös feltételekben meghatározottak szerint. A biztosítási díjak kiszámításánál a Biztosító az Általános Személybiztosítási Feltételekben meghatározottakon kívül a Biztosított / Főbiztosított dohányzási szokásait is figyelembe veszi. A Szerződőnek eseti díjak fizetésére nincs lehetősége. A kiegészítő biztosítások díja a főbiztosítás díjfizetési gyakoriságával egyidejűleg esedékes. Ha a Szerződő nem fizeti meg az esedékes díjat, amennyiben a Biztosító díjfelszólító levelében közölt fizetési póthatáridő eredménytelenül telt el, az első elmaradt díj esedékességétől számított 90. napot követő nap 0 órájakor megszűnik a biztosítási szerződés és a Biztosító kockázatviselése. A biztosítási díj fizetésének szüneteltetésére nincs lehetősége. Jelen főbiztosítás nem reaktiválható.

Értékkövetés

A Biztosító minden biztosítási évben a főbiztosítás és a kiegészítő biztosítások biztosítási összegét meghatározott mértékben megemeli, azaz indexálja, figyelembe véve a (Fő)Biztosított aktuális korát a tartamból még hátralévő időt, ezért a biztosítási összeg és a biztosítási díj növekedésének aránya eltérhet a biztosítás kezdetén megállapítottól. Amennyiben a KSH által közzétett fogyasztói árindex 5% vagy 5% alatti, a Biztosító 5%-os indexet alkalmaz, amennyiben a KSH által közzétett index ezt meghaladja, akkor a Biztosító az aktuális KSH index mértékével megegyezően növeli a biztosítási összeget.

A Szerződőnek joga van ezt elutasítani, de két egymást követő elutasítás után nincs lehetősége a későbbiekben az értékkövetés igénybevételére.

A Biztosító mentesülése, kizárások

A Biztosítónak a biztosítási szolgáltatás teljesítése alóli mentesülését és a kizárások eseteit az Általános Személybiztosítási Feltételek és a Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei tartalmazzák. A Biztosító továbbá mentesül a szolgáltatás teljesítése alóli, ha a biztosítási esemény bekövetkezésében alkohol-, vagy drogfogyasztás igazolható, illetve a biztosítási esemény bekövetkezése összefüggésbe hozható a Biztosított hivatásos sportolói foglalkozásával, a különös feltételekben felsorolt extrém sporttevékenységekkel (kivételek, ha a kötvény erre vonatkozó sport-záradékot tartalmaz), továbbá HIV vírushalálással, Hepatitis B és C vírushalálással.

Többlethozam-visszatérítés

A P7110 halálesetre szóló életbiztosítás (főbiztosítás) rendelkezik többlethozam-visszatérítési jogokkal. Többlethozam-visszatérítésre a Szerződő Főbiztosított, amennyiben nem természetes személy a Szerződő, a Főbiztosított jogosult, a különös feltételekben meghatározottak szerint. Meghatározott kiegészítő biztosítások is rendelkeznek többlethozam-visszatérítési jogokkal, amennyiben erről a kiegészítő biztosítások különös feltételei rendelkeznek.

Maradékjogok

Az életbiztosítás, illetve a kiegészítő biztosítások sem rendelkeznek az Általános Személybiztosítási Feltételekben meghatározott kötvénykölcsön díjmentes leszállítási és a visszavásárlási jogokkal.

Biztosítási titok

A biztosítóról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (a továbbiakban Bit.) szerint biztosítási titok minden olyan – államtitoknak nem minősülő – a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszont- biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

Adatvédelem

Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha a Biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad, vagy a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a feladatkörében eljáró Felügyelettel, a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel, büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, adóügyben, ha az adóhatóság felhívására a Biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli, az adóhatósággal, a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal, a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal, a feladatkörében eljáró gyámhatósággal, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal, a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel, a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együtt- biztosítás) esetén a kockázatvállaló Biztosítókkal, a Bit.-ben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető Hivatallal, az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő Biztosítóval, a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel szemben, ha a szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját. A Biztosító a nyomozó hatóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel, illetve a Btk. szerinti kábítószer-keresedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a magyar bűnüldöző szerv - nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából - írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a Biztosítótól, vagy ha a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a Biztosítótól. A Biztosító a nyomozó hatóságot - a halaszthatatlan intézkedés jelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyési jóváhagyást nélkülöző megkeresésére - is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott ügygel összefüggő biztosítási titoknak minősülő adatokról. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a Biztosító az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségnek tesz eleget. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben sem, ha a magyar bűnüldöző szerv, illetőleg a Nemzeti Adó- és Vámhivatal Bűnügyi Főigazgatósága - a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva, vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv, illetőleg külföldi Pénzügyi Információs Egység írásbeli megkeresése teljesítése céljából - írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a Biztosítótól, amennyiben a megkeresés tartalmazza a külföldi adatkérő által aláírt titoktartási záradékot. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben ha a Biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, illetve az adatalany hozzájárulásának hiányában ha az adattovábbításnak törvényben meghatározott adatköre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban a személyes adatok védelmének megfelelő szintje az információs

önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény 8. § (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg, fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adat- továbbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak, a jogalkotás meg- alapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása. Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatok vagy az adatvédelmi törvény szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén 20 év elteltével törölni kell. A Biztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a Bit. 157. § (1) bekezdés b), f) és j) pontjai, illetve a 157. § (5) bekezdése alapján végzett adattovábbításokról. A Biztosító a személyes adatokat a biztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A Biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. A Biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap. A Biztosító jogutód nélküli megszűnése esetén a Biztosító által kezelt üzleti titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított 60 év múlva a levéltári kutatások céljára felhasználható. Nem lehet üzleti titokra vagy biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó, külön törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség esetén. Az üzleti titokra és a biztosítási titokra egyebekben a Ptk. 2:46. - 2:47. §-okban foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.

(1) A biztosító (a továbbiakban: megkereső biztosító) - a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében - a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz (a továbbiakban: megkeresett biztosító) az e biztosító által - a törvény alapján a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével - kezelt és a (3)-(5) pontokban meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, ha a megkereső biztosító erre vonatkozó jogosultsága a biztosítási szerződésben rögzítésre került.

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

(3) A megkereső biztosító a Bit. 1. számú melléklet A) rész 1. és 2. pontjában, továbbá a 2. számú mellékletben meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:

- a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személy azonosító adatait;
- b) a biztosítandó vagy a biztosított személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
- c) az a) pontban meghatározott személyt érintő korábbi - az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos - biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;
- d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és
- e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.

(4) A megkereső biztosító a Bit. 1. számú melléklet A) rész 3., 4., 5., 6., 7., 8., 9., 14., 15., 16., 17., 18., és 19. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:

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

b) a biztosítandó vagy biztosított vagyontárgyak, követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatokat;

c) az b) pontban meghatározott vagyontárgyakat, követeléseket vagy vagyoni jogokat érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;

d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és

e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.

(5) A megkereső biztosító a Bit. 1. számú melléklet A) rész 10., 11., 12., és 13. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén az alábbi adatokat kérheti:

a) a (4) pont a)-e) alpontjában meghatározott adatokat;

b) a személyi sérülés vagy személyiségi jogsérelem miatt kárigényt érvényesítő személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat; és

c) a károsodott vagyontárgyat vagy a személyi sérülés vagy személyiségi jogsérelem miatt kárigényt érvényesítő személyt érintő korábbi - az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos - biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat.

(6) A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének.

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

(8) Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés (7) pontban meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás jogerős befejezéséig.

(9) Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.

(10) A megkereső biztosító az (1) pontban meghatározott megkeresésről, az abban szereplő adatokról, továbbá a megkeresés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló törvényben szabályozott módon tájékoztatja.

(11) A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat a biztosítandó vagy biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal az (1) pontban meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.

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

A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozásának megelőzése és megakadályozása

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

Az alkalmazott jog

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

Az életbiztosítási szerződésre vonatkozó adószabályok

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

A Biztosító ügyfélszolgálat

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

Panaszfórumok

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

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

P7100 életbiztosítási feltételcsomag

Általános Személybiztosítási Feltételek	11
P7110 Folyamatos díjas halálesetre szóló életbiztosítás Különös feltételek	35
Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei	46
Halálesetre Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (P7111)	61
Baleseti Halálra Szóló Kiegészítő Biztosítás Kiemelt térítéssel Különös Feltételei (P0114)	65
Baleseti Rokkantságra Szóló Kiegészítő Biztosítás Kiemelt Térítéssel Különös Feltételei (P0115)	67
Baleseti Keresőképtelenségre Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (P0116)	71
Baleseti Műtéti Térítésre Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (P0121)	75
Műtéti Térítésre Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (P1111)	81
Kritikus Betegségekre Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (P1114)	88
Végleges Rokkantság Esetére Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (P1103)	95
Egyszeri Térítés Rokkantság Esetére Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (P1112)	98
Járadékszolgáltatás Rokkantság Esetére Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (P9113)	103
Dr. LIFE szolgáltatási csomag Feltételek	108

Általános Személybiztosítási Feltételek

1. fejezet Általános rendelkezések

- 1.1 Jelen Általános Személybiztosítási Feltételek (a továbbiakban általános feltételek) – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – a Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (a továbbiakban Biztosító) élet-, egészség- és balesetbiztosítási szerződéseire (a továbbiakban biztosítási szerződés), illetve az egyéb biztosításainak élet-, egészség- és balesetbiztosítást tartalmazó részeire érvényesek, feltéve, hogy a biztosítási szerződést ezen feltételekre való hivatkozással kötötték.
- 1.2 Jelen általános feltételekben, valamint a különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak. Nem válik a biztosítási szerződés részévé a Biztosító és a Szerződő vagy Biztosított közötti korábbi üzleti kapcsolat során kialakított szokás, illetve gyakorlat, sem a biztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás.
- 1.3 A biztosítási szerződés megkötésének előfeltétele, hogy a Szerződő ajánlatot tegyen a Biztosítónak.
- 1.4 A Biztosító, az ajánlat elfogadása esetén a választott szolgáltatásokról biztosítási fedezetet igazoló dokumentumot, vagyis kötvényt állít ki a Szerződőnek.
- 1.5 Az ajánlat elutasítását a Biztosító nem köteles megindokolni.

2. fejezet A biztosítási szerződés alanyai

- 2.1 A Biztosító az a jogi személy (Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., 1138 Budapest, Váci út 135-139.), amely a befizetett díj ellenében vállalja az élet-, egészség- vagy balesetbiztosítási kockázatot és a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a különös feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.
- 2.2 A Szerződő fél az a személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz, és kötelezettséget vállal a mindenkor esedékes díjak befizetésére. Ha a szerződést nem a Biztosított köti, a biztosítási esemény bekövetkezéséig vagy a Biztosított belépéséig a Szerződő a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a Biztosítottat köteles tájékoztatni.
- 2.3 Biztosított az a természetes személy, akinek a biztosítási tartamon belüli élet-, egészség- vagy balesetbiztosítási eseményeire a biztosítási szerződés létrejön. A Biztosító a Biztosított életkorát úgy állapítja meg, hogy a biztosítás kezdetének évszámából levonja a Biztosított születésének évszámát.
- 2.4 Nem biztosíthatók olyan személyek, akik tartósan és teljesen munkaképtelenek, a súlyos idegbetegek,

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

- 2.5 Nem biztosítható személyekre balesetbiztosítási szerződés nem köthető. Ha a Biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt vált biztosíthatatlanná, vagy a biztosítási érdek megszűnt, a szerződés, illetőleg annak megfelelő része megszűnik. Ebben az esetben a Biztosító addig a napig járó díjak megfizetését követelheti, amikor kockázatviselése véget ért.
- 2.6 A biztosítási szerződésben a Szerződő és a Biztosított személye különválhat.
- 2.7 A biztosítási szerződésben Kedvezményezett az a személy, aki a biztosítási szolgáltatásra jogosult. Kedvezményezett lehet:
- a biztosítási szerződésben megnevezett személy
 - a bemutatóra szóló kötvény birtokosa (baleset- és egészségbiztosítási termékek esetén)
 - ilyen személyek hiányában, vagy ha a Kedvezményezett megnevezése nem volt érvényes a biztosítási esemény időpontjában, a Biztosított vagy örököse.
- 2.8 A Biztosított életében esedékes szolgáltatások Kedvezményezettje a Biztosított.
- 2.9 A Szerződő jelölheti ki a Kedvezményezettet a Biztosítóhoz címzett és a Biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal. Ha a Szerződő és a Biztosított személye nem azonos, a Kedvezményezett jelöléshez és 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.
- 2.10 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 kedvezményezett jelölési 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 A 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 biztosítotti 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 Biztosítotti nyilatkozat a szerződés elválaszthatatlan részét képezi, amelynek megadása megtörténhet az ajánlaton és külön nyomtatványon is.
- 3.3 A Biztosító az ajánlat elfogadása előtt egészségügyi kockázatfelmérést végezhet, amelyhez a Biztosított egészségi nyilatkozatát vagy orvosi vizsgálatát, illetve egyéb írásos nyilatkozatait is kérheti. A Biztosító jogosult az így tudomására jutott adatokat ellenőrizni.
- 3.4 A Biztosítottnak a nyilatkozatokat a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell kitöltenie. A Biztosító által feltett kérdéseket tartalmazó nyilatkozatok az ajánlat részét képezik. A Biztosító jogosult a kérdéseket telefonon keresztül, kiszervezett tevékenységet végző partnere útján feltenni.
- 3.5 A kockázatelbírálás eredményétől függően a Biztosító az ajánlatot elfogadja, elutasítja, vagy az ajánlatra módosító javaslatot tesz. Az ajánlat esetleges elutasítását, illetve a módosító javaslatot a Biztosító nem köteles megindokolni.
- 3.6 A Szerződő a módosító javaslatot annak közlésétől számított 15 napon belül írásban elutasíthatja.
- 3.7 A szerződés létrejön, ha a Biztosító az ajánlatot elfogadja és fedezetet igazoló dokumentumot, azaz kötvényt állít ki. Ha a kötvény a Szerződő ajánlatától eltér, és az eltérést a Szerződő a kötvény kézhezvételét követően késedelem nélkül nem kifogásolja, a szerződés a kötvény szerinti tartalommal jön létre. Ez a rendelkezés lényeges eltérésekre akkor alkalmazható, ha a Biztosító az eltérésre a Szerződő figyelmét a kötvény átadásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.

- 3.8 A szerződés akkor is létrejön az ajánlatban foglalt feltételekkel, ha a Biztosító az ajánlatra annak beérkezésétől számított 15 napon belül, ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 napon belül, nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlatot a biztosítási szerződés tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a Biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és díjszabásnak megfelelően tették. Ebben az esetben a biztosítási szerződés az ajánlat szerinti tartalommal, az ajánlatnak a Biztosító részére történő átadása időpontjára visszamenőleges hatállyal a kockázatelbírálási idő elteltét követő napon jön létre.
- 3.9 A 3.8. pontban meghatározott esetben, ha a kockázatelbírálási idő alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, az ajánlatot a Biztosító csak abban az esetben utasíthatja vissza, ha ennek lehetőségére az ajánlati lapon a figyelmet felhívta és az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy az ajánlat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges.
- 3.10 Ha a Biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér a Biztosító általános és különös szerződési feltételeitől, a szerződés létrejöttétől számított tizenöt napon belül javasolhatja, hogy a szerződést a feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a Szerződő a javaslatot nem fogadja el vagy arra tizenöt napon belül nem válaszol, a Biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított tizenöt napon belül a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.

4. fejezet A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete

- 4.1 A Biztosító kockázatviselése a szerződés létrejöttének időpontjában kezdődik, amennyiben az első vagy egyszeri biztosítási díj a Biztosító számlájára vagy pénztárába befizetésre került. Amennyiben az első vagy egyszeri biztosítási díj nem került megfizetésre a szerződés létrejöttéig, a Biztosító kockázatviselése a biztosítás első vagy egyszeri díjának a Biztosító számlájára vagy pénztárába történő megfizetését követő nap 0 órájakor kezdődik. A hatálybalépés időpontját a Különös Feltételek ettől eltérően is meghatározhatják.
- 4.2 Ha a Szerződő a díjat - díjátvételre biztosítói meghatalmazással rendelkező - ügynöknek fizette, a díjat legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon a Biztosító számlájára, illetve pénztárába beérkezettnek kell tekinteni. A Szerződő azonban bizonyíthatja, hogy a díj korábban érkezett be.
- 4.3 Ha a Szerződő a díjat az ajánlat Biztosítóhoz való beérkezését megelőzően fizeti meg, ezt az összeget a szerződés létrejöttéig a Biztosító kamatmentes előlegként kezeli, amelyet a biztosítási díjba beleszámít. Ha a biztosítási szerződés nem jön létre, a Biztosító a befizetett díjelőleget, illetve a díjat a Szerződőnek 15 napon belül kamatmentesen visszafizeti.
- 4.4 A Biztosító a szerződésben várakozási időt köthet ki. A Biztosító kockázatviselése a várakozási idő alatt részleges, kizárólag a balesetekre, illetve a balesettel okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre terjed ki.
- 4.5 A biztosítási időszak egy év. A biztosítási évforduló a kockázatviselés kezdetének napja. Biztosítási hónapforduló, minden hónapban a kockázatviselés kezdetének a napja, vagy amennyiben ilyen nap nincs az adott hónapban, akkor a hónap utolsó napja.

5. fejezet A várakozási idő

- 5.1 A várakozási idő alatt azt az időszakot kell érteni, amikor a Biztosító kiköti, hogy valamely biztosítási esemény kockázatát csak a szerződés létrejöttét követő későbbi időponttól vállalja, vagy ha a biztosítási esemény a várakozási időn belül következik be, akkor jogosult a szolgáltatást csökkenteni. A várakozási idő az orvosi vizsgálat nélkül kötött szerződések esetén a szerződés létrejöttétől a kockázatviselés megkezdődéséig tart. A balesetbiztosítási szerződések tekintetében nincs várakozási idő. A várakozási idő életbiztosítás esetén legfeljebb 6 hónap lehet. Egészségbiztosítások tekintetében az ápolási szolgáltatásra irányuló biztosítás esetén, illetve akkor, ha a biztosítandó személy valamely tartós betegsége a szerződéskötéskor mindkét fél által ismert volt, az említett betegségekre vonatkozóan a felek az egészségbiztosítási szerződésben legfeljebb hároméves várakozási időt köthetnek ki. Egészségbiztosítások esetén a várakozási időbe beszámít az az időtartam, amelynek során a Biztosított az egészségbiztosítás megkötését megelőzően - legfeljebb hatvan napon belül - megszűnt korábbi egészségbiztosítási szerződés alapján folyamatosan jogosult volt egészségbiztosítási szolgáltatásra.
- 5.2 A Biztosító előírhatja a Biztosítottak korának és a választott biztosítási összegnek függvényében az orvosi vizsgálat elvégzését. A Biztosító eltekint a várakozási időtől, ha a Biztosított az előírt orvosi vizsgálatot elvégezteti és a vizsgálatok eredményét a Biztosító rendelkezésére bocsátja.
- 5.3 A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, amennyiben a biztosítási esemény a várakozási időn belül következik be – kivéve az előző pontban foglalt eseteket. Ebben az esetben a Biztosító az adott személyre vonatkozó díjat a biztosítási esemény bejelentésétől számított 15 napon belül visszatéríti, és a díjvisszatérítéssel a biztosítás az adott Biztosított vonatkozásában megszűnik.
- 5.4 Nem vonatkozik a várakozási idő a biztosítási időtartam alatt bekövetkező balesetekre és azok következményeire.
- 5.5 A várakozási idő tartamának az általános feltételektől eltérő szabályozása a különös feltételekben található.

6. fejezet Orvosi vizsgálat élet- és egészségbiztosítás esetén

- 6.1 Az életbiztosítási és egészségbiztosítási szerződés megkötéséhez a Biztosító a Biztosított egészségi állapotától, a biztosítási összeg nagyságától, a biztosítási terméktől, valamint a Biztosított életkorától függően előírhatja orvosi vizsgálat lefolytatását. Amennyiben a Biztosító a szerződés megkötéséhez a különös feltételekben előírja az orvosi vizsgálat lefolytatását, annak költségeit a Biztosító viseli. Ha a Szerződő az orvosi vizsgálat elvégzése után eláll a biztosítási szerződés megkötésétől, a Biztosító az orvosi vizsgálat költségeit a Szerződőre terheli.
- 6.2 Orvosi vizsgálat esetén, amennyiben a Biztosító elfogadja az ajánlatot, a biztosítást várakozási idő nélkülnek kell tekinteni. A Biztosító orvosi vizsgálat nélkül is eltekinthet a várakozási időtől, de ezért pótdíjat számolhat fel.
- 6.3 Az orvosi vizsgálat nélkül kötött biztosítás esetén is köteles a Biztosított az egészségi nyilatkozat

kitöltésére, ettől azonban a Biztosító eltekinthet.

7. fejezet Biztosítási esemény

- 7.1 Biztosítási esemény az életbiztosítási szerződés szerint
- a természetes személy Biztosított halála,
 - az előre meghatározott életkor, vagy időpont életben elérése,
 - egyéb esetben a különös feltételekben meghatározott esemény bekövetkezése.
- 7.2 Balesetbiztosítási eseménynek számít a Biztosított akaratától függetlenül hirtelen fellépő, egyszeri külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a Biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt éri és amellyel összefüggésben a Biztosított a baleset bekövetkezésétől számított egy éven belül elhalálozik illetve megrokkann, vagy egészségkárosodást szenved, amelynek következtében a Biztosított 1 éven belül:
- meghal,
 - tartós egészségkárosodást vagy rokkantságot szenved,
 - kórházi ápolásra szorul,
 - műtéti beavatkozást végeznek rajta.
- 7.3 Balesetbiztosítás esetén biztosítási eseménynek minősülnek továbbá a vízbefúlás, égési sérülések, leforrázás, rovarcsípés, villámcsapás vagy elektromos áram behatásai. A betegségek nem minősülnek balesetnek, a fertőző betegségek még balesetek következményeként sem minősülnek balesetnek.
- 7.4 Egészségbiztosítás esetén biztosítási eseménynek számítanak a Biztosított megbetegedése esetén végzett 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 a élet-, egészség- és balesetbiztosítás különös feltételei határozzák meg.

8. fejezet A biztosítási összeg

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

9. fejezet A biztosítás tartama

- 9.1 Élet-, egészség- vagy balesetbiztosítás határozott vagy határozatlan tartamra köthető.
- 9.2 Biztosítási időszaknak egy év tekintendő.
- 9.3 A határozott tartamra kötött biztosítási szerződés megállapodás szerinti tartama legalább egy év. A

biztosítási szerződés a határozott idő lejártával megszűnik.

