

MetLife®



Nelson (MET-275, MET-276) és Admiral (MET-277)

klasszikus életbiztosítások általános és különös feltételei
Budapest, 2015. október 1.

TARTALOMJEGYZÉK

Áttekintés az Admiral és Nelson biztosítási termékek főbb feltételeiről	4
Áttekintés az Admiral és Nelson kockázati életbiztosításhoz köthető kiegészítő biztosítások főbb feltételeiről.	7
A MetLife Europe Limited életbiztosítási szerződéseinek általános feltételei	11
1. § A biztosítási szerződés alanyai	11
2. § A biztosítással kapcsolatos fogalmak.	11
3. § A biztosítási szerződés létrejötte és módosítása	13
4. § A biztosítási szerződés hatálybalépése, kockázatviselés kezdete	15
5. § Kockázatfelbírálási időszak	15
6. § A biztosítási esemény	15
7. § Közlési kötelezettség.	15
8. § Bejelentési kötelezettség.	16
9. § A biztosítási díj.	16
10. § Késedelmes díjfizetés.	17
11. § A szerződés ismételt hatálybaléptetése (reaktiválás).	17
12. § Hitelfedezet	17
13. § Többlethozam visszatérítés	17
14. § Értékkövetés, indexálás.	18
15. § A biztosító teljesítése	18
16. § A biztosító mentesülése	19
17. § Kizárt kockázatok	19
18. § A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése	20
19. § Felmondás	20
20. § Elévülés.	20
21. § Üzletpolitikai kedvezmény	20
22. § A biztosítási és az üzleti titok	20
23. § A személyes adatok kezelése	23
24. § A biztosítás megszűnésének esetei	24
25. § Adózással kapcsolatos jogszabályok	24
26. § Tájékoztatás és tájékoztatás.	24
27. § Illetékes bíróság, illetékes panaszforum	24
A Nelson díjkezdményes kockázati életbiztosítás (MET-275, MET-276) különös feltételei	26
Az Admiral Kockázati életbiztosítás (MET-277) különös feltételei	28
Az Admiral és Nelson kockázati életbiztosításhoz köthető kiegészítő biztosítások általános feltételei	29
A rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás (MET-W22, MET-W20) feltételei.	32
A baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás (MET-HA4, MET-H19) feltételei.	34
A baleseti maradandó rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás (MET-R64, MET-R57) feltételei.	35
A csonttörés és égési sérülés esetére szóló kiegészítő biztosítások (MET-F16, MET-F07) feltételei	37
A balesetből származó kórházi ellátásra (MET-N11, MET-N07) és műtéti beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosítások (MET-S14, MET-S07) feltételei	39

A balesetből vagy betegségből származó kórházi ellátás esetén, napi térítésre (MET-N27, MET-N57) és műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítások (MET-S48, MET-S57) feltételei	41
A Critical Care kiegészítő biztosítás (MET-C75, MET-C76, MET-C77, MET-C78, MET-C79, MET-C80) feltételei	46
A MetLife Europe Limited Lóci óriás lesz Gyermekek egyes súlyos betegségeire és baleseteire szóló kiegészítő biztosítás (MET-B46, MET-B76, MET-B66) különös feltételei és mellékletei	52
Lóci óriás lesz kiegészítő biztosítás 1. számú melléklete: Szolgáltatások összefoglaló táblázata	57
Lóci óriás lesz kiegészítő biztosítás 2. számú melléklete: Súlyos betegségek	59
Lóci óriás lesz kiegészítő biztosítás 3. számú melléklete: Balesetből eredő súlyos fogyatékoságok	64
Lóci óriás lesz kiegészítő biztosítás 4. számú melléklete: Balesetből eredő súlyos törések	65
Szerződési feltételek MyMetLife internetes felület használatára	66
1. számú melléklet: A többlethozam visszatérítés részletes szabályai	70
2. számú melléklet: Egyes, a feltételekben meghatározott változók értékei	71
3. számú melléklet: Kockázati díjak	72
4. számú melléklet: Ajánlatot a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokról	73
5. számú melléklet: A kiegészítő biztosítások választható biztosítási összegei	75
Cégismertető	76

ÁTTEKINTÉS AZ ADMIRAL ÉS NELSON BIZTOSÍTÁSI TERMÉKEK FŐBB FELTÉTELEIRŐL¹



Kérdés

Válasz

Kinek szól az ajánlatunk?

Biztosítási programunk azon ügyfeleknek ajánljuk, akik választ keresnek arra a kérdésre, hogy: Mi lesz a családommal, ha én meghalok vagy komolyabban megsérülök? A MetLife szerint az életbiztosítás az egyik legnagyobb figyelmesség és gondoskodás, amellyel megteremthetjük szeretteink védelmét.

Milyen élethelyzetekben ajánljuk különösen?

Az alábbiakban olyan élethelyzeteket mutatunk be, amikor a családoknak sokkal inkább szükséges átgondolniuk az életbiztosítási igényüket.

- *Amennyiben házas vagy hamarosan megházasodik*
 - Nagyon sok család két jövedelemből él. Ha Ön egy sajnálatos betegség vagy baleset következtében életét veszítené, akkor a házastársa egyedül is képes lenne fizetni hiteltartozásukat, és anyagi segítség nélkül is fel tudná nevelni gyermekeiket?
- *Ha gyermeke születik*
 - A gyermek felnevelése csodálatos élmény, ugyanakkor tagadhatatlanul anyagi kihívásokat is állít elének. Ha Ön holnap egy váratlan betegség vagy baleset következtében elhalálozna, akkor a házastársa egyedül is tudná biztosítani azokat a feltételeket gyermeküknek, amiről Önök közösen álmodtak?
 - Egyedülálló szülőként a gyermekről történő gondoskodás még fontosabb!
- *Ha hitelből lakást vagy házat vásárol*
 - Az életbiztosítás abban segíthet, hogy családjának ne kelljen feladnia a meglévő otthonukat. Ha Önnek és családjának is fontos érték a saját lakás vagy ház és annak fenntartása, akkor ez egy újabb fontos érv az életbiztosítási program elindítása mellett.
- *Ha egyedülállóként gondoskodik másokról*
 - Lehet, hogy Ön egyedülálló, azonban pénzügyileg Ön gondoskodik szüleitől, vagy jelentős hiteltartozással rendelkezik, amit nem szeretne szüleine vagy más rokonaira terhelni abban az esetben, ha Önnel történik valami.
- *Ha változik a munkája, a munkahelye*
 - Amennyiben nemrégén léptették elő, akkor itt az ideje annak, hogy átvértelje az életbiztosításait. Miért? Azért, mert ha növekszik a jövedelme, akkor a kiadásai is nőnek, sokszor még úgyis, hogy Ön azt észre sem veszi. Ezért szükséges lehet az életbiztosítási fedezetek átgondolása.
- *Ha kirepülnek a gyermekei*
 - Ha gyermekei felnőttek és a hiteltartozásait is kifizette, akkor lehet, hogy úgy gondolja, Önnek már nincs is szüksége életbiztosításra. Ez azonban nem így van. Házastársa ugyanúgy súlyos anyagi helyzetbe kerülhet, ha Önnel bármi történik. Emellett unokáiról is gondoskodhat ily módon. Éppen ezért érdemes átgondolnia a rendszeres kiadásokat és a szükséges életbiztosítás nagyságát.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

A biztosított halála esetén a biztosító a haláleseti kedvezményezett részére kifizeti a biztosítási összeget.
Ha a biztosított a tartam végén életben van, a szerződés kifizetés nélkül megszűnik.

Kik a biztosításban érintett személyek?

A *biztosított* személy az, akinek az életével kapcsolatos biztosítási eseményre a szerződés létrejön.
A *szerződő* személy az, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz és annak elfogadása esetén a díjfizetést teljesíti.
A *kedvezményezett* személy az, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási szerződésben megjelölt szolgáltatás igénybevételére jogosult.
(Részletek a 11. oldalon.)



Magyarázat

A szerződő és a biztosított ugyanaz a személy is lehet, egy család esetén például a férj.

Kérdés

Válasz

Hogyan jön létre a biztosítás?

A biztosítás a szerződő ajánlatának biztosító általi elfogadása által jön létre. (Részletek a 13. oldalon.)

Mikortól érvényes a biztosítás?

A biztosítási védelem balesetek vonatkozásában az első díj megfizetését követő nap 0. órájától kezdődik. A biztosító a többi szolgáltatásra kockázatelbírálási időt ír elő, az alábbiak szerint:

- A haláleseti szolgáltatás esetében legfeljebb az ajánlat beérkezésétől számított 15 nap – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 nap – a kockázatelbírálási idő; az ezen időtartam alatt bekövetkezett biztosítási eseményekre a biztosító, a szerződési feltételekben meghatározott kivételtől eltekintve, nem nyújt szolgáltatást.

(Részletek a 15. oldalon.)

Milyen hosszú a biztosítás tartama?

A biztosítás tartama 5 és 20 év között bármely egész év lehet. (Részletek a 28. oldalon.)

Az ügyfélnek milyen kötelezettségei vannak?

Az ügyfelet közlési kötelezettség terheli a szerződés megkötésekor. Ez a következőket jelenti:

A szerződő és a biztosított a szerződés megkötésekor kötelesek a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval a valóságnak megfelelően, hiánytalanul, írásban közölni, amelyre vonatkozóan a biztosító kérdést tett fel, és amelyet ismertek vagy ismerniük kellett. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

A biztosítási szerződés hatálya alatt az ügyfél köteles a tudomásszerzéstől számított 5 munkanapon belül a biztosítót értesíteni a biztosítási szerződés megkötésekor megadott adatokban, valamint az ügyfél-átvilágítás során megadott adatokban bekövetkező változásról.

15 napon belül kell a biztosítónak bejelenteni, ha a biztosított foglalkozása, munkaköre vagy rendszeres szabadidős tevékenysége megváltozik.

(Részletek a 15. oldalon.)

Mikor kell a díjat megfizetni?

Az első biztosítási díjat az ajánlat megtételével egy időben szükséges megfizetni, minden további díj a díjfizetési gyakoriságtól függő következő biztosítási időszaknak (év, félév, negyedév, hónap) az első napján esedékes.

A díj fizethető havi, negyedéves, féléves, éves részletekben (az évestől eltérő díjfizetési gyakoriság esetén a biztosító gyakoriság szerinti pótlékot számol fel). A biztosítási díj fizethető csoportos beszedéssel, postai csekken és banki átutalással is.

(Részletek a 16. oldalon.)

Hogyan őriz meg a biztosítás az értékét?

A biztosítás inflációval szembeni értékállóságának megőrzésére – indexálás – évente egy alkalommal van lehetőség, a biztosítási összegek és a vonatkozó díjak növelésével, a termékfeltételekben részletezett módon.

(Részletek a 18. oldalon.)

Mit kell tenni, ha káresemény történik?

A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 15 napon belül kell a biztosító részére bejelenteni. A kárigény elbírálásához szükséges összes irat beérkezését követő 15 napon belül a biztosító teljesíti a szolgáltatást, amennyiben a teljesítésre köteles.

A kárigényt a biztosítóval szemben érvényesíteni a kár bekövetkeztétől számított 5 éven belül lehet, mely időtartam elteltével a kárigény elévül.

(Részletek a 18. oldalon.)

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?

A biztosítók a veszélyközösség érdekében az átlagostól nagymértékben eltérő kockázatok és a szándékos események elkerülése, csökkentése, valamint a megfelelő díj megállapítása érdekében feltételeket szabnak a szerződések megkötésével kapcsolatban. A feltételek egyik csoportjába tartoznak a mentesülések és a kizárt kockázatok, amelyekre a biztosító kockázatviselése nem terjed ki a tartam során. A mentesülés eseteit és a részletes kizárásokat a termékfeltételek tartalmazzák.

(Részletek a 19. oldalon.)

Fontos!

Kérjük, mindenképpen olvassa el a szerződési feltételek 16. és 17. §-ában felsorolt mentesülésre vonatkozó eseteit és a kockázatviselésből kizárt eseményeket.



Kérdés

Mit tesz a biztosító az adataim biztonságá érdekében?

A biztosító a biztosítási titokra és személyes adatokra vonatkozó törvények és előírások alapján jár el, amelyeket a termékfeltételek külön fejezetekben részleteznek. (Részletek a 20. oldalon.)

Válasz

Mikor szűnik meg a biztosítás?

A biztosítás a következő esetekben szűnik meg:

- lejáratkor, kifizetés nélkül,
- ha a biztosítási esemény bekövetkezik, és a biztosító teljesít
- ha a szerződést önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személy szerződő a biztosítást a szerződés létrejöttéről szóló értesítés kézhezvételétől számított 30 napon belül felmondja
- a díjjal fedezett biztosítási időszak végén, ha a szerződő a biztosítást írásban felmondja,
- a késedelmes díjfizetés esetén.

(Részletek a 24. oldalon.)

Fontos!

A díjfizetés elmulasztása miatt megszünt szerződés a szerződő írásbeli kérelme alapján a megszűnés napjától számított 180 napon belül újra hatályba léptethető.

**Milyen módon lehet tájékozódni a biztosítással kapcsolatban, illetve hova lehet panasszal fordulni?**

A biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszt szóban vagy írásban a következő elérhetőségek bármelyikén elő lehet terjeszteni: Központi ügyfélszolgálatunk az alábbi elérhetőségeken áll rendelkezésére:

- MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepe, 1138 Budapest, Népfürdő u. 22.;
info@metlife.hu
telefonszám: 06-40-444-445, telefax: 06-1-391-1660

A Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvényben meghatározott fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Magyar Nemzeti Banknál (MNB Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.) fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet, vagy a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén bírósághoz fordulhat, vagy a Pénzügyi Békéltető Testület (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.) eljárását kezdeményezheti. (Részletek a 24. oldalon.)

ÁTTEKINTÉS AZ ADMIRAL ÉS NELSON KOCKÁZATI ÉLETBIZTOSÍTÁSHOZ KÖTHETŐ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK FŐBB FELTÉTELEIRŐL²



Kérdés

Válasz

Mit jelent a kiegészítő biztosítás?

A főbiztosítás a biztosított életére szól, vagyis a legnagyobb tragédia bekövetkeztekor, halál esetén szolgáltat. A kiegészítő biztosításokkal a biztosítási védelem kiegészíthető. A kiegészítő biztosítások kevésbé súlyos következménnyel járó balesetekre, illetve betegségekre szolgáltatnak.

Kinek szól a kiegészítő biztosítási ajánlatunk?

Azon ügyfeleinknek ajánljuk, akik mellett, hogy életbiztosítási védelemmel szeretnének gondoskodni szeretteikről, balesetek és/vagy betegségek esetére is biztosítási védelmet keresnek.

Milyen élethelyzetekben ajánljuk különösen?

- Családsként: ha Önnek családja van, kiemelkedően fontos, hogy anyagilag gondoskodjék olyan időszakokról, amikor hosszabb-rövidebb ideig kiesik a munkából és nem képes jövedelmet termelni.
- Egyedülállóként: ha Ön egyedülálló, és baleset vagy betegség esetén nincs kire támaszkodjék, rendkívül fontos, hogy anyagi biztonságot teremtsen azokra az esetekre, amikor nem tud jövedelmet termelni.
- Céges szerződőként alkalmazottakra, vagy vezető tisztségviselőkre, mint biztosítottakra azért érdemes élet-, baleset- és betegségbiztosítást kötni, mert a jelenlegi jogszabályok alapján a biztosítási díj költségként elszámolható, adó- és járulékmentesen adható munkavállalói juttatás (amennyiben a havi biztosítási díj nem haladja meg a minimálbér 30%-át). Biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító szolgáltatása szintén adómentes (ha nem maga a cég a kedvezményezett).

Mikortól érvényes a biztosítás?

Ha a kiegészítő biztosítási ajánlatot a főbiztosítási ajánlattal együtt nyújtják be, akkor a kiegészítő biztosítások a főbiztosítással együtt jönnek létre. Már meglévő főbiztosítás mellé is felvehető kiegészítő biztosításra tett ajánlat a főbiztosítás évfordulója előtt legalább 30 és legfeljebb 15 nappal. Ha a biztosító kockázatbírálása elfogadja a kiegészítő biztosításra tett ajánlatot, a kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete balesetek vonatkozásában a főbiztosítás évfordulója lesz. A biztosító betegségek vonatkozásában várakozási időt ír elő az alábbiak szerint:

- a betegség miatti kórházi ellátás és műtéti térítések esetén a kockázatviselés kezdetét követő első 60 napos várakozási időn belül szükségessé vált ellátásokra nem térít a biztosító, míg
- a mandulaműtét és orrpolip eltávolítását célzó műtét, és kórházi gyógykezelés esetén csak a kockázatviselés kezdetét követő 180 napos várakozási időn túli ellátásokra térít a biztosító.

(Részletek a 29. oldalon.)

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

A biztosítási védelem a főbiztosítás **biztosítottjára** vonatkozik.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosítás?

– A rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás

Amennyiben a főbiztosítás biztosítottja teljes és tartós rokkantságot szenvedett (a teljes és tartós rokkantság pontos leírását a feltételek tartalmazzák), a főbiztosítás a rokkantság bekövetkezését követő díjesedékeségtől a rokkantság tartamára változatlan szolgáltatási feltételek mellett díjmentessé válik, azaz a szerződőnek nem kell díjat fizetnie a rokkantság időtartama alatt, a biztosító kockázatviselése a főbiztosítás tekintetében mégis megmarad.



Példa

Autóbalesetet szenvedett ügyfelünk a személygépkocsi vezetőjeként sérült. Koponyasérülést, bordatörést, mindkét oldali csipőcsont törést, tüdősérülést szenvedett el. Az agyi károsodás miatt féldoldali bénulás, látásromlás lépett fel. Intenzív terápiás osztályon történt 1 hónapos kezelése után, rehabilitációs intézetben kezelték 3 hónapon keresztül. Folyamatos orvosi kezelés alatt állt, és több mint 12 hónapon keresztül teljesen munkaképtelen volt. A munkaképtelenség 6. hónapjában a biztosító díjmentesítette a szerződését, azaz a főbiztosítás továbbra is megmaradt, ám a díjakat nem kellett befizetnie a szerződőnek.

(Részletek a 32. oldalon.)

² Ez az áttekintés kizárólag azt a célt szolgálja, hogy rövid összefoglalót adjon az ügyfeleknek a kockázati életbiztosításhoz köthető kiegészítő biztosítások főbb feltételeiről, így nem tekinthető a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény szerinti ügyfél-tájékoztatónak. A törvényben előírt tájékoztatási kötelezettségét a biztosító a biztosítási feltételek átadásával teljesíti.

Kérdés

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosítás?

Válasz

– Baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás

Ha egy baleset következtében a biztosított a baleset időpontjától számított 180 napon belül meghal, a biztosító kifizeti a baleseti halál esetére meghatározott biztosítási összeget.



Példa

Ha az előző példában leírt autóbaleset követően a biztosított nem épült volna fel, hanem meghal, a biztosító kifizeti a biztosítási összeget a halál-eseti kedvezményezett részére.

(Részletek a 34. oldalon.)

– A baleseti maradandó rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás

Baleseti maradandó **teljes** rokkantság azt jelenti, hogy a biztosított egy baleset következményeként olyan maradandó rokkantságot (egészségkárosodást) szenved, amelynek következtében képtelenné válik bármely foglalkozásnak vagy szakmai tevékenységnek a végzésére, és így nem képes fizetést vagy jövedelmet realizálni legalább 12 egymást követő hónapon át, valamint ez az állapot maradandónak, véglegesnek és visszafordíthatatlannak minősül. Ilyen esetben a biztosító a biztosítási összeget fizeti ki a kedvezményezett részére. Ha a biztosított egy baleset következményeként maradandó **részleges** rokkantságot szenved, a biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összegből a maradandó részleges rokkantság mértékének megfelelő összeget fizeti ki. A részleges rokkantság mértékét a feltételekben található Térítési táblázat alapján a biztosító orvosa állapítja meg.



Példa

Az első példában leírt autóbalesetet szenvedett ügyfelünk folyamatos orvosi kezelés alatt állt, és több mint 12 hónapon keresztül teljesen munkaképtelen volt, tehát maradandó teljes egészségkárosodást szenvedett el. Munkaképtelensége a 12. hónap végén is fennállt, ezért a biztosítási összeg 100%-a került kifizetésre.

Ha az előző példában leírt autóbalesetben a biztosított nem sérült volna ilyen súlyosan, hanem csak a jobb alkarját törte volna és a radiális ideg teljes bénulását szenvedte volna el, akkor – mivel a jobb alkar radiális idegének teljes bénulását eredményező baleset esetén 20%-os térítés jár – pl. 9 000 000 Ft-os biztosítási összeg esetén 1 800 000 Ft-ot fizet ki a biztosító.

(Részletek a 35. oldalon.)

– Csonttörés és égési sérülés esetére szóló kiegészítő biztosítások

– Csonttörés esetén a csonttörés fajtájától függ a szolgáltatás mértéke.



Példa

Ha a biztosított például korcsolyázás közben eltöri a kezét, mivel egyszerű zárt törés esetén a biztosító a térítési táblázat alapján a biztosítási összeg 15%-át fizeti ki, 100 000 Ft-os biztosítási összeg választása esetén a biztosító 15 000 Ft-ot szolgáltat.

(Részletek a 37. oldalon.)

– Égési sérülés esetén az égési sérülés mélységétől és az égéssel érintett bőrfelület nagyságától függ a szolgáltatás mértéke.



Példa

Ha a biztosított vacsorafőzés közben megégeti a kezét, amennyiben a megégett terület a bőrfelület 4,5%-át teszi ki és másodfokú az égési sérülés, a biztosító a biztosítási összeg 16%-át fizeti ki, azaz pl. 100 000 Ft biztosítási összeg választása esetén 16 000 Ft lesz a kártérítés.

(Részletek a 37. oldalon.)

– Critical Care kiegészítő biztosítás

Mind a fő-, mind a további biztosítottokra választható kiegészítő biztosítási elem. A Metropolitan befektetési egységekhez kötött életbiztosítást kötni kívánó, illetve Metropolitan szerződéssel rendelkező ügyfelünk háromféle Critical Care kiegészítő biztosítás közül választhat.

- Critical Care 1 kiegészítő biztosítás választása esetén a biztosító kifizeti a biztosítási összeget, ha a biztosítottnál rosszindulatú daganatot diagnosztizáltak.
- Critical Care 7 kiegészítő biztosítás választása esetén a Critical Care kiegészítő biztosítás feltételeinek 2. §-ában 1) – 7) sorszám alatt felsorolt betegségek valamelyikének diagnosztizálása esetén, a biztosító kifizeti a biztosítási összeget.
- Critical Care 32 kiegészítő biztosítás választása esetén a Critical Care kiegészítő biztosítás feltételeinek 2. §-ában 1) – 32) sorszám alatt felsorolt betegségek valamelyikének diagnosztizálása esetén, a biztosító kifizeti a biztosítási összeget.

Kérdés

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosítás?

Válasz



Példa

48 éves férfi ügyfelünknel előzmény nélkül erős mellkasi fájdalom jelentkezett, mely miatt sürgősséggel kórházi felvétel történt és EKG készült. Az EKG acut szívinfarktust igazolt. A kórházban koszorúérfestés történt, mely beavatkozás során koszorúér tágitást végeztek. Biztosítottunk állapota azóta gyógyszeres kezelés mellett stabil, és a munkáját teljes értékűen ellátja. A biztosító az orvosi dokumentumok megvizsgálása után kifizette a Critical Care 7 kiegészítő biztosításhoz tartozó biztosítási összeget. A szerződés kötésekor az ügyfél 5 000 000 Ft-ot választott biztosítási összegként. A szerződésből eltelt 4 év alatt, mivel az ügyfél élt az értékkövetés lehetőségével, a biztosítási összeg 6 077 531 Ft volt a betegség felfedezésekor, így a biztosító 6 077 531 Ft-ot szolgáltatott. A szolgáltatással a Critical Care 7 kiegészítő biztosítás megszűnt, a főbiztosítás és a többi kiegészítő biztosítás továbbra is hatályban maradt.