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

10.fejezet A biztosítás területi és időbeli hatálya

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

11.fejezet A szerződés megszűnése, felmondása

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

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

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

11.3 Ha az esedékes biztosítási díjat nem fizetik meg, a Biztosító - a következményekre történő figyelmeztetés mellett - a Szerződőt a felszólításban meghatározott póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés megszűnik:

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

Nem szűnik meg a szerződés a díjfizetés elmulasztásának következtében a kockázati életbiztosításnak nem minősülő életbiztosítási szerződés esetén, amennyiben az eredménytelenül

eltelt póthatáridőt követő napon a szerződés rendelkezik visszavásárlási összeggel. Ilyen esetben a szerződés az esedékességtől számított 90. 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 állapotok meg. Életbiztosítás esetén a Szerződő a visszavásárlási értékre jogosult, amennyiben az aktuális díjtartalék nem haladja meg a Biztosító által meghatározott minimális értéket, illetve – kifizetés nélkül megszűnik, ha nincs visszavásárlási értéke vagy az nem pozitív. A szerződés a tartam végén akkor is megszűnik, ha arra további díjfizetés történik.

- 11.4 A Biztosító és a Szerződő megállapodhatnak a díjfizetés halasztásában, illetve folytatólagos díj esetében a Szerződő kérheti a díj szünetelését a termék különös feltételei szerint.
- 11.5 Ha a biztosítási esemény bekövetkezik, és a szerződés megszűnik, a Biztosító az egész biztosítási időszakra járó díj megfizetését követelheti. A szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a Biztosító az addig a napig járó díj megfizetését követelheti, amikor kockázatviselése véget ért. Ha az időarányos díjnál több díjat fizettek be, a Biztosító a díjtöbbletet kamatok nélkül 30 napon belül visszafizeti.
- 11.6 A biztosítási szerződés megszűnését a Biztosító a különös feltételekben az általános feltételektől eltérően is szabályozhatja.
- 11.7 A Szerződő, amennyiben az első éves biztosítási díjat befizette, az életbiztosítási szerződést írásban, harmincnapos felmondási idő mellett a biztosítási időszak utolsó napjára felmondhatja. A határozatlan időre kötött balesetbiztosítási szerződést a felek valamelyike, egészségbiztosítási szerződés esetén a Szerződő, a biztosítási évfordulót legalább 30 nappal megelőzően írásban a biztosítási időszak utolsó napjára felmondhatja. Élet-, és egészségbiztosítás esetén a Biztosító nem mondhatja fel a szerződést, kivéve a biztosítási kockázat jelentős növekedése esetén. Egészségbiztosítás tekintetében nem tekinthető a biztosítási kockázat jelentős növekedésének a biztosított életkora előrehaladásából származó természetes egészségromlás lehetősége.

12. fejezet A Szerződő jogai és kötelezettségei

- 12.1 A Szerződő javaslatot tehet a szerződés módosítására.
- 12.2 A Szerződő a biztosítási esemény bekövetkezéséig vagy a biztosított belépéséig a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról köteles tájékoztatni a Biztosítót.
- 12.3 A szerződés létrejöttétől és a Szerződő felmondási jogáról szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül az életbiztosítási szerződést a Szerződő indokolás nélkül felmondhatja jelen feltételek 11.1. pontja alapján.
A felmondási jog nem illeti meg a Szerződőt hitelfedezeti életbiztosítás esetén illetve, ha a szerződés

időtartama a 6 hónapot nem haladja meg.

13.fejezet A Biztosított kötelezettségei a biztosítási esemény bekövetkezése után

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

A Szerződő és a Biztosított a Biztosító előírásai és a káresemény bekövetkezésekor adott utasításai szerint, ezek hiányában az adott helyzetben általában elvárható magatartás követelménye szerint köteles a kárt enyhíteni. Ennek keretében a Szerződőnek és a Biztosítottnak a betegség vagy baleset után mindent meg kell tennie a kár enyhítése érdekében: haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe vennie és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatnia kell. Ugyanígy gondoskodnia kell az ápolásról és a következmények lehetőség szerinti elhárításáról és enyhítéséről is. A kárenyhítés szükséges költségei a biztosítási összeg keretei között akkor is a Biztosítót terhelik, ha a kárenyhítés nem vezetett eredményre. A Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól, ha bizonyítja, hogy a Szerződő vagy a Biztosított 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 A szerződés szempontjából lényeges körülményeknek minősülnek különösen a
- lakcím (Szerződő, Biztosított),
 - személyi adatok megváltozása (Szerződő, Biztosított),
 - foglalkozás (Biztosított),
 - rendszeresen űzött sporttevékenység (Biztosított).
- 14.5 A Biztosító az életbiztosítási termék esetén a bejelentett, megváltozott körülmények hatására bekövetkező kockázatváltozás (csökkenés vagy növekedés) miatt a lecsökkent vagy megemelkedett kockázat fennállásának időszakára díjcsökkentést vagy díjemelést alkalmazhat 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. Amennyiben a megváltozott szerződést nem fogadja el vagy az értesítésre 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.
- 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 kiterjeszheti a biztosítási védelmet a 14.2 pont szerint, az ott meghatározott korlátozásokkal. Miután a Biztosító értesül a Biztosított megváltozott körülményeiről, 15 napon belül írásban tájékoztatja a Szerződőt a megváltozott díjról. Ha a Szerződő a megváltozott szerződést nem fogadja el vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha a Biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a Szerződő figyelmét felhívta.

Amennyiben a Biztosított szakmája, foglalkozása, rendszeresen végzett sporttevékenysége változása következtében, a változás időpontjában érvényes Biztosítói díjszabás szerint a korábbiánál 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 korábbiánál 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.

Életbiztosítás és egészségbiztosítás esetén, ha a Biztosító a szerződéskötést követően szerez tudomást a szerződéskötéskor már fennállt lényeges körülményről, az ebből eredő jogokat a szerződés fennállásának az első öt évében gyakorolhatja. A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító kötelezettsége, ha a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt. Ezeket a rendelkezéseket a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változására vonatkozó bejelentési kötelezettségekre is alkalmazandók. A Biztosító ezzel kapcsolatos jogainak gyakorlására nyitva álló 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, nemét, egészségi állapotát, kórelőzményét, foglalkozását, a rendszeresen végzett sporttevékenységet, a biztosítás időtartamát, a biztosítási összeget és a díjfizetés gyakoriságát.
- 15.5 A biztosítási díj annak a biztosítási időszaknak a végéig esedékes, amelyben a biztosítási esemény bekövetkezett amennyiben a szerződés a biztosítási esemény bekövetkezésével megszűnt. A Biztosító a biztosítási összeggel együtt az utolsó díjköteles biztosítási időszak díján felüli esetleges túlfizetést is visszafizeti.
- 15.6 Az életbiztosításnál visszavásárlás és díjmentes leszállítás esetén a Biztosító a visszavásárlásig illetve díjmentesítésig járó időarányos díjra jogosult.
- 15.7 A szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a Biztosító az addig a napig járó díj megfizetését követelheti, amikor kockázatviselése véget ért. Ha az időarányos díjnál több díjat fizettek be, a Biztosító a díjtöbbletet köteles visszatéríteni.
- 15.8 Amennyiben a Biztosító figyelembe veszi az életkort, annak helytelen bevallása esetén a Biztosító a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályok szerint jár el.
- 15.9 A Biztosító az életbiztosítási termék esetén a biztosítási díjak egy részéből a biztosításmatematika elvei alapján életbiztosítási díjtartalékot képez. A díjtartalékot szerződésenként tartja nyilván és ez a szerződés visszavásárlásának, díjmentes leszállításának, a kötvénykölcsonnek 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 póthatáridő alatt az elmaradt díjat pótolhatja.

17.fejezet Reaktiválás

- 17.1 Amennyiben a biztosítási szerződés a folytatólagos díj nemfizetése miatt szűnt meg, a Szerződő a megszűnés napjától számított 120 napon belül írásban kérheti a Biztosító kockázatviselésének helyreállítását. A Biztosító a biztosítási fedezetet a megszűnt szerződés feltételei szerint helyreállíthatja, feltéve, hogy a korábban esedékessé vált biztosítási díjat az időarányos késedelmi kamattal együtt, valamint az esetlegesen kifizetett visszavásárlási értéket megfizeti.
- 17.2 A kockázatviselés a teljes díjhátralék megfizetését követő nap 0 órakor újra kezdődhet, amennyiben biztosítási esemény ezalatt az idő alatt nem következett be, a Különös Feltételekben kizáró ok nem szerepel, illetve a díjfizetés elmaradásának időtartama alatt nem történt kockáztnövelő esemény és a Biztosító a reaktiváláshoz hozzájárult. Amennyiben jelentős kockáztnövelő esemény következett

be, a Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a szerződést módosítsa.

- 17.3 Reaktiváláskor a Biztosított és a Szerződő köteles a díjfizetés elmulasztása alatti időszakban történt, az egészségi állapotukban (súlyosabb betegségek, balesetek) bekövetkezett változásokat a Biztosítónak írásban bejelenteni. A reaktiválást a Biztosító esetlegesen új egészségi nyilatkozat vagy orvosi vizsgálat meglétéhez, illetve kockázatelbírálás alkalmazásához kötheti, amely a Szerződő saját költségére történik.
- 17.4 A Biztosító kockázatviselése nem áll fenn a biztosítás megszűnésétől, illetve az elmaradt biztosítási díj esedékességétől a teljes díjhátralék megfizetését követő nap 0 órájáig.

18. fejezet A Biztosító mentesülése

- 18.1 A Biztosító mentesül a biztosítási szolgáltatás kifizetése alól, ha a Biztosított halála, balesete, betegsége vagy egészségkárosodása, illetve ezek következményei az alábbiakban felsoroltakkal állnak okozati összefüggésben:
- a) életbiztosítás esetén a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, azzal összefüggésben vagy a szerződéskötéstől számított két éven belül elkövetett öngyilkossága következtében vesztette életét,
 - b) a Biztosított HIV fertőzöttsége,
 - c) valamely betegség, illetőleg egészségi állapot a szerződéskötés előtti, a Biztosítottnál fennálló, de a Biztosító előtt tudatosan elhallgatott megléte,
 - d) élet- és balesetbiztosítás esetén, ha a Biztosított a Kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét,
 - e) alkohol- és drogfüggőség esetén ezek kezelésével és rehabilitációval összefüggő egészségbiztosítási események.
 - f) balesetbiztosítás, illetve kárbiztosításként kötött egészségbiztosítások esetén, ha a Biztosító által bizonyítást nyer, hogy a kárt a Szerződő, vagy a Biztosított, illetve a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk okozta.

Kárbiztosításként kerül megkötésre az egészségbiztosítás, ha a Biztosító szolgáltatása a Biztosított kárának a szerződésben meghatározott módon és mértékben történő megtérítésében, vagy a Biztosított részére nyújtott más szolgáltatás teljesítésében áll.

- 18.2 Jogellenes, súlyosan gondatlan magatartás alatt a következőket kell érteni:
- ittas (0,8 ezrelék véralkoholszintet elérő vagy azt meghaladó) vagy kábítószer alkalmazásának hatása alatti állapotával közvetlen összefüggésben következett be,
 - jogosítvány nélküli vagy ittas járművezetés közben következett be.
- 18.3 Életbiztosítási valamint balesetbiztosítási termék esetén a Biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a Biztosított a Kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét. Életbiztosítás esetén a visszavásárlási összeg ebben az esetben az örökösöket illeti meg, és abból a Kedvezményezett nem részesülhet.
- 18.4 Életbiztosítási termék esetén a Biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, viszont az aktuális életbiztosítási díjtartalékot megfizeti az 18.1 a-c) pontjaiban meghatározott esetekben.

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

19.fejezet Kizárások

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

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

A Biztosító a felsorolt kizárásoktól pótdíj ellenében eltekinthet. Életbiztosítási szerződésnél a fenti körülmények bekövetkezése esetén a Biztosító a visszavásárlási összeget fizeti ki.

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

- 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.

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

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

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

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

- 19.7 Balesetbiztosítási termékeknél a biztosítási védelem nem terjed ki továbbá azokra az eseményekre, melyek összefüggésbe hozhatók:
- Az elme- és tudatzavarban bekövetkezett balesetekkel, ha azok a Biztosított alkohol, kábítószer vagy gyógyszerek okozta lényeges korlátozottsága miatt következtek be.
 - A Biztosítottat ért szívinfarktus, szívszélhűdés, agyvérzés folytán bekövetkező balesetekkel. A szívinfarktus semmilyen körülmények között sem tekinthető baleseti következménynek.
 - A Biztosított öngyilkossága vagy öncsonkítása miatt bekövetkező eseményekkel.
 - A Biztosított testén saját maga vagy az ő hozzájárulásával mások által végzett gyógyító kezelések és beavatkozások folytán előidézett testi károsodásokkal, amennyiben erre nem valamely balesetbiztosítási esemény következtében került sor.
- 19.8 A Biztosító kockázatviselése csak a biztosítási tartam alatt bekövetkező balesetek következményeire terjed ki.

20. fejezet A kockázatviselés korlátozása, csökkentett kockázatviselés (kizárólag balesetbiztosítási szerződés megkötése esetén)

- 20.1 A Biztosító a balesetbiztosítási biztosítási szolgáltatást csak a bekövetkezett baleset által előidézett következmények esetén nyújtja (baleseti halál, baleseti rokkantság, azaz tartós egészségkárosodás, baleseti kórházi napi térítés és baleseti műtéti térítés).
- 20.2 Amennyiben a baleset előtt meglévő betegségek vagy fogyatékoságok a baleset következményeibe jelentősen közrehatottak (legalább 25%-ig), a Biztosító a fizetendő összeget a közrehatás mértékével csökkenti. Ennek mértékét a Biztosító orvosa határozza meg.
- 20.3 Az idegrendszer szervi eredetű zavarainál a Biztosító csak akkor teljesít kifizetést, ha az visszavezethető a baleset által előidézett károsodásra. Lelki magatartászavarok, neurózisok, pszichoneurózisok nem minősülnek baleseti oknak.
- 20.4 A Biztosító csak akkor teljesít kifizetést porckorongsérv esetén, ha bizonyítható, hogy annak előidézője a baleset következtében, a gerincoszlopot ért mechanikai behatás. Amennyiben a porckorongsérv a baleset előtt fennálló állapot súlyosbodása, a Biztosító nem teljesít kifizetést.
- 20.5 Hasfali és altesti sérv esetén csak akkor teljesít kifizetést, ha ezek előidézője a baleset következtében bekövetkező mechanikai behatás. Amennyiben ezek öröklött, a baleset előtt már fennálló állapot következményei, a Biztosító nem teljesít kifizetést.
- 20.6 Azok a személyek, akik testi fogyatékoságban vagy betegségben szenvednek, súlyos betegségen vagy műtéten 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 elme- betegségek, illetve a felsorolt betegségek következményeként fellépő ájulás, szédülés,
 - erősen korlátozott látás (8 dioptriától).

21.fejezet A biztosítási esemény bejelentése

- 21.1 A biztosítási eseményt annak bekövetkezésétől számított 8 munkanapon belül kell írásban a Biztosító kárbejelentő nyomtatványán a Szerződőnek/Biztosítottnak a Biztosítónak bejelentenie.
- 21.2 A Biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő, illetve a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését a fenti határidőig a Biztosítónak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlené 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:
- biztosítási kötvény,
 - az utolsó díjfizetést igazoló nyugta,
 - hivatalos bizonyítvány a Biztosított születésének napjáról (személyi igazolvány vagy születési anyakönyvi kivonat),
 - 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:

- hivatalos orvosi dokumentumok a betegség pontos diagnózisáról, a vizsgálat, az orvosi beavatkozás, műtét, ápolás, az állapot diagnosztizálásáról,
 - kórházi zárójelentés,
 - az egészségügyi intézmény által kibocsátott hivatalos számla, mely tartalmazza a betegség pontos diagnózisának, a vizsgálatnak, az orvosi beavatkozásnak, műtétnek, ápolásnak, az állapot diagnosztizálásának ellenértékét (amennyiben azt az intézmény a rendelkezésre bocsátotta),
- 22.2 Halál bekövetkezése esetén a fentiekén túl a Biztosító a következő okmányok bemutatását kéri:
- halotti anyakönyvi kivonat eredeti példánya,
 - az elhunytat utolsóként kezelt orvostól származó részletes orvosi bizonyítványt, vagy ha ilyen kezelésre nem került sor, más olyan orvosi vagy hatósági bizonyítványt, amely tartalmazza a halál okát, a halált okozó betegség kezdetének időpontját, lefolyását, illetőleg a halál körülményeit,
 - külföldön bekövetkezett halál esetén a külföldi hatóság által kiállított hiteles okirat hitelesített magyar fordítását,
 - hatósági eljárás esetén a nyomozást megszüntető vagy megtagadó határozatot,
 - a különös feltételekben meghatározott egyes betegségekre előírt okmányokat,
 - 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 beszerezze.

- b) a Biztosított tisztázatlan halála esetén a holttestet megvizsgálta, szükség szerint a boncolását és exhumálását elvégeztette.

- 22.4 A biztosítási esemény bekövetkezésekor, a Biztosított életben léte esetén a Biztosító megkövetelheti, hogy a Biztosított az általa előírt orvosi vizsgálatokon részt vegyen.
- 22.5 A hiteles orvosi dokumentumokat a Biztosító orvosszakértője bírálja el. Vitás esetekben a Biztosítottnak joga van független orvosszakértő véleményének beszerzését kezdeményezni.
- 22.6 Minden olyan adatszerzés költsége, amely a biztosítási esemény tisztázásához elengedhetetlenül szükséges, azt a felet terheli, aki érdekeit érvényesíteni kívánja.
- 22.7 A Biztosító beszerezhet továbbá egyéb iratokat, melyek a biztosítási esemény és a jogosultság tisztázásához szükségesek a Biztosítóról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény titoktartási kötelezettségére vonatkozó rendelkezéseinek betartásával. Ez az adatszerzési tevékenység életbiztosítási szerződés esetén csak az ajánlattétel előtti időszakra és az ajánlattételt követő 5 évre terjedhet ki, feltéve, hogy ahhoz a Szerződő (Biztosított) az ajánlattételkor hozzájárult.
- 22.8 A felsorolt dokumentumokon kívül egyéb dokumentumok benyújtásával a Biztosítottnak joga van a károk és költségek igazolására a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

23. fejezet A Biztosító szolgáltatása

- 23.1 A Biztosító a 22. fejezetben jelzett dokumentumok közül az utolsó irat beérkezésétől számított 15 napon belül teljesíti szolgáltatási kötelezettségét az egyes termékekre vonatkozó különös szerződési feltételekben meghatározottak szerint.
- 23.2 Az esedékes, de meg nem fizetett díjat, az egyes különös feltételek szerint meghatározásra kerülő, még el nem számolt költségeket a Biztosító a biztosítási összegből levonhatja.
- 23.3 Az iratok beszerzésének kötelezettsége és az ezzel kapcsolatos költségek azt terhelik, akinek a biztosítási szolgáltatás teljesítése, illetve nem teljesítése céljából a bizonyítás érdekében áll.
- 23.4 A Biztosítási összeget a Biztosító az elévülési időn belül kamatmentesen kezeli, ha a kifizetés elmaradása a jogosult késedelmes igényérvényesítésére vezethető vissza. Az elévülési idő leteltével, a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége megszűnik.
- 23.5 A biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosítási szolgáltatásra a Kedvezményezett jogosult.
- 23.6 A Biztosító a szolgáltatást az arra jogosult személy vagy intézmény számlájára vagy címére utalással teljesíti.

24.fejezet Maradékjogok

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

25.fejezet A Szerződő felmondási és visszavásárlási joga életbiztosítás esetén

- 25.1 A visszavásárlási igény bejelentése esetén a Biztosító kockázatviselése a bejelentés dátumát követő nap 0 órájától megszűnik.
- 25.2 A visszavásárlási értékkel rendelkező biztosítási szerződések esetében a szerződés felmondásakor a Biztosító visszavásárlási összeget fizet.
- 25.3 A visszavásárlási összeg számításának módja a Különös Feltételekben termékenként kerül meghatározásra.
- 25.4 A visszavásárlási összegből a Biztosító levonja az esetleges kölcsöntartozást, valamint az esetleges díjhátralékot, beleértve a hozzájuk tartozó kamatterheket is.

26.fejezet A díjmentes leszállítás életbiztosítás esetén

- 26.1 A díjmentes leszállítás jogát tartalmazó (folyamatos díjas) szerződések esetében a Szerződő kérheti, hogy a Biztosító a biztosítást díjmentesen leszállított biztosítássá alakítsa át. A szerződés automatikusan díjmentesen leszállított lesz a díjfizetés elmulasztása esetén a 11.3 pontban meghatározottak szerint, ha a szerződés a díjmentesítés napján rendelkezik visszavásárlási értékkel.
- 26.2 A díjmentes leszállítás a biztosítási összeg leszállítását jelenti olyan összegre, amely megfelel a díjmentesítés időpontjában a biztosítás díjtartalékának, mint egyszeri díjnak alapul vételével nyújtható – azonos feltételű – biztosítás biztosítási összegének. A Biztosító megállapíthat egy minimális szintet, amely alá eső díjtartalék (figyelembe véve az esetleges 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 díjmentességet a Biztosító a kötvényre rávezeti.
- 26.4 A Szerződő kérésére a díjfizetés visszaállítható a különös feltételekben meghatározott módon.
- 26.5 A díjmentesen leszállított, befektetési egységet nem tartalmazó biztosításra is vonatkoznak a befektetések többlet- hozamából történő részesedés szabályai.
- 26.6 Az esedékes és meg nem fizetett díjak összegét a Biztosító figyelembe veszi a szerződés díjmentesítése esetén.

27.fejezet Kötvénykölcsön életbiztosítás esetén

- 27.1 A visszavásárlási értékkel rendelkező biztosítási szerződések esetén a Szerződő az életbiztosítási díjtartalék terhére kölcsön folyósítását kérheti, amennyiben a Szerződőnek nincs díjhátraléka, illetve kölcsön- vagy kölcsönkamat-tartozása.
- 27.2 A kölcsön visszafizetésének rögzített tartama maximum 364 nap.
- 27.3 A kötvénykölcsön iránti kérelem során a kölcsön folyósításáról, illetve megtagadásáról a Biztosító dönt. Amennyiben a kölcsön folyósításra kerül, azt a Biztosító a kötvényen feljegyzi. A kölcsön kamataról 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 életbiztosítási termékek esetén van lehetőség többlethozam-visszatérítésre. Többlethozam a matematikai tartalékok befektetése hozamának és a technikai kamatláb felhasználásával számított hozamnak a különbsége. A matematikai díjtartalék befektetési többlethozamának legalább 80 százalékát a Biztosító a szerződésen jóváírja.
- 28.2 A szerződésekre vonatkozó technikai kamatot és a visszajuttatandó többlethozam mértékét az egyes életbiztosítási termékek különös feltételei tartalmazzák.
- 28.3 A szerződés lejáratának évében a többlethozam-visszatérítés becsült hozamérték alapján történik. A becslésből adódó esetleges eltérés következményeként sem a Kedvezményezettnek, sem a Biztosítónak nem keletkezik követelése.
- 28.4 A szerződés lejárat előtti megszűnése esetében (maradékjog gyakorlása, biztosítási esemény) a többlethozam kifizetése az aktuális biztosítási évben elért törtéves, becsült hozamérték alapján történik. A becslésből adódó esetleges eltérés következményeként sem a Szerződőnek/Kedvezményezettnek, sem a Biztosítónak nem keletkezik követelése.

29.fejezet A biztosítási kötvény elvesztése

- 29.1 A Szerződő köteles a kötvény elvesztését a Biztosítónál haladéktalanul bejelenteni.

29.2 A kötvénymásolat kiállításának költségei a Szerződőt terhelik.

30.fejezet A jognyilatkozat módja

- 30.1 A Biztosító által a Szerződőnek, a Biztosítottnak vagy egyéb jogosultnak, illetőleg ezen személyek által a Biztosítónak, a szerződés megkötés kori vagy azt követő jognyilatkozatait írásban juttatják el. A jognyilatkozat akkor tekintendő meg-érkezettnek, amikor azt a címzettnek kézbesítették, vagy ellenkező bizonyítás hiányában a postára adástól számított 5. napon. A Biztosító jogosult elektronikus levél útján megküldeni a Szerződőnek, Biztosítottnak vagy egyéb jogosultnak 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

- 31.1 A Biztosító ügyfeleinek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (Bit.) által meghatározott egyéb cél lehet. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a Biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.
- 31.2 Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a Biztosító a fent meghatározott célokból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény

rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti. Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha a Biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad, vagy ha a biztosítási törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

- 31.3 A Bit. 153–161. §-ában foglaltak alapján az ügyfél adata külön felhatalmazás nélkül kiadható a feladatkörében eljáró Felügyeletnek; a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatóságnak és ügyészségnek, továbbá az általuk kirendelt szakértőnek, büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bíróságnak, a bíróság által kirendelt szakértőnek, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtónak, a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzőnek, továbbá az általa kirendelt szakértőnek, az adóhatóságnak, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a Biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli; a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálatnak; a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatalnak; a feladatkörében eljáró gyámhatóságnak; a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosának, valamint pénzügyi jogok biztosának, a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnak; az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatóságnak; a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ-gyűjtésre felhatalmazott szervnek; a viszontbiztosítónak, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló Biztosítóknak; az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő Biztosítónak; a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében a Kártalanítási Számlát kezelő szervezetnek, az Információs Központnak, a Kártalanítási Szervezetnek és a kárrendezési megbízottnak; a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzőnek, ha a szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul a Biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját.
- 31.4 A Biztosító a nyomozó hatóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy
- a) a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
 - b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.
- 31.5 A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha
- a) a magyar bűnüldöző szerv - nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából - írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a Biztosítótól.
 - b) a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása

megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a Biztosítótól.

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

31.7 Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, a Biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben ha a Biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, illetve az adatalany hozzájárulásának hiányában ha az adattovábbításnak törvényben meghatározott adatköre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban a személyes adatok védelmének megfelelő szintje az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény 8. § (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.

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

31.9

(1) A biztosító (a továbbiakban: megkereső biztosító) - a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében - a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz (a továbbiakban: megkeresett biztosító) az e biztosító által - a törvény alapján a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével - kezelt és a (3)-(5) pontokban meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, ha a megkereső biztosító erre vonatkozó jogosultsága a biztosítási szerződésben rögzítésre került.

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

(3) A megkereső biztosító a Bit. 1. számú melléklet A) rész 1. és 2. pontjában, továbbá a 2. számú mellékletben meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:

- a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személy azonosító adatait;
- a biztosítandó vagy 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;

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

31.10 A Biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének 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.

32.fejezet A biztosítás elévülése

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

33.fejezet Illetékes bíróság

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

P7110 Folyamatos díjas halálesetre szóló életbiztosítás Különös feltételek

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (1138 Budapest, Váci út 135–139.) – a továbbiakban Biztosító – által kiadott Általános Személybiztosítási Feltételek, a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és a jelen P7110 Folyamatos díjas halálesetre szóló életbiztosítás különös feltételei együtt a P7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítási szerződés részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre való hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekre a magyar jogszabályok és a Biztosító Általános Személybiztosítási Feltételei 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.

Jelen biztosításhoz kiegészítő biztosítások és szolgáltatások kapcsolhatók, amelyekre külön szerződési feltételek vonatkoznak.

1. fejezet Fogalmak és meghatározások

1.1 Technikai kamat:

A Biztosító egy befektetési hozamot határoz meg és vállalja, hogy a szerződés tartama alatt az életbiztosítási díjtartalék befektetésén legalább ekkora hozamot ér el. Ezt a hozamot a díjkalkulációban figyelembe veszi és a biztosítás díját ennek megfelelően alacsonyabban határozza meg. Ez a hozam a technikai kamat, amelynek mértéke jelen szerződés esetében 2,5%.

1.2 Főbiztosítás

Jelen biztosítási szerződés vonatkozásában a P 7110 Folyamatos díjas halálesetre szóló életbiztosítási szerződés főbiztosításnak minősül. Ennek értelmében a főbiztosítás nélkül kiegészítő biztosítások nem köthetőek. A főbiztosítás megszűnésével a kiegészítő biztosítások is automatikusan megszűnnek.

1.3 Dohányzó

Dohányzónak minősül jelen biztosítási feltételek vonatkozásában az, aki a Biztosító által előírt szárazvér-teszt eredménye és a Biztosító értékelése alapján dohányzónak minősül. A Biztosító a honlapján teszi közzé, hogy az adott időszakban milyen mértékű kotinin szint felett minősül a Főbiztosított dohányzónak. A Biztosító jogosult az irányadó kotinin szint bármikori, azonnali hatályú megváltoztatására. A Biztosító a biztosítási szerződés tartama alatt a Főbiztosított dohányzó/nemdohányzó besorolásán nem módosít. A 18 év alatti Főbiztosítottakat a teljes biztosítási tartam ideje alatt a Biztosító nemdohányzónak tekinti.

1.4 Tarifális díj:

A Biztosító által meghatározott díj, melynél a Biztosító figyelembe veszi a Főbiztosított életkorát, egészségi állapotát, kórelőzményét, foglalkozását, a rendszeresen végzett sporttevékenységét, a biztosítás időtartamát, a biztosítási összeget és a díjfizetés gyakoriságát.

2. fejezet A biztosítási szerződés alanyai

- 2.1 A Szerződő fél az a személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz, és aki a biztosítási díjat fizetni tartozik. Természetes személy abban az esetben lehet Szerződő, ha betöltötte a 18. életévét.
- 2.2 Jelen életbiztosítási szerződésben a Szerződő Főbiztosította(ka)t nevez meg. Főbiztosított az a személy, akinek vonatkozásában jelen főbiztosítás megkötése kötelező, és akinek életével a jelen feltételben meghatározott biztosítási esemény kapcsolatos.
- 2.3 Amennyiben a Szerződő természetes személy, a szerződésben egy időben legfeljebb két Főbiztosítottat lehet megnevezni úgy, hogy a Szerződő az egyik Főbiztosított.
- 2.4 Nem természetes személy Szerződő a biztosítási szerződésben kizárólag egy Főbiztosítottat nevezhet meg.
- 2.5 A Főbiztosítottak személyét a biztosítási tartam alatt nem lehet megváltoztatni.
- 2.6 Amennyiben a Szerződő Főbiztosított meghal, akkor a második Főbiztosított beléphet a Szerződő helyébe, ezzel automatikusan vállalja a vonatkozó jogokat és kötelezettségeket, és a Biztosító kockázatviselése tovább folytatódik. A Főbiztosított a Biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal a szerződés tartama során bármikor jogosult a szerződésbe, a Szerződő helyébe belépni. A kiegészítő biztosítások biztosítottjai nem jogosultak a főszerződés Szerződője helyébe belépni, kivéve ha egyben Főbiztosítottak is. A belépéshez a Biztosító hozzájárulása nem szükséges. A belépéssel a Szerződőt megillető jogok és az őt terhelő kötelezettségek összessége a biztosítottra száll át. Ha a Biztosított belép a szerződésbe, a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a biztosított a szerződő féllal egyetemlegesen felelős. A szerződésbe belépő biztosított köteles a Szerződőnek a szerződésre fordított költségeit - ideértve a biztosítási díjat is - megtéríteni.
- 2.7 Második Főbiztosított jelölésére kizárólag az ajánlattételkor van lehetőség.
- 2.8 Jelen szerződés keretében Biztosított(ak)at a kiegészítő biztosítások vonatkozásában lehet megnevezni.
- 2.9 Egy szerződésben a fő- és kiegészítő biztosítottak száma együttesen legfeljebb 10 fő lehet.
- 2.10 Nem lehet (Fő)Biztosított az, aki a kockázatviselést megelőzően már rendelkezik a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (továbbiakban szakértő intézet) szakhatósági állásfoglalásával, illetve kérelmet nyújtott be az említett intézetről egészségkárosodás megállapítása céljából.
- 2.11 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, úgy a szerződés érvényességéhez szükséges a gyámhatóság jóváhagyása.
- 2.12 Kedvezményezett az a személy, aki az adott biztosítási szolgáltatásra jogosult. Kedvezményezette(ke)t a Szerződő jelölhet. Amennyiben két Főbiztosított van a szerződésben, a Főbiztosítottakhoz eltérő Kedvezményezettek, eltérő részarányal jelölhetők. Abban az esetben, ha a Főbiztosított kiskorú és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülője köti meg, vagy ha a Főbiztosított cselekvőképességében vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy

cselekvőképtelen nagykorú személy, úgy a Kedvezményezett jelöléshez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges.

- 2.13 Kedvezményezett jelölés hiányában, vagy ha a Kedvezményezett megnevezése nem volt érvényes a biztosítási esemény időpontjában, a Főbiztosított örökösei jogosultak a szolgáltatásra.
- 2.14 Ha a Szerződő és a Főbiztosított személye nem azonos, a kedvezményezett-jelöléshez a Főbiztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. A Szerződő a Főbiztosított írásbeli hozzájárulásával az ajánlattételkor, illetve a tartamon belül, a választott díjfizetési gyakorisággal megegyezően, a díjfizetés esedékessége előtt 15 nappal Kedvezményezettet jelölhet meg, módosíthat, illetve visszavonhatja a Kedvezményezett jelölést.
- 2.15 A Kedvezményezett jelölése hatályát veszti, ha a Kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal, vagy jogutód nélkül megszűnik. Ebben az esetben Kedvezményezettek a Főbiztosított örökösei, amennyiben a Szerződő nem él további kedvezményezett- jelölési jogával.
- 2.16 Ha a Szerződő a Főbiztosítotthoz 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 ezen nyilatkozatáról a Kedvezményezett jelölésre rendszeresített nyomtatványon tájékoztatja a Biztosítót.
- 2.17 A Főbiztosított kifejezett hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek a kedvezményezett jelölését tartalmazó része semmis. Ilyen esetben Kedvezményezettnek a Főbiztosított örökösét kell tekinteni, aki köteles megtéríteni a Szerződőnek a kifizetett biztosítási díjakat és a szerződésre fordított költségeket.

3. fejezet A Főbiztosítottak életkora

- 3.1 A biztosítás 1-70 éves korig köthető.
- 3.2 Jelen feltételek szerint a minimális belépési kor, az Általános Személybiztosítási Feltételek 2. fejezetében meghatározott életkor számításától eltérően, a betöltött 1 éves kort jelenti.
- 3.3 A biztosítás tartamának utolsó évében a Főbiztosított életkora nem haladhatja meg a 75. életévet.

4. fejezet A biztosítási esemény

- 4.1 Jelen feltételek szerint biztosítási esemény bármely Főbiztosítottnak a biztosítás tartama alatt bármely okból bekövetkező halála.

5. fejezet A biztosítási szolgáltatás

- 5.1 A Főbiztosított biztosítási tartam alatt bekövetkező halála esetén a Biztosító az aktuális biztosítási összeget fizeti ki és a kifizetéssel a biztosítás az elhalálozott Főbiztosított vonatkozásában megszűnik. A Szerződő Főbiztosított halála esetén a második Főbiztosított automatikusan a Szerződő Főbiztosított helyére lép Szerződőként. Ebben az esetben a Biztosító kockázatviselése tovább folytatódik.
- 5.2 Az aktuális biztosítási összeg a jelen feltételek 14. fejezetében meghatározott értékűkövetési szabályok és a 18. fejezetben meghatározott többlethozam-visszatérítés szerint megnövelt biztosítási összeg.

- 5.3 Amennyiben a biztosítási tartam lejáratakor a Főbiztosított él, illetve két Főbiztosított esetén mindkét Főbiztosított él, akkor a biztosítási tartam lejáratkor a biztosítás kifizetés nélkül megszűnik.

6. fejezet Kiegészítő biztosítások

- 6.1 Jelen életbiztosításhoz a tartam során a választott díjfizetési gyakoriság ütemezésével megegyezően kiegészítő biztosítások köthetők, amelyek listáját a 2. számú melléklet 1. pontja tartalmazza.
- 6.2 A kiegészítő biztosítások a tartam alatt a választott díjfizetési gyakoriság ütemezésével megegyezően, a kiegészítő biztosítás biztosítási díjával rendezett időszak végére felmondással megszüntethetők, a Biztosító kockázatviselése az utolsó díjjal fedezett nappal szűnik meg.
- 6.3 A főbiztosítás(ok) mellé eltérő kiegészítő biztosítások köthetők, eltérő biztosítási összegekkel.
- 6.4 Kiegészítő biztosításra vonatkozó kockázatviselés megszűnik, amennyiben a Szerződő felmondja a biztosítási szerződést, ha a Biztosított kora eléri a maximális lejáratkorhatárt, vagy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén, amennyiben a különös feltételek erről rendelkeznek, illetve a főbiztosítás megszűnésével egyidejűleg.
- 6.5 Egy szerződésen belül a Főbiztosítottak és a kiegészítő biztosítások Biztosítottjainak száma összesen legfeljebb 10 fő lehet. A tartam során a választott díjfizetési gyakoriság ütemezésével megegyezően a Biztosítottak kiléptethetők és új Biztosítottak léptethetők be. Új Biztosított beléptetéséhez a Szerződő és az új Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.
- 6.6 Jelen főbiztosításhoz kötött kiegészítő biztosítások díjfizetési tartama legfeljebb a főbiztosítási díjfizetési tartamának végéig terjedhet.

7. fejezet Dr. LIFE szolgáltatási csomag (Nemzetközi Orvosi Szakvélemény és Orvosi Call Center szolgáltatás)

- 7.1 A Biztosító lehetőséget nyújt Nemzetközi Orvosi Szakvélemény és Orvosi Call Center szolgáltatás igénybe vételére, amennyiben a szerződés díja a 2. számú melléklet 6. pontjában meghatározott éves biztosítási díjat meghaladja.
- 7.2 A szolgáltatás a biztosítási tartam végéig vehető igénybe.
- 7.3 A szolgáltatás igénybevételének lehetőségeit a Dr. LIFE szolgáltatási csomag különös feltételei tartalmazzák.
- 7.4 A szolgáltatás igénybevételére a (Fő)Biztosított a tartam során is jogosulttá válhat.

8. fejezet A várakozási idő

- 8.1 A várakozási idő alatt azt az időszakot kell érteni, amely az orvosi vizsgálat nélkül kötött szerződések esetén a szerződés hatályba lépésétől a kockázatviselés kezdetéig tart. A várakozási idő alatt a Biztosító kockázatviselése nem áll fenn.
- 8.2 A Biztosító az orvosi vizsgálat nélkül kötött, azaz az egészségi nyilatkozattal és az egészségi kérdőívvel létrejövő szerződések esetén adott Főbiztosított tekintetében hat hónap várakozási időt köt ki.

- 8.3 A Biztosító előírhatja a Főbiztosított korának és a választott biztosítási összegnek függvényében az orvosi vizsgálat elvégzését, amely vizsgálat a kockázat bevállalásához ebben az esetben elengedhetetlen.
- 8.4 A Biztosító eltekint a várakozási időtől, ha a Főbiztosított az előírt orvosi vizsgálatot saját költségén elvégezteti és a vizsgálatok eredményét a Biztosító rendelkezésére bocsátja.
- 8.5 Nem vonatkozik a várakozási idő a balesetekre és azok következményeire.

9. fejezet Kockázatelbírálás

- 9.1 A Biztosító a biztosítási összeg nagyságától, a Főbiztosított korától és az egyéb kockázati tényezőktől függően a biztosítási kockázat-elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérést végez, amelynek az alábbiakat írhatja elő:
 - a) szárazvér teszt (18 éves életkor betöltését követően)
 - b) egészségi nyilatkozat
 - c) egészségi kérdőív
 - d) nagyorvosi vizsgálat
 - e) az a)-d) pontok alapján beszerzendő egyéb orvosi dokumentumok.Minden Főbiztosított tekintetében kötelező egészségi nyilatkozat megtétele vagy egészségi kérdőív kitöltése, amely az ajánlat részét képezi.
- 9.2 A Biztosító az ajánlatot az összes kapcsolódó dokumentum, vagyis többek között az orvosi dokumentum és vizsgálati eredmény beérkezését követően, az ajánlat beérkezésétől számított 60 napon belül bírálja el. Amennyiben az ajánlat hiányossága vagy egyéb dokumentumok hiánya miatt a Biztosítónak nem állnak rendelkezésére az ajánlat elfogadásához szükséges adatok illetve információk, az ajánlatot elutasíthatja, amelyről az ajánlat beérkezésétől számított 60 napon belül írásban tájékoztatja a Szerződőt.
- 9.3 A Biztosító a 9.1 pontban felsoroltak alapján dönt az ajánlat elfogadásáról, a nemdohányzó kedvezményről, az esetleges díjemelés alkalmazásáról.
- 9.4 A Biztosító alkalmazhat telefonos és elektronikus kockázat-elbírálást. Ezek eredményét az egészségi nyilatkozattal vagy egészségi kérdőívvel együttesen veszi figyelembe a kockázat-elbírálás során.
- 9.5 Amennyiben a biztosítási tartam alatt a Szerződő új kiegészítő biztosítást köt, a Biztosítónak jogában áll ismételt kockázat-elbírálást előírni.

10. fejezet A biztosítás tartama, a Biztosító kockázatviselése

- 10.1 A biztosítás 5-40 éves határozott időtartamra, egész évekre köthető.
- 10.2 A biztosítás tartamát a Szerződő az ajánlattételkor választja meg.
- 10.3 A lejárat napja a biztosítási tartam utolsó évének biztosítási évfordulója.
- 10.4 A biztosítás tartama a két Főbiztosított vonatkozásában megegyezik.
- 10.5 Az Általános Személybiztosítási Feltételek 4.1 pontjától eltérően a Biztosító kockázatviselése a biztosítási ajánlat aláírását követő nap 0 órakor visszamenőleges hatállyal kezdődik, feltéve, hogy a

biztosítási szerződés létrejött vagy létre fog jönni és a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő első folyamatos díj az Általános Személybiztosítási Feltételek 4. fejezetében meghatározottak szerint a Biztosítóhoz beérkezett.

11. fejezet A biztosítás megszűnése

A Biztosító jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselése megszűnik:

- 11.1 A biztosítás lejáratát követő nap 0 órájakor.
- 11.2 A biztosítási esemény bekövetkezésének napján, amennyiben csak egy Főbiztosított van a szerződésben, illetve két Főbiztosított esetén a később elhunyt Főbiztosított halálának napján.
- 11.3 Díjnemfizetés esetén – díjmentesítési lehetőség hiányában – amennyiben a Biztosító díjfelszólító levelében közölt fizetési póthatáridő eredménytelenül telt el, az első elmaradt díj esedékességétől számított 90. napot követő nap 0 órájakor.
- 11.4 A biztosítás Szerződő által történő felmondása esetén (Általános Személybiztosítási Feltételek 11. fejezet), a felmondási határidőt követő nap 0 órájakor.
- 11.5 A kockázatviselés megszűnése után bekövetkezett biztosítási eseményre a Biztosítónak szolgáltatási kötelezettsége nincs.

12. fejezet A biztosítási összeg

- 12.1 Az első biztosítási évben jelen feltételek 1. számú mellékletének 1. pontjában meghatározott kezdeti összeg.
- 12.2 A további években az értékkövetés és a többlethozam jóváírásának kivételével a biztosítási összeg nem változhat.
- 12.3 Biztosítási összeg tartam alatti módosítására a Biztosító nem nyújt lehetőséget.

13. fejezet A biztosítási díj

- 13.1 A Biztosító kockázatvállalásáért és szolgáltatásaiért cserébe a Szerződő díjat fizet.
- 13.2 A biztosítás rendszeres díjfizetésű.
- 13.3 A biztosítás díja éves, de az éves díj pótlékkal havi, negyedéves és féléves részletekben is fizethető. A pótlékot a Biztosító a befektetett eszközein elért hozam figyelembevételével határozza meg úgy, hogy az mindenkor a szerződés következő biztosítási évére érvényes. A Biztosító a pótlék mértékének változásáról legalább 30 nappal a biztosítási évforduló előtt írásban értesíti a Szerződőt. A biztosítási díj fizetésének elmaradása esetén a szerződés az Általános Személybiztosítási feltételek 11. fejezet (3) pontja és 16. fejezete értelmében megszűnik.
- 13.4 A szerződés minimális díját az 1. számú melléklet 2. pontja határozza meg.
- 13.5 A biztosítási díj kiszámítása az Általános Személybiztosítási Feltételekben meghatározottakon kívül a dohányzási szokások figyelembevételével történik.

- 13.6 A Biztosító az ajánlat elfogadása előtt kérdéseket tesz fel a Főbiztosított dohányzási szokásaira vonatkozóan.
- 13.7 Amennyiben a Főbiztosított a nem dohányzó díjkedvezményt igénybe kívánja venni, abban az esetben a Biztosító által előírt szárazvér teszt vizsgálaton köteles részt venni. Amennyiben a Főbiztosított a szárazvér teszten nem vesz részt, vagy annak eredménye azt mutatja ki, hogy a Főbiztosított dohányzó, illetve a szárazvér teszt eredménye a Biztosítóhoz az ajánlat megtételét követő 30 napon belül nem érkezik meg, akkor a Biztosító jogosult a nem-dohányzó kedvezmény kockázatvállalás időpontjára visszamenő hatállyal történő megvonására.
- 13.8 A nemdohányzó kedvezmény a tartam egészére vonatkozik.
- 13.9 Jelen főbiztosítás díjfizetési tartama megegyezik a szerződés tartamával.
- 13.10 Díjfizetési mód és díjfizetési gyakoriság módosítását a Szerződő a választott díjfizetési gyakoriság ütemezésével megegyezően, a díjfizetés esedékessége előtt 30 nappal írásban kezdeményezheti.
- 13.11 A Szerződőnek eseti díjak fizetésére nincs lehetősége.