45 éves nő ügyfelünknel rutin ultrahang vizsgálat során észlelték a bal emlő elváltozását. Diagnosztikus vizsgálat az emlő többgócú rosszindulatú daganatát mutatta ki. Sebészeti ellátás során a bal emlő eltávolításra került a környező megnagyobbodott nyirokcsomókkal együtt. A szövettani vizsgálat a rosszindulatú sejtek egészséges szövetek közé terjedését írta le, ezért a biztosító rosszindulatú daganat címén szolgáltatást teljesített. Ügyfelünk állapota jelenleg folyamatos ellenőrzés mellett kielégítő. Ajánlatfelvételkor az ügyfél 3 000 000 Ft biztosítási összeget választott és az évek során elutasította az értékkövetést, így a biztosító a betegség diagnosztizálásakor 3 000 000 Ft-ot szolgáltatott.

(Részletek az 46. oldalon.)

– **A balesetből származó kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosítások**

Baleseti kórházi napi térítés szolgáltatás esetén akkor térít a biztosító, ha a biztosított legalább 1 éjszakát kórházban töltött. A szolgáltatási összeg a kórházban töltött napok számát a biztosítási összeggel szorozva alakul ki.

Ha a biztosított intenzív ellátásban részesül, az intenzív ellátás napjaira jutó térítés összege a normál ellátás összegének másfélszerese. Baleseti műtéti térítés esetén akkor nyújt szolgáltatást a biztosító, ha a balesetet szenvedett biztosítottat kórházba utalják és orvos által előírt műtétet végeznek el rajta.



Példa

A biztosított egy kirándulás alkalmával megcsúszott és jobb alkarjára esett. Az orsócsont darabosan, a síngcsont elmozdulás nélkül törött. Az orsócsont törését műtéti ellátás során karmos lemezzel rögzítették. A biztosított 4 napot töltött kórházban. A biztosító térítése: az orsócsont műtéti ellátása 25%-os műtéti kategória, azaz a biztosítási összeg 25%-a kerül kifizetésre, valamint a 4 kórházban töltött nap miatt a kórházi napi térítés biztosítási összegének négyszerese, tehát pl. 500 000 Ft biztosítási összegű műtéti térítés és 10 000 Ft biztosítási összegű kórházi napi térítés esetén összesen 165 000 forint.

(Részletek a 39. oldalon.)

– **A balesetből vagy betegségből származó kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosítások**

Baleseti vagy betegségi kórházi napi térítés szolgáltatás esetén akkor térít a biztosító, ha a beteg, vagy balesetet szenvedett biztosított legalább 1 éjszakát kórházban töltött. A szolgáltatási összeg a kórházban töltött napok számát a biztosítási összeggel szorozva alakul ki. Ha a biztosított intenzív ellátásban részesül, az intenzív ellátás napjaira jutó térítés összege a normál ellátás összegének másfélszerese. A biztosító a napi térítés összegén felül rehabilitációra szóló térítésként a kórházi napokra megálapított térítés összegének ötven százalékát teljesíti.



Példa

Ha a biztosított egy hetet kórházban tölt, amiből 2 napot intenzív osztályon fekszik és a biztosítási összeg 5 000 Ft, akkor a biztosító szolgáltatása $(5\,000\text{ Ft} * 7\text{ nap} + 2\,500\text{ Ft} * 2\text{ nap} + 2\,500\text{ Ft} * 7\text{ nap})$ összesen 57 500 Ft.

Baleseti műtéti térítés esetén akkor nyújt szolgáltatást a biztosító, ha a beteget, vagy a balesetet szenvedett biztosítottat kórházba utalják és orvos által előírt műtétet végeznek el rajta.



Példa

Ha a biztosított egy hetet kórházban tölt, mialatt mandulaműtétet végeznek, akkor kórházi napi térítésre $7 * 10\,000\text{ Ft}$ -ot, azaz $70\,000\text{ Ft}$ -ot (ha például $10\,000\text{ Ft}$ a biztosítási összeg) fizet ki a biztosító, plusz kifizet $35\,000\text{ Ft}$ -ot rehabilitációra szóló térítésként. Műtéti térítésre további $250\,000\text{ Ft}$ -ot szolgáltat a biztosító $1\,000\,000\text{ Ft}$ -os biztosítási összeg választása esetén, mivel a mandulaműtét a műtéti beavatkozások százalékos térítésének táblázata alapján 25%-os műtétnek minősül. Vagyis a biztosító összes szolgáltatása a mandulaműtét után: $355\,000\text{ Ft}$.

(Részletek a 41. oldalon.)

Kérdés

Válasz

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosítás?**Figyelem!**

A biztosítási védelem kialakítható egyénileg, teljesen ügyféligényre szabva, vagy előre összeállított biztosítási csomagok közül is válogathat az egyszerű és gyors megoldásokat kereső ügyfelünk.

**Milyen hosszú a biztosítás tartama?**

A kiegészítő biztosítások tartama 1 év, mely minden évfordulón automatikusan meghosszabbodik, amíg a biztosított el nem éri a 65. életévét (betegségbiztosítási elemet is tartalmazó kiegészítő biztosítások esetén a 60. életévét). A biztosított 65. (betegségbiztosítások esetében 60.) életévének elérése utáni biztosítási évfordulón a kiegészítő biztosítások megszűnnek. (Részletek a 29. oldalon.)

Mikor szűnik meg a biztosítás?

A biztosítás a következő esetekben szűnik meg:

- ha a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy szerződő a biztosítási szerződést annak létrejöttéről szóló jognyilatkozat kézhezvételétől számított 30 napon belül felmondja,
- ha a szerződő évfordulóra írásban felmondja,
- ha a biztosító a szerződést felmondja,
- a főbiztosítás lejáratakor, de legkésőbb a biztosított 65. (betegségbiztosítások esetében a 60.) életévének betöltését követő biztosítási évfordulón,
- a főbiztosítás megszűnése esetén,
- a biztosított halálával, ha a biztosító teljesít,
- késedelmes díjfizetés esetén a díjfizetés esedékességétől számított 61. napon,
- amikor a biztosítottat ideg-, illetve elmebetegségére való tekintettel cselekvőkép-telennek nyilvánítják,
- amikor a biztosított háború vagy polgárháború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) katonai szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország, nemzetközi szervezet vagy szemben álló fél bármely fegyveres erejénél,
- amikor a biztosított háború vagy polgárháború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) kiegészítő (nem harcoló) egység tagjaként polgári szolgálatot teljesít, bármely hadiállapotban lévő ország, nemzetközi szervezet vagy szemben álló fél bármely fegyveres ereje mellett,
- rokkantsági díjmentesítés biztosítási esemény bekövetkezése esetén, a biztosító teljesítésének kezdetekor.

(Részletek a 31. oldalakon.)

Mikor kell a díjat megfizetni?

A kiegészítő biztosítás díját a főbiztosítás díjával együtt kell fizetni. (Részletek a 31. oldalon.)

Milyen dokumentumokra van szüksége a biztosítónak a kifizetéshez?

A biztosítónak a biztosítási fedezettől és a káreseménytől függően eltérő adatokra van szüksége az igény elbírálásához. A kárigény intézését elősegítendő, a benyújtandó dokumentumokról részletes lista található a termékfeltételek 4. sz. mellékletében. (Részletek a 73. oldalon.)

Hogyan juthatok kényelmesen a biztosítással kapcsolatos információkhoz?

A biztosítással kapcsolatos információkhoz legegyszerűbb módon MyMetLife internetes ügyfélportalunkon juthat, ahol lehetősége nyílik személyes adatai módosítására is. A hozzáférés igénylésével kapcsolatban további tájékoztatást talál a termékfeltételekben, valamint további kérdés esetén forduljon bizalommal személyes tanácsadóhoz.

Központi ügyfélszolgálatunk az alábbi elérhetőségeken áll rendelkezésére:
MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepe, 1138 Budapest, Népfürdő u. 22.;
info@metlife.hu
telefonszám: 06-40-444-445, telefax: 06-1-391-1660

(Részletek a 66. oldalon.)

Mit érdemes tudni a biztosítóról?

A biztosító a MetLife Europe Limited, az a jogi személy, amellyel a szerződő szerződést köt és amely társaság a biztosítási szerződés létrejötté esetén a biztosítási szolgáltatások teljesítésére kötelezettséget vállal. A MetLife Europe Limited Magyarország területén biztosítási tevékenységét a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül fejti ki.

A termékfeltételek végén található Cégismertetőből részletesen tájékozódhat az anyavállalatról és a MetLife Europe Limited-ről, illetve a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepéről.

(Részletek a 76. oldalon.)

Budapest, 2015. október 1.

A METLIFE EUROPE LIMITED ÉLETBIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSEINEK ÁLTALÁNOS FELTÉTELEI

Jelen általános feltételekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited (a továbbiakban: biztosító) szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést a biztosító életbiztosítási szerződéseinek általános feltételeire (a továbbiakban: általános feltételek) hivatkozással kötötték. A jelen általános feltételekben, illetőleg a biztosítási szerződés különös feltételeiben nem rendezett kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadóak.

Kik a biztosításban érintett személyek?



1. § A biztosítási szerződés alanyai

- (1) **Szerződő:** az a természetes vagy jogi személy, aki a szerződés megkötésére ajánlatot tesz, annak elfogadása esetén a biztosítási szerződést megköti és a biztosítási díjak fizetésére kötelezettséget vállal.
- (2) **Biztosított:** az a természetes személy, akinek az életére, vagy az életével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön.
- (3) **A biztosított belépési korát** a biztosító úgy állapítja meg, hogy a szerződés megkötésének évéből levonja a biztosított születésének évét.
- (4) **A biztosított aktuális korát** a biztosító úgy állapítja meg, hogy az aktuális évből levonja a biztosított születésének évét.
- (5) **Kedvezményezett:** az a természetes vagy jogi személy, aki a biztosító szolgáltatására jogosultságot nyer. Kedvezményezett lehet a szerződésben megnevezett személy vagy a biztosított törvényes örököse akkor, ha a szerződő által írásban tett, a biztosítóhoz eljuttatott nyilatkozaton a biztosítási esemény bekövetkezéséig más kedvezményezettet nem neveztek meg.

2. § A biztosítással kapcsolatos fogalmak

(1) **Biztosítási ajánlat:** a szerződőnek a biztosítási szerződés megkötésére irányuló írásbeli nyilatkozata, amely tartalmazza a biztosítás elvállalásához szükséges összes adatot és körülményt. A biztosító az ajánlat elbírálása és a biztosítási kockázat elvállalása érdekében és az ahhoz szükséges mértékben további adatszolgáltatást kérhet, amelynek a szerződő fél köteles eleget tenni, ennek elmaradása a biztosítási ajánlat elutasításához vezethet. A biztosító azokban az esetekben kér

het további adatszolgáltatást, ha a biztosított egészségi állapota, foglalkozása, sport, vagy hobbitevékenysége további pontosításra szorul, továbbá, ha a biztosítási ajánlat és a hozzá tartozó nyilatkozatok nem kerültek teljes körűen kitöltésre, illetve ha a szerződő, a biztosított vagy a kedvezményezett azonosítása a megadott adatok alapján nem lehetséges, valamint ha a szerződés pénzügyi fenntarthatósága megkérdőjelezhető.

(2) **Kötvény:** a biztosító által kibocsátott, a biztosítási szerződés létrejöttét igazoló okirat.

(3) **Főbiztosítás:** a biztosító termékkínálatából a szerződő által választható azon biztosítási termék, amelyre önmagában, annak különös feltételeire is tekintettel szerződés köthető.

(4) **Kiegészítő biztosítás:** a szerződő által a biztosító termékkínálatából választható azon biztosítási termék, amelyre annak különös feltételeire is tekintettel, kizárólag a főbiztosításra szóló szerződés megléte esetén köthető szerződés.

(5) **Biztosítási időszak: rendszeres díjas biztosítások esetében a díjfizetés esedékességétől a következő díjfizetés esedékességéig terjedő egyéves, féléves, negyedéves vagy havi időszak.**

a) A biztosítási időszak hossza két esedékes díjfizetés közti időtartam. Az utolsó biztosítási időszak az utolsó díjfizetés esedékességétől a tartam végéig tart.

b) Ha az életbiztosítás díjának megfizetése egy összegben történik, akkor a biztosítási időszak megegyezik a biztosítás tartamával.

c) A biztosítási időszak kezdete (fordulónap) mindig a tárgyhónapnak a biztosítás hatálybalépésének napjával megegyező napja.

d) Amennyiben a biztosítási időszak fordulónapja munkaszüneti napra esik, akkor a fordulónap az ezt követő első munkanap.

e) A szerződőnek lehetősége van az évfordulói díjjal rendezett szerződés díjfizetési gyakoriságát a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal, vagy a 26. § (1) bekezdésében található telefonos elérhetőségen történő bejelentéssel megváltoztatni. Az új díjfizetési gyakoriság a díjjal rendezett évfordulótól lép hatályba.

(6) **Biztosítási hónap:** a tartamon belül egy hónap időtartam, amely egy naptári hónapnak a biztosítás hatálybalépésének napjával megegyező napjától a következő naptári hónapnak ugyanezen napjáig tart.

(7) **Biztosítási év:** a tartamon belül egy év időtartam, amely egy naptári évnek a biztosítás hatálybalépésének naptári hónapjával és napjával megegyező időpontjától a következő naptári év ugyanezen naptári hónapjának ugyanezen naptári napjáig tart.

a) Amennyiben az (5), (6) és (7) bekezdések szerint adott naptári hónapban nem létezik olyan nap, amely a biztosítás hatálybalépésének napjával megegyezik, akkor abban a hónapban megegyező nap alatt az azt közvetlenül követő napot kell érteni.

b) Ha jelen feltételek eltérő értelmezést nem tartalmaznak, hónap, illetőleg év alatt biztosítási hónapot, illetőleg évet kell érteni.

(8) Biztosítási évforduló: a biztosítási év vége, azaz új biztosítási év kezdete, vagy a biztosítás lejárata.

(9) Díjfizetési tartam: a rendszeres díjas biztosítások esetében a tartamnak az a része, amikor díjfizetés esedékes. A díjfizetési tartam az első olyan biztosítási évfordulóig tart, amikor már nem esedékes további díj.

(10) Kezdeti biztosítási összeg: a szerződés létrejöttkor érvényben lévő, az ajánlattételkor választott biztosítási összeg.

(11) Kezdeti biztosítási díj: a kezdeti biztosítási összeghez tartozó biztosítási díj.

(12) Technikai kamatláb: az a kamatláb, amellyel a biztosító az élet- és betegségbiztosítási díj és díjtartalék, illetve a balesetbiztosítási járadékartalék megállapításakor kalkulál, amelynek maximális mértékét külön jogszabály állapítja meg.

(13) Rendszeres díjas biztosítás: olyan biztosítás, amelynek díját a szerződő előre meghatározott részletekben, egy-egy biztosítási időszak elején fizeti meg a teljes tartam vagy annak egy része alatt.

(14) Biztosítási esemény: a biztosítási szerződésben meghatározott jövőbeni esemény, amelynek bekövetkezte a biztosító szolgáltatását, vagy bizonyos összegnek a megfizetését kiváltja.

(15) Aktuális biztosítási összeg: a tartamon belül, egy adott időponthoz tartozó biztosítási összeg, amely a különböző biztosítási eseményekre nyújtandó szolgáltatások kiszámításának alapját képezi.

(16) Aktuális biztosítási díj: a rendszeres díjas biztosítások aktuális biztosítási összegéhez tartozó biztosítási díj.

(17) Késedelmi kamat: a biztosítási díjfizetési kötelezettség késedelmes teljesítése esetén, a késedelemben esés időpontjától kezdve mindenkor a Ptk. által pénztartozásokra meghatározott mértékű késedelmi kamat jár a biztosítónak. A kamatfizetési kötelezettség akkor is beáll, ha a kötelezett a késedelmét kimenti. A késedelmi kamat érvényesítésétől a biztosító eltekinthet.

(18) Többlethozam: a matematikai tartalékok befektetése hozamának és a technikai kamatláb felhasználásával számított hozamnak a különbsége. A biztosító a technikai kamatláb mértékéig vállal hozamgaranciát.

(19) Személyes adat: bármely meghatározott természetes személlyel (a továbbiakban: érintett) kapcsolatba hozható adat, az adatból levonható, az érintettre vonatkozó következtetés. A személyes adat az adatkezelés során mindaddig megőrzi e minőségét, amíg kapcsolata az érintettel helyreállítható. A személy különösen akkor

tekinthető azonosíthatónak, ha őt közvetlenül vagy közvetve név, azonosító jel, illetőleg egy vagy több fizikai, fiziológiai, mentális, gazdasági, kulturális vagy szociális azonosságára jellemző tényező alapján azonosítani lehet.

(20) Különleges adat: a faji eredetre, a nemzeti és etnikai kisebbséghez tartozásra, a politikai véleményre vagy pártállásra, a vallásos vagy más világnézeti meggyőződésre, az érdekképviselési szervezeti tagságra, egészségi állapotra, a káros szenvedélyre, a szexuális életre vonatkozó adat, valamint a bűnügyi személyes adat.

(21) Biztosításközvetítő: a biztosítási szerződés létrehozására irányuló rendszeres, üzletszerű tevékenységet végző személy, akinek tevékenysége kiterjed a biztosítási szerződés megkötésének elősegítésére, biztosítási termékek ismertetésére, ajánlására, az ezzel kapcsolatos felvilágosításra. A biztosításközvetítő lehet függő és független biztosításközvetítő. A függő biztosításközvetítő (ügynök) egy biztosító biztosítási termékeit vagy több biztosító egymással nem versengő biztosítási termékeit közvetíti. A független biztosításközvetítő lehet:

a) alkusz, aki az ügyfél megbízásából jár el, és

b) többes ügynök, aki egyidejűleg több biztosítóval fennálló jogviszonya alapján azok egymással versengő termékeit közvetíti.

(22) Ügyfél: a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett, a károsult, a biztosító szolgáltatására jogosult más személy; az adatvédelemre vonatkozó rendelkezések alkalmazásában ügyfél az is, aki a biztosító számára szerződéses ajánlatot tesz.

(23) Fogyasztó: a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy.

(24) Vállalkozás: a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körében eljáró személy.

(25) Értékkövetés (indexálás): a biztosítási díjnak és a biztosítási összegnek a kárgyakoriságtól függetlenül az árszínvonal változásához évente egy alkalommal történő hozzáigazítása. A biztosító az indexet úgy határozza meg, hogy az a minden év február 1-jén érvényes, a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett, az előző naptári évre vonatkozó, decembertől decemberig számított fogyasztói árindektől legfeljebb 5 százalékponttal térjen el. A biztosító az indexet azon szerződések tekintetében alkalmazza, amelyek évfordulója a május 1-jét követő időpontra esik.

(26) A 2. számú mellékletben meghatározott költségek, egyéb díjak és összegek indexálása szintén a (25) bekezdésben meghatározott módon történik. A biztosító az indexet azon szerződések tekintetében alkalmazza, amelyek évfordulója a május 1-jét követő időpontra esik. Az indexálással módosított költségekről, egyéb díjakról és összegekről a biztosító hirdetmény útján értesíti a szerződőt.

(27) Ügymenet kiszervezése: a biztosító biztosítási vagy azzal közvetlenül összefüggő tevékenysége valamely részének végzésére mást bíz meg.

(28) Vizontbiztosítási tevékenység: a biztosító, illetve harmadik országbeli biztosító által vállalt kockázat egy részének vagy egészének szerződésben meghatározott feltételek alapján, díjfizetés ellenében történő átvállalása.

(29) Vizontbiztosító: az a vállalkozás, amely vizontbiztosítási tevékenységet végez, és azzal közvetlenül összefüggő tevékenység végzésére engedéllyel rendelkezik.

(30) Díjtűrészhatár: az az összeg, amelynél kisebb eltérést a befizetett és az előírt díjak között a biztosító saját belső számlái közötti átkönyveléssel rendez. A díjtűrészhatár nagyságát a 2. számú melléklet tartalmazza.

(31) A szerződés létrehozása érdekében felmerülő költségek: az alábbi a) és b) pontban részletezett költségek.

a) Orvosi vizsgálatok költsége

Az orvosi vizsgálatok költségét a szerződés létrejötte esetén a biztosító viseli, amennyiben a szerződő nem mondja fel a szerződést a 3. § (19) bekezdése alapján. A biztosító az orvosi vizsgálat költségeit a 3. § (19) bekezdés alapján történő elszámolás esetén jogosult a szerződőre hárítani. Aktuális költségét a 2. számú melléklet tartalmazza, amelyet a szolgáltatási díjak változásának arányában a biztosító jogosult évente egyszer módosítani.

b) Költségátalány

A költségátalány a biztosító kockázatbírálási és kötvényesítési költségeit átalányjelleggel foglalja magában. A költségátalányt a biztosító a 3. § (19) bekezdés alapján történő elszámolás esetén a szerződőre hárítja. Az infláció követésére a biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – legfeljebb a (25) bekezdésben foglaltaknak megfelelő mértékkel indexálhatja a költségátalányt. A költségátalány aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

Hogyan jön létre a biztosítás?



3. § A biztosítási szerződés létrejötte és módosítása

(1) A biztosítási szerződés a felek írásbeli megállapodásával jön létre.

(2) Az életbiztosítási szerződés megkötésének előfeltétele a szerződő írásbeli ajánlata a biztosító részére.

(3) A biztosítónak az ajánlat elbírálására az ajánlat megtételétől számított 15 nap – ha az ajánlat elbírálásá-

hoz egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 nap – áll rendelkezésére.

(4) A biztosító a szerződés elbírálására rendelkezésére álló 15 napos – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 napos – határidőben nyilatkozik az ajánlat elfogadásáról vagy elutasításáról. Ha a biztosító az ajánlatot elutasítja, a szerződés nem jön létre. Az ajánlat elutasítását a biztosító nem köteles megindokolni.

(5) A biztosító ráutaló magatartásával létrejött fogyasztói szerződés esetén, ha a kockázatbírálási idő alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, az ajánlatot a biztosító csak abban az esetben utasíthatja vissza, ha ennek lehetőségére az ajánlati lapon a figyelmet kifejezetten felhívta, és az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy az ajánlat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges.

(6) Ha a szerződő fogyasztó, a biztosítási szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatra 15 napon – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 napon – belül nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és a díjszabásnak megfelelően tették. Ilyen esetben a szerződés – az ajánlat szerinti tartalommal – az ajánlatnak a biztosító vagy képviselője részére történt átadásának időpontjára visszamenő hatállyal a kockázatbírálási idő elteltét követő napon jön létre.

(7) Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér jelen szerződési feltételektől, a biztosító a szerződés létrejöttétől számított tizenöt napon belül javasolhatja, hogy a szerződést jelen szerződési 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.

(8) Az ajánlatfelvételkor átvett díjelőleg csak a biztosítási szerződés létrejöttével minősül fizetett díjnak.

(9) A szerződő az ajánlat megtételekor írásban, aláírásával igazolva tesz nyilatkozatot arról, hogy a biztosításközvetítő az igényeit felmérte, majd a megadott információk alapján pontosította az igényeket, majd ezt követően közérthető, egyértelmű és részletes írásbeli tájékoztatást adott a biztosító, a biztosításközvetítő főbb adatairól (a társaság neve, székhelye, jogi formája és címe, székhely államának és felügyeleti hatóságának megjelölése, fióktelep útján kötött biztosítási szerződés esetén annak címe) és a biztosítási szerződés jellemzőiről, amelyeknek megtörténtét a szerződő külön nyilatkozaton aláírásával igazolja.

(10) Az életbiztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához – ha a szerződést nem ő köti meg

– a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. 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 szerződésbe belép.

(11) Az írásbeli megállapodást, illetőleg a biztosító elfogadó nyilatkozatát a biztosítási kötvény kiállítása pótolja. Ha a kötvény tartalma a szerződő fél ajánlatától eltér, és az eltérést a szerződő fél tizenöt napon belül nem kifogásolja, a szerződés a kötvény tartalma szerint jön létre. Ezt a rendelkezést lényeges eltérésekre csak akkor lehet alkalmazni, ha a biztosító az eltérésre a szerződő fél figyelmét a kötvény kiszolgáltatásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.

(12) A szerződő a biztosítás különböző szolgáltatásaira eltérő kedvezményezett(ek)et jelölhet. Egy szolgáltatásra több kedvezményezett jelölése is lehetséges, az egy kedvezményezettre jutó százalékos mérték egyidejű megjelölésével.

(13) Ha egy szolgáltatásra a szerződő több kedvezményezettet jelölt, és a százalékos mértékek együttes összege nem pontosan 100 százalék, akkor a biztosító a kedvezményezettek között a kedvezményezés arányában osztja szét a teljes biztosítási összeget.

(14) A szerződő jogosult az eredetileg kijelölt kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal a biztosítási esemény bekövetkezéséig bármikor más kedvezményezettet jelölni. Ha nem a biztosított a szerződő fél, ehhez a biztosított írásbeli hozzájárulása is szükséges. Az új kedvezményezett állítás a kérelemnek a biztosító kötvénykiállításra jogosult szervezeti egységéhez történő beérkezésének időpontjával hatályos.

(15) Ha a szerződést nem a biztosított kötötte, a biztosított a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal a szerződésbe a szerződő helyébe bármikor beléphet. A belépéshez a biztosító hozzájárulása nem szükséges. A belépéssel a szerződőt megillető jogok és kötelezettségek összessége – ideértve a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettséget – a biztosítottra szállnak át. Belépés esetén a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a biztosított a szerződővel egyetemlegesen felelős.

(16) A biztosított, mielőtt a szerződés felmondás vagy díjfizetés elmaradása miatt megszűnik, a biztosítóval közölt nyilatkozatával a szerződő fél helyébe léphet. Ilyen esetekben a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a biztosított a szerződő féllal egyetemlegesen felelős.

(17) A szerződő az ajánlatát a szerződés létrejötte előtt bármikor írásban visszavonhatja. Ha a szerződő a szerződés létrejötte előtt írásban visszavonja a szerződés megkötésére tett ajánlatát, akkor a biztosító az összes befizetést – kamat nélkül – visszafizeti a szerződőnek.

(18) Az életbiztosítási szerződés megkötését követően a biztosító a szerződés létrejöttétől számított 30 napon belül – a kötelezettségvállalás helye szerinti állam hivatalos nyelvén, vagy ez irányú megegyezés esetén, a szerződő kifejezett kérésére, más nyelven – a szerződőt bizonyítható és azonosítható módon, egyértelműen tájékoztatja a biztosítási szerződés létrejöttéről.

(19) Az életbiztosítási szerződést – hitelfedezeti vagy hat hónapnál rövidebb tartamú életbiztosítás kivételével – a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy szerződő a szerződés létrejöttéről szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül írásbeli nyilatkozattal indoklás nélkül felmondhatja. A szerződő érvényesen nem mondhat le az őt megillető felmondási jogról. A biztosító kockázatviselése a felmondó nyilatkozat kézhezvételét követő napon megszűnik. A szerződő ezen rendelkezés szerinti felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően a biztosító 15 napon belül elszámol a szerződő által a biztosítási szerződéssel kapcsolatban bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel.

a) Az elszámolás során a biztosító a befizetett összeget csökkenti

– a szerződés létrehozása érdekében felmerült költségeivel (ide nem értve a biztosításközvetítőnek kifizetett jutalékot),

– a kockázatviselés kezdetétől a megszűnésig eltelt időszakra időarányosan számított kockázati díjjal, és

– a baleseti és betegségi kiegészítő biztosítások díjának a kockázatviselés kezdetétől a megszűnésig eltelt időszakra számított időarányos részével.

b) Az a) pontban felsorolt csökkentő tényezők együttes összege nem haladhatja meg a szerződésnek a díjnagyság szerinti kedvezmény és a gyakorisági pótlék figyelembevételével megállapított kezdeti éves díj egytizenketted részét.

c) A szerződés létrehozása érdekében felmerült költségek felszámítandó összegét a 2. számú melléklet tartalmazza.

d) A kockázatviselés kezdetétől annak megszűnéséig eltelt időszakra időarányosan számított (éves díj/365*eltelt napok száma) kockázati díja a szerződésben vállalt kezdeti haláleseti biztosítási összeg és az éves kockázati díjrata (3. számú melléklet) szorzata.

e) A biztosító a baleseti és betegségi kiegészítő biztosításoknak a kockázatviselés kezdetétől a megszűnésig eltelt időszakra időarányosan számított díja a kiegészítő biztosítások kedvezményektől és pótlékoktól mentes éves díja 365-öd részének és a kockázatviselés napjai számának szorzata (kiegészítő biztosítások éves díja * kockázatban eltöltött napok száma/365).

(20) A szerződéshez kiegészítő biztosítás is köthető az egyes kiegészítő biztosítások szerződési feltételei alapján.

Mikortól érvényes a biztosítás?



4. § A biztosítási szerződés hatálybalépése, kockázatviselés kezdete

- (1) A biztosítási szerződés a kockázatviselés kezdetének napján lép hatályba.
- (2) A biztosító kockázatviselése – figyelemmel az 5. §-ban foglaltakra – a biztosítás első díjának megfizetését követő nap 0. órájától kezdődik, feltéve, hogy az életbiztosítási szerződés a 3. § rendelkezéseivel összhangban már létrejött, vagy utóbb létrejön.
- (3) Amennyiben a felek a díj megfizetésére vonatkozóan írásban halasztásban állapodnak meg, a kockázat viselése a megállapodást követő napon kezdődik, feltéve, hogy az életbiztosítási szerződés a 3. § rendelkezéseivel összhangban már létrejött, vagy utóbb létrejön.

5. § Kockázatelbírálási időszak

- (1) A kockázatelbírálási időszak az ajánlat beérkezésétől számított 15 napig – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség 60 napig –, vagy a kötvény korábbi kiállításáig tart.
- (2) A kockázatelbírálási időszak alatt a biztosító nem áll kockázatban, kivéve az alábbi eseteket:
 - a) a biztosító ráutaló magatartásával létrejött fogyasztói szerződés esetében, ha a biztosítási esemény a kockázatelbírálási időszak alatt következik be, és az ajánlatot a biztosító nem utasíthatja vissza,
 - b) a kockázatelbírálási időszak alatt bekövetkező balesztől eredő biztosítási események tekintetében.

6. § A biztosítási esemény

- (1) Életbiztosítási esemény lehet különösen a biztosított halála, illetőleg a biztosítottnak a szerződésben előre meghatározott időpontban való életben léte, vagy az az esemény, amelyet a kiegészítő biztosítások különös feltételei annak minősítenek.
- (2) A biztosítási esemény meghatározása szempontjából – eltérő rendelkezés hiányában – balesetnek minősül kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett olyan esemény, amely a biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő külső behatás következménye, amely közvetlenül és bármely más októl függetlenül a biztosítási eseményt okozza.
- (3) **Jelen szerződés feltételei szerint nem minősül balesetnek a betegségből eredő testi sérülés, a megemelés, a rándulás, a habituális ficam, a patológiás törés, a fertőzés, a rovarcsípés, a fagyás, a napszúrás, a Nap általi égés és a hóguta.**

Az ügyfélnek milyen kötelezettségei vannak?



7. § Közlési kötelezettség

- (1) A szerződő, illetőleg a biztosított köteles a szerződéskötéskor a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a valószínűségnek megfelelően és hiánytalanul közölni, amelyeket ismer vagy ismernie kell, és amelyekre a biztosító írásban kérdést tett fel. A közlésre irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet és a biztosítottat; egyikük sem védekezhet olyan körülmény nem tudásával, noha arról tudnia kellett, és a közlésre köteles lett volna. A biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valószínűségnek megfelelő válaszokkal a szerződő, illetőleg a biztosított eleget tesz közlési kötelezettségének. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.
- (2) Ha az életkor helytelen bevallása következtében a biztosító a kockázati díjat
 - a) a valószínűség aktuális életkor után járó kockázati díjnál alacsonyabb összegben állapította meg, a biztosítási összeget arra az összegre kell leszállítani, amely a megállapított kockázati díjnak a biztosítás megkötésének időpontjában, a biztosított tényleges aktuális életkora mellett megfelelt volna,
 - b) a szükségesnél magasabb összegben állapította meg, a biztosító a díjkülönbözetet visszatéríti.
- (3) Ha a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, (ideértve különösen a (2) bekezdésben meghatározott esetet), 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 figyelmét felhívta. E jogokat a biztosító a szerződés fennállásának az első öt évében gyakorolhatja.
- (4) **A közlésre irányuló kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha:**
 - a) bizonyítják, hogy az elhallgatott, vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy
 - b) az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében, vagy

c) a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkezéséig legalább öt év eltelt.

(4) A közlési kötelezettség megsértése miatt a biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól.

(5) A biztosított orvosi vizsgálatának elvégzése a közlési kötelezettség alól a szerződőt és a biztosítottat nem mentesíti.

8. § Bejelentési kötelezettség

(1) A szerződő fél, illetőleg a biztosított köteles a lényeges körülmények változását a biztosítónak írásban bejelenteni; lényeges körülménynek minősülnek a jelen § (2) és (3) bekezdésében meghatározott körülmények.

A változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet és a biztosítottat; egyikük sem védekezhet olyan változás nem tudásával, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítónak bejelenteni, noha arról tudnia kellett, és a bejelentésre köteles lett volna.

(2) A biztosítási szerződés hatálya alatt az ügyfél köteles a tudomásszerzéstől számított 5 munkanapon belül a biztosítót értesíteni az ügyfél-átvilágítás során megadott adatokban, illetve a tényleges tulajdonos (2007. évi CXXXVI. törvény a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról 3. § r) pont) személyét érintően bekövetkezett változásról.

(3) A biztosított, illetőleg a szerződő köteles a biztosítónak a változás bekövetkezésének napjától számított 15 napon belül írásban bejelenteni, ha a biztosított foglalkozása, munkaköre vagy rendszeres szabadidős tevékenysége a szerződés tartama alatt az ajánlat adataihoz képest megváltozik.

(4) A (3) bekezdés szerint bejelentett változás, vagy a szerződést érintő egyéb lényeges körülmény változása esetén a biztosító a tudomásszerzéstől számított tizenöt napon belül jogosult a jelentősen megváltozott kockázat fennállásának időtartamára a kockázati díjnak a kockázat változásával arányos növelését, illetve csökkentését kezdeményezni, vagy a szerződést harminc napra írásban felmondhatja. Ha a szerződő fél a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított tizenöt napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közzétételétől számított harmincadik napon megszűnik, ha a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő fél figyelmét felhívta. Kockázatcsökkenés esetén a biztosító a csökkent kockázat fennállásának időtartamára a korábban alkalmazott díjnövelést megszüntetheti.

(5) Amennyiben a biztosított, illetőleg a szerződő a bejelentési kötelezettségének nem tesz eleget, a biztosító a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályokat alkalmazza azzal, hogy a biztosító ezzel kapcsolatos jogainak gyakorlására

nyitva álló öt éves időszak a bejelentési határidő leteltét követő napon kezdődik.

Mikor kell a díjat megfizetni?



9. § A biztosítási díj

(1) A biztosítási díj kiszámítása a biztosító díjszabása alapján a biztosított életkorának, egészségi állapotának, foglalkozásának, a szerződőtől beérkezett információkból következő egyéb kockázati tényezőknél, továbbá a biztosítás tartamának, a biztosítás kezdeti és aktuális biztosítási összegének, valamint a díjfizetés gyakoriságának figyelembevételével történik. A biztosító ezen információkat az ajánlatból, az egészségi nyilatkozatból, az orvosi vizsgálati jelentésből, és esetlegesen a szerződőtől bekért egyéb dokumentumokból szerzi meg.

(2) A biztosítási díj fizetése rendszeres.

(3) Rendszeres díjfizetés esetén:

a) a díjfizetés tartama megegyezik a biztosítás tartamával;

b) a díj előre fizetendő éves díj;

c) a szerződő felek megállapodhatnak az éves díj havi, negyedéves vagy féléves részletekben történő megfizetésében, azonban ez esetben a biztosító az éves díjhoz képest pótdíjat számít fel, amelynek mértékét minden egyes szerződés vonatkozásában évente állapítja meg;

d) a részletfizetés ütemezésének a díjfizetés gyakoriságának megváltoztatását a szerződő a biztosítási évfordulón kérheti.

(4) A biztosító megállapíthatja a fizetendő biztosítási díj minimális értékét, valamint annak mértékét – a módosítást követően kötendő szerződések tekintetében – naptári évenként egyszer módosítani. A minimális díjak aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza. A minimális díj értéke a kiegészítő biztosítások díjaival együtt értendő.

(5) Az esedékes, de meg nem fizetett díjat és egyéb tartozásokat a biztosító a biztosítási összegből a késedelmi kamatokkal együtt levonja.

(6) A biztosítás első rendszeres díjával azonos összegű díjelőleg az ajánlat megtételekor fizetendő.

(7) A biztosítás első díja az ajánlat megtételekor, minden későbbi díj pedig annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre vonatkozik, ha a különös feltételek másként nem rendelkeznek. Folyószámláról történő díjfizetés esetén a biztosító jogosult a biztosítási díjat az adott naptári hónapon belül a biztosítási díj esedékességéhez képest más időpontban lehívni.

(8) Amennyiben a biztosító a kockázatalbírálás során az ajánlatot érintő lényeges körülmény miatt díjemelést vagy kizárást alkalmaz, az ajánlat megtételét követő 15

napon – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 napon – belül a szerződőnek írásban javaslatot tehet a módosításra. Ebben az esetben a szerződés visszamenőleges hatállyal csak abban az esetben jön létre, ha a biztosító által ajánlott módosítást a szerződő a kézhezvételt követően 15 napon belül írásban elfogadja. Erre a következményre a szerződőt a módosító javaslat megtételekor a biztosító figyelmezteti.

(9) A díjelőleget a biztosító az ajánlat 3. § (4) bekezdése alapján történő elutasítása vagy halasztása esetén, azzal egy időben visszajuttatja a szerződőnek. Az ajánlat megtételétől a visszautalásig ezt az összeget a biztosító kamatmentes letétként kezeli.

(10) Az euró fizetőeszköze történő átállást követően a biztosító a szerződés díjtételét – a biztosítási összeg változatlanul hagyása mellett – legfeljebb 2%-kal emelheti minden olyan évnek az évfordulóján, amelyben a matematikai tartalék befektetéseinek elért hozam nem éri el a technikai kamatláb mértékét.

(11) A befizetett és az előírt díjnak a díjtűrőhatárnál kisebb különbözetével a biztosító rendelkezik.

10. § Késedelmes díjfizetés

(1) Ha a szerződő a biztosítási díjat az esedékesség napján nem fizeti meg, akkor díjfizetési késedelembe esik.

(2) Díjfizetési késedelem esetén a biztosító az esedékességtől számított **60 nap díjjal nem fedezett tartam elteltével a szerződő felet – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felszólítja. A póthatáridő elteltével (azaz 90 nap díjjal nem fedezett időszak elteltével) a biztosítási szerződés megszűnik.**

11. § A szerződés ismételt hatálybaléptetése (reaktiválás)

(1) A biztosítási esemény nélkül, a díjnemfizetés miatt megszűnt biztosítás az eredeti feltételekkel újra hatályba lép, ha a szerződő, vagy a helyébe belépő biztosított a megszűnés napjától számított 180 napon belül az összes elmaradt díjat, valamint a szerződés szerint soron következő esedékes díjat az időarányos késedelmi kamattal együtt befizeti.

(2) A biztosító kockázatviselése az elmaradt díjak és a késedelmi kamatbefizetését követő nap 0. órájától folytatódik.

(3) Ha a szerződő a megszűnés napjától számított 180 napon túl kéri a biztosítási esemény nélkül megszűnt biztosítás ismételt hatálybaléptetését, ezt a kérelmet a

biztosító új biztosítás megkötésére tett ajánlatként kezeli.

(4) Megszűnt kiegészítő biztosítást csak a főbiztosítás hatályban léte alatt vagy azzal együtt lehet újra hatálybaléptetni, ha a kiegészítő biztosítás feltételei másképp nem rendelkeznek.

12. § Hitelfedezet

(1) A biztosítási szerződés kizárólag akkor szolgál hitel fedezeteként, ha a szerződő és a biztosított személye azonos. Szerződőváltás esetén a biztosító a hitelfedezetet felmondja.

(2) A biztosítási szerződés hitelfedezetként szolgálhat a biztosítási szerződésben meghatározott haláleseti biztosítási összeg erejéig a biztosított elhalálozása esetére.

(3) Ha az életbiztosítás haláleseti biztosítási összege valamely hitelintézetnél hitelfedezetül szolgál, akkor a szerződést hitelfedezeti záradékkal látja el a biztosító.

(4) Hitelfedezetként szolgáló életbiztosításoknál elhalálozás esetén a biztosítási összeget csak az első kedvezményezettként jelölt hitelintézet igényének kielégítését követően lehet kifizetni.

(5) A hitelfedezet tartama alatt a kedvezményezett csak a hitelintézet írásbeli hozzájárulásával változtatható meg.

(6) Az ügyfelet a 2003. évi LX. törvény 96. § (2) bekezdésben meghatározott, szerződés létrejöttétől számított 30 napos felmondási jog nem illeti meg hitelfedezeti életbiztosítás esetén.

13. § Többlethozam visszatérítés

(1) A biztosító a befizetett díjából életbiztosítási matematikai tartalékot képez.

(2) Az életbiztosítási matematikai tartalék befektetésének technikai kamatlábon felüli többlethozamából a biztosító a szerződőnek többlethozam visszatérítést juttat az 1. számú melléklet rendelkezései szerint. A szerződő eltérő rendelkezésének hiányában a többlethozam visszatérítés technikája a díj, a díjtartalék és a biztosítási összeg egyidejű, azonos százalékkal történő indexálása az 1. számú melléklet rendelkezései szerint.

(3) A többlethozam visszatérítés mértéke nem lehet alacsonyabb, mint az életbiztosítási matematikai tartalék befektetési többlethozamának nyolcvan százaléka.

(4) A biztosítási szerződés megkötését követően a biztosító évente írásban tájékoztatja a szerződőt a jóváírt többlethozam mértékéről.

Hogyan őrzi meg a biztosítás az értékét?



14. § Értékkövetés, indexálás

(1) Az 1. számú melléklet szerinti indexálás minden évben a biztosítási évfordulón történik. Az indexet a biztosító naptári hónaponként állapítja meg a naptári hónapot megelőző egyéves időszak hozama alapján, és azokra a szerződésekre alkalmazza, amelyeknek az adott naptári hónapot követő harmadik naptári hónapban van a biztosítási évfordulójuk.

(2) Az indexálásról a biztosító a szerződőt legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőzően 2 hónappal írásban értesíti. Az értesítő levél az évfordulót követően az aktuális biztosítási összeget és biztosítási díjat tartalmazza, mind az elutasítás, mind az elfogadás esetére. A biztosítási évfordulótól kezdődően a biztosítási jogviszony a megemelt biztosítási összeggel és díjjal folytatódik, ha a szerződő a következő bekezdésben foglaltak szerint az indexálást nem utasította vissza.

(3) A szerződő az indexálásról szóló értesítés kézhezvételétől számított 30 napon belül írásban értesítheti a biztosítót, hogy az indexálást elutasítja. Elutasítás esetén a biztosítás – eltekintve a pótdíjtól (9. § (3) bekezdés) – változatlan biztosítási díjjal hatályban marad mindaddig, amíg a biztosítási összeg és díj egyidejű emelése legközelebb ismét lehetővé nem válik. A biztosítási összeg ebben az esetben az 1. számú melléklet (7) bekezdésében leírt módon – egyénileg kiszámított mértékben – emelkedik a díj emelkedése nélkül.

(4) Amennyiben a szerződő a tartam alatt egymás után három felajánlott indexálást visszautasít, a továbbiakban nincs lehetősége újabb indexálásra. A biztosítás összege ettől kezdve az egyénileg kiszámított mértékben emelkedik évente.

(5) Az elveszített indexálási jogot a szerződő egy újabb, a biztosítottra nézve kedvező eredményű kockázatelbírálással visszaszerezheti. Az újabb kockázatelbírálás célja azonosítani, hogy a biztosított kockázati tényezői változtak-e a szerződés létrejöttkor végzett kockázatelbíráláshoz képest. Az újabb kockázatelbírálás következtében a biztosító jogosult felülvizsgált biztosítási díjat felajánlani a szerződőnek és az elvesztett indexálási jog visszaszerzését a felülvizsgált díj elfogadásához kötni. Amennyiben a szerződő az ily módon visszanyert indexálási jog alapján felajánlott indexálást visszautasítja a tartam alatt egymás után három alkalommal, ismét elveszti az indexálási jogát. Az újabb kockázatelbírálás költségeit a szerződő viseli.

(6) Az indexálási jog visszaszerzése csak a díjfizetési tartamon belül lehetséges.

Mit kell tenni, ha káresemény történik?



15. § A biztosító teljesítése

(1) A biztosítási eseményt a bekövetkezésétől számított 15 napon belül a biztosítónak be kell jelenteni és a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, valamint lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését. A bejelentést a biztosító kárbejelentő nyomtatványán, írásban kell megtenni. **A biztosító kötelezettsége nem áll be, amennyiben az ügyfél az előírt kötelezettségeket nem teljesíti, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.**

(2) A kedvezményezett kötelezettsége, hogy a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvény előírásai szerinti átvilágításhoz szükséges okmányait a biztosító képviselőjének rendelkezésére bocsássa, amennyiben a szolgáltatási igény benyújtását megelőzően nem került átvilágításra.

(3) A biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez be kell nyújtani a biztosítási kötvényt, a 4. számú mellékletben megjelölt iratokat. A felsorolt okiratokon kívül a biztosítottnak joga van a károk igazolására a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

(4) A biztosító szükség esetén maga is beszerezhet adatokat.

(5) Amennyiben irat beszerzéséhez adatvédelmi okok miatt az érintett hozzájárulása szükséges, a hozzájárulás beszerzése, illetőleg megadása a kedvezményezett kötelezettsége és az iratok beszerzésének költsége is a kedvezményezettet terheli.

(6) A szükséges iratok beszerzésével kapcsolatos költséget az köteles viselni, aki az igényét a biztosítóval szemben érvényesíteni kívánja.

(7) A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához, illetőleg a teljesítéshez szükséges összes irat beérkezése után, az utoljára beérkezett irat kézhezvételétől számított 15 napon belül teljesíti vagy elutasítja.

(8) Amennyiben az igény elbírálásához orvosi vélemény szükséges, a biztosított köteles magát alávetni a szükséges orvosi vizsgálatnak. Abban az esetben, ha orvosi vizsgálat nem szükséges, továbbá, ha szükséges ugyan, de a biztosított a vizsgálatnak nem veti magát alá, a biztosító jogosult a rendelkezésre álló orvosi iratok és egyéb dokumentáció alapján a kárigényt elbírálni. Az esetleges véleménnyel szemben a biztosított a biztosítónál panasszal élhet.

(9) Ha a biztosító a panaszt elutasítja, az igényt érvényesíteni kívánó személy e döntés miatt a biztosítótól független igazságügyi orvosszakértői vélemény beszerzését kérheti.

(10) A biztosító független igazságügyi orvosszakértői véleményt bármely esetben beszerezhet.

(11) A független igazságügyi orvosszakértő eljárásával kapcsolatos költségeket a megrendelő fél viseli.

Amennyiben az igényt érvényesíteni kívánó személy kezdeményezte az eljárást, és az orvosszakértő a javára foglalt állást, a költségeket a biztosító fizeti.

(12) A biztosító az aktuális biztosítási összeg alapján teljesítésre kerülő bármely szolgáltatással szemben a kifizetéskor beszámítással él az elmaradt díjak és késedelmi kamatok (a továbbiakban: tartozások) erejéig.

(13) A fel nem vett szolgáltatási összeget az elévülési időn belül a biztosító kamatmentes letétként kezeli.

(14) A biztosítási szerződés megkötését követően a biztosító évente írásban tájékoztatja a szerződőt az életbiztosítási szerződése szolgáltatási összegéről.

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?



16. § A biztosító mentesülése

(1) A biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól mentesül, ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét.

(2) Több haláleseti kedvezményezett esetén az (1) bekezdés rendelkezése nem vonatkozik azon kedvezményezettre, aki nem hatott közre a biztosított halálának előidézésében.

(3) A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, és a biztosító a halál időpontjában aktuális díjtartalékot fizeti ki a kedvezményezettnek, amennyiben bizonyítja, hogy a biztosítási esemény

a) a biztosított jogellenes vagy szándékos magatartásának következménye,

b) a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, azzal összefüggésben következett be,

c) a szerződéskötéstől számított két éven belül elkövetett öngyilkosság, vagy öngyilkossági kísérlet következménye, tekintet nélkül a biztosított tudatállapotára.