14. fejezet A biztosítás értékének megőrzése

- 14.1 A biztosítás értékének megőrzését a biztosítási összeg évenkénti emelésének lehetősége biztosítja. Az ehhez tartozó díjemelés a biztosítási összegnek, a Főbiztosított 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.
- 14.2 Az értékkövetéshez használt index (az évenkénti biztosítási összeg növekedésének mértéke) a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett, előző naptári év fogyasztói árindexe alapján kerül meghatározásra. Amennyiben a KSH által hivatalosan közzétett index 5% vagy 5% alatti, a Biztosító 5%-os indexet alkalmaz, amennyiben a KSH által hivatalosan közzétett index 5% feletti, a Biztosító az aktuális KSH index mértékével megegyezően növeli a biztosítási összeget.
- 14.3 A biztosítási összeg indexálása és így a díj emelkedése a biztosítás megkötését követő első biztosítási évfordulón kezdődik, és évente ismétlődik. 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.
- 14.4 A biztosítási évfordulót megelőzően (legalább 30 nappal) a Biztosító minden évben értesítést küld a megemelkedett biztosítási összegről vagy szolgáltatásról és a megemelkedett díjról. A Szerződőnek jogában áll a díjemelést (értékkövetést) 30 napon belül visszautasítani. Ha ezt nem teszi meg, a Biztosító a megnövelt biztosítási összeget és díjat tekinti érvényesnek.
- 14.5 Az értékkövetési lehetőség két egymást követő elutasítása után az értékkövetést a továbbiakban a Szerződő kérésére, a Szerződő költségére elvégzett egészségügyi kockázatelbírálást követően lehet visszaállítani.

15. fejezet A szerződés módosítása

- 15.1 A Szerződő a szerződés módosítását a Biztosító által rendelkezésre bocsátott formanyomtatványon, írásban kezdeményezheti. A Szerződő köteles az írásbeli kérelem eredeti példányát a választott díjfizetési gyakoriság ütemezésével megegyezően, a díjfizetés esedékessége előtt 30 nappal írásban a

Biztosítóhoz eljuttatni. Amennyiben a szerződés kezdeményezett módosítása érinti a Biztosító kockázatvállalását, a Biztosító jogosult kockázat-elbírálást végezni a módosítás elfogadása előtt. Ilyen esetben a Biztosító a módosítás befogadásáról annak beérkezésétől számított 60 nap alatt határoz.

- 15.2 A Biztosító az egyes biztosítási szerződések tartama során nem jogosult megváltoztatni jelen feltételek 1. számú mellékletében közzétett adatokat.
- 15.3 A Biztosító jogosult a jelen feltételek 2. mellékletében közzétett adatokat naptári évente legfeljebb kétszer megváltoztatni. A változásról a Biztosító a Szerződőt a változás hatályba lépése előtt 30 nappal írásban köteles értesíteni, amely kötelezettségének a Biztosító a honlapon történő közzététellel eleget tesz. Amennyiben a Szerződő a biztosító által eszközölt változásokat nem fogadja el, akkor joga van a biztosítási szerződést megszüntetni.

16. fejezet A Biztosító mentesülése és kockázatviselésének korlátozása

- 16.1 A Biztosító mentesül a szolgáltatás kifizetése alól az Általános Személybiztosítási Feltételek 18. és 19. fejezetében meghatározott esetekben, továbbá korlátozott a kockázatviselése az Általános Személybiztosítási Feltételek 20. fejezetében meghatározottakra vonatkozóan.
- 16.2 A biztosítási védelem nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek összefüggésbe hozhatók:
- hivatásos sportolói foglalkozással,
 - bármilyen sporttevékenységgel, amelynek célja rekord beállításra való felkészülés vagy rekord beállítási kísérlet,
 - a következő extrém sporttevékenységekkel, kivétel, ha a kötvény erre vonatkozó sport-záradékot tartalmaz: vízisí, jetski, vadvízi evezés (rafting), hegy- és sziklamászás (2000 m-ig), barlangászat, mélybe ugrás (bungee jumping), falmászás, hőlégballonozás, félkezes és nyílttengeri vitorlázás, sárkányrepülés, ejtőernyőzés, paplanernyőzés, műrepülés, siklóernyőzés, vadászat.
- 16.3 A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amelyek ok-okozati összefüggésben vannak a következő extrém sporttevékenységekkel: magashegyi expedíció, rally, bázisugrás, roncsautó (autó crash) sport és a 16.2 és 16.3 pontokban fel nem sorolt egyéb extrém sporttevékenységgel.
- 16.4 A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon esetekre, ha a biztosítási esemény összefüggésben hozható a I HIV vírusfertőzéssel, Hepatitis B és C vírusfertőzéssel

17. fejezet Maradékjogok

- 17.1 Az életbiztosítás nem rendelkezik a kötvénykölcson, díjmentes leszállítási és a visszavásárlási jogokkal. (Általános Személybiztosítási Feltételek 24., 25., 26., 27. fejezet).

18. fejezet Többlethozam-visszatérítés

- 18.1 Jelen főbiztosítás rendelkezik az Általános Személybiztosítási Feltételek 28. fejezetében leírt többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal.

- 18.2 Többlethozam-visszatérítésre amennyiben természetes személy a Szerződő, a Szerződő Főbiztosított jogosult, amennyiben nem természetes személy a Szerződő, a Főbiztosított jogosult.
- 18.3 Amennyiben az aktuális biztosítási évben többlethozam keletkezik, a Biztosító a többlethozamot a következő biztosítási évre vonatkozóan jóváírja úgy, hogy a biztosítási évfordulóval a többlethozamból egy nettó egyszeri díjas, a főbiztosítás kockázatával megegyező, 1 évre szóló biztosítást vásárol a Biztosított részére, aminek következtében megnő a főbiztosításhoz tartozó biztosítási összeg.

19. fejezet **Reaktiválás**

- 19.1 Jelen főbiztosítás az Általános Személybiztosítási Feltételek 17. fejezetében leírtak szerint reaktiválható. A Biztosító reaktiválási kérelem esetén ismételten egészségügyi kockázatfelmérést végez, amelynek függvényében a biztosítási fedezetet a megszűnt szerződés feltételei szerint helyreállíthatja, feltéve, hogy a korábban esedékessé vált biztosítási díjak megfizetésre kerülnek.

20. fejezet **A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok**

- 20.1 A Biztosítóhoz a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez a következő iratokat kell a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 8 napon belül benyújtani:
- 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.
- 20.2 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.
- 20.3 A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, ha a Kedvezményezett nem jelenti be 8 munkanapon belül a kár iránti igényét, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.

1. számú melléklet

Érvényes: 2014. március 15-től kötött szerződésekre

1. Főbiztosításra vonatkozó kezdeti biztosítási összeg Minden Főbiztosítottra vonatkozó biztosítási összeg:	1.000.000 Ft
2. Szerződésre vonatkozó minimális biztosítási díj	
a) Éves díjfizetési gyakoriság esetén, évente	60.000 Ft
b) Féléves díjfizetési gyakoriság esetén, félévente	30.000 Ft
c) Negyedéves díjfizetési gyakoriság esetén, negyedévente	15.000 Ft
d) Havi díjfizetési gyakoriság esetén, havonta	5.000 Ft

2. számú melléklet

Érvényes: 2014. március 15-től kötött szerződésekre

1. Választható kiegészítő biztosítások

P7111	Halálesetre szóló kiegészítő biztosítás
P0114	Baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás kiemelt térítéssel
P0115	Baleseti rokkantságra szóló kiegészítő biztosítás kiemelt térítéssel
P0116	Baleseti keresőképtelenségre szóló kiegészítő biztosítás
P0121	Baleseti műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás
P1103	Végleges rokkantságra szóló kiegészítő biztosítás
P1111	Műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás
P1114	Kritikus betegségre szóló kiegészítő biztosítás

Kizárólag csomagban köthető kiegészítő biztosítások:

P1112	Egyszeri térítés rokkantság esetére kiegészítő biztosítás
P9113	Járadékszolgáltatás rokkantság esetére kiegészítő biztosítás

2. A Biztosító díjbeszedési számlája, melyre a biztosítási díjat kell befizetni:
UniCredit Bank Hungary Zrt., 10918001-00000003-01590178

3. A kötvényesítés egyszeri költsége: 10.000 Ft

4. Díjfizetés módja:

- Csoportos beszedési megbízás
- Banki átutalás
- A Biztosító által kibocsátott postautalvány (sárga csekk)
- A Biztosító számlavezető bankjánál (UniCredit Bank Hungary Zrt.) történő befizetés.
A Biztosító nem teszi lehetővé a biztosítási díj készpénzben, más módon történő megfizetését.

5. Díjfizetési gyakorisági szorzók:

- éves díj = tarifális díj
- féléves díj = tarifális díj * 1,02/2
- negyedéves díj = tarifális díj * 1,03/4
- havi díj = tarifális díj * 1,04/12

6. Dr. LIFE szolgáltatások igénybe vételének feltételei:

- amennyiben az éves díj nem éri el a 80.000 Ft-ot (díjpótlékkal együtt): a szolgáltatás nem vehető igénybe,
- amennyiben az éves díj 80.000-120.000 Ft közötti (díjpótlékkal együtt): a szolgáltatásokat a Szerződő Főbiztosított (amennyiben természetes személy a Szerződő), illetve a Főbiztosított (amennyiben nem természetes személy a Szerződő) veheti igénybe,
- amennyiben az éves díj meghaladja a 120.000 Ft-ot, a szolgáltatásokat a szerződésben szereplő összes Főbiztosított és Biztosított igénybe veheti.

Kockázati 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 Halálesetre Szóló Életbiztosítás Különös Feltételei (P7110), továbbá a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános és Különös Feltételei együtt a P7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadóak. Nem válik a biztosítási szerződés részévé a Biztosító és a Szerződő vagy Biztosított közötti korábbi üzleti kapcsolat során kialakított szokás, illetve gyakorlat, sem a biztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás.

1. fejezet Fogalmak és meghatározások

- 1.1 Baleset az az esemény, amely a Biztosított akaratától függetlenül fellépő, egyszeri hirtelen, külső behatásra bekövetkező, orvosi ellátást szükségessé tevő testi sérülés, amelynek következtében a Biztosított egy éven belül a kiegészítő biztosítások különös feltételeiben meghatározott biztosítási események egyikét szenved el.
- 1.2 Betegség a mindenkori orvostudomány által rendellenesnek tartott biológiai, testi, pszichés állapot.
- 1.3 Szerzett betegség: minden olyan betegség, amelyet a Biztosítottnál kockázatviselés kezdetét követően diagnosztizáltak, illetve annak tünetei miatt a Biztosított a kockázatviselés kezdetekor kivizsgálás, kezelés alatt nem állt.
- 1.4 Biztosítási csomag: a Biztosító által meghatározott arányban összeállított kiegészítő biztosítások összefoglaló elnevezése.
- 1.5 Dohányzó: dohányzónak minősül jelen biztosítási feltételek vonatkozásában az, aki a Biztosító által előírt szárazvér-teszt eredménye és a Biztosító értékelése alapján dohányzónak minősül. A Biztosító a honlapján teszi közzé, hogy az adott időszakban milyen mértékű kotinin szint felett minősül a Biztosított dohányzónak. A Biztosító jogosult az irányadó kotinin szint bármikori, azonnali hatályú megváltoztatására. A Biztosító a biztosítási szerződés tartama alatt a Biztosított dohányzó /nem-dohányzó besorolásán nem módosít. A 18 év alatti Biztosítottakat a teljes biztosítási tartam ideje alatt a Biztosító nem-dohányzónak tekinti. A nem-dohányzó kedvezmény igénybevételének jogosultságáról a kiegészítő biztosítások különös feltételei rendelkeznek.

2. fejezet A biztosítási szerződés alanyai

- 2.1 Biztosított: az a személy, akinek életével a különös feltételekben meghatározott biztosítási események kapcsolatosak. Egy szerződésben a Főbiztosítottak és a Biztosítottak száma együttesen legfeljebb 10 fő lehet.
- 2.2 A biztosítás 1-70 éves korig köthető.
- 2.3 Jelen feltételek szerint a minimális belépési kor, az Általános Személybiztosítási Feltételek 2. fejezetében meghatározott életkor számításától eltérően, a betöltött 1 éves kort jelenti.
- 2.4 A biztosítás tartamának utolsó évében a Biztosított életkora nem haladhatja meg a 75. életévet.
- 2.5 Nem lehet Biztosított, akinek a részére rokkantsági vagy rehabilitációs ellátást állapítottak meg. Továbbá nem lehet Biztosított, aki a kockázatviselést megelőzően már rendelkezik a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (továbbiakban szakértői intézet) szakhatósági állásfoglalásával, illetve kérelmet nyújtott be az illetékes nyugdíjbiztosítási igazgatóságnál (továbbiakban nyugdíjbiztosítási igazgatóság) egészségkárosodás megállapítása céljából.
- 2.6 A Biztosító a Biztosítottak korát – az Általános Személybiztosítási Feltételektől eltérően – úgy állapítja meg, hogy a biztosítási időszak kezdetének évszámából levonja a Biztosítottak születésének évszámát.
- 2.7 Az egyes kiegészítő biztosítások jelen fejezettől eltérő korra vonatkozó előírásait a kiegészítő biztosítások különös feltételei tartalmazzák.

3. fejezet Kedvezményezettek

- 3.1 A biztosítási szerződésben Kedvezményezett az a személy, aki a biztosítási szolgáltatásra jogosult. Kedvezményezett lehet:
 - a biztosítási szerződésben megnevezett személy,
 - amennyiben nem volt Kedvezményezett megjelölve, vagy ha a Kedvezményezett megnevezése nem volt érvényes a biztosítási esemény időpontjában, a Biztosított vagy örököse.
- 3.2 A Biztosított életében esedékes szolgáltatások Kedvezményezettje a Biztosított.
- 3.3 A Szerződő jelölheti ki a Kedvezményezettet a Biztosítóhoz címzett és a Biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal. 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 a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Ha a Szerződő a Biztosítotthoz vagy a Kedvezményezetthez intézett írásbeli nyilatkozattal kötelezettséget vállal arra, hogy a kedvezményezett kijelölését folyamatosan hatályban tartja, a kedvezményezett kijelölését nem lehet visszavonni vagy megváltoztatni azon személy hozzájárulása nélkül, akinek részére a kötelezettségvállalást tették. A Szerződő nyilatkozatáról a Biztosítót tájékoztatni kell.
- 3.4 A Kedvezményezett jelölése hatályát veszti, ha a Kedvezményezett a biztosítási esemény

bekövetkezése előtt meghal, vagy jogutód nélkül megszűnik.

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

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

4. fejezet Biztosítási esemény

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

5. fejezet Biztosítási szolgáltatás

- 5.1 A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító kifizeti az adott kiegészítő biztosításra vonatkozóan meghatározott aktuális biztosítási összeget.
- 5.2 A biztosítási esemény bekövetkezése esetén, a Biztosító szolgáltatását követően, a szerződés a Szerződő további díjfizetése mellett továbbra is fennmarad, kivéve ha erről a kiegészítő biztosítás különös feltételei eltérően rendelkeznek.
- 5.3 Amennyiben a biztosítási esemény azután következik be, hogy a Biztosító kockázatviselése megszűnt, a Biztosító nem nyújt biztosítási szolgáltatást.
- 5.4 A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be és a kiegészítő biztosításra befizetett díjakat visszafizeti, amennyiben a szerződés kockázatviselésének kezdete előtt került sor a rokkantsági ellátás iránti kérelemnek a nyugdíjbiztosítási igazgatóságához történő beadására.
- 5.5 Az adott biztosítási időszakra vonatkozó biztosítási összeg az ugyanazon biztosítási időszakban bekövetkezett biztosítási esemény miatt kifizetett összeggel csökken, kivéve, ha a Szerződő a díjat megfelelően kiegészíti. Ez a következmény abban az esetben alkalmazható a Biztosító részéről, ha arra legkésőbb a szolgáltatás teljesítésével egyidejűleg írásban felhívta a Szerződő fél figyelmét, és a fedezetfeltöltés díját közölte. Ha a Szerződő fél a fedezetfeltöltés jogával nem él, a szerződés a kifizetett összeggel csökkentett biztosítási összeg mellett marad hatályban a folyó biztosítási időszakra.

6. Fejezet A várakozási idő

- 6.1 A várakozási idő alatt azt az időszakot kell érteni, amely az orvosi vizsgálat nélkül kötött szerződések esetén a szerződés hatálybalépésétől a kockázatviselés kezdetéig tart. A várakozási idő alatt a Biztosító kockázatviselése nem áll fenn.

- 6.2 A Biztosító az orvosi vizsgálat nélkül, azaz az egészségi nyilatkozattal és az egészségi kérdőívvel létrejövő életbiztosítási és egészségbiztosítási szerződések esetén hat hónap várakozási időt köt ki. Egészségbiztosítások esetén a különös feltételekben szabályozott esetekben hosszabb várakozási idő is kiköthető ápolási szolgáltatásra irányuló biztosítás esetén, illetve akkor, ha a biztosítandó személy valamely tartós betegsége a szerződéskötéskor mind a Szerződő, mind pedig a Biztosító előtt ismert volt, az említett betegségekre vonatkozóan.
- 6.3 A Biztosító előírhatja a Biztosított korának és a választott biztosítási összegnek függvényében az orvosi vizsgálat elvégzését, amely vizsgálat a kockázat bevállalásához ebben az esetben elengedhetetlen.
- 6.4 A Biztosító eltekint a várakozási időtől, ha a Biztosított az előírt orvosi vizsgálatot saját költségén elvégezteti és a vizsgálatok eredményét a Biztosító rendelkezésére bocsátja.
- 6.5 Nem vonatkozik a várakozási idő a balesetekre és azok következményeire.
- 6.6 A Biztosító a különös feltételekben határozza meg, hogy mely kiegészítő biztosításra vonatkozik a várakozási idő.
- 6.7 Amennyiben új Biztosított lép be a szerződésbe, vagy egy új kiegészítő biztosítás megkötése esetén a várakozási idő az új Biztosítottra, illetve az új kiegészítő biztosításra vonatkozóan újra indul.
- 6.8 Az egészségbiztosításnak minősülő kiegészítő biztosítások esetén a jelen feltételek 6.2 és 6.7 pontjaiban 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, 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.

7. Fejezet Kockázatelbírálás

- 7.1 A Biztosító a biztosítási összeg nagyságától, a Biztosított korától és az egyéb kockázati tényezőktől függően a biztosítás kockázat-elbírálásához az alábbiakat írhatja elő:
- a) szárazvér teszt (18 éves életkor betöltését követően)
 - b) egészségi nyilatkozat
 - c) egészségi kérdőív
 - d) nagyorvosi vizsgálat
 - e) az a)-d) pontok alapján beszerzendő egyéb orvosi dokumentumok.
- Minden Biztosított tekintetében kötelező egészségi nyilatkozat megtevétele vagy egészségi kérdőív kitöltése, amely az ajánlat részét képezi.
- 7.2 A Biztosító az ajánlatot az összes kapcsolódó dokumentum, vagyis többek között az orvosi dokumentum és vizsgálati eredmény beérkezését követően bírálja el. A kockázat-elbírálási idő az ajánlat Biztosítóhoz történő beérkezésétől számított 15 nap, illetve 60 nap, amennyiben a Biztosító az ajánlat elbírálása érdekében egészségügyi kockázatfelmérést végez.

- 7.3 A Biztosító a 7.1 pontban felsoroltak alapján dönt az ajánlat elfogadásáról, a nem-dohányzó kedvezményről, az esetleges díjemelés alkalmazásáról.
- 7.4 A Biztosító alkalmazhat telefonos és elektronikus kockázat-elbírálást. Ezek eredményét az egészségi nyilatkozattal vagy egészségi kérdőívvel együttesen veszi figyelembe a kockázat-elbírálás során.
- 7.5 Amennyiben a biztosítási tartam alatt a Szerződő új kiegészítő biztosítást köt, vagy meglévő kiegészítő biztosítás biztosítási összegét növeli, a Biztosítónak jogában áll ismételt kockázat-elbírálást előírni.
- 7.6 A nem-dohányzó kedvezmény igénybevételéről a különös feltételek rendelkeznek.

8. fejezet A biztosítás tartama, a Biztosító kockázatviselése

- 8.1 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 megfizetésre került.

- 8.2 A Biztosító a hiánytalan biztosítási ajánlat és annak mellékletét képező valamennyi dokumentum beérkezését követően bírálja el az ajánlatot a kockázat elbírálásra nyitva álló határidőn belül. Hiánytalan a biztosítási ajánlat, amennyiben tartalmazza a Biztosító által megkövetelt valamennyi információt. Amennyiben a Biztosított kiskorú és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülője köti meg, valamint ha a Biztosított cselekvőképességében, vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy a biztosítási ajánlatnak szükség esetén része a szerződés megkötésére vonatkozó hatáskörrel rendelkező gyámhatóság engedélye is.

A nem hiánytalan ajánlat esetében, amennyiben a Szerződő a hiánypótlásra való felszólításnak határidőben nem tesz eleget, a Biztosító jogosult az ajánlatot elutasítani.

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

A P7110 Folyamatos díjas halálesetre szóló életbiztosítás különös feltételei szerinti életbiztosítással (továbbiakban: főszerződés) együtt kötött kiegészítő biztosítás legkorábban a főszerződés létrejöttének napján jön létre és lép hatályba.

- 8.3 Amennyiben a biztosítási tartam alatt a Szerződő a már meglévő kiegészítő biztosítása mellé új kiegészítő biztosítást köt, akkor az új kiegészítő biztosítás vonatkozásában a várakozási időt, amennyiben a különös feltételek ennek szükségességéről rendelkeznek, a kiegészítő biztosítási szerződés létrejöttétől kell számítani.
- 8.4 A kiegészítő biztosítás tartama a kockázatviselés kezdete és a kiegészítő biztosítás megszűnése közötti időszak.

8.5 Kiegészítő biztosítások 5-40 éves határozott tartamra, egész évekre köthetők.

9. fejezet A kiegészítő biztosítások megszűnése

9.1 A biztosítási szerződés az alábbi esetekben automatikusan megszűnik:

- abban a biztosítási évben, amikor a Biztosított betölti a 75. életévét, az adott biztosítási év évfordulóján, kivéve ha a kiegészítő biztosítás különös feltétele ettől eltérően rendelkezik.
- a Biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halálával, a bejelentésnek a Biztosítóhoz való beérkezését követő napon.
- a főbiztosítás bármely okból történő megszűnésével, ugyanazzal a hatállyal,
- a biztosítási esemény bekövetkezésével, amennyiben erről a különös feltételek rendelkeznek.

9.2 A biztosítási szerződés megszűnik a Szerződő írásbeli felmondásával is. A felmondással a Biztosító kockázatviselése a felmondás beérkezését követő díjfizetési gyakoriságra megszűnik, amennyiben a kérelem a kiegészítő biztosításra vonatkozó díjfizetési gyakoriság előtt legalább 15 nappal beérkezik. Élet-, és egészségbiztosítás esetén a Biztosító nem mondhatja fel a szerződést, kivéve a biztosítási kockázat jelentős növekedése esetén.