(4) Amennyiben a biztosított a szerződéskötéstől számított két éven túl elkövetett öngyilkosság, vagy öngyilkossági kísérlet következtében hal meg, a biztosító a szerződésben meghatározott haláleseti biztosítási összeget fizeti ki, kivéve, ha

az öngyilkosságot, vagy öngyilkossági kísérletet megelőző két éven belül a szerződő ajánlata alapján a haláleseti biztosítási összeg emelésére került sor. Ebben az esetben a biztosító kifizeti az emelés előtti biztosítási összeget és visszatéríti azt a díjtartalékot, amelyet a megemelt és a régi biztosítási összeg közötti különbözetre képzett. E kizárás nem vonatkozik a rendszeres éves indexálás keretében megemelt biztosítási összegre.

(5) A biztosító mentesül a kiegészítő biztosításokra vonatkozó szolgáltatás teljesítésétől, és a kiegészítő biztosítások minden további feltétel nélkül megszűnnek, ha a biztosítási eseményt olyan esemény idézte elő, amelyek következtében a biztosító a főbiztosítás biztosítási összegének kifizetése alól mentesül az (1), (2) és (3) bekezdések alapján.

17. § Kizárt kockázatok

(1) A biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek az alábbi eseteket:

Az esemény

a) a biztosított elme-, vagy tudatzavarával okozati összefüggésben következett be,

b) a biztosított motoros eszközökkel folytatott sporttevékenységének következménye,

c) a biztosított hivatásszerű sportolói minőségben végzett sporttevékenysége közben következett be,

d) bármely, olimpiai sportágként nem bejegyzett, különlegesen veszélyes sportcselekménnyel, így a küzdősportok köréből a pankrációval, a kettecharccal; az egyéb sportok és hobbijellegű tevékenységek köréből a hegyi kerékpározással (Mountain bike), a canyoninggal, a szikla- vagy gleccsormászással, a vízisízéssel, a vízirobotgózással (jet-ski), a vadvízi evezéssel, a hegymászással, a magashegyi expedícióval, a barlangászattal, a bázisugrással, a mélybe ugrással (bungee jumping), a falmászással, a roncsautó sporttal (auto-crash), a rallyvel, a hólégballonozással, a félkezes és nyíltengeri vitorlázással, a sárkányrepüléssel, az ejtőernyőzéssel, a paplanernyőzéssel vagy a műrepüléssel összefüggésben következett be,

e) bármiféle légi jármű, repülő szerkezet használata során következett be, kivéve a légitársaságok menetrendszerű vagy charter járatainak utasait,

f) föld alatti vagy víz alatti munkavégzés vagy ilyen területen folytatott sporttevékenység következménye,

g) robbanószerkekkel, robbanó szerkezetekkel való foglalkozás következménye,

h) a biztosított fegyverviselésével okozati összefüggésben következett be,

- i) az atommag szerkezetének módosulása, radioaktív sugárzás, vagy egyéb ionizáló sugárforrás miatt következett be,
- j) közvetve vagy közvetlenül összefüggésben áll harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel, lázadással, zavargással vagy terrorcselekménnyel, hadüzenettel vagy anélkül vívott harccal, határvillongással, felkeléssel, forradalommal, zendüléssel, a törvényes kormány elleni puccsal vagy puccskísérlettel, népi megmozdulással, nem engedélyezett tüntetéssel vagy be nem jelentett sztrájkjal, idegen ország korlátozott célú hadcselekményeivel, kommandó támadással,
- k) a biztosított súlyosan ittas állapotával (legalább 2,51% véralkohol szint) okozati összefüggésben következett be,
- l) bekövetkeztek a biztosított vezetői engedély vagy érvényes forgalmi engedély nélkül vezetett gépjárművet és egyúttal egyéb közlekedésrendészeti szabályt is megszegett és a biztosítási esemény ezzel okozati összefüggésben következett be,
- m) bekövetkeztek a biztosított ittas állapotban (legalább 0,8% véralkoholszint) vezetett gépjárművet és egyúttal egyéb közlekedésrendészeti szabályt is megszegett és a biztosítási esemény ezzel okozati összefüggésben következett be,
- n) bekövetkeztek a biztosított kábító, bódító szerek hatása alatt állott, vagy egyéb vegyi anyagot bódító szerként alkalmazott, és a káresemény ezzel okozati összefüggésben következett be, kivéve ha a fenti állapot orvosi utasítás alapján, annak pontos betartása mellett alakult ki,
- o) a biztosított munkavégzése során, a munkavédelmi szabályoknak a biztosított általi súlyosan gondatlan vagy szándékos megsértése miatt következett be, továbbá,
- p) ha a baleset bekövetkezését követően a biztosított nem vett igénybe haladéktalanul orvosi segítséget vagy az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig nem folytatta, és az elhalálozás vagy a maradandó egészségkárosodás ezzel okozati összefüggésben következett be.
- (2) Az (1) bekezdésben meghatározott esetek miatt bekövetkező biztosítási esemény esetén a biztosítás kifizetés nélkül megszűnik.
- (3) Az (1) bekezdésben meghatározott esetek miatt biztosítási eseményeket a biztosító a kiegészítő biztosítások tekintetében is kizárja.

18. § A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése

- (1) A kötvény elvesztése vagy megsemmisülése esetén a biztosító az eredetivel egyező kötvénymásolatot állít ki, amennyiben ezt az ügyfél kéri, és teljes bizonyító ere-

jű magánokiratban nyilatkozik az eredeti kötvény hiányáról.

- (2) A másolat kibocsátásával az eredeti kötvény érvénytelenné válik, amely tény a másolaton a biztosító feltünteti.

19. § Felmondás

- (1) A szerződő a szerződést a díjjal fedezett biztosítási időszak végére írásban felmondhatja. A biztosító kockázatviselése a biztosítási időszak végén megszűnik.
- (2) A biztosító a szerződést a biztosítási kockázat jelentős növekedése, illetve a közlési és bejelentési kötelezettség megsértése esetén a jelen szabályzat 7. § (3) bekezdésében és 8. § (4) bekezdésében foglaltak szerint felmondhatja.
- (3) Ha a szerződő a felmondás időpontjában már díjfizetési késedelemben van, akkor a biztosító kockázatviselése a felmondásnak a biztosítóhoz való érkezése napját követő nap 0. órájától megszűnik.
- (4) Az (1) bekezdésben foglalt felmondás esetén a szerződés kifizetés nélkül, a kockázatviseléssel együtt megszűnik.

20. § Elévülés

A biztosításból származó igények az esedékességtől számított 5 év elteltével elévülnek. A fel nem vett szolgáltatás összegét a biztosító az esedékességtől a felvételig kamatmentes letétként kezeli.

21. § Üzletpolitikai kedvezmény

A biztosító a megállapított biztosítási díjból – üzletpolitikai okból – díjkedvezményt adhat. A szerződő a díjkedvezményre egy biztosítási évig jogosult. A díjkedvezmény megszűnése után a szerződőnek a kedvezmények figyelembevétele nélkül számított díjat kell a továbbiakban fizetni.

Mit tesz a biztosító az adataim biztonságára érdekében?



22. § A biztosítási és az üzleti titok

- (1) A biztosító köteles biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló a 2003. évi LX. törvény (a továbbiakban: Bit.) 153-161/A. §-aiban meghatározott biztosítási titokra vonatkozó szabályokat maradéktalanul betartani. Biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a biztosításközvetítő,

a biztosítási szaktanácsadó egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

(2) Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

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

b) a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

(3) A Bit. 157. §-ában meghatározott esetekben a titoktartási kötelezettség nem áll fenn:

a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,

b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel, továbbá az általuk kirendelt szakértővel,

c) a büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,

d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általuk kirendelt szakértővel,

e) az adóhatósággal (a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, 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),

f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,

g) a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivattal,

h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,

i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal,

j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervezettel,

k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,

l) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,

m) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,

n) fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam

rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel, o) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával, p) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal szemben.

Ha az a)-j) és n) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét, vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a k), l), n), o) és p) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

(4) A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a (3) bekezdésben meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.

(5) A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóság, a nemzetbiztonsági szolgálat részére és az ügyészség írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet

a) a 2013. június 30-ig hatályban volt a Büntető törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,

b) a Büntető törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

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

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

(8) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik or-

szágbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben:

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

(9) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét

- a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- b) fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
- c) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
- d) a Bit-ben az összevont alapú felügyeletre és a külön törvényben szabályozott a kiegészítő felügyeletre vonatkozó rendelkezések teljesítésének érdekében történő adatátadás,
- e) a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó külön törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség.

(10) A biztosító az esetleges kiszervezett tevékenységet végző személyek, valamint az orvosszakértői véleményt készítő szakorvosok számára az ügyfelek személyes és különleges adatait továbbíthatja abból a kizárólagos célból, hogy azok szolgáltatásaikat a szerződő számára közvetlenül ajánlhassák fel, illetőleg a kiszervezett tevékenységet maradéktalanul elláthassák. A biztosító az ügyfelek személyes adatait, valamint a biztosítási szerződés pénzügyi és aktuáriusi adatait pedig a szerződés fenntartása és kezelése, illetve a szerződésben foglaltak teljesítése céljából és érdekében a külföldre történő adattovábbítás szabályainak figyelembevételével – adatfeldolgozási céllal a külföldi székhelyű anyavállalata (MetLife EU Holding Company Ltd., (Írország), MetLife Inc. (USA), American Life Insurance Company (USA)), az anyavállalat regionális központjai (Alico Services Central Europe, s.r.o. – Szlovákia, Amplico Services Sp. z.o.o. – Lengyelország), az anyavállalat adatfeldolgozója (Verizon UK Limited, Egyesült Királyság; Microsoft Corporation, Egyesült Királyság), illetve viszontbiztosítója részére, az anyavállalat és a regionális központok, valamint a viszontbiztosító székhelye szerinti országokba továbbítja. Azon személyek nevét, akik részére az ügyfelek személyes és különleges adatai

adattfeldolgozás céljából átadásra kerülnek, beleértve a kiszervezett tevékenységet végzők, viszontbiztosítók, valamint az orvosszakértői véleményt készítő szakorvosok személyét, a biztosító a www.metlife.hu honlapján hirdetményben teszi közzé.

(11) A biztosító kötelezettséget vállal arra, hogy megfelelő nyilvántartással rendelkezik, amely megvalósítja a biztosítási titok védelmét.

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

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

(14) Az ügyfél egészségügyi állapotával összefüggő adatokat a biztosító a (12) bekezdésben meghatározott célokból az 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

(15) 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.

(16) Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, a (14) bekezdésben szereplő adatok vagy az adatvédelmi törvény szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén 20 év elteltével törölni kell.

(17) A biztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a (3) bekezdés b), f) és j) pontjai, illetve a (5) bekezdés alapján végzett adattovábbításokról.

(18) A biztosító (megkereső biztosító) – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a biztosítási szolgáltatás teljesítése során, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz (megkeresett biztosító) a megkeresett biztosító által kezelt meghatározott adatok vonatkozásában. A megkeresés tényéről és a továbbításra került adatokról a biztosító a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti a szerződőt.

23. § A személyes adatok kezelése

(1) A biztosító, a biztosításközvetítő a szerződő és a biztosított személyes és különleges adatait annak hozzájárulásával jogosultak kezelni. A biztosító azon személyes és különleges adatokat kezeli, amelyeket a szerződő, illetőleg a biztosított az ajánlati űrlapon, illetőleg az ajánlat megtétele, vagy a szerződés hatálya, illetőleg a szerződésből eredő igények érvényesítése során egyéb formában a biztosítási szerződés létrehozása, fenntartása és a biztosítási szolgáltatás érdekében a biztosítóval közölt.

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

(3) A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

(4) 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.

(5) A biztosító által kezelhető adatok köre:

- a) biztosított (szerződő, kedvezményezett és károsult) személyes adatai, a biztosított különleges adatai,
- b) biztosítási összeg,
- c) a kifizetett biztosítási összeg mértéke és a kifizetés ideje,
- d) a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggő összes lényeges tény, körülmény.

(6) Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett

jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

(7) Az adatkezelés célja kizárólag a biztosítási szerződés megkötése, módosítása, állományban tartása és a követelések megítéléséhez szükséges adatok nyilvántartása, illetőleg törvényi kötelezettségek teljesítése lehet.

(8) A biztosítási ajánlat aláírásával a szerződő és a biztosított megadja a személyes és különleges adatai kezelésére vonatkozó írásbeli hozzájárulást az ajánlati nyilatkozattal és a biztosítási feltételekkel összhangban történő kezeléséhez.

(9) A szerződő, a biztosított és bármely más érintett személy jogosult a biztosítótól kérelmezni:

- a) tájékoztatást személyes és különleges adatai kezeléséről,
- b) személyes vagy különleges adatainak helyesbítését vagy módosítását, illetve
- c) személyes vagy különleges adatainak – a kötelező adatkezelés kivételével – törlését vagy zárolását; emellett
- d) az Infotv. 21. §-ban meghatározott esetekben tiltakozhat személyes adatainak kezelése ellen. A felsoroltakat a szerződő, a biztosított, illetve az érintett személy írásban kérheti a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepe ügyfélszolgálatánál (1138 Budapest, Népfürdő u. 22.), ha személyazonosságát megfelelő dokumentumokkal igazolta.

(10) A biztosító a vele szerződő bel- és külföldi adatkezelő, illetőleg viszontbiztosító intézményeket szerződésben nyilatkoztatja az adatok kezelésére és továbbítására szolgáló eljárások és berendezések biztonsági előírásoknak való megfeleléséről, illetőleg az adatszolgáltatás és -tárolás biztonságának szintjéről, valamint az ezért viselt felelősségükről. A személyes és különleges adatokat a biztosító kizárólag azon adatkezelő részére jogosult továbbítani, amelynél az adatvédelem az irányadó jogszabályok által támasztott követelményei valamennyi adatra nézve teljesülnek.

(11) A biztosító telefonon vagy interneten történő – az ügyfelet, illetőleg szerződését érintő – tevékenysége során gondoskodik a személyes és különleges adatok kezeléséről, valamint a biztosítási titokvédelemre vonatkozó szabályok maradéktalan érvényesítéséről.

(12) Abban az esetben, ha a személyes vagy különleges adatokhoz fűződő jogokat megsértik, a szerződő, a biztosított, illetve az érintett személy a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság (1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/C; telefon: +36-1-391-1400; fax: +36-1-391-1410; e-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu) vizsgálatát kezdeményezheti, vagy bírósági eljárást indíthat. Az adatkezeléssel kapcsolatos részletes jogokat és jogorvoslati lehetőségeket részletesen az Infotv. 13-17. és 30. alfejezetei tartalmazzák.

Mikor szűnik meg a biztosítás?



24. § A biztosítás megszűnésének esetei

- (1) A biztosítás megszűnik:
- ha a 6. § (1) vagy (2) bekezdéseiben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezését követően a biztosító teljesít,
 - ha a szerződést szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy szerződő a biztosítást a 3. § (19) bekezdése alapján a szerződés létrejöttéről szóló jognyilatkozat kézhezvételétől számított 30 napon belül felmondja,
 - ha a szerződő a biztosítást a 19. § (1) bekezdése alapján felmondja,
 - ha a biztosító a szerződést a 19. § (2) bekezdése alapján felmondja,
 - a késedelmes díjfizetéssel összefüggésben a 10. § (2) bekezdésében meghatározott esetben.
- (2) A szerződés megszűnésekor a felek kölcsönösen lemondanak a díjtűrészhatár mértékét meg nem haladó követelésükről.

25. § Adózással kapcsolatos jogszabályok

Az életbiztosítások adózására a következő jogszabályok vonatkoznak:

- 1995. évi CXVII. törvény a személyi jövedelemadóról
- 1997. évi LXXX. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről, egységes szerkezetben a végrehajtásáról szóló 195/1997. (XI. 5.) kormányrendelettel
- 1991. évi IV. törvény a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról
- 1996. évi LXXXI. törvény a társasági adóról és az osztalékadóról

Milyen módon lehet tájékozódni a biztosítással kapcsolatban, illetve hova lehet panasszal fordulni?



26. § Tájékozódás és tájékoztatás

A szerződő fél saját szerződéseivel felől az alábbi módokon tájékozódhat:

- (1) A szerződő fél a biztosító személyes ügyfélszolgálatán (1138 Budapest, Népfürdő u. 22. fsz.) hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, keddtől péntekig tartó

munkanapokon 9 és 17 óra között; kék telefonszámán (06 40 444 445) hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, keddtől péntekig tartó munkanapokon 8 és 17 óra között tájékozódhat szerződéseivel egyes főbb adatainak változásáról.

(2) Amennyiben a szerződő rendelkezik MyMetLife hozzáféréssel, amelynek feltétele a MyMetLife szerződés megkötése, akkor a szerződő a MyMetLife internetes ügyfélporthálón is tájékozódhat a saját szerződése aktuális értékéről.

(3) A biztosító a 2. számú mellékletben foglalt változásairól 30 nappal a változás előtt hirdetmény útján tájékoztatja a szerződőt.

(4) A biztosítási szerződés megkötését követően a biztosító évente legalább egyszer írásban tájékoztatja ügyfelét életbiztosítási szerződése szolgáltatási értékéről, a visszajáró többelhozam jóváírásának mértékéről, és egyéb, jogszabály által előírt adatokról.

(5) A biztosítási szerződésben rögzített értékkövetés érvényesítése során a biztosító az ügyfelet tájékoztatja az értékkövetéssel érintett és nem érintett elemek vonatkozásában. A biztosító felhívja a figyelmet a biztosítási szerződés értékkövetéssel kapcsolatos rendelkezéseire, külön is kitérve az ügyfelet az értékkövetéssel kapcsolatban megillető jogokra.

(6) Amennyiben a biztosítási szerződés feltétele a leendő ügyfél orvosi vizsgálata, akkor az ügyfél az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.

(7) 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 kötelese tájékoztatni.

27. § Illetékes bíróság, illetékes panaszforum

(1) Jelen biztosítási feltételekre és a biztosítási szerződésre vonatkozóan a magyar jogszabályok irányadók.

(2) A biztosítási szerződésből eredő igények érvényesítésére indított valamennyi, járásbíróság hatáskörébe tartozó perre a Budapesti II. és III. Kerületi Bíróság a kizárólagosan illetékes bíróság. Az illetékes felügyeleti szerv az Ír Pénzügyi Szolgáltatások Hatóságának Központi Bankja (Central Bank of Ireland, PO Box 559, Dame Street, Dublin 2, Írország).

(3) További illetékes panaszforum a biztosító magyarországi fióktelepe (1138 Budapest, Népfürdő u. 22.). Az ügyfélszolgálat elérhetőségei az alábbiak:

Cím: H-1138 Budapest, Népfürdő u. 22.

E-mail: info@metlife.hu

Fax: 06 1 391 1660

Telefon: 06 40 444 445

(4) A panaszt az ügyfélszolgálat részére szóban (telefonon vagy személyesen), illetve írásban lehet megtenni.

(5) Személyesen panasz tehető a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepe személyes ügyfélszolgálatán (1138 Budapest, Népfürdő u. 22. fsz.) hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, más munkanapokon 9 és 17 óra között.

(6) Szóbeli panasz tehető a biztosító kék telefonszámán (06 40 444 445) hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, más munkanapokon 8 és 17 óra között. A fenti telefonszámon bejelentett panaszokat a biztosító rögzíti.

(7) Írásbeli panasz tehető az alábbi módokon:

a) postai úton a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepe részére, a 1138 Budapest, Népfürdő u. 22. címen,

b) e-mailben a (3) bekezdésben foglalt címre küldve, vagy

c) faxon a (3) bekezdésben foglalt faxszámon.

(8) A biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő harminc napon belül megküldi az ügyfélnek.

(9) A panaszos a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvényben meghatározott fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Magyar Nemzeti Banknál fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet, vagy a biztosítás létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén az illetékes bírósághoz fordulhat, vagy a Pénzügyi Békéltető Testületnél (amelynek levelezési címe: H-1525 Budapest, BKKP Postafiók: 172) eljárást kezdeményezhet.

Budapest, 2015. október 1.

A Nelson díjkezdvevényes kockázati életbiztosítás (MET-275, MET-276) különös feltételei

A Nelson életbiztosítási szerződés (a továbbiakban: biztosítás) a jelen különös feltételek, valamint a MetLife biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited (a továbbiakban: biztosító) életbiztosítási szerződéseinek általános feltételei (a továbbiakban: általános feltételek) alapján jön létre a biztosító, valamint a szerződő között. Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér az általános feltételekben foglaltaktól, a különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § Biztosított

- (1) Biztosított az lehet, aki a biztosítási szerződés létrejöttkor a 18. életévénél idősebb, de a 65. életévét még nem töltötte be.
- (2) A biztosított életkora a biztosítás tartamának lejártakor nem haladhatja meg a 75 évet.

Milyen hosszú a biztosítás tartama?



2. § A biztosítás tartama

- (1) A biztosítási szerződés a szerződő ajánlatának a biztosító által történő elfogadásával a szerződő által választott határozott tartamra jön létre, rendszeres díjfizetéssel.
- (2) A biztosítás tartama 5 és 25 év között bármely egész év lehet, figyelemmel az 1. § (2) bekezdésében foglaltakra.
- (3) A lejárat napja a biztosítási tartam utolsó évének biztosítási évfordulója.

3. § A biztosítási díj

- (1) A biztosító e főbiztosításnak az általános feltételek 9. § (1) bekezdése szerint a kiegészítő biztosításokkal együtt számított díjából a biztosítás teljes tartamára a díj nagyságától függő díjkezdvevényt nyújt.
- (2) A díjkezdvevényt a feltételek mellékletében foglaltak szerint kell meghatározni.

(3) A kedvezményes sávok határait a biztosító minden naptári év május 1-jétől az alábbiak szerint meghatározott indexszel növeli.

- a) A biztosító az indexet úgy határozza meg, hogy az a minden év május 1-jén érvényes, a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett, az előző naptári évre vonatkozó, decembertől decemberig számított fogyasztói árindextől legfeljebb 5 százalékponttal térjen el.
- b) A biztosító az új indexet azon szerződések tekintetében alkalmazza, amelyek biztosítási évfordulója május 1-jét követi.
- c) Az indexálást követően megváltozó értékekről a biztosító minden évben a biztosítási évfordulót megelőzően értesítést küld.

4. § Technikai kamatláb

A technikai kamatláb mértéke 2,9%.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító halál esetén?



5. § Biztosítási esemény

Biztosítási esemény: a biztosítottnak a tartamon belül bekövetkező halála.

6. § Haláleseti szolgáltatás

- (1) A biztosított tartam alatt bekövetkező halála esetén a biztosító a kedvezményezett részére a tartozásokkal csökkentett aktuális biztosítási összeget fizeti ki.
- (2) A szolgáltatás tartalmazza az utolsó töredékév töredék bónusza alapján számított többletösszeget is az általános feltételek 1. számú mellékletének (10) bekezdése szerint.

7. § Maradékjogok

A biztosítás nem rendelkezik maradékjogokkal.

8. § Egyéb rendelkezések

- (1) A biztosítási szerződés megszűnik:
 - a) lejáratkor, kifizetés nélkül,
 - b) ha az 5. §-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezését követően a biztosító teljesít,

c) ha a szerződő a biztosítást az általános feltételek 3. § (19) bekezdése alapján a szerződés létrejöttétől számított 30 napon belül felmondja,
 d) a díjjal fedezett biztosítási időszak végén, ha a szerződő a biztosítást az általános feltételek 19. § alapján

írásban felmondja,
 e) a késedelmes díjfizetéssel összefüggésben az általános feltételek 10. § (2) bekezdésében meghatározott esetekben.

Melléklet a Nelson díjkedvezményes kockázati életbiztosítás különös feltételeihez

A kedvezményes díjsávok és a díjkedvezmény meghatározásának módja

Módozat neve	Alapdíj	Kedvezmény
Nelson (MEB-275, MEB-276)	116 900 Ft és 365 500 Ft között	a 116 900 Ft feletti díjrész 65%-a
	365 500 Ft felett	161 590 Ft és a 365 500 Ft feletti díjrész 50%-a

Budapest, 2015. október 1.

AZ ADMIRAL KOCKÁZATI ÉLETBIZTOSÍTÁS (MET-277) KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

Az Admiral életbiztosítási szerződés (a továbbiakban: biztosítás) a jelen különös feltételek, valamint a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited (a továbbiakban: biztosító) életbiztosítási szerződéseinek általános feltételei (a továbbiakban: általános feltételek) alapján jön létre a biztosító, valamint a szerződő között. Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér az általános feltételekben foglaltaktól, a különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § Biztosított

- (1) Biztosított az lehet, aki a biztosítási szerződés létrejöttkor a 18. életévénél idősebb, de a 65. életévét még nem töltötte be.
- (2) A biztosított életkora a biztosítás tartamának lejártakor nem haladhatja meg a 75 évet.

Milyen hosszú a biztosítás tartama?



2. § A biztosítás tartama

- (1) A biztosítási szerződés a szerződő ajánlatának a biztosító által történő elfogadásával a szerződő által választott határozott tartamra jön létre.
- (2) A biztosítás tartama 5 és 20 év között bármely egész év lehet, figyelemmel az 1. § (2) bekezdésében foglaltakra.
- (3) A lejárat napja a biztosítási tartam utolsó évének biztosítási évfordulója.

3. § A biztosítási díj

- (1) A biztosítás rendszeres díjfizetésű.
- (2) A biztosítás díja a biztosítás tartamának végéig vagy annak a biztosítási hónapnak a végéig esedékes, amelyben a biztosított halála bekövetkezik.

4. § Technikai kamatláb

A technikai kamatláb mértéke 2,9%.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító halál esetén?



5. § Biztosítási esemény

Biztosítási esemény: a biztosítottnak a tartamon belül bekövetkező halála.

6. § Haláleseti szolgáltatás

- (1) A biztosított tartam alatt bekövetkező halála esetén a biztosító a kedvezményezett részére a tartozásokkal csökkentett aktuális biztosítási összeget fizeti ki.
- (2) A szolgáltatás tartalmazza az utolsó töredékév töredék bónusza alapján számított többletösszeget is az általános feltételek 1. számú mellékletének (10) bekezdése szerint.

7. § Maradékjogok

A biztosítás nem rendelkezik maradékjogokkal.

8. § Egyéb rendelkezések

- (1) A biztosítási szerződés megszűnik:
 - a) lejáratkor, kifizetés nélkül,
 - b) ha az 5. §-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezését követően a biztosító teljesít,
 - c) ha a szerződést önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személy szerződő a biztosítást az általános feltételek 3. § (19) bekezdése alapján a szerződés létrejöttéről szóló jognyilatkozat kézhezvételétől számított 30 napon belül felmondja,
 - d) a díjjal fedezett biztosítási időszak végén, ha a szerződő a biztosítást az általános feltételek 19. § alapján írásban felmondja,
 - e) a késedelmes díjfizetéssel összefüggésben az általános feltételek 10. § (2) bekezdésében meghatározott esetben.

Budapest, 2015. október 1.

AZ ADMIRAL ÉS NELSON KOCKÁZATI ÉLETBIZTOSÍTÁSHOZ KÖTHETŐ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK ÁLTALÁNOS FELTÉTELEI

1. § Fogalmak

a) Baleset: a kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett olyan esemény, amely a biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő külső behatás következménye, amely közvetlenül és bármely más októl függetlenül a biztosítási eseményt okozza.

b) Betegség: olyan egészségkárosodást jelent, amelyet a biztosított a kiegészítő biztosítás hatályba lépését követően, első alkalommal szenved el.

c) Várakozási idő

A biztosító egyes kiegészítő biztosítások esetén a biztosítási esemény kockázatát csak várakozási idő eltelte után vállalja. A várakozási idő

- kórházi ellátás és műtéti beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosítások esetében a kockázatviselés kezdetétől számított 60 nap;
- a mandula, illetve orrpolip eltávolítását célzó műtét, illetve kórházi gyógykezelése esetében a kockázatviselés kezdetétől számított 180 nap.

A várakozási idő nem vonatkozik az ezen időszak alatt bekövetkező baleseti eseményből eredő szolgáltatásokra való jogosultságokra.

Ha a szerződő fogyasztó és a szerződés a biztosító a ráutaló magatartásával úgy jött létre, hogy a biztosító az ajánlatra annak beérkezésétől számított 15 napon belül – vagy ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 napon belül – nem nyilatkozott, a várakozási idő a biztosítási ajánlatnak a biztosító részére történt átadás időpontjában kezdődik.

d) Csonttörés: a jelen szerződéses feltételekben használt csonttörés kifejezés a csont balesetből származó töréses sérülését jelenti függetlenül attól, hogy a törés maradandó rokkantságot eredményez-e vagy sem.

e) Patológiás törés: a jelen feltételekben használt patológiás törés a csont betegség által gyengített területének törését jelenti.

f) Többszörös törés: a jelen feltételekben használt többszörös törés egy csontnak több helyen való törését jelenti. A csont darabos törése esetén a csonttörés többszörös törésnek számít, ha több, mint két szilánk van.

g) Teljes törés (Komplett törés): a jelen feltételekben használt teljes törés a csont olyan jellegű törése, amikor a csont teljes vastagságában eltört.

h) Nyílt törés: a jelen feltételekben használt nyílt törés a csont olyan jellegű törése, amikor a tört csont a bőrregetet is átszakítja.

i) Stressz törés (Fáradásos törés): a jelen feltételekben használt stressz törés a csont olyan jellegű törése, amikor a csont rendszeres túlterhelés miatt sérül.

j) Égési sérülés: a jelen feltételekben használt égési sérülés a bőrnek hőenergiával, alacsony hőmérséklettel, illetve kémiai anyagokkal való érintkezéséből eredő sérülése, függetlenül attól, hogy a sérülés maradandó-e vagy sem.

k) Bennfekvő beteg: a jelen biztosítás szempontjából benn fekvő beteg az a személy, aki a 180 napnál nem korábban elszenvedett balesete miatt benn fekvőként, legalább 24 órán folyamatosan kórházi ellátásban részesült.

l) Kórház: azt a létesítményt jelenti, amely mindenben megfelel az alábbi követelményeknek:

- kórházi működésre vonatkozó engedéllyel rendelkezik (ha az ilyen engedély hatósági előírás),
- elsősorban a kórházban történő kezeléssel, benn fekvő betegek ellátásával foglalkozik,
- a betegápolást napi 24 órán át, szakképzett személyzettel látja el,
- egy vagy több engedéllyel rendelkező orvost foglalkoztat,
- biztosítja a diagnosztizálás és a magas szintű orvosi beavatkozások szervezett szolgáltatását,
- elsődlegesen nem rendelőintézet, szanatórium, vagy rehabilitációs intézet, vagy hasonló létesítmény, és nem foglalkozik alkohol vagy kábítószer függőségi terápiával,
- nem lakása a biztosítottnak.

m) Intenzív ellátás: a jelen biztosítás szempontjából intenzív ellátásnak minősül a kórháznak a közvetlen életveszély elhárítását célzó és arra szakosodott, 24 órás folyamatos szakorvosi felügyeletet biztosító és intenzív elnevezés alatt működő különálló egységében nyújtott ellátás.

n) Orvos: az orvos az, a biztosítottól vagy annak közeli hozzátartozóitól eltérő személy, aki a jogszabályban meghatározott vizsgákkal és engedéllyel rendelkezik az igény alapjául szolgáló baleseti sérülés vagy betegség gyógyítására.

Mikortól érvényes a biztosítás és milyen hosszú a biztosítás tartama?



2. § A biztosítás tartama, kockázatviselés kezdete, korhatárok

(1) A kiegészítő biztosítás köthető:

- a) a főbiztosítással együtt, amennyiben a biztosító a szerződő főbiztosításra és kiegészítő biztosításra tett ajánlatát egyaránt elfogadja;

b) már érvényben lévő főbiztosítás mellé, a főbiztosítás biztosítási évfordulója előtt legalább 15 és legfeljebb 30 nappal felvett ajánlat elfogadása révén.

(2) A kiegészítő biztosítás az ajánlatnak a biztosító által történő elfogadásával jön létre.

(3) A kiegészítő biztosítás tartama 1 év, kivéve a rokkantsági díjmentesítés esetére szóló kiegészítő biztosítást, melynek tartama megegyezik a főbiztosítás tartamával, illetve a biztosított 60. életévét követő biztosítási évfordulóig tart.

a) A kiegészítő biztosítás a főbiztosítás biztosítási évfordulóján automatikusan, újabb 1 évvel hosszabbodik meg, ha a felek a főbiztosítás biztosítási évfordulóját megelőzően 30 nappal másképp nem nyilatkoznak.

b) Az automatikus hosszabbítás esetén feltétel, hogy a főbiztosítás is hatályban maradjon és

- baleseti halál, baleseti rokkantság, valamint csonttörés és égési sérülésre szóló kiegészítő biztosítások esetén a biztosított még ne töltse be a 65. életévét,

- a balesetből származó kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosítások, valamint a balesetből vagy betegségből származó kórházi ellátás esetén, napi térítésre és műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítások esetén a biztosított még ne töltse be a 60. életévét.

(4) A kiegészítő biztosítás 18 és 64 éves kor között lévő személyekre köthető, de a biztosított életkora a lejáratkor nem haladhatja meg a 65 évet; a rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás 18 és 55 éves kor között lévő személyekre köthető, de a biztosított életkora lejáratkor nem haladhatja meg a 60. évet; a balesetből származó kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosítások, valamint a balesetből vagy betegségből származó kórházi ellátás esetén, napi térítésre és műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítások esetén a kiegészítő biztosítás 18 és 59 éves kor között lévő személyekre köthető, de a biztosított életkora lejáratkor nem haladhatja meg a 60 évet.

(5) A főbiztosítás megszűnésével a kiegészítő biztosítás is megszűnik.

(6) A kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete:

a) amennyiben a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatot a főbiztosítással együtt nyújtották be, akkor a kockázatviselés kezdete megegyezik a főbiztosítás kockázatviselésének kezdetével;

b) amennyiben a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatot már a főbiztosítás hatálybalépését követően nyújtották be, akkor a kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete az azt követő biztosítási évforduló, amikor a biztosító kockázatbírálásra jogosult szerve a benyújtott kiegészítő ajánlatot elfogadta.

(7) Azon biztosítási események tekintetében, amelyekre nézve várakozási idő kerül kikötésre, a kiegészítő biztosítás kockázatviselése – a (6) bekezdésben írtaktól eltérően – csak a várakozási idő eltelte után kezdődik.

3. § Kizárások

(1) A biztosító fenntartja a jogot, hogy bizonyos veszélyes foglalkozások, munkakörök, rendszeres szabadidős tevékenység (sport, hobbi, stb.) esetén, illetve a biztosított egészségi nyilatkozata vagy orvosi vizsgálata alapján a rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítást nem, vagy csak megemelt díjjal, illetve további kizárás(ok) alkalmazásával köti meg.

(2) A kiegészítő biztosítások szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek, és a biztosítási összeg nem kerül kifizetésre, ha a biztosítási esemény közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:

a) a szerződés hatályba lépése előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés vagy betegség,

b) baleseti eredetű kiegészítő biztosítások esetén bármilyen betegség vagy bakteriális fertőzés (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzések kivételével), gyógyászati vagy sebészeti gyógykezelések,

c) a biztosított alkoholos befolyásoltágú állapota, amennyiben véralkoholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedésrendészeti szabályokban megengedett határértéknél,

d) a biztosított öngyilkossága, öncsonkítása, illetve ezeknek kísérlete (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori elme- és tudatállapotára),

e) bármely idegi vagy elmebeli rendellenesség, elnevezésüktől vagy osztályozásüktől függetlenül (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezavar),

f) veleszületett rendellenességek és az ebből fakadó következmények,

g) bármely sérvet, lumbagot vagy sciaticat (az ülő-ideg zsába egyedi formáját) okozó sérülés,

h) bármely olyan káresemény, amelynek oka közvetve vagy közvetlenül a HIV (Emberi Immunhiányt Okozó Vírus) és / vagy bármely HIV-val kapcsolatos betegség beleértve az AIDS-t (Szerzett Immunhiányos Szindróma), és / vagy annak bármi mutáns származékát vagy változatát.

Továbbá nem terjed ki a kiegészítő biztosítás azon balesetből adódó sérülésekre, amelyek az alábbi körülmények között következtek be:

i) a biztosított hivatásszerű sportolói minőségben végzett sporttevékenysége,

j) a biztosított részvétele bármely olyan versenyben vagy versenyre való felkészülésben, amely motoros meghajtású szárazföldi-, vízi- vagy légi jármű használatával jár,

k) a biztosított aktív szolgálata bármely nemzet vagy nemzetközi szervezet bármely fegyveres erejénél.

(3) Továbbá a főbiztosítás és a kiegészítő biztosítások különös feltételeiben meghatározott kizárások a kiegészítő biztosításokra is vonatkoznak.

(4) A biztosító szolgáltatási kötelezettségének elengedhetetlen feltétele, hogy a szolgáltatásra jogosult a kockázatviselésből kizárt események és a biztosítási esemény között lehetséges okozati összefüggés feltárása körében minden felvilágosítást és információt teljes körűen és valósághűen közöljön a biztosítóval, valamint lehetővé tegye ezen információk haladéktalan ellenőrzését.

Mikor kell a díjat megfizetni?



4. § Díjfizetés

A kiegészítő biztosítás díja a főbiztosítás díjával együtt fizetendő a kiegészítő biztosítás megszűnéséig, vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjesedékesség időpontjáig, illetve a díjmentesség kezdetéig.

A biztosító fenntartja a jogot arra, hogy a betegségi kiegészítő biztosítások díját a feltételekben meghatározott biztosítási események bekövetkezési valószínűségének változása esetén a biztosítási évfordulón felülvizsgálja, és az új díjkalkuláció alapján új díjtételeket állapítson meg, amelyek minden hatályban lévő kiegészítő biztosításra egységesen érvényesek. A díjmódosítás mértékéről a biztosító írásban tájékoztatja a szerződőt oly módon, hogy a szerződő legalább 30 nappal a következő biztosítási évforduló előtt kézhez kapja az értesítést. Amennyiben a szerződő a módosított díjat elutasítja, úgy az erre vonatkozó írásbeli nyilatkozatát a biztosítási évfordulót megelőzően kell eljuttatnia a biztosítóhoz, amelynek következtében a jelen kiegészítő biztosítás az első emelt díj esedékességét megelőző nap 24. órájával megszűnik. A nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt. Írásbeli nyilatkozat hiányában a jelen kiegészítő biztosítás módosított díja a biztosítási évfordulótól kezdődően automatikusan életbe lép. A kiegészítő biztosítás nem rendelkezik maradékjogokkal.

Mikor szűnik meg a biztosítás?



5. § A biztosítás megszűnése

(1) Ezen kiegészítő biztosítást a szerződő évfordulóra – 30 nappal az évforduló előtt – írásban felmondhatja. A felmondó nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt. A kiegészítő biztosítás nélküli szerződésről a biztosító módosított kötvényt állít ki.

(2) A jelen kiegészítő biztosítás és a biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik:

- a) a főbiztosítás lejáratakor, de legkésőbb annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 65. életévét, betegségbiztosítások (a rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás és a balesetből vagy betegségből származó kórházi napi térítésre és műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítások) esetén a 60. életévét betölti;
- b) ha a biztosított halálának bekövetkezését követően a biztosító teljesít;
- c) díjfizetési késedelem esetén a díjesedékességtől számított **30 nap díjjal nem fedezett tartam elteltével a biztosító a szerződő felet – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felszólítja. A póthatáridő elteltével (azaz 60 nap díjjal nem fedezett időszak elteltével) a biztosítási szerződés megszűnik;**
- d) amikor a szerződés szerinti főbiztosítás bármely okból megszűnik, a kiegészítő biztosítás díjjal fedezett tartamának végén;
- e) amikor a biztosítottat ideg-, illetve elmebetegségére való tekintettel cselekvőképtelennek nyilvánítják;
- f) amikor a biztosított háború vagy polgárháború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) katonai szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország, nemzetközi szervezet vagy szemben álló fél bármely fegyveres erejénél;
- g) amikor a biztosított háború vagy polgárháború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) kisegítő (nem harcoló) egység tagjaként polgári szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország, nemzetközi szervezet vagy szemben álló fél bármely fegyveres ereje mellett;
- h) rokkantsági díjmentesítés biztosítási esemény bekövetkezése esetén, a biztosító teljesítésének kezdetekor.

6. § Maradékjogok

A kiegészítő biztosítások maradékjogokkal nem rendelkeznek.

7. § Többlethozam

A jelen kiegészítő biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik.

8. § Indexálás

Amennyiben a főbiztosítás indexálható, és a szerződő az indexálást nem utasította el, úgy a jelen kiegészítő biztosítás a főbiztosítással együtt kerül indexálásra. Az indexált biztosítási díj a biztosított biztosítási évfordulón aktuális életkora alapján kerül meghatározásra.

Budapest, 2015. október 1.

A ROKKANTSÁGI DÍJMENTESÍTÉS KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-W22, MET-W20) FELTÉTELEI

A rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejítő MetLife Europe Limited és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás feltételei az irányadók.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek az irányadók.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

Jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja a főbiztosítás biztosítottja.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

Amennyiben a benyújtott igazoló okiratok alapján, illetve az elvégzett orvosi vizsgálat(ok) eredményeként megállapításra kerül, hogy a biztosított a jelen feltételek szerinti teljes és tartós rokkantságot szenvedett, a szerződés szerinti főbiztosítás a rokkantság bekövetkezését követő díjesedékeségtől a rokkantság tartamára változatlan szolgáltatási feltételek mellett díjmentessé válik. A főbiztosításhoz kapcsolódó kiegészítő biztosítások a szolgáltatás teljesítésének kezdetekor megszűnnek.

A biztosító azonban nem teljesít díjmentesítési szolgáltatást azon díjfizetési időszakokra, amelynek díja több mint 6 hónappal azt megelőzően vált esedékessé, amikor a díjmentesítés iránti igénybejelentés a biztosító központjába beérkezett.

A teljes és tartós rokkantság meghatározása

(1) Ezen kiegészítő biztosítás szempontjából teljes és tartós rokkantságnak minősül az a betegségből származó egészségromlás vagy az a baleseti testi sérülésből eredő egészségkárosodás, amelynek következtében a biztosított teljes egészében (100%-ban) elveszíti munkaképességét (teljesen képtelenné válik bármely keresőfoglalkozás folytatására), és amely egészségromlás, illetve

egészségkárosodás legalább 6 hónapon keresztül folyamatosan fennáll, és a 6. hónapot követően is teljesnek, maradandónak, véglegesnek és visszafordíthatatlannak minősül.

(2) A biztosító az előző meghatározástól függetlenül teljes és tartós rokkantságnak ismeri el a következő egészségkárosodásokat:

- a) mindkét szem látóképességének teljes és végleges elvesztése,
- b) mindkét kéz elvesztése (csuklóból vagy csukló felett),
- c) mindkét láb elvesztése (bokából vagy boka felett),
- d) egy kéz elvesztése (csuklóból vagy csukló felett) és egy láb elvesztése (bokából vagy boka felett).

(3) A díjmentesítés csak abban az esetben kerülhet alkalmazásra, ha:

- a) a teljes és tartós rokkantságot eredményező betegség vagy baleseti sérülés a jelen kiegészítő biztosítás kezdete után, a kockázatviselés hatálya alatt következett be, továbbá ha
- b) a teljes és tartós rokkantság a biztosított 60. életévének elérését követő biztosítási évforduló előtt következett be, valamint ha
- c) a teljes és tartós rokkantság azt megelőzően következett be, mielőtt a szerződésbeli főbiztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díjfizetés elmaradása miatt vagy bármely más okból megszűnt volna.

(4) Ezen kiegészítő biztosítás szempontjából a „rokkantság” kifejezés a jelen pontban meghatározott teljes és tartós rokkantságot jelenti.

3. § A biztosítási esemény bejelentése és igazolása

A biztosítási eseményt és a díjmentesítési szolgáltatás iránti igényt írásban kell bejelenteni a biztosítóknak. A bejelentésnek a biztosított életében, a rokkantság folyamatos fennállása alatt és – ha a díjfizetést időközben elmulasztották – az első elmaradt díj esedékességétől számított 1 éven belül kell beérkeznie a biztosító központjába.

Az igényelbírálás tartama alatt a biztosító jogosult a saját költségén és az általa megnevezett orvosokkal a biztosítottat megvizsgáltatni a rokkantság megállapítása érdekében.

4. § A rokkantság folyamatos fennállásának bizonyítása

A szerződő a biztosító felhívására köteles igazolni a rokkantság folyamatos fennállását, függetlenül attól,

hogyan a biztosító a rokkantság igazolását korábban már elfogadta. A folyamatos rokkantság igazolását a biztosító legfeljebb negyedévente kérheti, azonban ha a rokkantság már két teljes éven át folyamatosan fennállott, a biztosító a továbbiakban csak évente egyszer kérhet ilyen igazolást.

Amennyiben a szerződő nem tesz eleget ezen bizonyítási kötelezettségének vagy a biztosító megállapítása szerint már nem rokkant (képesé vált bármely olyan foglalkozásnak vagy szakmai tevékenységnek a folytatására, amelyért fizetést vagy jövedelmet realizálhat), a díjmentesítés megszűnik és a szerződés szerint fizetendő összes díj a bizonyítási kötelezettség elmulasztását, illetve a rokkantság megszűnését követő díjesedékes-

ségtől újból esedékessé válik. A biztosító a díjmentesség megszűnéséről és a soron következő díjak esedékessé válásáról írásban értesíti a szerződőt.

5. § Kizárások

A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon balesetből eredő sérülésekre, amelyek alkalmával a biztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vagy motorcsónakot vezet vagy azon utazik.

Budapest, 2015. október 1.

A BALESETI HALÁL ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-HA4, MET-H19) FELTÉTELEI

A baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejítő MetLife Europe Limited és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás feltételei az irányadók.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek az irányadók.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

A jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja a főbiztosításban biztosítottként megjelölt természetes személy.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

A jelen feltételek szempontjából balesetnek minősül a biztosított akaratán kívül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében és bármely más októl függetlenül a biztosított a baleset időpontjától számított 180 napon belül meghal.

A biztosító a biztosított baleseti sérülésből eredő halála esetén kifizeti a szerződésben (kötvényben) a baleseti

halál esetére meghatározott biztosítási összeget, feltéve, hogy a biztosítás a baleset bekövetkeztekor érvényben volt.

3. § A biztosító teljesítése

(1) Amennyiben a biztosított ugyanazon baleseti testi sérülés következtében megrokkann, majd később, de még a baleset bekövetkezését követő 180 napon belül meghal és ugyanazon szerződésen belül rendelkezik baleseti rokkantság kiegészítő biztosítással, a biztosító csak a baleseti halál esetére járó kártérítési összeget fizeti ki.

(2) Amennyiben a biztosított ugyanazon szerződésen belül rendelkezik baleseti rokkantság kiegészítő biztosítással és a biztosító a baleseti rokkantság esetére járó összeget a biztosított halála előtt már kifizette, a baleseti halál biztosítási összegéből a már kifizetett rokkantsági szolgáltatás összege levonásra kerül és a biztosító csak a különbözetet fizeti ki. Amennyiben a biztosító a baleseti rokkantsági szolgáltatást már kifizette a biztosított halála előtt, és a baleseti halál szolgáltatási összege kevesebb, mint a rokkantsági szolgáltatás összege, a biztosító a kifizetett többletet nem követeli vissza.

4. § Kizárások

A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon balesetből eredő sérülésekre, amelyek alkalmával a biztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vagy motorcsónakot vezet vagy azon utazik.

Budapest, 2015. október 1.

A BALESETI MARADANDÓ ROKKANTSÁG ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-R64, MET-R57) FELTÉTELEI

A baleseti maradandó rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás feltételei az irányadók.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek az irányadók.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

A jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja a főbiztosításban biztosítottként megjelölt természetes személy.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

A jelen feltételek szempontjából balesetnek minősül a biztosított akaratan kívül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében és bármely más októl függetlenül a biztosított a baleset időpontjától számított 180 napon belül maradandó rokkantságot szenved.