9.3 A biztosítási csomag megszűnik, ha a biztosítási csomagban lévő bármely kiegészítő biztosítás megszűnik. A meg nem szűnő kiegészítő biztosítások a Biztosító kockázatviselése alatt változatlanul fennállnak.

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

10. fejezet A biztosítási összeg

10.1 A biztosítási összeget a Szerződő köteles az ajánlaton meghatározni.

10.2 A biztosítási összeg a tartam során a választott díjfizetési gyakoriság ütemezésének megfelelően növelhető, amellyel egyidejűleg a kiegészítő biztosításra vonatkozó biztosítási díj is módosul. A biztosítási összeg emelésénél a Biztosító kockázat-elbírálást alkalmazhat.

10.3 A kiegészítő biztosításokra vonatkozó minimális biztosítási összegek a biztosítási csomagoknál a 2. számú mellékletben előre meghatározottak, amelyeket egész számmal többszörözni lehet a biztosítási szerződés megkötésekor, jelen feltételek 3. számú melléklet 1. pontban szabályozott szorzók alkalmazásával. Az adott biztosítási csomag elemeit csak azonos mértékben lehet többszörözni.

11. fejezet Biztosítási díj

11.1 A Biztosító kockázatvállalásáért és szolgáltatásaiért cserébe a Szerződő díjat fizet.

- 11.2 A biztosítás rendszeres díjfizetésű.
- 11.3 A biztosítási díj kiszámítása az Általános Személybiztosítási Feltételekben meghatározottakon kívül a dohányzási szokások figyelembevételével történik, amennyiben a különös feltételek erről rendelkeznek.
- 11.4 A Biztosító az ajánlat elfogadása előtt kérdéseket tesz fel a Biztosított dohányzási szokásaira vonatkozóan.
- 11.5 Amennyiben a Biztosított a nem dohányzó díjkedvezményt igénybe kívánja venni, abban az esetben a Biztosító által előírt szárazvér teszt vizsgálaton köteles részt venni. Amennyiben a Biztosított a szárazvér teszten nem vesz részt, vagy annak eredménye azt mutatja ki, hogy a Biztosított dohányzó, illetve a szárazvér teszt eredménye a Biztosítóhoz az ajánlat megtételét követő 30 napon belül nem érkezik meg, akkor a Biztosító jogosult a nem-dohányzó kedvezmény kockázatvállalás időpontjára visszamenő hatállyal történő megvonására.
- 11.6 A nem-dohányzó kedvezmény a tartam egészére vonatkozik.
- 11.7 Amennyiben a biztosítási tartam alatt a Szerződő további kiegészítő biztosítást köt, illetve meglévő kiegészítő biztosítás biztosítási összegét emeli, a biztosítási díj a következő díjfizetési gyakoriság ütemezésével megegyezően esedékes. Ebben az esetben a Biztosító a kockázatviselést a következő díjfizetési gyakoriságtól vállalja, amennyiben a díj az esedékesség napjával a Biztosítóhoz beérkezett.
- 11.8 Figyelemmel az Általános Személybiztosítási feltételek 14.2 pontjára, az egészségbiztosításnak minősülő kiegészítő biztosítás esetén nem tekinthető a biztosítási kockázat jelentős növekedésének a biztosított életkora előrehaladásából származó természetes egészségromlás lehetősége.

12. fejezet A biztosítás értékének megőrzése

- 12.1 A biztosítás értékének megőrzését a biztosítási összeg évenkénti emelésének lehetősége biztosítja. Az ehhez tartozó díjemelés 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.
- 12.2 Amennyiben a Szerződő a felajánlott értékkövetésen felül kívánja megemelni a biztosítási összeget, abban az esetben a Biztosító élhet a kockázat-elbírálás lehetőségével.
- 12.3 Az értékkövetéshez használt index (az évenkénti biztosítási összeg növekedésének mértéke) a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett, előző naptári év fogyasztói árindexe alapján kerül meghatározásra. Amennyiben a KSH által hivatalosan közzétett index 5% vagy 5% alatti, a Biztosító 5%-os indexet alkalmaz, amennyiben a KSH által hivatalosan közzétett index 5% feletti, a Biztosító az aktuális KSH index mértékével megegyezően növeli a biztosítási összeget.
- 12.4 A biztosítási összeg indexálása és így a díj emelkedése a biztosítás megkötését követő első biztosítási évfordulón kezdődik és évente ismétlődik. 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.

- 12.5 A biztosítási évfordulót megelőzően (legalább 30 nappal) a Biztosító minden évben értesítést küld a megemelkedett biztosítási összegről vagy szolgáltatásról és a megemelkedett díjról. A Szerződőnek jogában áll a díjemelést (értékkövetést) 30 napon belül visszautasítani. Ha ezt nem teszi meg, a Biztosító a megnövelt biztosítási összeget és díjat tekinti érvényesnek.
- 12.6 Az értékkövetési lehetőség két egymást követő elutasítása után az értékkövetésre a továbbiakban a Szerződőnek nincs lehetősége. Ebben az esetben az értékkövetés egy újabb, a Szerződő költségére elvégzett egészségügyi elbírálással visszaállítható.

13. fejezet Biztosítási csomag

- 13.1 A Biztosított az egyedi kiegészítő biztosítások mellett és helyett a 2. számú mellékletben felsorolt csomagok közül is választhat.
- 13.2 A Biztosító által összeállított biztosítási csomagon belül a kiegészítő biztosítások egymáshoz viszonyított aránya a biztosítási tartam során nem változik.
- 13.3 Egy szerződésen belül különböző biztosítási csomagok választhatók.
- 13.4 Egy szerződésen belül azonos biztosítási csomagot több Biztosított vonatkozásában is választani lehet.
- 13.5 Egy Biztosított egyszerre több biztosítási csomaggal is rendelkezhet, de ugyanazon csomagból azonos Biztosított egy időben csak eggyel rendelkezhet.
- 13.6 A biztosítás tartama alatt a biztosítási csomagban lévő kiegészítő biztosítások biztosítási összegei változtathatóak, minden a biztosítási csomagban lévő kiegészítő biztosításra ugyanolyan arányban.
- 13.7 A biztosítási csomagokat a választott díjfizetési gyakoriságnak megfelelő ütemezésben meg lehet szüntetni, új biztosítási csomag köthető, új kiegészítő biztosítás köthető a csomag mellé.
- 13.8 A csomagban a kiegészítő biztosításokra csak azonos mértékű értékkövetést lehet választani.
- 13.9 A Biztosító az Általános Személybiztosítási Feltételek 19.1 pontjában alkalmazott kizárásoktól eltekintve, kizárólag a Sport csomagra vonatkozóan jelen különös feltételek 2. számú mellékletében meghatározott Sportzáradékból felsorolt sportokra is vállalja a kockázatviselést, ha erre a záradékra hivatkozással kötötték a szerződést.

14. fejezet A Biztosító mentesülése és kockázatviselésének korlátozása

- 14.1 A Biztosító mentesül az Általános Személybiztosítási Feltételekben megfogalmazott kizárások és

mentesülések esetén a Szolgáltatás teljesítése alól.

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

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

- hivatásos sportolói foglalkozással,
- bármilyen sporttevékenységgel, amelynek célja rekord beállításra való felkészülés vagy rekord beállítási kísérlet,
- a következő extrém sporttevékenységekkel, kivétel, ha a kötvény erre vonatkozó sport-záradékot tartalmaz: vízisí, jetski, vadvízi evezés (rafting), hegy- és sziklamászás (2000 m-ig), barlangászat, mélybe ugrás (bungee jumping), falmászás, hőlégballonozás, félkezes és nyílttengeri vitorlázás, sárkányrepülés, ejtőernyőzés, paplanernyőzés, műrepülés, siklóernyőzés, vadászat.

14.4 Továbbá a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amelyek okozati összefüggésben vannak a következő extrém sporttevékenységekkel: magashegyi expedíció, rally, bázisugrás, roncsautó (autó crash) sport és a 14.3 pontban fel nem sorolt egyéb extrém sporttevékenységgel.

14.5 A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon esetekre, ha a biztosítási esemény összefüggésben hozható a I HIV vírushalálással, Hepatitis B és C vírushalálással.

15. fejezet Maradékjogok

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

16. fejezet Választható kiegészítő biztosítások

- Halálesetre szóló kiegészítő biztosítás (P7111)
- Baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás kiemelt térítéssel (P0114)
- Baleseti rokkantságra szóló kiegészítő biztosítás kiemelt térítéssel (P0115)
- Baleseti keresőképtelenségre szóló biztosítás (P0116)
- Baleseti műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás (P0121)
- Végleges rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás (P1103)
- Műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás (P1111)
- Kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítás (P1114)

Kizárólag csomagban köthető kiegészítő biztosítások

- Egyszeri térítés rokkantság esetére kiegészítő biztosítás (P1112)
- Járulékszolgáltatás rokkantság esetére kiegészítő biztosítás (P9113)

17. fejezet A szerződés módosítása

- 17.1 A Biztosító az egyes biztosítási szerződések tartama során nem jogosult megváltoztatni a jelen feltételek 1. számú mellékletében közzétett adatokat.
- 17.2 A Biztosító jogosult a jelen feltételek 2-3. mellékletében közzétett adatokat naptári évente legfeljebb kétszer megváltoztatni. A változásról a Biztosító a Szerződőt a változás hatályba lépése előtt 30 nappal írásban vagy elektronikus levél útján köteles értesíteni, amely kötelezettségének a Biztosító a honlapon történő közzététellel eleget tesz. Amennyiben a Szerződő a biztosító által eszközölt változásokat nem fogadja el, akkor joga van a biztosítási szerződést megszüntetni.

1. számú melléklet

Érvényes: 2014. március 15-től megkötött szerződésekre

Kiegészítő biztosítások minimális és maximális biztosítási összegei:

Kód	Kiegészítő biztosítás megnevezése	Minimális biztosítás összeg (Ft)	Maximális Biztosítás összeg (Ft)
P7111	Halálesetre szóló kiegészítő biztosítás	3 000 000	nincs
P1103	Végleges rokkantságra szóló kiegészítő biztosítás	500 000	nincs
P1114	Kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítás	500 000	nincs
P1111	Műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás	10 000	nincs
P0114	Baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás	500 000	nincs
P0115	Baleseti rokkantságra szóló kiegészítő biztosítás	500 000	nincs
P0121	Baleseti műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás	10 000	nincs
P0116	Baleseti keresőképtelenségre szóló kiegészítő biztosítás	1 000	20 000
P9113	Járadékszolgáltatásra szóló kiegészítő biztosítás	10 000 Ft/hó (600 000 Ft/5 év)	200 000 Ft/hó (12 000 000 Ft/ 5 év)
P1112	Egyösszegű térítésre szóló kiegészítő biztosítás	200 000	10 000 000

2. számú melléklet

Érvényes: 2014. március 15-től.

Választható biztosítási csomagok

Az alábbi biztosítási csomagok választhatóak a főbiztosításhoz:

1. Alap csomag

Választható devizanem		HUF
ALAP		1 egység
Kód	Kiegészítő biztosítások megnevezése	Biztosítási összeg
P7111	Haláleseti	100 000
P0114	Baleseti halál kiemelt térítéssel	100 000
P0115	Baleseti rokkantság kiemelt térítéssel	200 000

2. Junior csomag

Választható devizanem		HUF
Junior		1 egység
Kód	Kiegészítő biztosítások megnevezése	Biztosítási összeg
P7111	Haláleseti	100 000
P0114	Baleseti halál kiemelt térítéssel	100 000
P0115	Baleseti rokkantság kiemelt térítéssel	200 000
P0121	Baleseti műtéti térítés	20 000

3. Családfenntartó csomag

Választható devizanem		HUF
Családfenntartó		1 egység
Kód	Kiegészítő biztosítások megnevezése	Biztosítási összeg
P7111	Haláleseti	200 000
P0114	Baleseti halál kiemelt térítéssel	200 000
P0115	Baleseti rokkantság kiemelt térítéssel	400 000
P0121	Baleseti műtéti térítés	20 000
P1114	Kritikus betegségek	100 000

4. Vállalkozói csomag

Választható devizanem		HUF
Vállalkozói		1 egység
Kód	Kiegészítő biztosítások megnevezése	Biztosítási összeg
P7111	Haláleseti	200 000
P0114	Baleseti halál kiemelt térítéssel	200 000
P0115	Baleseti rokkantság kiemelt térítéssel	400 000
P0121	Baleseti műtéti térítés	20 000
P1103	Végleges rokkantság	200 000
P1114	Kritikus betegségek	200 000

5. Női csomag

Választható devizanem		HUF
Női		1 egység
Kód	Kiegészítő biztosítások megnevezése	Biztosítási összeg
P7111	Haláleseti	200 000
P0114	Baleseti halál kiemelt térítéssel	200 000
P0115	Baleseti rokkantság kiemelt térítéssel	400 000
P0121	Baleseti műtéti térítés	10 000
P1111	Műtéti térítés	10 000

6.1 Sport csomag

Választható devizanem		HUF
SPORT		1 egység
Kód	Kiegészítő biztosítások megnevezése	Biztosítási összeg
P7111	Haláleseti	200 000
P0114	Baleseti halál kiemelt térítéssel	200 000
P0115	Baleseti rokkantság kiemelt térítéssel	400 000
P0121	Baleseti műtéti térítés	20 000
P1103	Végleges rokkantság	200 000

6.2 Sportzáradék a Sport csomagra vonatkozóan

A Biztosító az alább felsorolt hobbi szintű extrém sporttevékenységre teljes körű kockázatot vállal, kivételt képez, ha a biztosítási esemény edzés, verseny vagy versenyre történő felkészülés közben vagy rekord beállításra való felkészülés, rekordbeállítási kísérlet közben következik be. A Biztosító nem vállalja a kockázatviselést a hivatásos sportolókra.

Biztosító által vállalt sporttevékenységek

- 1 vízisí
- 2 jetski
- 3 vadvízi evezés (rafting)
- 4 hegy- és sziklamászás (2000 m-ig)
- 5 barlangászat
- 6 mélybe ugrás (bungee jumping)
- 7 falmászás
- 8 hőlégballonozás
- 9 félkezes és nyílttengeri vitorlázás
- 10 sárkányrepülés
- 11 ejtőernyőzés
- 12 paplanernyőzés
- 13 műrepülés
- 14 siklóernyőzés
- 15 vadászat

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amelyek ok-okozati összefüggésben vannak a Biztosított alábbiakban meghatározott sporttevékenységével, vagy a Biztosító által vállalt sporttevékenységek listájában fel nem sorolt extrém sporttevékenységgel.

- magashegyi expedíció
- rally
- bázisugrás
- roncsautó (autó-crash) sport

7. Rokkantsági Áthidaló Csomagok

A Rokkantsági Áthidaló csomag 3 változata:

	P9113 Járadékszolgáltatás választható havi járadék összege	5 év alatt kifizetett járadék összege összesen	Szorzó	P1112 Egyszeri térítés (választott havi járadék*Szorzó)	ÖSSZESEN kifizetendő biztosítási összeg
1.	10 000 - 200 000 Ft	600 000 - 12 000 000	20X	200 000 - 4 000 000	800 000 - 16 000 000 Ft
2.	10 000 - 200 000 Ft	600 000 - 12 000 000	30X	300 000 - 6 000 000	900 000 - 18 000 000 Ft
3.	10 000 - 200 000 Ft	600 000 - 12 000 000	50X	500 000 - 10 000 000	1 100 000 - 22 000 000 Ft

A Rokkantsági Áthidaló csomagot a fenti 3 változathól lehet választani. Meg kell adni a választott rokkantsági csomagot (pl. 1. Rokkantsági Áthidaló csomag) és a választott havi járadék összegét (minimum 10 000 Ft, maximum 200 000 Ft lehet). Az Egyszeri térítés összegét a választott havi járadék és a csomaghoz tartozó szorzó szorzata adja.

3. számú melléklet

Érvényes: 2014. március 15-től.

1. Biztosítási csomagok egységeinek többszörözése
A biztosítási csomagok alapegységeiben kerültek meghatározásra. A csomagokat **15-99-ig** (Családfenntartó csomag, Vállalkozói csomag, Női csomag és Sport csomag esetében) illetve **30-99-ig** (Alap csomag és Junior csomag esetében) terjedő egész számmal lehet többszörözni. A 2. számú melléklet 7. pontjában meghatározott csomagokban írt kiegészítő biztosítások biztosítási összegei nem többszörözhetőek.
2. Biztosítási összeg növelése
A biztosítási összeg növelését a Szerződő 6 hónap várakozási idő elteltét követően kezdeményezheti írásban

Halálesetre Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (P7111)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135-139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a Halálesetre Szóló Életbiztosítás Különös Feltételei (P7110), a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és a jelen kiegészítő biztosítás Különös Feltételei együtt a P7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadóak. Jelen kiegészítő biztosítás kockázati életbiztosításnak minősül, és kizárólag a P7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítás részeként, a P7110 Folyamatos díjas halálesetre szóló életbiztosítás mellé köthető.

1. fejezet

A biztosítási szerződés alanyai

- 1.1 A Szerződő fél az a személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz, és aki a biztosítási díjat fizetni tartozik. Természetes személy abban az esetben lehet Szerződő, ha betöltötte a 18. életévét.
- 1.2 Biztosított: az a személy, akinek életével a jelen feltételben meghatározott biztosítási esemény kapcsolatos. Egy szerződésben a Főbiztosítottak és a Biztosítottak száma együttesen legfeljebb 10 fő lehet.
- 1.3 Nem lehet Biztosított az, aki a kockázatviselést megelőzően már rendelkezik a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (továbbiakban szakértő intézet) szakhatósági állásfoglalásával, illetve kérelmet nyújtott be az említett intézetenél egészségkárosodás megállapítása céljából.

2. fejezet

A biztosítottak életkora

- 2.1 A biztosítás 1-70 éves korig köthető.
- 2.2 Jelen feltételek szerint a minimális belépési kor, az Általános Személybiztosítási Feltételek 2. fejezetében meghatározott életkor számításától eltérően, a betöltött 1 éves kort jelenti.
- 2.3 A biztosítás tartamának utolsó évében a Biztosított életkora nem haladhatja meg a 75. életévet.

3. fejezet

A biztosítási esemény

- 3.1 Jelen feltételek szerint biztosítási esemény bármely Biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bármely okból bekövetkező halála.

4. fejezet

A biztosítási szolgáltatás

- 4.1 A Biztosított biztosítási tartam alatt bekövetkező halála esetén a Biztosító az aktuális biztosítási összeget fizeti ki és a kifizetéssel jelen kiegészítő biztosítás az elhalálozott Biztosított vonatkozásában megszűnik.
- 4.2 Amennyiben a biztosítási tartam lejáratakor a Biztosított él, akkor a biztosítási tartam lejáratkor a biztosítás kifizetés nélkül megszűnik.

5. fejezet

A várakozási idő

- 5.1 A Biztosító a szolgáltatásokra vonatkozóan 6 hónap várakozási időt köt ki.

6. fejezet

Kockázatelbírálás

- 6.1 A Biztosító a biztosítási összeg nagyságától, a Biztosított korától és az egyéb kockázati tényezőktől függően a biztosítás kockázat-elbírálásához az alábbiakat írhatja elő:
 - a) szárazvér teszt (18 éves életkor betöltését követően)
 - b) egészségi nyilatkozat
 - c) egészségi kérdőív
 - d) nagyorvosi vizsgálat
 - e) az a)-d) pontok alapján beszerzendő egyéb orvosi dokumentumok.

Minden Biztosított tekintetében kötelező egészségi nyilatkozat megtétele vagy egészségi kérdőív kitöltése, amely az ajánlat részét képezi.

- 6.2 A Biztosító az ajánlatot az összes kapcsolódó dokumentum, vagyis többek között az orvosi dokumentum és vizsgálati eredmény alapján bírálja el az ajánlatot.
- 6.3 A Biztosító a 6.1 pontban felsoroltak alapján dönt az ajánlat elfogadásáról, a nem-dohányzó kedvezményről, az esetleges díjemelés alkalmazásáról.

- 6.4 A Biztosító alkalmazhat telefonos és elektronikus kockázat-elbírálást. Ezek eredményét az egészségi nyilatkozattal vagy egészségi kérdőívvel együttesen veszi figyelembe a kockázatelbírálás során.

7. fejezet

Nem dohányzó díjkedvezmény

- 7.1 Jelen kiegészítő biztosításra a nemdohányzó kedvezmény igénybe vehető, amennyiben a Biztosított a Biztosító által előírt szárazvér teszt vizsgálaton részt vesz és annak eredménye azt mutatja ki, hogy a Biztosított nem minősül dohányzónak.
- 7.2 A nemdohányzó kedvezmény a tartam egészére vonatkozik.

8. fejezet

Maradékjogok

- 8.1 Az életbiztosítás nem rendelkezik a kötvénykölcsön, díjmentes leszállítási és a visszavásárlási jogokkal. (Általános Személybiztosítási Feltételek 24., 25., 26., 27. fejezet)

9. fejezet

Többlethozam-visszatérítés

- 9.1 Jelen biztosítás rendelkezik az Általános Személybiztosítási Feltételek 28. fejezetében leírt többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal.

10. fejezet

A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

- 10.1 A Biztosítóhoz a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez a következő iratokat kell a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 8 napon belül benyújtani:
- 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.

- 10.2 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.
- 10.3 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 kideríthetetlené válnak.

Baleseti Halálra Szóló Kiegészítő Biztosítás

Kiemelt térítéssel Különös Feltételei (P0114)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135-139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a Halálesetre Szóló Életbiztosítás Különös Feltételei (P7110), a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás Különös Feltételei együtt a P7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadók. Jelen kiegészítő biztosítás balesetbiztosításnak minősül, és kizárólag a P7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítás részeként, a P7110 Folyamatos díjas halálesetre szóló életbiztosítás mellé köthető.

1. fejezet

A biztosítási eseménnyel összefüggő fogalmak és meghatározások

1.1 Közlekedési baleset fogalma

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

1.2 Nem közlekedési baleset

- a gyalogost ért olyan baleset, amelynek bekövetkeztében nem hatott közre mozgó jármű,
- a kerékpárost ért olyan baleset, amelynek bekövetkezésében nem hatott közre más mozgó jármű,
- a jármű utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű, vagy más jármű haladásával, illetve megállásával összefüggésben következett be.

2. fejezet

A biztosítási esemény

- 2.1 Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint – a Biztosítottnak a baleset napjától számított egy éven belül a balesetre visszavezethetően bekövetkezett halála.

3. fejezet

A biztosítási szolgáltatás

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

- 3.1 Ha a Biztosított halála a baleset napjától számított egy éven belül a balesetre visszavezethetően következik be, a Biztosító kifizeti a baleseti halál biztosítási összegét.
- 3.2 Amennyiben a Biztosított halála közlekedési balesetből eredően, a közlekedési baleset napjától számított egy éven belül a közlekedési balesettel okozati összefüggésben következik be, a Biztosító a baleseti halál biztosítási összegének 150%-át fizeti ki.

- 3.3 Ha ugyanazon balesetre a Biztosító korábban már rokkantsági szolgáltatást teljesített, akkor a haláleseti biztosítási összegből a Biztosító levonja az ugyanazon balesetből bekövetkező baleseti rokkantsági szolgáltatás során teljesített kifizetést.
- 3.4 Amennyiben a Biztosító a baleseti rokkantsági összeget a baleseti halál bekövetkezése előtt kifizette és ennek összege meghaladta a baleseti halál összegét, a Biztosító a többletként kifizetett összeget nem követelheti vissza.
- 3.5 Amennyiben a baleseti halál a baleset napjától számított egy éven, vagy a Biztosító kockázatviselésén túl következik be, a Biztosító nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

4. fejezet

A biztosítási szerződés megszűnése

- 4.1 Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik a 3.1 és 3.2 pont szerinti biztosítási szolgáltatás kifizetésével.
- 4.2 Abban a biztosítási évben, amikor a Biztosított betölti a 75. életévét, az adott biztosítási év évfordulóján jelen kiegészítő biztosítás megszűnik.

5. fejezet

A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

- 5.1 A Biztosítóhoz a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez a következő iratokat kell a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 8 munkanapon belül benyújtani:
 - az Általános Személybiztosítási Feltételekben szabályozott iratok,
 - kárbejelentő formanyomtatvány,
 - kórházi zárójelentés másolata,
 - halott vizsgálati bizonyítvány a halál okának megjelölésével,
 - boncolási jegyzőkönyv másolata,
 - rendőrségi jegyzőkönyv vagy határozat másolata,
 - véralkohol-vizsgálat eredménye.

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.

- 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 kideríthetetlené válnak.

6. fejezet

Többlethozam-visszatérítés

- 6.1 Jelen kiegészítő biztosítás nem rendelkezik az Általános Személybiztosítási Feltételek 28. fejezetében leírt többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal.

Baleseti Rokkantságra Szóló Kiegészítő Biztosítás Kiemelt Térítéssel Különös Feltételei (P0115)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135-139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a Halálesetre Szóló Életbiztosítás Különös Feltételei (P7110), a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás Különös Feltételei együtt a P7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadóak. Jelen kiegészítő biztosítás balesetbiztosításnak minősül, és kizárólag a P7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítás részeként, a P7110 Folyamatos díjas halálesetre szóló életbiztosítás mellé köthető.

1. fejezet

A biztosítási eseménnyel összefüggő fogalmak és meghatározások

- 1.1 Közlekedési baleset fogalma
Közlekedési balesetnek minősül jelen különös feltételek szerint a Biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha a Biztosított gyalogsként, jármű vezetőjeként vagy utasaként szenved balesetet.
- 1.2 Nem közlekedési baleset
 - a gyalogost ért olyan baleset, amelynek bekövetkeztében nem hatott közre mozgó jármű,
 - a kerékpárost ért olyan baleset, amelynek bekövetkezésében nem hatott közre más mozgó jármű,
 - a jármű utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű, vagy más jármű haladásával, illetve megállásával összefüggésben következett be.
- 1.3 Égési sérülés
Az égési sérülés biztosítási esemény, amennyiben a Biztosított égési sérülésből eredően maradandó egészségkárosodást szenved el, megrokkban. Napozás miatti égési sérülés nem minősül biztosítási eseménynek.
- 1.4 Maradandó egészségkárosodás (rokkantság)
Az orvosilag véglegesnek tekintett, gyógykezelés és rehabilitáció ellenére visszafordíthatatlan testi károsodás, mely a szokásos életvitelt, társadalmi részvételt korlátozza.
A maradandó rokkantság foka nem minden esetben azonos a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal által megállapított rokkantsági fokkal.

2. fejezet

Biztosítási esemény

A Biztosító a jelen fejezet 1. és 2. pontjában meghatározott események bekövetkezésekor kizárólag az egyikre nyújt szolgáltatást:

- 2.1 Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint –, amennyiben a baleset napjától számított egy éven belül megállapítást nyer, hogy a baleset következményeként a Biztosított egészsége tartósan károsodott (rokkant),
- 2.2 Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint –, amennyiben a Biztosított rokkantsága közlekedési balesetből vagy égési sérülésből eredően következik be.

3. fejezet

A biztosítási összeg

- 3.1 A 2.1 pont szerinti biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító szolgáltatásának mértéke a szerződésben meghatározott biztosítási összeg.
- 3.2 A 2.2 pont szerinti biztosítási esemény esetén a Biztosító szolgáltatásának mértéke a szerződésben meghatározott biztosítási összeg 150%-a.

4. fejezet

Rokkantsági fok megállapítása

- 4.1 A Biztosító a rokkantság fokát az alábbiak szerint állapítja meg:

Testrészek egészségkárosodása	Térítés
mindkét szem látóképességének teljes elvesztése mindkét felkar, alkar vagy kéz elvesztése egyik kar vagy kéz és comb vagy lábszár együttes elvesztése felső végtag és alsó végtag csonkolása mindkét comb elvesztése	100%
mindkét lábszár elvesztése egyik comb elvesztése egyik szem látóképességének teljes 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 teljes 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%
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 ízelőképesség teljes elvesztése egyik nagylábujj	5%
bármely más lábujj elvesztése	2%

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

5. fejezet

Biztosítási szolgáltatás

A Biztosító jelen különös feltételek alapján a következő szolgáltatást nyújtja:

- 5.1 A Biztosító a biztosítási összegnek a rokkantság mértékével megegyező részét (2-100%) fizeti ki.
- 5.2 Ha a rokkantság mértéke a táblázat alapján nem állapítható meg, a baleseti szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvosa állapítja meg [Általános Személybiztosítási Feltételek 22.5 pont] a rendelkezésre bocsátott dokumentumok és esetleges vizsgálat alapján.
- 5.3 A baleset utáni első évben a rokkantsági kifizetésre csak akkor kerülhet sor, ha a baleset következményei orvosi szempontból egyértelműen tisztázottak. Ha a Biztosító fizetési kötelezettsége egyértelműen megállapítást nyert, de a várható károsodási fok nem állapítható meg pontosan, a Biztosított előlegként kérheti az abban az időpontban előrelátható károsodás mértéke szerinti összeg 20%-ának kifizetését.
- 5.4 Amennyiben a tartós rokkantság mértéke nem tisztázott egyértelműen, mind a Biztosítottnak, mind a Biztosítónak joga van a baleset napjától számított 4 évig, évenként, a rokkantság mértékének újbóli megállapítását kérni. Ha a felülvizsgálat magasabb rokkantsági mértéket állapít meg, a Biztosító ennek megfelelően szolgáltat.
- 5.5 Ha a Biztosított halála a balesetet követő egy éven belül a balesetből eredően következik be, rokkantsági szolgáltatásra igény nem támasztható. Amennyiben a Biztosító a baleseti halál bekövetkezése előtt már folyósított rokkantsági kifizetést, ennek összege nem követelhető vissza.
- 5.6 Ha a Biztosított a balesetet követő egy éven belül nem a baleset következtében hal meg, de halálát megelőzően a balesetből eredően tartós rokkantsági szolgáltatásra jogosult lett volna, a Biztosító az utolsó orvosi vizsgálat megállapításai alapján teljesíti a rokkantsági szolgáltatást.
- 5.7 Az előzőekben megadott egészségkárosodási százalékos szolgáltatások összegződhetnek, a biztosítási szolgáltatás felső határa baleseti rokkantság esetén a biztosítási összeg, közlekedési baleseti

rokkantság, illetve égési sérülésből eredő baleseti rokkantság esetén a biztosítási összeg 150%-a.

6. fejezet

A biztosítási szerződés megszűnése

- 6.1 Abban a biztosítási évben, amikor a Biztosított betölti a 75. életévét, az adott biztosítási év évfordulóján jelen kiegészítő biztosítás megszűnik.
- 6.2 Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik az 5. fejezetben meghatározott biztosítási szolgáltatás kifizetésével, ha a Biztosító szolgáltatása jelen kiegészítő biztosításra elérte a szerződésben meghatározott biztosítási összeget (5.7).
- 6.3 Jelen biztosítási szerződés megszűnik a szerződő általi felmondással évfordulóra.

7. fejezet

A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

- 7.1 A Biztosítóhoz a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez a következő iratokat kell a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 8 munkanapon belül benyújtani:
 - az Általános Személybiztosítási Feltételekben szabályozott iratok, továbbá
 - kárbejelentő formanyomtatvány,
 - rendőrségi jegyzőkönyv vagy határozat másolata
 - véralkohol-vizsgálat eredménye
 - minden olyan orvosi dokumentum, amely a baleseti rokkantságot alátámasztja (Kórházi zárójelentés, szakértői szakvélemény).

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.

- 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 kideríthetetlené válnak.

8. fejezet

Többlethozam-visszatérítés

- 8.1 Jelen kiegészítő biztosítás nem rendelkezik az Általános Személybiztosítási Feltételek 28. fejezetében leírt többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal.

Baleseti Keresőképtelenségre Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (P0116)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135-139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a Halálesetre Szóló Életbiztosítás Különös Feltételei (P7110), a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás Különös Feltételei együtt a P7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadóak. Jelen kiegészítő biztosítás balesetbiztosításnak minősül, és kizárólag a P7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítás részeként, a P7110 Folyamatos díjas halálesetre szóló életbiztosítás mellé köthető.

1. Fejezet

A biztosítási eseménnyel összefüggő fogalmak és meghatározások

- 1.1 A baleset az az esemény, amely a Biztosított akaratától függetlenül fellépő, egyszeri (időpontja behatárolt), hirtelen, külső erőbehatásra orvosi ellátást szükségessé tevő testi sérülés, amelynek következtében a Biztosított egy éven belül keresőképtelen állományba kerül.
- 1.2 Betegszabadság: a munkavállalót a balesete, betegsége miatti keresőképtelensége idejére – ide nem értve a társadalombiztosítási szabályok szerinti üzemi baleset és foglalkozási betegség miatti keresőképtelenséget – naptári évenként 15 munkanap illeti meg.
- 1.3 Biztosított csak olyan személy lehet, aki a szerződés megkötésének pillanatában nem keresőképtelen, illetve nem áll orvosi kezelés alatt.
- 1.4 Keresőképtelen az, aki saját betegsége vagy balesete miatt munkáját – orvosi szempontból indokoltan – nem tudja ellátni és aki a vonatkozó jogszabályok alapján a betegszabadság, illetve a táppénz igénybevételére jogosult. A keresőképtelenség tartamát és okát csak az arra érvényes jogszabályok szerint feljogosított orvos, illetve kórház igazolhatja.
- 1.5 Nem köthető biztosítás olyan személyekre, akik saját jogon nem jogosultak táppénzre (így különösen: tanuló, nyugdíjas, munkanélküli, háztartásbeli, gyed), illetve akik részére rokkantsági vagy rehabilitációs ellátást állapítottak meg.
- 1.6 Táppénz: a Biztosított baleset vagy betegség miatt fennálló keresőképtelenség esetén táppénzre legkorábban a betegszabadságra való jogosultság lejáratát követő naptól jogosult (vagyis amennyiben a munkavállaló a betegszabadságot teljes mértékben kimerítette).

- 1.7 Önrész: a biztosítási esemény bekövetkezése utáni azon keresőképtelen állományban töltött napok száma – a keresőképtelen állományba vétel napjától számítva – amelyekre a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem terjed ki.

2. fejezet

A Biztosítottak

- 2.1 A Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2.1 pontjától eltérően a biztosítás 18-60 éves korig köthető.
- 2.2 A biztosítás tartamának utolsó évében a Biztosított életkora nem haladhatja meg a 65. életévet.

3. fejezet

Biztosítási esemény

- 3.1 Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint –, ha a Biztosított a kockázatviselés hatálya alatt bekövetkező baleset következtében egészségi állapotának romlása miatt, keresőképtelen állományba kerül és ezt a mindenkori törvényi rendelkezések értelmében a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház a megfelelő előírásoknak megfelelően írásban hitelesíti.
- 3.2 A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja: a baleset napja.

4. fejezet

Biztosítási szolgáltatás

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

- 4.1 A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító kifizeti a biztosítási összeget minden olyan naptári napra - figyelembe véve a 4.3 pontot - amelyen a Biztosított orvosilag igazoltan keresőképtelen (táppénz), és amely a társadalombiztosításról szóló törvény szerint táppénzre jogosító napnak bizonyul.
- 4.2 Nem jár táppénz (és biztosítási szolgáltatás) a betegszabadság lejártát követő szabadnapra és heti pihenőnapra, ha az azt követő munkanapon (munkaszüneti napon) a keresőképtelenség már nem áll fenn.
- 4.3 A Biztosító önrészként 15 napot határoz meg, amelyre nem nyújt szolgáltatást. A Biztosító abban az esetben szolgáltat, amennyiben a folyamatos keresőképtelenségi állományban töltött napok száma meghaladja az önrész mértékét. Nem folyamatos betegállomány esetén az egy éven belül betegállományban töltött napok nem adódnak össze, az önrész időtartamát a Biztosító minden alkalommal külön figyelembe veszi.
- 4.4 A szolgáltatás kiszámítása úgy történik, hogy a biztosítási összeget meg kell szorozni a táppénzben töltött napok számával, figyelembe véve a 4.2 és 4.3 pontokat.
- 4.5 A Biztosító egy biztosítási éven belül maximum 100 keresőképtelen napra térít egy Biztosított vonatkozásában (a 100 nap tartalmazza az önrészt is)

- 4.6 A Biztosító egy biztosítási eseményből adódóan maximum 150 keresőképtelen napra térít egy Biztosított vonatkozásában (a 150 nap tartalmazza az önrészt is)
- 4.7 A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító szolgáltatását követően, a szerződés a Szerződő további díjfizetése mellett továbbra is fennmarad
- 4.8 Amennyiben a baleseti keresőképtelenség tartama tovább tart, mint a Biztosító kockázatviselése, úgy a kockázatviselés megszűnését követő napokra a Biztosító nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

5. fejezet

A biztosítási szerződés megszűnése

- 5.1 Abban a biztosítási évben, amikor a Biztosított betölti a 65. életévét, az adott biztosítási év évfordulóján jelen kiegészítő biztosítás megszűnik.

6. fejezet

A Szerződő és a Biztosított kötelezettségei

- 6.1 A Szerződő és a Biztosított köteles a Biztosítónak írásban bejelenteni, ha a Biztosított táppénzre való jogosultsága a biztosítás tartama alatt szűnik meg.

7. fejezet

A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

- 7.1 A Biztosítóhoz a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez a következő iratokat kell az önrész letelte után 8 munkanapon belül benyújtani:
- az Általános Személybiztosítási Feltételekben szabályozott iratok, továbbá
 - kárbejelentő formanyomtatvány,
 - a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos, kórház által kiállított hiteles nyomtatvány másolata,
 - kórházi kezelés esetén a kórházi zárójelentés hiteles másolata.
- 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 kideríthetetlené válnak.

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.

- 7.3 Folyamatos, hosszan tartó betegállomány esetén a 7.1 pontban felsorolt nyomtatványokat 10 naponta kell a Biztosítónak benyújtani.

- 7.4 A Biztosító hosszan tartó betegállomány esetén kérheti a kezelőorvos eseteleírását.
- 7.5 A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a keresőképzelenséget a Biztosító orvosával ellenőriztesse és megfelelő orvos szakmai indoklás mellett azt felülbírálja.

8. fejezet

Többlethozam-visszatérítés

- 8.1 Jelen kiegészítő biztosítás nem rendelkezik az Általános Személybiztosítási Feltételek 28. fejezetében leírt többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal.

Baleseti Műtéti Térítésre Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (P0121)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135-139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a Halálesetre Szóló Életbiztosítás Különös Feltételei (P7110), a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás Különös Feltételei együtt a P7100 folyamatos díjas kockázati az életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadóak. Jelen kiegészítő biztosítás balesetbiztosításnak minősül, és kizárólag a P7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítás részeként, a P7110 Folyamatos díjas halálesetre szóló életbiztosítás mellé köthető.

1. fejezet

A biztosítási eseménnyel összefüggő fogalmak és meghatározások

- 1.1 Műtétnek számít a gyógyító, helyreállító vagy megelőző célú orvosi beavatkozás, amely a testszövetek összefüggését manuálisan, eszközök segítségével megváltoztatja. Jelen biztosítási szerződés értelmében csak azok a műtétek képeznek biztosítási eseményt, amelyek ok-okozati összefüggésben állnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező balesetekkel.
- 1.2 A kórházi fekvőbeteg-gyógyellátás alatt legalább 24 órás kórházi benntartózkodást kell érteni, mely a kórházba történő felvétellel kezdődik és a kórházból történő távozással, a kórházi zárójelentés kiadásával végződik.
- 1.3 A gyógykezelés olyan, az illetékes minisztérium és a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (továbbiakban: szakértői intézet) által elismert orvosi beavatkozás, mely az orvostudomány általánosan elfogadott korszerű ismereteit alkalmazza az egészség újbóli helyreállítása, az egészségi állapot javítása, illetve rosszabbodása megakadályozása céljából.
- 1.4 Magyarországon kórháznak minősülnek az illetékes minisztérium és a szakértői intézet által engedélyezett és nyilvántartott kórházak és klinikák, amelyek állandó orvosi irányítás és felügyelet alatt állnak, és a fegyveres testületek kórházai.
- 1.5 Jelen feltétel szempontjából nem minősülnek kórháznak a tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetek, a társadalombiztosítás által fenntartott rehabilitációs központok és a szanatóriumok, valamint az idült, gyógyíthatatlan betegségekben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei, gyógyüdülők, utógondozó szanatóriumok, az idősek szociális otthonai és azok betegosztályai, a gyógyfürdők, az ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei, valamint az egyébként kórháznak minősülő intézmények ilyen jellegű osztályai.

2. fejezet

Biztosítási esemény

- 2.1 Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint – a biztosítási szerződés tartama alatt bekövetkező baleset miatt szükségessé váló, a baleset bekövetkezésétől számított legfeljebb egy éven belül a Biztosítottnal végrehajtott, a számára káros baleseti következmények elkerülésére orvosilag szükségesnek tartott, orvos által elvégzett azon műtéti eljárások, sebészeti beavatkozások vagy a betegségek pontosabb okait felderítő műtétek, melyeket az orvosszakmai szabályok betartásával, a kórházi fekvőbeteg (legalább 24 órás benntartózkodás) gyógyellátás keretében végeznek.
- 2.2 Nem képeznek biztosítási eseményt a következők: kozmetikai célú plasztikai műtét, fogászati műtét, orvosi műhiba miatti műtét, patológias törés miatti műtét, diagnosztikus vizsgálat, implantált anyagok eltávolítása, arthroscopos ízületi- és szalagműtétek, valamint műtéti szövődmények miatti újabb műtétek.
- 2.3 A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a biztosítási szerződés megkötését megelőzően bekövetkezett balesetekre, vagy azok következményeként fellépő műtétekre, betegségekre és azok következményeire.
- 2.4 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.
- 2.5 Az ugyanazon baleset következményeként végrehajtott több műtéti beavatkozás több biztosítási eseménynek számít (2.4 pont).
- 2.6 A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja: a baleset napja.

3. fejezet

Biztosítási szolgáltatás

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

- 3.1 A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésekor kifizeti a meghatározott műtétekre a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összegnek a jelen feltétel 1. számú mellékletében meghatározott százalékát.
- 3.2 A Biztosító az orvosszakmában szokásos műtéteket nehézségi fokuknak megfelelően 5 csoportba sorolta. Az első csoportba sorolt műtétek esetén a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége 0%. A második csoportba sorolt műtétek elvégzése esetén a Biztosító térítési kötelezettsége a biztosítási összeg 25%-a, a harmadik csoportban az 50%-a, a negyedik csoportban 100%-a és az ötödik csoportban a biztosítási összeg 200%-a.
- 3.3 A műtétek kivonatolt listája az 1. számú melléklet formájában a jelen különös feltételek részét képezi. A részletes lista a Biztosító székhelyén. A listában nem szereplő műtétek besorolását a Biztosító orvosa

a WHO-kódok alapján végzi. A műtétek besorolásánál a Biztosító azt tekintette legfontosabb szempontnak, hogy a műtét milyen fizikai és anyagi megterhelést jelent a Biztosított számára, illetve milyen hosszú ideig tart a gyógyulás, felépülés folyamata. Jelen feltételek 1. számú melléklete a tájékoztató lista az egyes műtétek kategóriákba sorolásáról, a térítési arányokról, illetve a kizárásokról.

3.4 A biztosítási szolgáltatás a következő korlátozásokkal kerül kifizetésre:

- a) Olyan műtétek, sebészeti beavatkozások esetén, amelyek elvégzését a szerződés megkötése előtt fennálló betegségek idézték elő, azokban közrehatottak (legalább 25%-ig), a Biztosító a térítési összeget a közrehatás mértékével csökkentetten fizeti ki.
- b) Amennyiben együlésben több beavatkozás történik, a Biztosító egy – a műtéti térítés WHO-kódok listája alapján a legsúlyosabb kategóriájú – műtetre térít.
- c) A kifizetendő térítés egy biztosítási éven belül nem haladhatja meg az aktuális biztosítási összeg kétszeresét.
- d) A Biztosítottnak a biztosítás tartama alatt több biztosítási esemény bekövetkezése esetén is összesen legfeljebb a választott biztosítási összeg ötszöröse fizethető ki szolgáltatásként.

A c) pontban meghatározott esetben fedezetfeltöltésre van lehetőség a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételeinek 5.7 pontja szerint. A Biztosító a szolgáltatás teljesítésekor levélben felhívja a Szerződő figyelmét, hogy az aktuális biztosítási összeg kétszeresének megfelelő, felső határként meghatározott összeg az ugyanazon biztosítási időszakban bekövetkezett biztosítási esemény miatt kifizetésre kerülő összeggel csökken. A Biztosító egyben tájékoztatja a Szerződőt a fedezetfeltöltés lehetőségéről és részletes szabályairól, valamint meghatározza a fedezetfeltöltés díját. Ha a Szerződő a fedezetfeltöltés jogával nem él, a szerződés a kifizetett összeggel csökkentett szolgáltatási összeggel marad hatályban a folyó biztosítási időszakra.

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

3.6 A biztosítási esemény bekövetkezése után, a Biztosító szolgáltatását követően, a szerződés a Szerződő további díjfizetése mellett továbbra is fennmarad a következő műtétek vonatkozásában. Amennyiben a műtét elvégzésére a Biztosító kockázatviselésének megszűnését követően kerül sor, úgy a Biztosító a műtetre nem nyújt biztosítási szolgáltatást

4. fejezet

A biztosítási szerződés megszűnése

- 4.1 Abban a biztosítási évben, amikor a Biztosított betölti a 65. életévét, az adott biztosítási év évfordulóján jelen kiegészítő biztosítás megszűnik.
- 4.2 Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik, amennyiben a biztosítási szolgáltatás meghaladta a 3.4 d) pontban meghatározott összeget.