Baleseti maradandó teljes rokkantság

(1) Amennyiben a biztosított a baleseti testi sérülés következményeként, a baleset időpontját követő 180 napon belül olyan maradandó rokkantságot (egészségkárosodást) szenved, amelynek következtében képtelenné válik bármely olyan foglalkozásnak vagy szakmai tevékenységnek a végzésére, amelyért fizetést vagy jövedelmet realizálhat, a biztosító a szerződésben (kötvényben) meghatározott biztosítási összeget teljesíti, feltéve, hogy ezen rokkantság az utóbbi 12 egymást követő hónapban folyamatosan fennállott és ezen időszak végén is maradandónak, véglegesnek és visszafordíthatatlannak minősült.

(2) A biztosító az előző meghatározástól függetlenül maradandó teljes rokkantságnak ismeri el a következő egészségkárosodásokat:

mindkét szem látóképességének teljes elvesztése 100%
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése 100%
a beszédképesség teljes elvesztése 100%

az alsó állkapocs eltávolítása 100%
mindkét kar vagy mindkét kéz teljes elvesztése 100%
mindkét láb vagy mindkét lábfej teljes elvesztése 100%
egy kar, illetve kéz és egy láb, illetve lábfej teljes elvesztése 100%

(3) A biztosító a biztosítási összegből levonja mindazokat az összegeket, amelyeket az ugyanazon balesetből származó ugyanazon egészségkárosodásra maradandó részleges rokkantság címén már kifizetett.

Baleseti maradandó részleges rokkantság

Amennyiben a biztosított a baleseti testi sérülés következményeként, a baleset időpontját követő 180 napon belül maradandó részleges rokkantságot (egészségkárosodást) szenved, a biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összegből a maradandó részleges rokkantság mértékének megfelelő összeget fizeti ki.

A rokkantság mértékét a következő táblázat szerint kell megállapítani:

Testrészek egészségkárosodása	Térítés %	
Fej		
Veszteség a koponya csontállományának vastagságában:		
- legalább 6 cm ² felületen	40%	
- 3-6 cm ² felületen	20%	
- kevesebb mint 3 cm ² felületen	10%	
Alsó állkapocs részleges eltávolítása, a felsőállkapocscsont teljes vagy részleges eltávolítása (csonkolása)	40%	
Egy szem látóképességének teljes elvesztése	40%	
Egy fül hallóképességének teljes elvesztése	30%	
Felső végtagok		
Egy kar vagy egy kéz teljes elvesztése	Jobb	Bal
A kar csontállományának lényeges vesztesége (meghatározott és gyógyíthatatlan sérülés)	60%	50%
A felső végtag teljes bénulása (az idegek gyógyíthatatlan sérülése)	65%	55%
A circumflex ideg teljes működésképtelensége	20%	15%
Váll ízületmerevsége (ankylosis)	40%	30%
Könyök ízületmerevsége		
- kedvező állapotú (15 fokos mozgás jobb szögben)	25%	20%
- kedvezőtlen állapotú	40%	35%
Az alkarok csontállományának nagyfokú csökkenése (meghatározott és gyógyíthatatlan sérülés)	40%	30%

A medianus ideg teljes működésképtelensége	45%	35%
A radiális ideg teljes működésképtelensége	40%	35%
Az alkar radiális idegének teljes bénulása	30%	25%
A kéz radiális idegének teljes bénulása	20%	15%
A cubitális ideg teljes bénulása	30%	25%
Csukló ízületmerevsége (ankylosis) kedvező állapotban (kiegyenesítés, behajlítás)	20%	15%
Csukló ízületmerevsége kedvezőtlen állapotban (hajlított, feszítve kinyújtott vagy ernyedett állapotban)	30%	25%
Hüvelykujj teljes elvesztése	20%	15%
Hüvelykujj teljes ízületmerevsége (ankylosis)	20%	15%
Mutatóujj teljes amputációja	15%	10%
Hüvelykujj és mutatóujj egyidejű teljes amputációja	35%	25%
Hüvelykujj és egy másik ujj teljes elvesztése (a mutatóujj kivételével)	25%	20%
Két ujj teljes elvesztése (a hüvelykujj és a mutatóujj kivételével)	20%	15%
Négy ujj teljes elvesztése (beleértve a hüvelykujjat)	45%	40%
Négy ujj teljes elvesztése (a hüvelykujj kivételével)	40%	35%
Alsó végtagok		
Comb teljes elvesztése (combtól)	60%	
Comb és láb teljes elvesztése combközéptől	50%	
Lábfej teljes elvesztése (izületi csonkolás a sípcsont és lábtőcsontok között)	45%	
Lábfej részleges elvesztése (izületi csonkolás a külső bokacsont és a lábtőcsontok között)	40%	
Lábfej részleges elvesztése (izületi csonkolás a lábtőcsontok között)	35%	
Lábfej részleges elvesztése (izületi csonkolás a lábtőcsontok és a lábközépcsontok között)	30%	
Alsó végtag teljes bénulása (gyógyíthatatlan idegsérülés)	60%	
Külső térdhajlító ülőideg (nervus tibialis) teljes bénulása	30%	
Belső térdhajlító ülőideg (nervus communis) teljes bénulása	20%	
Külső és belső térdhajlító ülőidegek (nervus ischiadicus) teljes bénulása	40%	
Csípő teljes ízületmerevsége	40%	
Térd teljes ízületmerevsége	20%	
Comb csontállományának vagy a láb két csontjának csökkenése (gyógyíthatatlan állapotban)	60%	
Térdkalács csontállományának csökkenése felismerhető szilánkosodással és a láb tényleges megerőltető mozgásával	40%	

Térdkalács csontállományának vesztesége nyugalmi állapotban	20%
Alsó végtag megrövidülése	
- legalább 5 cm-rel	30%
- 3-5 cm között	20%
- 1-3 cm között	10%
Összes lábujj teljes amputációja	25%
Négy lábujj teljes amputációja, beleértve a nagylábujjat	20%
Négy lábujj teljes elvesztése (a nagylábujj kivételével)	10%
Nagylábujj teljes elvesztése	10%

Abban az esetben, ha a biztosított balkezes és ezt az ajánlaton külön feltünteteti vagy ez a tény bizonyított, a felső végtagokra meghatározott arányok fordítottját kell alkalmazni.

A táblázatban nem említett maradandó egészségkárosodások a táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján, súlyosságukkal arányosan kerülnek elbírálásra a biztosított foglalkozásának figyelmen kívül hagyásával. Szükség esetén a maradandó részleges rokkantság mértékét az igényelbírálás tartama alatt a biztosító orvos szakértője állapítja meg, aki e döntését más orvos szakértői testület megállapításától függetlenül hozza meg.

3. § A biztosító teljesítése

(1) A biztosító a rokkantság jellegének, maradandóságának és mértékének egyértelmű orvosi megállapítását megelőzően rokkantsági szolgáltatást nem teljesít. A rokkantság mértékét és maradandóságát legkésőbb 2 évvel a baleset után meg kell állapítani.

(2) Az ugyanazon balesetből származó több testi sérülés esetén az egyes rokkantsági esetekre megállapított szolgáltatások összegzésre kerülnek, de a teljes összeg nem haladhatja meg a szerződésben szereplő teljes biztosítási összeget.

(3) A baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.

4. § Kizárások

A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon balesetből eredő sérülésekre, amelyek alkalmával a biztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vagy motorcsónakot vezet vagy azon utazik.

Budapest, 2015. október 1.

A CSONTTÖRÉS ÉS ÉGÉSI SÉRÜLÉS ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK (MET-F16, MET-F07) FELTÉTELEI

A jelen kiegészítő biztosítás a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás feltételei az irányadók.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek az irányadók.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

A jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja a főbiztosításban biztosítottként megjelölt természetes személy.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

(1) Biztosítási esemény és szolgáltatás

A biztosítási esemény minden más októl függetlenül bekövetkező, baleseti eredetű csonttörés vagy baleseti eredetű égési sérülés.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a kiegészítő biztosítás szerződésben megjelölt biztosítási összegéből az adott törésre vagy égési sérülésre a térítési táblázatban meghatározott százalékos összeget fizeti ki.

Az ugyanazon baleseti eseményből származó több egészségkárosodás (törés, égési sérülés) esetén a különböző százalékok összegzésre kerülnek, de a biztosítási szolgáltatás nem haladhatja meg a kiegészítő biztosítás szerződésben megjelölt biztosítási összegét.

A térítési táblázatban nem említett egészségkárosodások (törések, égési sérülések) a táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján, súlyosságukkal arányosan kerülnek elbírálásra. A térítés mértékét a biztosító orvos szakértője állapítja meg. Amennyiben a baleseti eredetű törés vagy égési sérülés mértéke a táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján nem éri el az 1 %-ot, a biztosító biztosítási szolgáltatást nem teljesít.

A biztosító az igényelbírálás tartama alatt jogosult a saját költségén a biztosítottat az általa megnevezett orvosokkal megvizsgáltatni.

A jelen kiegészítő biztosítás feltételei szerint esedékes szolgáltatás a biztosítás egyéb szolgáltatásaitól függetlenül kerül kifizetésre.

(2) Térítési tábla

Az egészségkárosodás mértékét a következő térítési táblázat szerint kell megállapítani:

Az egészségkárosodás jellege	A biztosítási összeg %-a
CSONTTÖRÉSEK	
Medence törések (farkcsont törés nélkül):	
- Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	100%
- Minden egyéb nyílt törés	50%
- Többszörös törések (legalább egy teljes törés)	30%
- Egyszerű zárt törések	20%
Combcsont vagy sarokcsont törései:	
- Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	50%
- Minden egyéb nyílt törés	40%
- Többszörös törések (legalább egy teljes törés)	30%
- Egyszerű zárt csonttörések	18%
Koponya alapi törések	50%
A sípcsont, felkarcsont, orsócsont vagy csukló törései:	
- Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	40%
- Minden egyéb nyílt törés	30%
- Többszörös törés (legalább egy teljes törés)	20%
- Egyszerű zárt csonttörések	15%
Felső vagy alsó állkapocs, külső boka, belső boka singcsont törései:	
- Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	30%
- Minden egyéb nyílt törés	20%
- Többszörös törés (legalább egy teljes törés)	16%

- Egyszerű zárt törések	10%
Lapocka, kulcscsont, térdkalács, szegycsont, lábtő-, lábközepcsontok törései:	
- Nyílt törések	20%
- Zárt törések	13%
Gerinc törések (farkcsont törés kivételével):	
- Csigolyatestek kompressziós törése	20%
- Tövisnyúlvány, harántnyúlvány, ízületi nyúlvány törései	7%
Homlok, halánték, falcson, vagy nyakszirtecsont törései:	
- csontszilánkok benyomódásával	30%
- csontszilánkok benyomódása nélkül	10%
Borda vagy bordák, arccsont, farkcsont vagy szárkapocscsont (kivéve boka) törései:	
- Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	16%
- Minden egyéb nyílt törés	12%
- Többszörös törés (legalább egy teljes törés)	8%
- Egyszerű zárt csonttörések	5%
Kézujj és lábujj törések:	
- Nyílt törések	5%
- Zárt törések	3%

ÉGÉSI SÉRÜLÉSEK	
A bőr másodfokú és harmadfokú égései, amelyek a testfelület legalább 27 %-át érintik	100%
A bőr másodfokú és harmadfokú égései, amelyek a testfelület 18-26 %-át érintik	60%

A bőr másodfokú és harmadfokú égései, amelyek a testfelület 9-17 %-át érintik	30%
A bőr másodfokú és harmadfokú égései, amelyek a testfelület 4,5-8 %-át érintik	16%

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?



3. § Kizárások

A főbiztosítás feltételeiben és a kockázati életbiztosításhoz választható kiegészítő biztosítások általános feltételeiben felsorolt kizárásokon túl a biztosítás nem terjed ki azon törésekre és égési sérülésekre, amelyek oka közvetlenül vagy közvetve, egészében vagy részben:

- veleszületett rendellenességek és az ebből fakadó következmények,
- bármilyen betegség, egészségi rendellenesség, előrehaladott kórfolyamat vagy bakteriális fertőzés (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzések kivételével), gyógyászati vagy sebészeti gyógykezelések,
- bármely betegségre visszavezethető csontgyengülés, patológiás csonttörések,
- a rendszeres túlterhelés eredményeként fellépő törések (stressz törések).
- a biztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vagy motorcsónakot vezet vagy azon utazik.

Budapest, 2015. október 1.

A BALESETBŐL SZÁRMAZÓ KÓRHÁZI ELLÁTÁSRA (MET-N11, MET-N07) ÉS MŰTÉTI BEAVATKOZÁS ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK (MET-S14, MET-S07) FELTÉTELEI

A balesetből származó kórházi ellátásra és műtéti beavatkozásra szóló kiegészítő biztosítás a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás feltételei az irányadók. Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek az irányadók.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

A biztosított a főbiztosításban biztosítottként megjelölt természetes személy.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

A biztosítási esemény az az esemény, amelynek a biztosítás hatálya alatt történő bekövetkezésekor a biztosító biztosítási szolgáltatást teljesít. A jelen feltételek szempontjából biztosítási esemény a biztosított balesetből származó kórházi és/vagy műtéti ellátása, amennyiben a kórházi ellátás és/vagy az orvos által végzett műtéti beavatkozás a baleset időpontjától számított 180 napon belül következik be.

Balesetből származó kórházi ellátásra szóló napi térítés

Amennyiben a biztosított személy, a biztosítási szerződés hatályba lépése után bekövetkezett baleseti testi sérülés következtében benn fekvőként kórházi ellátásban részesül, a biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott kórházi napi térítési összeget fizeti a biztosítottnak a kórházi ellátás első (1.) napjától az ellátás tartama alatt, de legfeljebb a kilencvenedik (90.) naptári napig. Amennyiben a biztosított személy a kórházi ellátás tartama alatt intenzív ellátásban részesül, a biztosító az in-

tenzív ellátás napjaira jutó napi térítés összegét ötven (50) százalékkal növelten teljesíti.

A kórházi ellátás tartamának legalább egy (1) napos megszakítása esetén a biztosító a következő kórházi ellátás(oka)t a korábbi kórházi ellátás(ok)tól függetlenül, új kórházi ellátásként veszi figyelembe.

Ugyanazon, vagy hasonló ok következtében szükségessé váló, egymást követő kórházi ápolások esetén a kórházi ellátás teljes időtartama ugyanazon baleset vagy betegség következményének számít kivéve, ha az egyes kórházi ápolási periódusok között legalább tizenkét (12) hónap eltelik.

Ugyanazon, vagy hasonló ok következtében szükségessé vált kórházi ellátás esetén a biztosító a biztosítási szerződés teljes érvényességi ideje alatt legfeljebb két (2) alkalommal teljesít kórházi napi térítési szolgáltatást.

Balesetből származó műtét esetén fizetendő térítés

Ha a biztosított személy a biztosítási szerződés hatályba lépése után bekövetkezett baleseti testi sérülés következtében kórházi ellátásban részesül és orvos által elvégzendő műtéti eljárás alá utalják, a biztosító a szerződés rendelkezéseinek megfelelően műtéti térítést fizet, melynek összegét a műtéti táblázatban (a jelen szerződés 1. számú melléklete) az adott eljárásra megállapított százalékos érték és a szerződésben meghatározott biztosítási összeg alapján állapítja meg.

Ha ugyanazon műtéti eljárásban több sebészeti beavatkozás szükséges, akkor az egész műtéti eljárásért fizetendő összeg a legmagasabb százalékos értékű műtéti beavatkozás térítési összegével egyezik meg.

Abban az esetben, ha a biztosított olyan műtéti térítésre jogosult, mely térítés nincs egyértelműen megjelölve a műtéti táblázatban, akkor a biztosító a táblázatban feltüntetett, azonos bonyolultságú műtetre megállapított térítési összeget fizeti. A műtét bonyolultsági fokát a műtéti táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján a biztosító orvosa állapítja meg.

3. § A biztosító teljesítése

Eljárási rend a kórházi ellátásra szóló napi térítés és a műtéti térítés esetén:

A biztosítási eseményt annak bekövetkezésétől számított 8 napon belül a biztosítónak be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését. A biztosító

szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben ezen kötelezettségeket nem teljesítik és emiatt utóbb lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a 4. számú mellékletben felsorolt iratokat kell a biztosító részére benyújtani.

A biztosító az igényelbírálás tartama alatt jogosult a saját költségén a biztosítottat az általa megnevezett orvosokkal megvizsgáltatni olyan gyakran, ahogy az orvosiilag indokolt.

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?



3. § Kizárások

(1) A főbiztosítás feltételeiben és a kockázati életbiztosításhoz választható kiegészítő biztosítások általános feltételeiben felsorolt kizárásokon túl a

biztosítás nem terjed ki azon baleseti testi sérülésből származó kórházi ellátásra és műtéti térítésre, amely oka közvetlenül vagy közvetve, részben vagy egészében:

- a) bármilyen betegség, bakteriális fertőzések (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzések kivételével),
- b) kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,
- c) a kórházi ellátás tartama alatt elszenvedett bármilyen fertőzés,
- d) bármely olyan kezelés vagy gyógy mód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben, rehabilitációs vagy utókezelő központban végeznek.
- e) a biztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vagy motorcsónakot vezet vagy azon utazik.

Budapest, 2015. október 1.

A BALESETBŐL VAGY BETEGSÉGBŐL SZÁRMAZÓ KÓRHÁZI ELLÁTÁS ESETÉN, NAPI TÉRÍTÉSRE (MET-N27, MET-N57) ÉS MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK (MET-S48, MET-S57) FELTÉTELEI

A jelen kiegészítő biztosítás a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás feltételei az irányadók.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek az irányadók.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

A jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja a főbiztosításban biztosítottként megjelölt természetes személy.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító?



3. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

Kórházi ellátásra szóló napi térítés

Amennyiben a biztosított személy, a biztosítási szerződés hatályba lépése után bekövetkezett sérülés vagy első alkalommal bekövetkezett betegség következtében bennfekvőként kórházi ellátásban részesül, a biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott kórházi napi térítési összeget fizeti a biztosítottnak a kórházi ellátás első (1.) napjától az ellátás tartama alatt, de legfeljebb a kilencvenedik (90.) naptári napig.

Amennyiben a biztosított személy a kórházi ellátás tartama alatt intenzív ellátásban részesül, a biztosító az intenzív ellátás napjaira jutó napi térítés összegét ötven (50) százalékkal növelten teljesíti.

A biztosító a napi térítés összegén felül, a kórházi ellátást követően rehabilitációra szóló térítésként a kórházi napokra megállapított térítés összegének ötven (50) százalékát teljesíti a kórházi napi térítéssel fedezett napokkal megegyező számú napra, függetlenül bármely más tényezőtől.

A kórházi ellátás tartamának legalább egy (1) napos megszakítása esetén a biztosító a következő kórházi

ellátás(oka)t a korábbi kórházi ellátás(ok)tól függetlenül, új kórházi ellátásként veszi figyelembe.

Ugyanazon, vagy hasonló ok következtében szükségessé váló, egymást követő kórházi ápolások esetén a kórházi ellátás teljes időtartama ugyanazon baleset vagy betegség következményének számít, kivéve, ha az egyes kórházi ápolási periódusok között legalább tizenkét (12) hónap eltelik.

Ugyanazon, vagy hasonló ok következtében szükségessé vált kórházi ellátás esetén a biztosító a biztosítási szerződés teljes érvényességi ideje alatt legfeljebb két (2) alkalommal teljesít kórházi napi térítési szolgáltatást.

Műtéti térítés

Ha a biztosított személy a biztosítási szerződés hatályba lépése után bekövetkezett sérülés vagy első alkalommal bekövetkezett betegség következtében kórházi ellátásban részesül és orvos által elvégzendő műtéti eljárás alá utalják, a biztosító a szerződés rendelkezéseinek megfelelően műtéti térítést fizet, melynek összegét a műtéti táblázatban az adott eljárásra megállapított százalékos érték és a szerződésben meghatározott biztosítási összeg alapján állapítja meg.

Ha ugyanazon műtéti eljárásban több sebészeti beavatkozás szükséges, akkor az egész műtéti eljárásért fizetendő összeg a legmagasabb százalékos értékű műtéti beavatkozás térítési összegével egyezik meg.

Abban az esetben, ha a biztosított olyan műtéti térítésre jogosult, mely térítés nincs egyértelműen megjelölve a műtéti táblázatban, akkor a biztosító a táblázatban feltüntetett, azonos bonyolultságú műtetre megállapított térítési összeget fizeti. A műtét bonyolultsági fokát a műtéti táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján a biztosító orvosa állapítja meg.

3. § A biztosító teljesítése

Eljárási rend a kórházi ellátásra szóló napi térítés és a műtéti térítés esetén:

A biztosítási eseményt annak bekövetkezésétől számított 8 napon belül a biztosítónak be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben ezen kötelezettségeket nem teljesítik és emiatt utóbb lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a 4. számú mellékletben felsorolt iratokat kell a biztosító részére benyújtani.

A biztosító az igényelbírálás tartama alatt jogosult a saját költségén a biztosítottat az általa megnevezett orvosokkal megvizsgáltatni olyan gyakran, ahogy az orvosi-lag indokolt.

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?



4. § Kizárások

A főbiztosítás feltételeiben és a kockázati életbiztosításhoz választható kiegészítő biztosítások általános feltételeiben felsorolt kizárásokon túl a kórházi ellátásra és/vagy műtéti térítésre szóló biztosítási szolgáltatások szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a szolgáltatási összeg nem kerül kifizetésre, ha a biztosított kórházi és/vagy műtéti ellátását okozó baleset vagy betegség közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:

- a) születési rendellenességek és az ebből fakadó következmények,
- b) terhesség, szülés, elvetélés, koraszülés, vagy abortusz,
- c) a kockázatviselés kezdetétől számított első 60 napon, mint várakozási időn belül bekövetkezett

bármilyen betegség miatt szükségessé vált kórházi ellátás és műtéti beavatkozás,

d) a kockázatviselés kezdetétől számított első 180 nap, mint várakozási idő alatt végrehajtott, a mandula, illetve orrpolip eltávolítását célzó műtét, illetve kórházi gyógykezelése,

e) kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,

f) orvosi rutin vizsgálat vagy egyéb vizsgálat, ha nincsen egészségromlásra utaló tényleges tüneti jel, továbbá laboratóriumi diagnózis és röntgen vizsgálat, kivéve a megelőző orvosi vizsgálat során megállapított, egészségkárosodás következtében alkalmazott ilyen jellegű vizsgálatot,

g) elmebeli és idegi rendellenességek és gyógykezelésük, valamint alkohol és hallucinogén anyag függőségi elvonókúra és gyógykezelésük,

h) a kórházi ellátás tartama alatt elszennvedett bármilyen fertőzés,

i) bármely olyan kezelés vagy gyógymód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben, rehabilitációs vagy utókezelő központban végeznek.

j) a biztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vagy motorcsónakot vezet vagy azon utazik.

Budapest, 2015. október 1.