5. fejezet

A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

- 5.1 A Biztosítóhoz a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez a következő iratokat kell a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 8 munkanapon belül benyújtani:

- az Általános Személybiztosítási Feltételekben szabályozott iratok, továbbá
- kárbejelentő formanyomtatvány,
- kórházi zárójelentés,
- rendőrségi jegyzőkönyv vagy határozat másolata,
- véralkohol-vizsgálat eredménye,
- részletes műtéti napló.

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.

- 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 kideríthetetlené válnak.

6. fejezet

Többlethozam-visszatérítés

- 6.1 Jelen kiegészítő biztosítás nem rendelkezik az Általános Személybiztosítási Feltételek 28. fejezetében leírt többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal.

1. számú melléklet

Érvényes: 2014. március 15-től.

Jelen melléklet egy tájékoztató lista az egyes műtétek kategóriákba sorolásáról, illetve a kizárásokról. Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a műtétek pontos WHO-kódjait tartalmazó lista alapján, a Biztosító orvosszakértőjének szakvéleménye alapján történik a Biztosító szolgáltatásának megállapítása.

A baleseti műtéti térítés biztosítás kivonatos műtéti listája

Sebészeti csoportok

I. csoport: (0%-os térítés)

- Külső fül varrása
- Szemgödri implantátum behelyezése
- Bőr alatti vérömleny eltávolítása
- Bőr összevarrása

II. csoport (25%-os térítés)

- Bőr traumás hiányának megszüntetése (félvastag bőrátültetés)
- Külbokaszalag varrata műtéttel
- Csavarozás (csonttörésnél)
- Egy lábujj amputációja
- Szem kötőhártyájának varrata
- Artéria-lekötés
- Nyelvsérülés helyreállítása
- Érsérülés helyreállítása varrással
- Vékonybél-sérülés varrata
- Végbél sérülésének varrata
- Hímvessző sérülésének varrata
- Izomsérülés helyreállítása
- Feszítő ínvarrat kézen
- Ín helyreállítása műtéttel
- Ujjízületbe protézis beültetése
- Leszakadt térdszalag műtéti rögzítése, helyreállítása
- Elülső keresztszalag varrata térdízületben műtéttel
- Mell baleseti sérülésének kimetszése
- Sérült ideg varrata

III. csoport (50%-os térítés)

- Teljes vastagságú bőrátültetés
- Arccsont- és állkapocscsonttörések műtéti helyreállítása
- Állcsont kimetszése és rekonstrukciója/csontgraft, prosthézis
- 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
- Velőűrsínezés
- Combnyakszegezés

IV. csoport (100%-os térítés)

- Nyakcsigolyatörés, csonthelyreállító lemezes műtét
- Baleseti gégesérülés miatti gégecsonkolás
- 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 + fémimplantátum
- Agylebény-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
- Liquorcsongás 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 (P1111)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135-139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a Halálesetre Szóló Életbiztosítás Különös Feltételei (P7110), a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás Különös Feltételei együtt a P7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadóak. Jelen kiegészítő biztosítás egészségbiztosításnak minősül, és kizárólag a P7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítás részeként, a P7110 Folyamatos díjas halálesetre szóló életbiztosítás 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

- 2.1 A Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2.1 pontjától eltérően a biztosítás 1-60 éves korig köthető.
- 2.2 A biztosítás tartamának utolsó évében a Biztosított életkora nem haladhatja meg a 65. életévet.

3. fejezet

Biztosítási esemény

- 3.1 Biztosítási esemény – a jelen különös feltételek szerint – a Biztosítottakon a biztosítás hatálya alatt végrehajtott, a számukra káros baleseti és betegségi következmények elkerülésére orvosilag szükségesnek tartott, orvos által elvégzett azon műtéti eljárások, sebészeti beavatkozások vagy a betegségek pontosabb okait felderítő műtétek, amelyeket az orvos szak- ma szabályainak betartásával kórházi fekvőbeteg (legalább 24 órás benntartózkodás) gyógyellátás keretében végeznek.
- 3.2 Nem képeznek biztosítási eseményt a következők:
 - a terhesség-megszakítás,
 - a mesterséges megtermékenyítés vagy fogamzásgátlás valamennyi formája,
 - a kozmetikai és plasztikai műtétek,
 - a szülés és azzal kapcsolatos műtétek,
 - a fogászati műtétek,
 - az előzőleg ismert betegségek, műtétek, valamint
 - a természetgyógyászati gyógyellátások miatti műtétek.
- 3.3 A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a biztosítási szerződés megkötését megelőzően bekövetkező balesetekre, betegségekre és azok következményeire.
- 3.4 Nem képeznek biztosítási eseményt a kockázatviselés kezdetét követő egy évben végzett sérvműtétek (comb-, lágyék, köldökműtétek), aranyér, aranyeres csomó 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 biztosítási esemény bekövetkezésekor kifizeti a meghatározott műtétekre a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összegnek a jelen feltétel 1. számú mellékletében meghatározott százalékát.
- 4.2 A Biztosító az orvosszakmában szokásos műtéteket nehézségi fokuknak megfelelően 5 csoportba sorolta. Az első csoportba sorolt műtétek esetén a Biztosító nem szolgáltat. A második csoportba sorolt műtétek elvégzése esetén a Biztosító térítési kötelezettsége a biztosítási összeg 25%-a, a harmadik csoportban 50%-a, a negyedik csoportban 100%-a és az ötödik csoportban a biztosítási összeg 200%-a.
- 4.3 A műtétek kivonatos listája az 1. számú melléklet formájában a jelen különös feltételek részét képezi. A részletes lista a Biztosító székhelyén megtekinthető. A listában nem szereplő műtétek besorolását a Biztosító orvosa WHO-kódok alapján végzi. A műtétek besorolásánál a Biztosító azt tekintette legfontosabb szempontnak, hogy a műtét milyen fizikai és anyagi megterhelést jelent a Biztosított számára, illetve milyen hosszú ideig tart a gyógyulás, felépülés folyamata. Jelen feltétel 1. számú melléklete a tájékoztató lista az egyes műtétek kategóriákba sorolásáról, a térítési arányokról, illetve a kizárásokról.
- 4.4 A biztosítási szolgáltatás a következő korlátozásokkal kerül kifizetésre:
 - a) Olyan műtétek, sebészeti beavatkozások esetén, amelyek elvégzését a szerződés megkötése előtt fennálló betegségek idézték elő, azokban közrehatottak (legalább 25%-ig), a Biztosító a térítési összeget a közrehatás mértékével csökkentetten fizeti ki.
 - b) Amennyiben együlésben több beavatkozás történik, a Biztosító egy – a műtéti térítés WHO-kódok listája alapján a súlyosabb kategóriájú – műtetre térít.
 - c) A kifizetendő térítés egy biztosítási éven belül nem haladhatja meg az aktuális biztosítási összeg kétszeresét.
 - d) A Biztosítottnak a biztosítás tartama alatt több biztosítási esemény bekövetkezése esetén is összesen legfeljebb a választott biztosítási összeg ötszöröse fizethető ki szolgáltatásként.

A c) pontban meghatározott esetben fedezetfeltöltésre van lehetőség a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételeinek 5.7 pontja szerint. A Biztosító a szolgáltatás teljesítésekor levélben felhívja a Szerződő figyelmét, hogy az aktuális biztosítási összeg kétszeresének megfelelő, felső határként meghatározott összeg az ugyanazon biztosítási időszakban bekövetkezett biztosítási esemény miatt kifizetésre kerülő összeggel csökken. A Biztosító egyben tájékoztatja a Szerződőt a fedezetfeltöltés lehetőségéről és részletes szabályairól, valamint meghatározza a fedezetfeltöltés díját. Ha a Szerződő a fedezetfeltöltés jogával nem él, a szerződés a kifizetett összeggel csökkentett szolgáltatási összeggel marad hatályban a folyó biztosítási időszakra.
- 4.5 A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosítottnál a műtét indokoltságát és egészségi állapotát ellenőriztesse a Biztosító által megjelölt orvosokkal.
- 4.6 A biztosítási esemény bekövetkezése után, a Biztosító szolgáltatását követően, a szerződés a Szerződő további díjfizetése mellett továbbra is fennmarad a jövőbeli események vonatkozásában.
- 4.7 Amennyiben a műtét elvégzésére a Biztosító kockázatviselésének megszűnését követően kerül sor, úgy a Biztosító a műtét- re nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

5. fejezet

Várakozási idő

5.1 A Biztosító a szolgáltatásokra vonatkozóan 6 hónap várakozási időt köt ki.

6. fejezet

A biztosítási szerződés megszűnése

- 6.1 Abban a biztosítási évben, amikor a Biztosított betölti a 65. életévét, az adott biztosítási év évfordulóján jelen kiegészítő biztosítás megszűnik.
- 6.2 Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik, amennyiben a biztosítási szolgáltatás meghaladta a 4.4 d) pontban meghatározott összeget.

7. fejezet

A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

- 7.1 A Biztosítóhoz a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez a következő iratokat kell a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 8 munkanapon belül benyújtani:
- az Általános Személybiztosítási Feltételekben szabályozott iratok, továbbá
 - kárbejelentő formanyomtatvány,
 - kórházi zárójelentés
 - részletes műtéti napló.
- 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.
- 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 kideríthetlenné válnak.

8. fejezet

Többlethozam-visszatérítés

- 8.1 Jelen kiegészítő biztosítás rendelkezik az Általános Személybiztosítási Feltételek 28. fejezetében leírt többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal.

1. számú melléklet

Tájékoztató a műtéti kategóriákról, a térítési arányokról és a kizárásokról

Érvényes: 2014. március 15-től.

Jelen melléklet egy tájékoztató lista az egyes műtétek kategóriákba sorolásáról, illetve a kizárásokról. Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a műtétek pontos WHO-kódjait tartalmazó lista alapján, a Biztosító orvosszakértőjének szakvéleménye alapján történik a Biztosító szolgáltatásának megállapítása.

A műtéti térítés biztosítás kivonatos műtéti listája:

I. csoport: (0%-os térítés)

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

II. csoport (25%-os térítés)

- Tonsillectomia, adenotomia, residuum kimetszés
- Hallójárat osteoma, exostosis eltávolítása
- Lágycsérvműtét, egyoldali
- Lágycsérvműtét, kétoldali
- Kődőkcsérvműtét
- Here rekonstrukciós műtétek
- Mindkét here eltávolítása (kasztráció)
- Fültőmirigy jóindulatú daganatának eltávolítása
- Petefészek-eltávolítás, egyoldali
- Petefészek-eltávolítás, kétoldali
- Ultrahangos uréter közúzás
- Vakbélműtét
- Műlencse-beültetés szembe
- Szemhéjplasztika (betegség miatt)
- Intrakapszuláris szemlencse-eltávolítás
- Neurinoma-eltávolítás perifériás idegből
- Kőves epehólyag laparasztopos eltávolítása
- Végbélisipoly műtéti kiirtása
- Endoszkópos arcüregműtét
- Csonttumor műtéti eltávolítása
- Lágycsérvműtét radikális kiirtása

- Baker cysta eltávolítás
- Húgyhólyagkő endoszkópos eltávolítása

III. csoport (50%-os térítés)

- Vesepólus eltávolítása műtéttel
- Egyoldali veseeltávolítás
- Pyelotomia (vesemedence műtéti 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)
- Nyelvi kiirtás
- Egyik szem eltávolítása
- Csontok transzplantációja
- Teljes vastagságú bőráttétetés
- 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 tüdőlebenyeltávolítás
- Hemicolectomia (vastagbél jobb vagy bal oldali részének eltávolítása)
- Aorta (főütőér) embolectomia
- Cordotomia laminectomiával
- Retroperitoneális, kétoldali, radikális nyirokcsomó- eltávolítás
- Tüdőciszta 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 műérrel
- Nagy hasi ütőér kimetszése és pótlása műérrel
- Hasi főütőér aneurizma kimetszése
- Nyelőcső teljes kiirtása, pótlása gyomorral
- Teljes gyomorkiirtás
- Teljes végbél, vastagbél kiirtása hasfalra kivezetett székletnyílással
- Májlebens (jobb vagy bal) eltávolítása
- Májátültetés
- Gerinc-stabilizáció három vagy több szegmentumban
- Agyalapimirigy-tumor kiirtása (koponyán keresztül)

Kritikus Betegségekre Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (P1114)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135-139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a Halálesetre Szóló Életbiztosítás Különös Feltételei (P7110), a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás Különös Feltételei együtt a P7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadók. Jelen kiegészítő biztosítás egészségbiztosításnak minősül, és kizárólag a P7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítás részeként, a P7110 Folyamatos díjas halálesetre szóló életbiztosítás mellé köthető.

1. fejezet

Biztosítási esemény

Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint –, ha a Biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt az alábbiakban fel-sorolt betegségek bármelyikét elszenved:

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

2. fejezet

Biztosítottak

- 2.1 A Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2.1 pontjától eltérően a biztosítás 1-60 éves korig köthető.
- 2.2 A biztosítás tartamának utolsó évében a Biztosított életkora nem haladhatja meg a 65. életévet.

3. fejezet

Biztosítási szolgáltatás

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

- 3.1 A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésekor kifizeti a kritikus betegségekre meghatározott biztosítási összeget a Kedvezményezettnek.
- 3.2 A biztosítási összeget a biztosítás tartama alatt csak egy alkalommal fizeti ki a Biztosító. Több betegség egyidejű vagy egymást követő fellépése esetén a Biztosító nem teljesít többszöri kifizetést és a biztosítási szerződés az egyszeri szolgáltatással egyidőben megszűnik.
- 3.3 Amennyiben a biztosítás tartama során nem következik be biztosítási esemény, lejáratkor a biztosítás kifizetés nélkül szűnik meg.

4. fejezet

Nemdohányzó díjkedvezmény

- 4.1 Jelen kiegészítő biztosításra a nemdohányzó kedvezmény igénybe vehető, amennyiben a Biztosított a Biztosító által előírt szárazvér teszt vizsgálaton részt vesz és annak eredménye azt mutatja ki, hogy a Biztosított nem minősül dohányzónak.
- 4.2 A nemdohányzó kedvezmény a tartam egészére vonatkozik.

5. fejezet

Várakozási idő

- 5.1 A Biztosító a szolgáltatásokra vonatkozóan 6 hónap várakozási időt köt ki.

6. fejezet

Kritikus betegségek definíciója

- 6.1 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 mell-daganatokat és a CIN-1, CIN-2, CIN-3 méhnyaki diszpláziákat)
- korai stádiumú prosztaták (T1a, 1b, 1c)
- bazálsejtes rák (basalioma), pikkelyes bőrrák (epithelioma), áttét nélküli melanoma, ha a tumor vastagsága 1,5 mm alatt van vagy a Clark osztályozás szerint a 3-as szint alatti
- HIV-vírus jelenléte mellett kialakult malignus tumorok
- pajzsmirigy 1 cm-nél kisebb átmérőjű T1NOMO 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.

6.2 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.

6.3 Agyi érkatasztrófa

Az agyi érkatasztrófa olyan idegrendszeri történést – 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.

6.4 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.

6.5 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.

6.6 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.

6.7 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 szívlultrahang-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.

6.8 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.

6.9 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.

6.10 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.

- 6.11 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.
- 6.12 Nagyfokú égés
Harmadfokú (teljes bőrvastagságot érintő) égési sérülés, amely a biztosított testfelületének legalább 20%-át érinti. Az égési sérülés a hóforrás (tűz, forró felület, gőz) vagy elektromos áram által kiváltott előszöveti 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.
- 6.13 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 szívét, 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.
- 6.14 Gyermekbénulás (a gerincvelő szürkeállományának gyulladás) (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.
- 6.15 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 eosinophyllica,
 - CREST szindróma.
- 6.16 Szisztémás lupus erythematosus nephritiszsel (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. Focalis segmentális vagy proliferatív glomerulonephritis,
- Class IV. Diffúz proliferatív glomerulonephritis,
- Class V. Diffúz membranózus glomerulonephritis,
- Class VI. Előrehaladott, szklerotizáló glomerulonephritis.

A biztosítás nem terjed ki a WHO szerinti I-II osztályú lupus nephritisre, a discoid lupusra,
A betegség diagnózisát immunológus, reumatológus, nephrológus szakorvos állapítja meg. **A nephritis fennállását vesebiopsziából nyert szövettan igazolja. Ez utóbbi egyúttal a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja is.**

7. fejezet

A biztosítási szerződés megszűnése

- 7.1 Abban a biztosítási évben, amikor a Biztosított betölti a 65. életévét, az adott biztosítási év évfordulóján jelen kiegészítő biztosítás megszűnik.
- 7.2 Jelen kiegészítő biztosítás a 3. fejezetben meghatározott biztosítási szolgáltatás kifizetését követően megszűnik.

8. fejezet

A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

- 8.1 A Biztosítóhoz a biztosítási szolgáltatás teljesítése érdekében a következő iratokat kell a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 8 munkanapon belül benyújtani:
 - az Általános Személybiztosítási Feltételekben meghatározott iratok,
 - kárbejelentő formanyomtatvány,
 - rosszindulatú daganat esetén: onkológiai szakorvosi vélemény, zárójelentés, a daganatot bizonyító szövettani vizsgálat lelete,
 - szívinfarktus esetén: kardiológiai szakvélemény, zárójelentés (a típusos mellkasi fájdalom leírása, az akut ST-szakasz elevációval, járó, jellemző EKG-eltérések 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,
 - szívbiliptóműtét 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,
- sükettség esetén: a teljes hallásvesztést igazoló vizsgálatok leletei, fül-orr- gégészeti, audiológiai szakvélemény,
- beszédképesség elvesztése esetén: a diagnózis felállításakor és az azt követő 6 hónap elteltével elvégzett vizsgálatok leletei és fül-orr-gégészeti szakvélemény,
- nagyfokú égés esetén: bőrgyógyászati, sebészeti szakvélemény,
- szervátültetés esetén: a transzplantációt megelőző kivizsgálás, a transzplantációt végző intézmény zárójelentései,
- gyermekbénulás (poliomyelitis) esetén: infektológiai, neurológiai szakvélemény, zárójelentés a betegség akut szakáról, valamint 6 hónappal az akut esemény utáni, a maradandó bénulást igazoló neurológiai szakvélemény,
- előrehaladott bőrkérgesedés (scleroderma progressziva) esetén: immunológia, belgyógyászati szakvélemény, zárójelentés, szerológiai, szövettani vizsgálatok eredményei,
- szisztémás lupus erythematosus nephritissel (SLE) esetén: nephrológus, immunológus, reumatológus szakvéleménye, zárójelentések, vesebiopszia lelete.

8.2 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.

8.3 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 kideríthetetlené válnak.

9. fejezet

Többlethozam-visszatérítés

9.1 Jelen kiegészítő biztosítás rendelkezik az Általános Személybiztosítási Feltételek 28. fejezetében leírt többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal.

Végleges Rokkantság Esetére Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (P1103)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135-139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a Halálesetre Szóló Életbiztosítás Különös Feltételei (P7110), a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás Különös Feltételei együtt a P7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadóak. Jelen kiegészítő biztosítás egészségbiztosításnak minősül, és kizárólag a P7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítás részeként, a P7110 Folyamatos díjas halálesetre szóló életbiztosítás 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 A Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2.1 pontjától eltérően a biztosítás 18-60 éves korig köthető.
- 2.2 A biztosítás tartamának utolsó évében a Biztosított életkora nem haladhatja meg a 65. életévet.

2.3 Nem lehet Biztosított

- akinek részére rokkantsági vagy rehabilitációs ellátást állapítottak meg, illetve aki ilyen jellegű kérelemmel fordult a nyugdíjbiztosítási igazgatósághoz.,
- aki a kockázatviselést megelőzően már rendelkezett a szakértői intézet szakhatósági állásfoglalásával, illetve kérelmet nyújtott be az említett intézetnél egészségkárosodásának megállapítása céljából,
- aki az ajánlat felvételének időpontjában folyamatos, 100 napot meghaladó sajátjogú betegállományban van.

3. fejezet

Biztosítási esemény

- 3.1 Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint - ha a Biztosított a biztosítási szerződés hatálya alatt, betegség vagy baleset következtében olyan mértékű egészségkárosodást, rokkantságot szenved el, amelyet a Biztosító a szakértői intézet szakhatósági állásfoglalása alapján D, E minősítési kategóriájú rokkantságnak fogad el.
- 3.2 A rokkantság kezdetének időpontja az a dátum, amelytől a szakértői intézet által az egészségkárosodást megállapította.

4. fejezet

Biztosítási szolgáltatás

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

- 4.1 A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésekor a D minősítésű rokkantsági szakhatósági állásfoglalás bemutatása után a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki, feltéve, hogy a rokkantság előidéző oka (baleset, betegség) a szerződés hatálya alatt következett be.
- 4.2 A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésekor az E minősítésű rokkantsági szakhatósági állásfoglalás bemutatása után a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki, feltéve, hogy a rokkantság előidéző oka (baleset, betegség) a szerződés hatálya alatt következett be.
- 4.3 Nem nyújtható szolgáltatás a biztosítási szerződés hatálybalépése előtt bekövetkezett betegségekre és balesetekre.

5. fejezet

Várakozási idő

- 5.1 A Biztosító a szolgáltatásokra vonatkozóan 6 hónap várakozási időt köt ki.

6. fejezet

A biztosítási szerződés megszűnése

- 6.1 Abban a biztosítási évben, amikor a Biztosított betölti a 65. életévét, az adott biztosítási év évfordulóján jelen kiegészítő biztosítás megszűnik.
- 6.2 Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik, amennyiben a 4. fejezetben meghatározott biztosítási szolgáltatás bármelyike kifizetésre kerül.

7. fejezet

A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

- 7.1 A Biztosítóhoz a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez a következő iratokat kell a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 8 munkanapon belül benyújtani:
 - az Általános Személybiztosítási Feltételekben meghatározott iratok, továbbá
 - kárbejelentő formanyomtatvány,
 - a nyugdíjbiztosítási igazgatósághoz benyújtott kérelem másolata,
 - a szakértői intézet rokkantsági szakhatósági állásfoglalása
 - a szakértői intézet rokkantsági szakhatósági állásfoglalását alátámasztó orvosi (pl. leletek, zárójelentés, stb.) és szakmai indoklások dokumentumai,
 - baleset körülményét igazoló hivatalos hatósági határozat (rendőrségi, légügyi, stb.) és a balesetet alátámasztó összes orvosi dokumentum.

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.

- 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 kideríthetetlené válnak.

8. fejezet

Többlethozam-visszatérítés

- 8.1 Jelen kiegészítő biztosítás rendelkezik az Általános Személybiztosítási Feltételek 28. fejezetében leírt többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal.

Egyszeri Térítés Rokkantság Esetére Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (P1112)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135-139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a Halálesetre Szóló Életbiztosítás Különös Feltételei (P7110), a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás Különös Feltételei együtt a P7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadók. Jelen kiegészítő biztosítás egészségbiztosításnak minősül, és kizárólag a P7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítás részeként, a P7110 Folyamatos díjas halálesetre szóló életbiztosítás mellé, a Kiegészítő Biztosítás Általános Feltételei 2. számú melléklet 7. pontjában meghatározott csomagban 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 A Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2.1 pontjától eltérően a biztosítás 18-60 éves korig köthető.
- 2.2 A biztosítás tartamának utolsó évében a Biztosított életkora nem haladhatja meg a 65. életévet.
- 2.3 Nem lehet Biztosított
 - akinek részére rokkantsági vagy rehabilitációs ellátást állapítottak meg, illetve aki ilyen jellegű kérelemmel fordult a nyugdíjbiztosítási igazgatósághoz,

- aki a kockázatviselést megelőzően már rendelkezett a szakértői intézet szakhatósági állásfoglalásával, illetve kérelmet nyújtott be az említett intézetnél egészségkárosodásának megállapítása céljából,
- aki az ajánlat felvételének időpontjában folyamatos, 100 napot meghaladó sajátjogú betegállományban van.

3. fejezet

Biztosítási esemény

Végleges rokkantság (D, E kategória) biztosítási eseménye

- 3.1 Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint - ha a Biztosított a biztosítási szerződés hatálya alatt, betegség vagy baleset következtében olyan mértékű egészségkárosodást, rokkantságot szenved el, melyet a Biztosító a szakértői intézet szakhatósági állásfoglalása alapján D, E minősítési kategóriájú rokkantságnak fogad el.
- 3.2 A biztosítási esemény időpontja az a dátum, amelytől a szakértői intézet az egészségkárosodást megállapította.

Súlyos (legalább 50%-os) baleseti eredetű rokkantság biztosítási eseménye

- 3.3 Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint – ha a baleset napjától számított egy éven belül kiderül, hogy a baleset következményeként a Biztosított egészsége tartósan, véglegesen károsodott 50%-os vagy azt meghaladó mértékben megrokkant.
- 3.4 A rokkantság fokát az alábbiak szerint állapítja meg a Biztosító:

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

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

- 3.6 A balesetből eredő végleges egészségkárosodási százalékos szolgáltatások mértéke összeadódik és amennyiben ezek együttes összege eléri az 50%-ot, ez a mérték jogosít a biztosítási szolgáltatásra.
- 3.7 A Biztosító csak az 50%-os vagy azt meghaladó mértékű balesetből eredő, maradandó végleges egészségkárosodás esetén szolgáltat.
- 3.8 Ha a baleseti rokkantság foka a táblázat alapján nem állapítható meg, a szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A balesetből eredő, maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvosa állapítja meg.
- 3.9 Amennyiben a balesetből eredő maradandó végleges egészségkárosodás megállapított mértékét a Biztosított nem fogadja el, abban az esetben a Biztosító az általa felkért független orvosszakértő véleményének figyelembevételével állapítja meg a rokkantság fokát.
- 3.10 A baleset utáni első évben a rokkantsági szolgáltatásra csak akkor kerülhet sor, ha a balesetből eredő, maradandó egészségkárosodás orvosi szempontból végleges.

4. fejezet

Biztosítási szolgáltatás

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

- 4.1 A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezését követően, a D vagy E rokkantsági minősítési kategóriát megállapító szakhatósági állásfoglalás benyújtása után (3.1-3.2 pontok), vagy súlyos baleseti rokkantság esetén (3.3-3.10 pontok) a Biztosító orvosának szakvéleménye alapján egyszeri alkalommal egyösszegű szolgáltatást nyújt, amelynek összege függ a választott havi járadékszolgáltatás összegétől és a választott csomagtól (Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú melléklet 7. pont).
- 4.2 Amennyiben a biztosítási eseményt megelőző egy évben a főbiztosítás díja az értékkövetést meghaladó mértékben emelkedett, úgy az emelés előtti díj értékkövetéssel növelt értékét kell aktuális díjként kezelni.
- 4.3 A biztosítási szolgáltatás feltétele, hogy a rokkantság előidéző oka (baleset vagy betegség) a szerződés hatálya alatt következett be és a Biztosított a nyugdíjbiztosítási igazgatóságnál a rokkantsággal összefüggő igénybejelentését a kockázatviselés tartama alatt kezdeményezte.
- 4.4 Bármelyik biztosítási esemény (3. fejezet) bekövetkezése esetén jelen kiegészítő biztosítás a szolgáltatással egyidejűleg megszűnik.
- 4.5 Amennyiben egyidejűleg több biztosítási esemény következik be, a Biztosító mindig az elsőként bekövetkezett biztosítási esemény alapján teljesíti a szolgáltatást.

5. fejezet

Várakozási idő

A Biztosító a Végleges rokkantság (3.1-3.2) szolgáltatásra vonatkozóan 6 hónap várakozási időt köt ki.

6. fejezet

A biztosítási összeg

- 6.1 Jelen kiegészítő biztosítás biztosítási összege a Szerződő által választott havi járadék összegének és a választott csomaghoz (Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú melléklet 7. pont) tartozó szorzónak a szorzata.
- 6.2 Jelen kiegészítő biztosítás biztosítási összege nem haladhatja meg a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú melléklet 7. pontjában meghatározott összeget
- 6.3 Amennyiben a Szerződő a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú melléklet 7. pontjában meghatározott összegnél magasabb biztosítási összegre vonatkozóan kívánja a kiegészítő biztosítást megkötni, a Biztosító a kockázatelbíráláshoz további dokumentumok benyújtását kérheti.

7. fejezet

A biztosítási szerződés tartama, megszűnése

- 7.1 Abban a biztosítási évben, amikor a Biztosított betölti a 65. életévét, az adott biztosítási év évfordulóján jelen kiegészítő biztosítás megszűnik.
- 7.2 Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik, amennyiben a 4. fejezetben meghatározott egyösszegű szolgáltatás kifizetésre kerül.

8. fejezet

A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

- 8.1 A Szerződő az alább felsorolt dokumentumok benyújtására köteles az esemény bekövetkezését követő 8 munkanapon belül:
 - az Általános Személybiztosítási Feltételekben meghatározott iratok, továbbá
 - kárbejelentő formanyomtatvány,
 - a nyugdíjbiztosítási igazgatósághoz benyújtott kérelem másolata,
 - a szakértői intézet rokkantsági szakhatósági állásfoglalása,
 - a szakértői intézet rokkantsági szakhatósági állásfoglalását alátámasztó orvosi (pl. leletek, zárójelentés, stb.) és szakmai indoklások dokumentumai,
 - baleset körülményét igazoló hivatalos hatósági határozat (rendőrségi, légügyi, stb.) és a balesetet alátámasztó összes orvosi dokumentum.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.
- 8.2 A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő vagy a Kedvezményezett nem jelenti be 8 munkanapon belül a kár iránti igényét illetve a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.

9. fejezet

Többlethozam-visszatérítés

- 9.1 Jelen kiegészítő biztosítás rendelkezik az Általános Személybiztosítási Feltételek 28. fejezetében leírt többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal.

10. fejezet

Egyéb rendelkezések

- 10.1 Jelen kiegészítő biztosításra a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 3. számú melléklet 1. pontjában meghatározott többszörözésre vonatkozó rendelkezés nem érvényes.
- 10.2 Jelen kiegészítő biztosítás kizárólag csomagban választható, a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételeinek 2. számú melléklet 7. pontja szerint.

Járadékszolgáltatás Rokkantság Esetére Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (P9113)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135-139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a Halálesetre Szóló Életbiztosítás Különös Feltételei (P7110), a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és a jelen kiegészítő biztosítás Különös Feltételei együtt a P7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadók. Jelen kiegészítő biztosítás egészségbiztosításnak minősül, és kizárólag a P7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítás részeként, a P7110 Folyamatos díjas halálesetre szóló életbiztosítás mellé, a Kiegészítő Biztosítás Általános Feltételei 2. számú melléklet 7. pontjában meghatározott csomagban 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 szolgált a Biztosító.
 - **D kategória:** ebbe a minősítési kategóriába tartozik az, akinek az egészségi állapota 1-30% között van és orvosszakmai szempontból önellátásra képes,
 - **E kategória:** ebbe a minősítési kategóriába tartozik az, akinek az egészségi állapota 1-30%. között van és orvosszakmai szempontból önellátásra nem vagy csak segítséggel képes.
- 1.2 Egészségi állapot százalékos mértéke: Megállapítása az össz-szervezeti egészségkárosodás mértékének figyelembevételével történik úgy, hogy 100%-ból ki kell vonni az össz-szervezeti egészségkárosodás mértékét.

2. fejezet

A Biztosítottak

- 2.1 A Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2.1 pontjától eltérően a biztosítás 18-60 éves korig köthető.
- 2.2 A biztosítás tartamának utolsó évében a Biztosított életkora nem haladhatja meg a 65. életévet.
- 2.3 Nem lehet Biztosított
 - akinek részére rokkantsági vagy rehabilitációs ellátást állapítottak meg, illetve aki ilyen jellegű

- kérelemmel fordult a nyugdíjbiztosítási igazgatósághoz,
- aki a kockázatviselést megelőzően már rendelkezett a szakértői intézet szakhatósági állásfoglalásával, illetve kérelmet nyújtott be az említett intézetnél egészségkárosodásának megállapítása céljából,
- aki az ajánlat felvételének időpontjában folyamatos, 100 napot meghaladó sajátjogú betegállományban van.

3. fejezet

Biztosítási esemény

Végleges rokkantság (D, E kategória) biztosítási eseménye

- 3.1 Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint - ha a Biztosított a biztosítási szerződés hatálya alatt, betegség vagy baleset következtében olyan mértékű egészségkárosodást, rokkantságot szenved el, melyet a Biztosító a szakértői intézet szakhatósági állásfoglalása alapján D, E minősítési kategóriájú rokkantságnak fogad el.
- 3.2 A biztosítási esemény időpontja az a dátum, amelytől a szakértői intézet az egészségkárosodást megállapította.

Súlyos (legalább 50%-os) baleseti eredetű rokkantság biztosítási eseménye

- 3.3 Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint - ha a baleset napjától számított egy éven belül kiderül, hogy a baleset következményeként a Biztosított egészsége tartósan, véglegesen károsodott, 50%-os vagy azt meghaladó mértékben megrokkant.
- 3.4 A rokkantság fokát az alábbiak szerint állapítja meg a Biztosító:

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

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

- 3.6 A balesetből eredő végleges egészségkárosodási százalékos szolgáltatások mértéke összeadódik és amennyiben ezek együttes összege eléri az 50%-ot, ez a mérték jogosít a biztosítási szolgáltatásra.
- 3.7 A Biztosító csak az 50%-os vagy azt meghaladó mértékű balesetből eredő, maradandó végleges egészségkárosodás esetén szolgáltat.
- 3.8 Ha a baleseti rokkantság foka a táblázat alapján nem állapítható meg, a szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A balesetből eredő, maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvosa állapítja meg.
- 3.9 Amennyiben a balesetből eredő, maradandó végleges egészségkárosodás megállapított mértékét a Biztosított nem fogadja el, abban az esetben a Biztosító az általa felkért független orvosszakértő véleményének figyelembe vételével állapítja meg a rokkantság fokát.
- 3.10 A baleset utáni első évben a rokkantsági szolgáltatásra csak akkor kerülhet sor, ha a balesetből eredő, maradandó egészségkárosodás orvosi szempontból végleges.

4. fejezet

Biztosítási szolgáltatás

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

- 4.1 A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezését követően a D vagy E rokkantsági minősítési kategóriát megállapító szakértői szakhatósági állásfoglalás benyújtása után (3.1–3.2 pontok), vagy súlyos baleseti rokkantság esetén (3.3–3.10 pontok) a Biztosító orvosának szakvéleménye alapján a következő biztosítási hónap fordulójától havi járadékszolgáltatást nyújt, amelynek összegét a Szerződő az ajánlattételkor választ meg. A választható havi járadék összegét a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú mellékletének 7. pontja határozza meg.
- 4.2 A biztosítási szolgáltatás feltétele, hogy a rokkantság előidéző oka (baleset vagy betegség) a szerződés hatálya alatt következzen be és a Biztosított a nyugdíjbiztosítási igazgatóságnál a rokkantsággal összefüggő igénybejelentését a kockázatviselés tartama alatt kezdeményezze.
- 4.3 A Biztosító a biztosítási szolgáltatást, vagyis a járadékfizetést 5 évig vállalja.
- 4.4 Bármelyik biztosítási esemény (3. fejezet) bekövetkezése esetén jelen kiegészítő biztosítás kockázatviselése megszűnik, de a kiegészítő biztosítás szolgáltatása a 4.5 pont figyelembevételével tovább folytatódik.
- 4.5 Amennyiben egyidejűleg több biztosítási esemény következik be, a Biztosító mindig az elsőként bekövetkezett biztosítási esemény alapján teljesíti a szolgáltatást.
- 4.6 Amennyiben a biztosítási esemény bekövetkezését követően, de a szolgáltatási igény bejelentése előtt a Biztosított elhalálozik, a Biztosító visszatéríti a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja és a haláleset időpontja között befizetett díjakat.

5. fejezet

Várakozási idő

A Biztosító a Végleges rokkantság (3.1-3.2) szolgáltatására vonatkozóan 6 hónap várakozási időt köt ki.

6. fejezet

A biztosítási összeg

- 6.1 Jelen kiegészítő biztosítás biztosítási összege a Szerződő által választott biztosítási összeg. A választható havi járadék összegét a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú mellékletének 7. pontja határozza meg.
- 6.2 Jelen kiegészítő biztosítás biztosítási összege nem haladhatja a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú melléklet 7. pontjában meghatározott összeget.
- 6.3 Amennyiben a Szerződő a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú melléklet 7. pontjában meghatározott összegnél magasabb biztosítási összegre vonatkozóan kívánja a kiegészítő biztosítást megkötni, a Biztosító a kockázatelbíráláshoz további dokumentumok benyújtását kérheti.

7. fejezet

A biztosítási szerződés tartama; megszűnése

- 7.1 Abban a biztosítási évben, amikor a Biztosított betölti a 65. életévét, az adott biztosítási év évfordulóján jelen kiegészítő biztosítás megszűnik.
- 7.2 Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik a biztosítási esemény bekövetkezésével.

8. fejezet

A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

- 8.1 A Szerződő az alább felsorolt dokumentumok benyújtására köteles az esemény bekövetkezését követő 8 munkanapon belül:
 - az Általános Személybiztosítási Feltételekben meghatározott iratok, továbbá
 - kárbejelentő formanyomtatvány,
 - a nyugdíjbiztosítási igazgatósághoz benyújtott kérelem másolata,
 - a szakértői intézet rokkantsági szakhatósági állásfoglalása,
 - a szakértői intézet rokkantsági szakhatósági állásfoglalását alátámasztó orvosi (pl. leletek, zárójelentés, stb.) és szakmai indoklások dokumentumai,
 - baleset körülményét igazoló hivatalos hatósági határozat (rendőrségi, légügyi, stb.) és a balesetet alátámasztó összes orvosi dokumentum.

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.

- 8.2 A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő vagy a Kedvezményezett nem jelenti be 8 munkanapon belül a kár iránti igényét illetve a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.

9. fejezet

Többlethozam-visszatérítés

- 9.1 Jelen kiegészítő biztosítás rendelkezik az Általános Személybiztosítási Feltételek 28. fejezetében leírt többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal.

10. fejezet

Egyéb rendelkezések

- 10.1 Jelen kiegészítő biztosításra a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 3. számú melléklet 1. pontjában meghatározott többszörözésre vonatkozó rendelkezés nem érvényes.
- 10.2 Jelen kiegészítő biztosítás kizárólag csomagban választható, a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételeinek 2. számú melléklet 7. pontja szerint.

Dr. LIFE szolgáltatási csomag Feltételek

Orvosi Call Center Szolgáltatási Feltételek

1. fejezet

Az orvosi call center szolgáltatás főbb jellemzői:

- 1.1 A szolgáltatás célja, hogy szakorvosok telefonon keresztül laikusoknak szóló egészségügyi információkat szolgáltatassanak az ügyfeleknek.
- 1.2 Az orvosi segélyhívó központban szakorvosok válaszolják meg a beérkező hívásokat, és tájékoztatást adnak a következő kérdések esetén:
 - a) egészséggel, betegséggel, gyógykezeléssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdések,
 - b) tájékoztatás gyógyszerek összetételét, alkalmazhatóságát, mellékhatásait, helyettesíthetőségét, árát illetően,
 - c) tájékoztatás orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletekről,
 - d) tájékoztatás ügyeletes gyógyszerárakról,
 - e) tájékoztatás egészségügyi intézmények elérhetőségéről.
- 1.3 A 24 órás orvosi segélyhívó szolgáltatást az ügyfél a kockázatviselés teljes tartama alatt, az év minden napján, a nap 24 órájában a 06 1 461 1566 telefonszámon veheti igénybe korlátlan alkalommal.

2. fejezet

A szolgáltató és felelőssége

- 2.1 Az orvosi call center szolgáltatást a Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) nyújtja az Advance Medical Hungary Kft. igénybevételeivel. Ennek keretében 24 órás segélyhívó szolgáltatást nyújt.
- 2.2 A telefonon adott orvosi vélemény az ügyfél által szolgáltatott információk alapján az érintett páciens betegségének megítélését szolgáló kizárólag kiegészítő információ, konzultatív jellegű vélemény. A pontos diagnózis felállítása, és a helyes kezelés megválasztása telefonbeszélgetés alapján nem lehetséges, így a telefonon történő orvosi konzultáció nem helyettesíti a személyes orvos-beteg találkozást és a betegvizsgálatot.
- 2.3 A telefonon adott orvosi vélemény hibás értelmezéséért, illetve helytelen felhasználásáért sem a Biztosító, sem az Advance Medical Hungary Kft. nem vállal felelősséget.
- 2.4 A szolgáltatás nem tartalmazza a receptfelírást, kórházba, járóbeteg-szakellátásra történő beutalást, személyes betegvizsgálatot nem végez.
- 2.5 Biztosító és az Advance Medical Hungary Kft. a telefonbeszélgetések során tudomására jutott személyes adatokat, információkat bizalmasan kezeli, azokat kizárólag a telefonáló kérdéseinek megválaszolása céljából használja fel, és harmadik fél részére nem adja tovább.

3. fejezet

Igénybevétel feltételei

- 3.1 A szolgáltatás csak a Nemzetközi Orvosi Szakvélemény szolgáltatással együtt vehető igénybe.

A Nemzetközi Orvosi Szakvélemény Szolgáltatási Feltételek

1. fejezet

A Nemzetközi Orvosi Szakvélemény (továbbiakban NOSz) főbb jellemzői

- 1.1 A szolgáltatás célja, hogy súlyos betegség esetén a beteg
- a) orvosi leletei
 - b) és a beteget korábban ellátó orvos által készített első diagnózis alapján második orvosi szakvéleményhez jusson anélkül, hogy az otthonát el kelljen hagynia.
- 1.2 Az a) és b) alpontban felsorolt dokumentumok megléte előfeltétele a szolgáltatás igénybevételének.

2. fejezet

A szolgáltató és felelőssége

- 2.1 A szolgáltatást a Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) nyújtja az Advance Medical Hungary Kft. igénybevételével.
- 2.2 Az egész világ területén a legkülönbözőbb orvosi szakterületeken dolgozó orvos szakértőkből és kórházakból álló nemzetközi hálózat teszi lehetővé, hogy a véleményezésre küldött minden egyes esethez a Biztosító megtalálja a legmegfelelőbb orvosszakértőt, függetlenül attól, hogy az adott specialista hol, melyik kórházban dolgozik.
- 2.3 A Biztosító és az Advance Medical Hungary Kft. által adott információk helytelen felhasználásáért vagy hibás értelmezéséért nem vállalnak felelősséget. A NOSz jogi vagy tudományos felhasználásához a Biztosító nem járul hozzá.
- 2.4 A Biztosító a NOSz-szal kapcsolatban esetlegesen felmerülő bármely igényt továbbítja az Advance Medical Hungary Kft. felé, ám ezen igények tekintetében a Biztosító semmilyen felelősséget nem vállal, és a NOSz-ban foglaltakkal kapcsolatban nem vonható felelősségre.

3. Fejezet

Azon betegségek köre, melyek esetén a NOSz igénybe vehető

- Az életet fenyegető rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat),
- szívbetegségek, beleértve a szív- és érsebészetet,,
- szervátültetések,
- neurológiai és idegsebészeti betegségek, beleértve az agyérkatasztrófát,
- veleszületett betegségek és rendellenességek
- idegrendszer degeneratív betegségei és demyelinizáció (idegsorvadás)
- Veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák
- Az életet fenyegető betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás.

4. fejezet

A NOSz igénybevételének korlátai

- 4.1 A NOSz a rendelkezésre álló orvosi/kórházi leletek, laboratóriumi eredmények, röntgen-vizsgálatok, biopsziák stb. alapján készül.
- 4.2 A specialista által készített NOSz a beküldött leletek pontosságának és hitelességének függvénye.
- 4.3 A szolgáltatás szakértő orvosi információval szolgál, amelynek célja, hogy kiegészítse a beteg számára a kezelőorvosától kapott információt. Ezen információ semmi esetre sem kezelendő orvosi diagnózisként vagy kezelésre vonatkozó előírásként.
- 4.4 A NOSz nem helyettesíti a kezelőorvos szakvéleményét, ugyanis végleges diagnózis és helyes kezelés megállapításához elengedhetetlen a személyes orvos-beteg találkozás.
- 4.5 Közvetlenül a fent említett második diagnózisból származó díjak és költségek benne foglaltatnak a NOSz szolgáltatásban, feltéve, ha a szolgáltatásokat a fentiek szerint kérelmezték.
- 4.6 Orvosi tanácsadásból vagy kezelésből, vizsgálatokból, jelentésekből, röntgenfelvételekből és más vizsgálat készítéséből eredő minden további ráfordítás, költség és díj a beteget terheli, még abban az esetben is, ha a második diagnózis által felderítendő betegséggel vagy klinikai állapottal kapcsolatban készültek.
- 4.7 A beteg csak akkor jogosult a NOSz igénybevételére, ha őt előtte a kérelmezett szakvélemény tárgyát képező betegség tekintetében egy Magyarországon orvosi tevékenység végzésére hatósági engedéllyel rendelkező orvos megvizsgálta, és a vizsgálatról leleteket készített, illetve írásos diagnózist állított fel.

5. fejezet

Igénybevétel feltételei

- 5.1 A Szolgáltatás csak az Orvosi Call-Center szolgáltatással együtt vehető igénybe.
- 5.2 A Biztosító a szolgáltatásra vonatkozóan 6 hónap várakozási időt köt ki.

6. fejezet

NOSz igénybevétele

- 6.1 Biztosított megküldi a kérelmet a csatolt dokumentumokkal a Biztosítóhoz.
- 6.2 Biztosító továbbítja az arra megfelelő, általa kiválasztott orvosnak.
- 6.3 Orvos véleményt ad, majd megküldi azt a Biztosítottnak.