MŰTÉTI BEAVATKOZÁSOK SZÁZALÉKOS TÉRÍTÉSÉNEK TÁBLÁZATA a balesetből vagy balesetből és betegségből származó kórházi ellátás esetén, napi térítésre és műtéti térítésre szóló biztosításokhoz	
MŰTÉTI BEAVATKOZÁS LEÍRÁSA	A maximális szolgáltatási összeg %-a
FEJ, NYAK	
Pajzsmirigy eltávolítása	75%
Száj daganatának műtéti ellátása	25%
Fültőmirigy daganat	50%
Thyreoglossus ciszta vagy tályog kimetszése	50%
MELLKAS, MELL	
Mellkas megnyitása, mellkas plasztika	100%
Tüdő vagy tüdőleány eltávolítása	100%
Echinococcus ciszta eltávolítása a tüdőből	75%
Nyelőcsőműtét	75%
Szív vagy aortaműtét	100%
Egy - vagy kétoldali radikális melleltávolítás	75%
Egy - vagy kétoldali egyszerű melleltávolítás	50%
Mell részleges eltávolítása	25%
Melldaganat vagy ciszta kimetszése	25%
Légcsőmetszés	25%
Becsővezés mellkas csapoláshoz	25%
Mellkas csapolás	10%
Mediasztinum daganat eltávolítása a szegycsont felvágásával	75%
Mellhártya összenövésének felszabadítása	25%
Tüdőbeékelődés eltávolítása	50%
Légmellkezelés a mellkas megnyitásával	50%
Diagnosztikus mellkas feltárás	50%
Hörgő- vagy légcsősztent behelyezése	50%
Hörgő ciszta vagy tályog eltávolítása	50%
HAS	
Has feltárása	50%
Vakbélműtét	25%
Hasi tályog becsővezése	25%
Sérvek műtéti ellátása: bubonokéle, omphalokéle, merokéle, hidrokéle, cirsokéle, heresérv, hasfali sérv, műtét utáni sérv	25%
Teljes vagy részleges gyomoreltávolítás, vagotómia, pylorus plasztika, nyombélfekély	50%
Fekély perforációjának elvarrása	50%
Béleltávolítás	50%
Hasüregi daganat eltávolítása	75%

Végbél eltávolítás hasi behatolással	100%
Végbél előreesés műtéti ellátása hasi behatolással	75%
A végbél záró izomzatának berepedése, tályog vagy ciszta	25%
Aranyérműtét	25%
Májtályog (feltárással)	50%
Echinococcus ciszta a májban	75%
Részleges májeltávolítás	75%
Epehólyag eltávolítása	75%
Hasnyálmirigyműtét	100%
Lép eltávolítása	75%
Vastagbél-, vékonybél-, hólyag sztóma készítése	50%
Bél anasztomózis	50%
Teljes vastagbél eltávolítás	75%
Záróizom plasztika, epevezeték beszájzattatása	75%
Azonos hasi metszésből végzett két vagy több sebészeti beavatkozás egyetlen műtétnek számít.	
NYIROKCSOMÓK	
Nyirokcsomó eltávolítása hónaljából vagy lágyékból	50%
HÚGY ÉS IVARSZERVEK	
Vese eltávolítása	75%
Daganat, kő, húgycső, húgyhólyag eltávolítása:	
- sebészi úton	75%
- endoszkóppal	25%
Prostata eltávolítása	75%
Prostata eltávolítása a húgycsővön keresztül	50%
Here vagy mellékhere eltávolítása	25%
Húgycsőműtét	25%
Hólyageltávolítás, szeméremcsont fölötti behatolással	75%
Húgyhólyag teljes eltávolítása	100%
Vese, húgycső, vesemedence plasztika	50%
Vesekő, epekő vagy húgycsőben lévő kő zúzása	50%
Pig-Tail katéter felhelyezése	10%
Barlangos test plasztika	50%
Részleges húgyvezeték eltávolítás áthidalással	50%
Teljes pénisz eltávolítás a nyirokcsomó eltávolításával	100%
Teljes prostata eltávolítás medencei nyirokcsomó eltávolítással	100%
Körülmetélés	10%

Ondózsínór lekötése	25%
Hólyag diverticulum eltávolítása	50%
ORTOPÉDIAI MŰTÉTEK	
Hosszú csöves csontok korrekciós műtéti ellátása	50%
Egyéb csontok korrekciós műtéti ellátása	25%
Törések egyszerű rögzítése	10%
Kulcscsont, bordák, ujjpercek, csukló, kézközépcsontok, lábtő és lábközépcsontok, csontnyúlványok, csigolyák törésének rögzítése	10%
Izületi metszés, beleértve az ízületi szabadtest eltávolítását	50%
Ganglion eltávolítása	10%
Csontkinövés eltávolítása	25%
Alagút szindróma műtéti ellátása	25%
Váll-, könyök-, csukló-, boka-, csípő-, térdficam rögzítése	10%
Térdkalács ficamának rögzítése	10%
Patella sebészeti eltávolítása	50%
Ujjficam rögzítése	10%
Meniszkusz eltávolítás arthroszkóppal	50%
Ujjamputáció (bármely ujj)	25%
Lábközépcsont, kézközépcsont amputációja	25%
Amputáció a csuklótól vagy a lábtőcsontoktól felfelé	75%
Ínhüvely bemetszése (tendosynovitis okozta szűkület felszabadítása)	10%
Kalapácsujj, ujj deformitás, lábközépcsont deformitás korrekciós műtétje	25%
Inak vagy idegek összevarrása	25%
Arthroszkópos térd vagy vállműtét	50%
Csípő- vagy egyéb hosszú csöves csont csontvése	75%
Achilles-ín szakadása	50%
Közepes ízületek merevítése (pl. boka)	50%
Könyök, térd, váll ízületbehatoló vagy supracondylaris törései	50%
Csípő, térd vagy váll teljes ízületi plasztikája	100%
Gerinctörés sebészeti ellátása vagy elmerevítése	100%
VÉNÁK	
Varicosus véna eltávolítása (visszérműtét)	
- egy lábon	25%
- mindkét lábon	50%
Varicosus vénák lekötése	10%
Véna elvarrása sérülés után	25%
Vénás thrombus eltávolítása	25%

FÜL - ORR – GÉGE	
Külső-, vagy középfül műtét	25%
Mandulaeltávolítás - adenoid vegetáció eltávolítása	25%
Légcsőmetszés	25%
Gége kiirtása	75%
Hangszalagműtét	25%
Nyelvcsap eltávolítása	25%
Légcsőmetszés, sztóma készítése	25%
Tubus vagy lélegeztető cső eltávolítása	10%
Rekesztályog, vérömleny bemetszése	10%
Fülpolip eltávolítása	10%
Mandula körüli tályog kimetszése	10%
Nyelvfék átvágása	10%
Dobhártya bemetszése és tubus behelyezése	10%
Külső hallójáratokból csontkinövés vagy csontdaganat eltávolítása	25%
Teljes vagy részleges állkapocs eltávolítás	75%
Gége-, garat-, nyelőcső eltávolítás	75%
Egyensúlyozó ideg kimetszése	75%
Kengyel eltávolítása	50%
Dobhártya plasztika	50%
Labirintus szerv eltávolítása	50%
Ékcsonton keresztüli rostacsont eltávolítása	50%
Teljes fültömrigy eltávolítás	75%
Koponyalékelés az üregek felől	50%
Hangszalag eltávolítása	75%
Plasztikai beavatkozás az ajkakon	25%
Nyelvfék kimetszése	10%
Fültömrigy eltávolítása	75%
ÉRSEBÉSZETI MŰTÉTEK	
Érplasztika (katéteres tágitás)	50%
Hasi aortatágulat, csípőaorta vagy combaorta műtét	100%
Hasi aortaműtét	100%
Szívkoszorúér festés	50%
Aorto-carotis vagy aorto-arteria subclavia áthidaló műtét	100%
Artériás vérrög eltávolítása	50%
Arteria carotis endarterektómia	75%
ÁLTALÁNOS SEBÉSZET	
Körömeltávolítás	5%
Tályog bemetszése	5%
Polip eltávolítása a bélből	25%
KÜLÖNLEGES MŰTÉTEK	
Csontvelő átültetés	100%

BŐRGYÓGYÁSZAT	
Bőrbioopszia	5%
Faggyúciszta bemetszése	5%
Szemölcs eltávolítása	5%
NŐI NEMI SZERVEK	
Teljes méheltávolítás	75%
Részleges méheltávolítás	50%
Petevezeték eltávolítása	50%
Petefészek eltávolítása	50%
Myoma eltávolítása	50%
Méhnyak polip eltávolítása	10%
Bartholin-mirigy ciszta kimetszése vagy kivarrása	25%
Méhnyak csonkolása	25%
Hüvelypasztika	25%
Vulva teljes kimetszése	50%
Méhkürtplasztika	50%
Petefészek ékrezekciója	25%
Endoszkópia (invazív laparoszkópia)	50%
Endoszkópia (invazív hiszteroszkópia)	25%
SZEMÉSZET	
Szaruhártya varrat	10%
Kötőhártya varrat	10%
Elülső üvegtest mûtét	10%
Hátsó üvegtest mûtét	50%
Jégárpa eltávolítása	10%
Szürkehályog eltávolítása	50%
Zöldhályog mûtét	25%
Szem eltávolítása	50%
Röphártya kimetszése	10%
Szemhéj be vagy kifordítása mûtétilag	25%
Retinaleválás mûtéti ellátása	50%
Könnycsatorna kimetszése	25%
Szivárványhártya eltávolítása vagy bemetszése	25%
Szaruhártya bemetszése asztigmia miatt	25%
Kancsalság mûtéti ellátása	50%
Könnytömlő kimetszése	50%
Inhártyapasztika	50%
Szemlencse beültetése vagy eltávolítása	50%
Kötőhártya átültetése	25%
Kötőhártya felszínes sérülésének ellátása	10%
Szemhéj plasztika	10%
A szaruhártya fedőhám lekaparása	10%
Lencse plasztika (első kamra bemetszése, másodlagos szürkehályogmûtét)	25%
Membráneltávolítás	10%
PLASZTIKAI SEBÉSZET	
Hegkimetszés	10%

Bőrlebeny kimetszése átültetésre	25%
Többszörös ín és idegvarrat	50%
Arcideg dekompressziós mûtétje	75%
Homlok vagy arccsont csontvése	100%
IDEGSEBÉSZET	
Koponyatörés mûtéti ellátása	75%
Koponyaplasztika	100%
Diagnosztikus vagy tüneti koponyalékelés	100%
Agyi aneurizma eltávolítása	100%
Agyállományi mûtét	100%
Agy vagy agyhártyák mûtéti ellátása	100%
Meningeoma eltávolítása	100%
Koponyalékelés	100%
Rosszindulatú agyi érelváltozás	100%
Hallóideg mûtét	75%
Gerincvelő daganatok	100%
Ideggyök kimetszése	50%
Idegvarrat	50%
Neurinóma kimetszése	50%
Szimpatikus ideg átmetszése	75%
DIAGNOSZTIKUS BEAVATKOZÁSOK	
Gégetükrözés	10%
Hörgő-, nyelőcső-, gyomor-, végbél-, szig- mabél-, vastagbél-, húgyhólyagtükrözés	10%
Laparoszkópia	25%
Lumbalpunkció	10%
DAGANATOK	
Ugyanazon daganat mûtéti ellátására és sugárkezelésére összességében fizethető szolgáltatási összeg megegyezik, a daganat sebészi eltávolításáért fizethető maximális szolgáltatási összeggel.	

Budapest, 2015. október 1.

A CRITICAL CARE KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-C75, MET-C76, MET-C77, MET-C78, MET-C79, MET-C80) FELTÉTELEI

A Critical Care elnevezésű, kritikus betegségek esetére szóló kiegészítő biztosítás a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás rendelkezései az irányadók.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek az irányadók.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító?



1. § Biztosítási esemény és biztosítási szolgáltatás

(1) A szerződő biztosítási ajánlaton történő választása és díjfizetése alapján a kockázatviselés a jelen feltételek 2. §-ában meghatározott és leírt betegségek, állapotok, műtéti beavatkozások három csoportjára terjedhet ki.

A **Critical Care-1** (MET-C75, MET-C78) elnevezésű csoport választása esetén a kockázatviselés a jelen feltételek 2. §-ában az 1) sorszám alatt meghatározott betegségekre terjed ki.

A **Critical Care-7** (MET-C76, MET-C79) elnevezésű csoport választása esetén a kockázatviselés a jelen feltételek 2. §-ában az 1)-től 7)-ig terjedő sorszámok alatt meghatározott betegségekre, állapotokra és műtéti beavatkozásokra terjed ki.

A **Critical Care-32** (MET-C77, MET-C80) elnevezésű csoport választása esetén a kockázatviselés a jelen feltételek 2. §-ában az 1)-től 32)-ig terjedő sorszámok alatt meghatározott betegségekre, állapotokra és műtéti beavatkozásokra terjed ki.

(2) A biztosítottnak a biztosítás lejárata előtt, a kockázatviselés kezdetétől számított 3 hónap várakozási idő eltelte után a kockázatviselés hatálya alá tartozó (a jelen feltételek 2. §-ában, 1) vagy 1)-7) vagy 1)-32) sorszám alatt meghatározott és leírt) betegségek, állapotok, egyikének első alkalommal történő elszívódása vagy a kockázatviselés hatálya alá tartozó (a jelen feltételek 2. §-ában, 1) vagy 1)-7) vagy 1)-32) sorszám alatt meghatározott és leírt) műtéti beavatkozások egyikének első alkalommal történő végrehajtása esetén a biztosító a biztosított részére kifizeti a szerződésben (biztosítási kötvényen) meghatározott

biztosítási összeget, feltéve, hogy a betegség vagy állapot pontos diagnózisának megállapítását, illetve a műtét elvégzését követően a biztosított legalább 30 napig életben van.

(3) A szolgáltatási összegből az esedékes, de meg nem fizetett díjak levonásra kerülnek. A kifizetést követően a szerződés megszűnik. A jelen biztosítási szolgáltatás alapján a biztosítási összeg csak egy ízben és egyszeresen kerülhet kifizetésre. Több betegség, illetve műtéti beavatkozás egyidejű, vagy egymást követő fellépése esetén a biztosító nem teljesít többszöri kifizetést.

(4) A biztosított életében esedékes szolgáltatás kedvezményezettje – eltérő szerződéses kikötés hiányában – a biztosított. Amennyiben a biztosított részére kifizetendő szolgáltatás a biztosított halála miatt a biztosított részére nem kézbesíthető, a szolgáltatási összeget a biztosító a haláleseti kedvezményezett részére teljesíti.

2. § A kockázatviselés hatálya alá tartozó betegségek, egészségi rendellenességek, sérülések és műtéti beavatkozások meghatározása

1) Rosszindulatú daganat

A rosszindulatú daganat (malignus tumor) a rosszindulatú sejtek korlátlan osztódása és az egészséges szövetek közé terjedése, utóbbiak elpusztításával. A rosszindulatú daganat diagnózisát szövettani vizsgálattal onkológus vagy kórcboncnok állítja fel.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakban felsoroltakra:

- Helyben ülő (in situ) rosszindulatú elváltozások, a szövettanilag premalignus vagy noninvaszív, a környezetét nem elárasztó daganatok, ideszámítva az ins situ mell-daganatokat és a CIN-1, CIN-2, CIN-3 osztályú méhnyaki diszpláziákat;
- Hiperkeratózisos, bazalióma és pikkelyes bőrrákok, áttét nélküli melanómák, ha a tumor vastagsága (Breslow-féle osztályozás szerint) 1,5 mm alatt van, vagy a Clark szerinti osztályozás szerint 3 szint alatti;
- A TNM osztályozás szerint szövettanilag igazolt T1a vagy T1b típusú prosztatatarákok vagy más stádium besorolás esetén a TNM-mel azonos vagy alacsonyabb besorolású prosztatatarákok, a pajzsmirigy 1 cm-nél kisebb átmérőjű T1N0M0 besorolású papilláris mikrokarcinómája, a hólyag papilláris mikrokarcinómája, RAI 3 stádiumnál alacsonyabb besorolású krónikus limfoid leukémia.;
- AIDS megbetegedés illetve HIV fertőzöttség mellett megjelenő bármely rosszindulatú daganat.

2) Szívizominfarktus

A szívizominfarktus a szívizom egy részének az elhalása a szívizomzat elégtelen vérellátása következtében. A diagnózisnak legalább három, egyidejűleg fennálló tényen kell alapulnia az alábbi öt közül:

- típusos klinikai tünetek (mellkasi fájdalom) a kórtörténetben;
- az infarktust igazoló jellegzetes EKG elváltozások;
- a CK-MB szívizomenzim koncentrációjának jelentős emelkedése;
- a Troponin T vagy I koncentráció típusos emelkedése;
- az eseményt követő 3 hónap után a bal kamra EF kisebb, mint 50 %.

3) Agyi érkatasztrófa

Agyi érkatasztrófa olyan, agyi szövetelhalást okozó hirtelen fellépő idegrendszeri esemény, amit agyi értrombózis, illetve embólia vagy-, koponyán belüli vérzés (állományi, illetve pókhálókórtálya alatti) okoz. A diagnózis felállításához MRI (Mágneses rezonancia vizsgálat), CT (Komputertomográfia) vagy más megbízható képalkotó eljárással készült vizsgálati eredmény szükséges, valamint neurológiai szakvélemény, amely az eseményt követő 6 hét után, az eseménnyel okozati összefüggésben álló maradandó, kóros idegrendszeri károsodást állapít meg.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakban felsoroltakra:

- TIA Transient Ischemic Attack (átmeneti, 24 óránál rövidebb ideig tartó, maradandó tüneteket nem okozó agyi keringési zavarok);
- Baleseti sérülés, fertőzés, érgyulladás vagy gyulladássos betegség következtében kialakult agykárosodás;
- A szemet vagy látóideget érintő érbetegség;
- Az egyensúly rendszert érintő iszkémiás eltérések.

4) Szívkoszorúér műtét

Nyitott mellkasban végzett műtét, a szívkoszorúerek szűkületének vagy elzáródásának megoldására, megkerülő (by-pass) ér beültetésével. A diagnózist koszorúérfestéssel előzetesen igazolt szignifikáns koszorúér szűkület alapján kell az illetékes kardiológusnak megállapítania. A biztosítás nem terjed ki a nem nagysebészeti megoldásokra, a koszorúér tágításra és az összes katéteres kezelési eljárásra, valamint azokra a műtétekre, amelyek szükségességét kardiológus szakvélemény nem támasztotta alá.

5) Veseelégtelenség

A veseelégtelenség mindkét vese működésének tartós, krónikus, visszafordíthatatlanul beszűkült, végállapotot jelző károsodása, amelynek a kezelése rendszeres dialízis vagy veseátültetést igényel.

Az állapot bekövetkezésének időpontja a rendszeres dialízis kezelés megkezdésének időpontja vagy a veseátültetés időpontja, attól függően melyik következik be előbb.

6) Aplasztikus Anémia (csontvelő elégtelenség)

Krónikus, tartós csontvelő elégtelenség amely anémiában (vérszegénységben), neutropeniában (csökkent neutrofil fehérvérsejt. szám) és thrombocitopeniában (csökkent thrombocitaszám) nyilvánul meg, és kezelése az alábbiak közül legalább egy beavatkozást igényel:

- Csontvelő stimuláció;
- Immunszuppresszív (immunrendszert gátló) szerek alkalmazása;
- Csontvelő átültetése.
- Vérkészítmény átömlesztése (vérátömlesztés);

A diagnózist hematológus által készített szakvéleményre kell alátámasztani.

7) Vakság

Mindkét szem látóképességének teljes, végleges és visszafordíthatatlan elvesztése betegség vagy baleset következtében. A súlyos látásgyengülés, csökkent fényérzékelés, látótér csökkenés vagy részleges vakság jelen feltételek szempontjából nem tekinthető biztosítási eseménynek.

Az állapot bekövetkezésének időpontja a teljes vakság diagnosztizálásának időpontja, amelyet szemész szakorvos véleménye igazol.

8) Végállapotú tüdőbetegség

A krónikus légzőszervi elégtelenség következtében kialakuló végállapotú tüdőbetegség. A diagnózis alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges:

- FEV 1 teszt eredménye következetesen kevesebb mint 1 liter. A FEV1 az egy mp alatt erőltetett légzéssel kilégzett levegő mennyisége;
- Állandó oxigénpótló kezelés a hipoxémiára (vér oxigénhiányos állapotára);
- Artériás vérgáz vizsgálat során az oxigén parciális nyomása 55 Hgmm (higanymilliméter) vagy kevesebb (PaO₂ ≤ 55 Hgmm);
- Nyugalmi nehézlégzés.
- A diagnózist tüdőgyógyász szakvéleményének kell alátámasztania. Az állapot bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

9) Végállapotú májbetegség

A végállapotú májbetegség diagnosztizálásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges:

- Állandó sárgaság;
- Hasvízkór;
- Hepatoencephalopathia. (A májelégtelenség végső stádiumának a szövődménye, amikor a felszaporodott mérgeanyagok következtében az agy és az idegrendszer károsodik. Ennek következményeképpen kóma, vagy más fokú eszmélet változások, viselkedési zavarok és reflex zavarok alakulnak ki).

Az alkohol vagy gyógyszer, illetve kábítószer okozta másodlagos májbetegségekre a biztosítás nem terjed ki. Az állapot bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

10) Kóma (eszméletvesztés)

Kómának minősülő állapot, amikor az eszméletvesztés legalább 96 óráig folyamatosan fenn áll. A diagnózis alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges.

- Legalább 96 óráig nincs válasz a külső ingerekre;
- Az életfontos funkciók műszeres fenntartása szükséges;
- A kóma bekövetkezése után legalább 30 nappal megállapítható maradandó agyi károsodás.

Közvetlenül az alkohol és drogfüggőség következtében kialakult eszméletvesztésre a biztosítás nem terjed ki. Az állapot bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

11) Siketség

Mindkét fül hallóképességének teljes, végleges és visszafordíthatatlan elvesztése betegség vagy baleset következtében. A diagnózist audiometriás és hallásküszöb vizsgálattal fül-orr-gégész szakorvosnak kell megállapítani.

A teljes hallóképesség elvesztése a hallás minden frekvenciatartományában a legalább 80 decibeles halláscsökkenést jelenti. Az állapot bekövetkezésének időpontja a hallóképesség teljes, végleges és visszafordíthatatlan diagnosztizálásának időpontja, amelyet szakorvos véleménye igazol.

12) Szívbillentyű műtét

Nyitott mellkasban végzett műtét, a szívbillentyűk rendellenességének megoldására. A billentyűelégtelenség diagnózisát szívkatóéteres és szívultrahang vizsgálattal kell igazolni, és a műtét szükségességét kardiológus szakvéleményével kell alátámasztani.

13) Beszédképesség elvesztése

A beszédképesség teljes és visszafordíthatatlan elvesztése, a hangszalagok betegség vagy baleset okozta károsodása miatt. A beszédképtelenségnek folyamatosan 12 hónapig fenn kell állnia, és a diagnózist fül-orr-gégész szakorvosnak kell alátámasztania.

A pszichiátriai betegségekkel összefüggésben kialakult beszédképtelenségre a biztosítás nem terjed ki.

14) Nagyfokú égési sérülés

Harmadfokú (teljes bőrvastagságot érintő) égési sérülés, amely a biztosított testfelületének legalább 20%-t érinti. Az állapot bekövetkezésének időpontja a harmadfokú

égési sérülés bekövetkezésének időpontja, amelyet szakorvos véleménye igazol.

15) 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) szervezetéből szív, tüdő, máj, vese vagy hasnyálmirigy kerül beültetésre. Nem minősül szervátültetésnek az összejt beültetés, kivéve az emberi csontvelő beültetést összejt beültetéssel, teljes csontvelő kiirtás után.

16) Szklerózis multiplex

A szklerózis multiplex vitathatatlan diagnózisát az alábbi körülmények és feltételek mindegyikének teljesülése, illetve fennállása támasztja alá:

- Összetett neurológiai károsodások, amelyek legalább folyamatosan 6 hónapja fenn állnak;
- Jól dokumentált kórtörténet a tünetek és az idegrendszeri károsodások leírásával, a javulások és a visszaesések stádiumaival;
- A szakorvos által felállított diagnózis, amelyet az elemzett és értékelt vizsgálati eredmények egyértelműen alátámasztanak.

Idegrendszeri károsodásokat okozó egyéb betegségekre (mint SLE, HIV) a biztosítás nem terjed ki.

17) Végtagbénulás

Legalább két (2), teljes végtag, teljes (100 %) és visszafordíthatatlan bénulása betegség vagy baleset következtében.

A két teljes végtag, teljes és visszafordíthatatlan bénulását neurológus szakorvos állapítja meg. Az állapot bekövetkezésének időpontja a neurológus által felállított diagnózis időpontja.

A biztosított által szándékosan vagy súlyosan gondatlanul, önmagán okozott vagy előidézett sérülés következtében fellépő bénulás nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosítás az ilyen eseményekre nem terjed ki.

18) Parkinson kór

Az idiopathiás Parkinson betegség vitathatatlan fennállását neurológus szakorvos állapítja meg. A diagnózis alátámasztásához az alábbi körülmények és feltételek mindegyikének a teljesülése, illetve fennállása szükséges:

- A betegség kialakulását gyógyszeres kezeléssel nem lehet visszafordítani;
- A betegség súlyosbodó károsodások jeleit mutatja;
- Legalább három (3), a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenység elvégzésének képtelensége az alább felsorolt tevékenységek közül és ezen tevékenységek elvégzésének képtelensége legalább 6 hónapja folyamatosan fenn áll.

A jelen feltételek szempontjából a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek az alábbiak:

I. Tisztálkodás képessége: a tisztálkodás képessége kádban vagy zuhanyzóban (beleértve a kádba és a zuhanyzóba való be és kiszállás képességét) vagy más eszközzel történő megfelelő tisztálkodás;

II. Öltözködés képessége: valamennyi ruházat le- és felvételének, biztonságos ki- és begombolásának kivitelezése, művegtagok vagy más gyógyászati segédeszközök le és felvételének képessége;

III. Helyváltoztatás: az ágyból, karosszékből, tolésszék-ből történő felállás és az azokra történő leülés képessége,

IV. Mozgásképesség: beltéri mozgás képessége ugyanazon a lakószinten, egyik helyiségből a másikba történő eljutás képessége;

V. Mellékhelység használata: széklet vagy vizeletürítése mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használata a személyes higiéné céljából;

VI. Táplálkozás: az elkészített vagy készen kapható étel önálló elfogyasztásának képessége.

A kábítószeres vagy egyéb mérgezés okozta Parkinsonizmus (Parkinson-szindróma) nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosítás az ilyen eseményekre nem terjed ki.

19) Aorta műtét

Nyitott mellkasban vagy hasban végzett nagyműtét, az aorta szűkületének, elzáródásának, az aorta aneurizma (verőértágulat) vagy az aorta dissectio (az aortafal belső rétegének berepedése, ami az aorta egész hosszában végigszaladhat) megszüntetése céljából. A jelen definíció szempontjából az aorta megfogalmazás a mellkasi és hasi aortát jelenti, az oldalágak nélkül.

A biztosítás nem terjed ki a nem nagy sebészeti megoldásokra, az endoszkópos vagy katéteres eljárásokra.

20) Alzheimer kór/Súlyos szellemi leépülés (60 éves kor előtt)

Alzheimer kór vagy visszafordíthatatlan szervi rendellenesség következtében kialakult értelmi képesség hanyatlás, ami olyan magatartásváltozással jár, hogy a biztonságos mindennapi életvitel folyamatos külső felügyeletet igényel. A funkciók beszűkülését klinikai értékelés és képalkotó eljárások is bizonyítják. A diagnózist a benyújtott orvosi dokumentumok és szakorvosi vélemények alapján a biztosító orvos szakértője állapítja meg.

A nem szervi eredetű megbetegedések, neurózisok, pszichiátriai betegségek, és az alkoholfüggőség okozta agyi károsodások nem minősülnek biztosítási eseménynek és a biztosítás az ilyen eseményekre nem terjed ki.

21) Heveny májgyulladás

Hepatitis vírus okozta, közepsúlyostól a súlyosig terjedő jelentős májállomány elhalás, amely rohamosan vezet a máj működésének elégtelenségéhez. A szakorvos által felállított diagnózis alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges.

- A máj méretének gyors csökkenése;
- Az állományelhalás/szövetelhalás a teljes májle-benynt elpusztítja, csak az összeesett kötőszöveti szerkezetet megtartva, a szerkezetkárosodott vázon;
- A májfunkciós tesztek gyors romlása;
- Mélyülő sárgaság;
- Hepato-encephalopathia. (A májelégtelenség végső stádiumának a szövődménye, amikor a felszaporodott méreganyagok következtében az agy és az idegrendszer károsodik. Ennek következményeképpen kóma, vagy más fokú eszmélet változások, viselkedési zavarok és reflex zavarok alakulhatnak ki).

22) Elsődleges kisvérköri hipertónia

Az elsődleges pulmonáris hipertónia diagnózisának legalább három, egyidejűleg fennálló tényen kell alapulnia az alábbi négy közül. A szakorvos által felállított diagnózist vizsgálati eredményekkel kell alátámasztani, beleértve a szívkatéteres vizsgálatot is.

- Az artéria pulmonális nyomása legalább 30 Hgmm vagy annál nagyobb;
- Az EKG jobb kamra hipertrófiát mutat (RV1 + SV5 > 1.05mV);
- Nyugalmi állapotban csökkent a vér oxigén koncentrációja;
- Szívultrahang jobb kamra tágulatot mutat (d > 30mm).

23) Végállapotú betegség

Olyan betegség diagnózisának egyértelmű megállapítása, melynek következtében a biztosított halála 12 hónapon belül várhatóan bekövetkezik. A diagnózist szakorvos véleménye alapján a biztosító orvos szakértője állapítja meg.

Az AIDS megbetegedés, illetve HIV fertőzöttség mellett felállított végállapotú betegség diagnózisa nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosítás az ilyen eseményekre nem terjed ki.

24) Jóindulatú agydaganat

A diagnózist neurológus vagy idegsebész szakorvos állítja fel, mágneses rezonanciás (MRI), komputertomografiás (CT) vagy más megbízható képalkotó eljárással készült vizsgálati eredmény alapján. A diagnózis alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges:

- Az életfontos funkciókat veszélyezteti;
- Agykárosodást okoz;

- Túlnőtt a műtéti eltávolíthatóság határain (inoperábilis);

- Maradandó neurológiai károsodást okoz;

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakban felsoroltakra:

- Ciszták;
- Granulomák;
- Érendellenesség;
- Vérömleny;
- Agyalapi mirigy és gerincvelő daganatai.

25) Agyvelőgyulladás

Az agy állományának (agyfélteke, agytörzs vagy kisagy) súlyos gyulladását okozó vírusfertőzés, amely tartós neurológiai károsodáshoz vezet. A tartós neurológiai károsodásnak minimum 6 hétig folyamatosan fenn kell állnia, és a diagnózist neurológus szakvéleményével kell alátámasztani.

A HIV vírus okozta agyvelőgyulladás a jelen feltételek szempontjából nem tekinthető biztosítási eseménynek.

26) A gerincvelő szürkeállományának gyulladása (Poliomyelitis-Gyermekbénulás)

A Poliomyelitis diagnózisát az alábbi két feltétel együttes jelenléte támasztja alá.

- Azonosított Poliovírus a megbetegedés okozója,
- A végtagok vagy a légzőszervek izmainak legalább három hónapja folyamatosan fennálló bénulása

27) Bakteriális agyhártyagyulladás

Bakteriális fertőzés, ami az agyhártyák és a gerincvelő gyulladással járó folyamatainak keresztül súlyos és visszafordíthatatlan neurológiai károsodást okoz, és a károsodás már legalább hat hete folyamatosan fennáll. A diagnózist gerincspinalis nyert gerincvelőfolyadékban azonosított bakteriális fertőzéssel és neurológus szakorvosi véleményével kell alátámasztani: A HIV fertőzött állapotban diagnosztizált bakteriális agyhártyagyulladás nem tekinthető biztosítási eseménynek.

28) Súlyos fejsérülés

Baleset eredményeként bekövetkező fejsérülés, ami olyan tartós neurológiai károsodást okoz, amely a balesetet követő 6. hét után is egyértelműen megítélhető. A diagnózist neurológus szakorvos állapítja meg MRI (Mágneses rezonancia), CT (Komputertomográfia) vagy más megbízható képalkotó eljárással végzett vizsgálat egyértelmű eredménye alapján.

A baleset a jelen feltételek szempontjából kizárólag a biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő külső, erőszakos behatás, amely független minden más tényezőtől. A gerincvelő sérülései és a fej bármilyen más okból bekövetkező sérülései nem tekinthetők biztosítási eseménynek.

29) Vigil kóma (Apalliumos szindróma)

Az agykéreg általános elhalása, az agytörzs érintettsége nélkül. Az egyértelmű diagnózist egy erre a célra akkreditált kórház neurológusának és pszichiáter orvos szakértőjének együttes, egybehangzó szakvéleményével kell alátámasztani, az állapot legalább egy hónapja történő fennállását bizonyító orvosi dokumentumok benyújtásával egyidejűleg.

30) Egyéb súlyos szív-koszorúér betegség

A szív-koszorúér átmérőjének, koszorúér-festéssel igazolt, legalább 75 %-os beszűkülése, vagy másik két artéria 60 %-os lumen csökkenése, függetlenül attól, hogy műtéti beavatkozás történt-e. A jelen definíció szempontjából a szív koszorú-érrendszer részei a következők: bal főtörzs, bal elülső leszálló ág (LAD, RDA), a körbefutó ág (RCX) és a jobb koszorúér (RCA, ACD).

A diagnózis alátámasztásához az alábbi feltételek mind egyikeként a teljesülése szükséges:

- Csökkent fizikai aktivitás;
- Terheléses EKG ST depresszióval (minimum 2 mm 2 elvezetésben);
- Terheléses szívultrahang vizsgálattal alátámasztott, legalább két szívizom szegmensre kiterjedő mozgászavar.

31) Előrehaladott bőrkérgesedés (Scleroderma progressiva)

A szisztémás kollagén-érrendszer megbetegedése, amely tovaterjedő kötőszövetes átalakulást okoz a bőrben, az erekben és a belső szervekben. A diagnózist biopsziás, és szerológiai vizsgálat egyértelmű eredményével kell alátámasztani és bizonyítani kell a szív, a tüdő vagy a vese érintettségét.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:

- Helyi bőrkérgesedés (scleroderma linearis, morphoea);
- Fascitis eosinophyllica;
- CREST szindróma.

32) Szisztémás lupus erythematosus nephritis-szel (SLE)

Több szervet érintő autoimmun megbetegedés, amit a saját veseszövet elleni auto-antitestek termelése jellemz. A jelen feltételek értelmében az SLE diagnózist azokra az esetekre tartjuk fenn, amikor az SLE a veséket érinti (vesebiopsziával igazolt Class III – Class V lupus nephritis, a WHO osztályozás szerint).

A diagnózis tényét rheumatológus, immunológus vagy nefrológus szakvéleményével kell alátámasztani.

A lupus nephritis WHO szerinti klasszifikációja:

- Class I: lupus glomerulonephritis minimális elváltozással
- Class II: mezangiális lupus glomerulonephritis
- Class III: fokális szegmenseket érintő proliferatív lupus glomerulonephritis

Class IV: diffúz proliferatív lupus glomerulonephritis

Class V: membranózus lupus glomerulonephritis

Class VI: Előrehaladott szklerotikus glomerulonephritis

3. § A biztosító teljesítése

(1) A biztosítási eseményt, annak bekövetkeztétől számított 10 napon belül a biztosítónak írásban be kell jelenteni.

(2) A szolgáltatás igénybevételéhez a 2. számú mellékletben felsorolt iratokat kell a biztosító részére bemutatni, illetve átadni.

(3) A biztosító által meghatározott, a szolgáltatás igénybevételének elbírálásához szükséges iratokat legkésőbb a diagnózis megállapítását, illetve a kórházból történő elbocsátást követő 30 napon belül be kell nyújtani a biztosító részére. Ennek elmulasztása esetén a biztosító annyiban megtagadhatja a szolgáltatás teljesítését, amennyiben emiatt lényeges körülmények utóbb kideríthetetlenekké válnak.

(4) Az igényelbírálás tartama alatt a biztosító jogosult a saját költségén és az általa megnevezett orvosokkal a biztosítottat megvizsgáltatni. A biztosítási esemény megállapítása érdekében a biztosító bizonyos kérdések tisztázására maga is beszerezhet adatokat. Amennyiben a biztosított megtagadja a szükséges orvosi vizsgálatok elvégzését vagy a benyújtott vizsgálati eredmények elégtelenek a kárigény megítéléséhez a biztosító annyiban megtagadhatja a szolgáltatás teljesítését, amennyiben emiatt lényeges körülmények utóbb kideríthetetlenekké válnak.

(5) A szükséges iratok beszerzésével kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényét a biztosítóval szemben érvényesíteni kívánja.

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?



4. § Kizárások

A főbiztosítás feltételeiben és a választható kiegészítő biztosítások általános feltételeiben felsorolt

kizárásokon túl a biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon megbetegedésekre, illetve műtétekre, amelyek bekövetkezése közvetlenül vagy közvetve okozati összefüggésben van az alábbiakkal:

- a) a biztosított gyógyszerekkel vagy tudatmódosító szerekkel történő visszaélése;
- b) a biztosított mértéktelen alkohol fogyasztása, illetve alkoholbetegsége;
- c) a biztosított bűncselekményben vagy erőszakos cselekedetekben vagy zavargásban történő jogellenes részvétele;
- d) maghasadás, illetve radioaktív vagy egyéb ionizáló sugárzás, kivéve, ha az ilyen sugárzást jogszabályban feljogosított egészségügyi intézmény vagy orvos utasítására gyógyászati céllal alkalmazták;
- e) mérgező vagy maró anyagok bevétele, illetve gázok, gőzök vagy füst belélegzése, amennyiben a belélegzett anyagok koncentrációja a jogszabályban meghatározott egészségügyi határértéket meghaladja;
- f) a szerződés hatálybalépése előtt bekövetkezett bármely testi sérülés, betegség vagy egészségi rendellenesség.

Amennyiben a biztosított a szerződéskötés előtt a jelen szerződésben meghatározott betegségek, egészségkárosodások valamelyikében már szenvedett, a biztosító kockázatviselése ezen betegségre, illetve azok kezelésre nem terjed ki.

Mikor szűnik meg a biztosítás?



5. § A biztosítási szerződés megszűnése

A kiegészítő biztosítások általános feltételeiben meghatározottakon túl a biztosítás automatikusan megszűnik:

- a) a biztosítási összeg kifizetésével;
- b) a három hónapos várakozási időn belül bekövetkezett biztosítási esemény esetén a díj visszafizetésével.

Budapest, 2015. október 1.

A METLIFE EUROPE LIMITED LÓCI ÓRIÁS LESZ GYERMEKEK EGYES SÚLYOS BETEGSÉGEIRE ÉS BALESETEIRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-B46, MET-B76, MET-B66) KÜLÖNÖS FELTÉTELEI ÉS MELLÉKLETEI

A Lóci óriás lesz kiegészítő biztosítási szerződés (a továbbiakban: kiegészítő biztosítás), a kiegészítő biztosításban együttbiztosított gyermek egyes súlyos betegségeire, súlyos baleseteire, valamint halálára szól, és e feltételek, továbbá a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited (a továbbiakban: biztosító) életbiztosítási szerződésének általános feltételei (a továbbiakban: általános feltételek), valamint a főbiztosítás különös feltételei alapján jön létre a biztosító és a szerződő között.

1. § Meghatározások

(1) Baleset:

- baleset alatt a főbiztosítás 5. § (3) és (4) bekezdésében meghatározottak értendők,
- a balesetek köréből az a baleset, amely a 3. és a 4. számú mellékletekben meghatározott súlyos fogyatékosságot, súlyos törést, illetőleg halált okoz.

(2) Súlyos betegség:

- súlyos betegség a feltételek 2. számú mellékletében tételesen felsorolt, diagnosztizált betegség vagy betegségcsoport, valamint egyes betegségek vonatkozásában annak jelen feltételekben meghatározott ideig történő fennmaradása;
- a biztosító szolgáltatását jelen feltételekben meghatározott esetekben a betegség bekövetkezése és az adott életkorban elvárható önellátó képesség adott betegséggel együtt járó súlyos zavarainak együttese, vagy a betegség jelen feltételekben meghatározott ideig tartó kezelése váltja ki.

(3) Az életkornak megfelelő önellátó képesség súlyos zavara:

- e feltételben azt jelenti, hogy a kezelő orvos megállapítása szerint a biztosított személy a feltételekben meghatározott egyes betegségek (rosszindulatú daganatok, agyvelőgyulladás, agyhártyagyulladás, valamint az arckoponya súlyos sérülései) esetében, azzal összefüggésben, egyes mindennapi tevékenységeknek az adott életkorban elvárható önálló elvégzésére visszavonhatatlanul és teljesen képtelenné válik;
- e feltételekben a 36 hónapos kor betöltését követően akkor állapítható meg, ha a meghatározott súlyos betegséggel legalább három, a zavarra utaló jellemző együtt jár a biztosítás tartama alatt a 36. vagy a 42. hónapot követő kezdettel, legalább hat egymást követő hónapon keresztül.

Az önellátó képesség zavarát jelenti, ha a biztosított legalább 36 hónapos és segítséggel sem képes:

- fürdeni, zuhanyozni, illetőleg általában önmaga tisztán tartására;
- felöltözni, illetve levetkőzni;
- a lakáson belül közlekedni (az egyik szobából a másikba egyedül átmenni; felkelni az ágyból, lefeküdni az ágyba; a székbe leülni, vagy onnan felállni);
- önállóan étkezni.

A 42. hónap betöltését követően az önellátó képesség zavarát jelenti a fentiekén túl az is, ha a biztosított nem képes:

- használni a WC-t és ügyelni a személyes higiéniájára;
- az ürítést kontrollálni.

Az előzőektől függetlenül önmagában is az önellátó képesség zavarát jelenti az, ha a legalább 36 hónapos biztosított legalább 6 hónapon keresztül:

- mentális okok miatt veszélyezteteti saját, vagy mások testi épségét, vagy
- állandóan ágyban fekszik, segítség nélkül nem tud onnan felkelni,

és ezen okok miatt állandó felügyeletre szorul.

(4) Kezelő orvos: a beteg adott betegségével, illetve egészségi állapotával kapcsolatos vizsgálati és terápiás tervet meghatározó, továbbá ezek keretében beavatkozásokat végző orvos (a feltételekben a szakmai megnevezésével jelölt szakorvos is), aki a beteg gyógykezelésért felelősséggel tartozik; aki nem azonos a szerződővel, a törvényes képviselővel, illetve a biztosítottal, valamint azok közeli hozzátartozójával.

(5) Egészségügyi szolgáltató: a tulajdoni formától és a fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély alapján jogosult jogi személy, jogi személyiség nélküli szervezet és minden olyan természetes személy, aki a szolgáltatást saját nevében nyújtja.

(6) Kórház: fekvőbeteg ellátást nyújtó, kórházi ellátásra jogosított, és ekként nyilvántartott egészségügyi szolgáltató (ideértve a klinikákat is).

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



2. § Biztosított, törvényes képviselő

(1) Jelen feltételek alapján létrejövő kiegészítő biztosításban biztosított lehet

a) az a gyermek, aki a kockázatviselés kezdetekor 6 hónapnál idősebb, de a kockázatviselés kezdetét megelőző naptári év végéig még nem töltötte be a 8. életévét;
 b) a már biztosított gyermek azon biztosítási év végéig, amelyben a 18. életévét betölti.

(2) Törvényes képviselő: a gyermek felett felügyeletet gyakorló szülő, gyám vagy eseti gondnok. A törvényes képviselő a kiegészítő biztosítás vonatkozásában felmerülő – a gyermekkel kapcsolatos – jogai gyakorlásán túl, közreműködik a szerződés teljesítésében.

(3) A kiegészítő biztosítás létrejöttének érvényességi feltétele a törvényes képviselő hozzájáruló nyilatkozata a gyermek biztosítottként történő megnevezéséhez, a szerződéskötéshez, valamint nyilatkozata a szerződés feltételei megismeréséről és annak teljesítésében való közreműködési kötelezettségének elfogadásáról.

(4) A kiegészítő biztosítás tartama alatt a törvényes képviselő személyében történő változás bejelentése a szerződő kötelezettsége.

(5) A törvényes képviselő személyében bekövetkezett változást követően a kiegészítő biztosítás érvényességi feltétele az új törvényes képviselőnek a kiegészítő biztosításra és a szerződés teljesítésében történő személyes közreműködésére vonatkozó elfogadó nyilatkozata.

(6) A törvényes képviselő további jogait és kötelezettségeit e feltételek 3. §-a, a 4. § (3) és (4), az 5. § (2), (3), (4) és (5), a 8. § (1) és (2), valamint a 10. § (1) bekezdései tartalmazzák.

(7) E kiegészítő biztosításban a biztosítottként megnevezett személy a főbiztosítási szerződésben biztosított természetes személlyel együttbiztosított.

3. § Kedvezményezett

A szolgáltatások kedvezményezettje minden esetben a biztosítottnak az ajánlaton, vagy a 2. § (2) és (4) bekezdése szerint megnevezett törvényes képviselője.

Milyen hosszú a biztosítás tartama?



4. § A kiegészítő biztosítás létrejötte, tartama, várakozási idő

(1) A kiegészítő biztosítás a biztosító valamely rendszeres díjas főbiztosítása mellé köthető a főbiztosítás megkötésekor. A kiegészítő biztosítás önállóan nem köthető, és a főbiztosítás megszűnésével a kiegészítő biztosítás is megszűnik.

a) Egy biztosítottra csak egy kiegészítő biztosítás köthető.

b) Egy főbiztosítás mellé több kiegészítő biztosítás köthető.

(2) Meglévő főbiztosításhoz e kiegészítő biztosítás kötése a főbiztosítás tartama alatt tett ajánlattal kezdeményezhető. A kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete az ajánlat elfogadását követő első biztosítási évforduló.

(3) A törvényes képviselő az ajánlaton nyilatkozik:

a) a gyermek biztosítottként történő megnevezéséről,

b) a szerződés megkötéséhez való hozzájárulásáról,

c) a szerződés feltételeinek megismeréséről és az abban foglalt közreműködési kötelezettsége elfogadásáról, valamint

d) az általános feltételek és a főbiztosítás különös feltételei érvényességének e kiegészítő biztosításra történő kiterjesztésének tudomásul vételéről.

(4) A törvényes képviselő az egészségi nyilatkozaton

a) tesz eleget a biztosított egészségi állapotával, és az előírt védőoltásokban való részesítésének igazolásával kapcsolatos közzéi kötelezettségének;

b) nyilatkozik az orvosok és egészségügyi intézmények orvosi titoktartás alóli, a biztosítóval szembeni felmentéséről.

(5) E kiegészítő biztosítás az ajánlatnak a biztosító által történő elfogadásával 5 éves időtartamra jön létre, de legfeljebb a főbiztosítás díjfizetési tartamának végéig.

(6) A biztosító a díjszabást 5 éves tartamokra garantálja.

a) Az 5 év elteltével a biztosító a díjszabását felülvizsgálja és a feltételekben meghatározott biztosítási események bekövetkezési valószínűségeinek változása esetén a díjszabását újrakalkulálhatja.

b) Az adott kiegészítő biztosításra vonatkozó új díjszabás az 5. évfordulótól kerül alkalmazásra.

(7) A tartam meghosszabbodik

a) a kiegészítő biztosítás minden 5. biztosítási évfordulóján automatikusan újabb 5 évvel,

b) legfeljebb a főbiztosítás díjfizetési tartamának lejáratáig, illetve

c) a biztosított 18. életévének betöltését követő évfordulóig,

d) feltéve, hogy a felek az évfordulót megelőzően másfépp nem nyilatkoznak.

(8) A biztosító változtatási szándéka esetén legkésőbb 2 hónappal az évfordulót megelőzően értesíti a szerződőt a kiegészítő biztosítást érintő változásokról.

a) A biztosítási jogviszony újabb 5 évre fennmarad, amennyiben a szerződő a levélben foglaltakat írásban, legkésőbb az értesítést követő 30 napon belül nem utasította vissza.

b) Visszautasítás esetén a kiegészítő biztosítás a biztosítási évfordulón megszűnik.

(9) A biztosító értesítésének hiánya esetén a kiegészítő biztosítás a következő 5 évben is változatlan feltételekkel és díjszabással marad érvényben.

(10) A várakozási idő:

A biztosító a jelen kiegészítő biztosítás tekintetében a biztosítási esemény kockázatát csak várakozási idő eltelte után vállalja. A várakozási idő:

a) ha a biztosított a kiegészítő biztosítás kockázatviselése kezdetének időpontjában 12 hónaposnál fiatalabb, akkor a kockázatviselés kezdetétől számított 6 hónap, de legfeljebb a biztosított 15 hónapos korát követő első hónapfordulóig tart,

b) a 12. hónap betöltését követően pedig a kockázatviselés kezdetétől számított 3 hónap.

Ha a szerződő fogyasztó és a szerződés a biztosító a ráutaló magatartásával úgy jött létre, hogy a biztosító az ajánlatra annak beérkezésétől számított 15 napon belül – vagy ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 napon belül – nem nyilatkozott, a várakozási idő a biztosítási ajánlatnak a biztosító részére történt átadás időpontjában kezdődik.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?



5. § Szolgáltatás az egyes biztosítási események bekövetkezése esetén

(1) A szolgáltatás meghatározása

A biztosító a feltételekben megnevezett súlyos betegségek, balesetből eredő súlyos fogyatékoságok és súlyos törések, valamint a biztosított halála esetén az adott esetre vonatkozó aktuális biztosítási összeg 1. számú mellékletben meghatározott hányadát fizeti ki.

(2) Nem nyújt szolgáltatást a biztosító az általános feltételeknek a közlési kötelezettségre, a biztosító mentesülésére, valamint a kizárt kockázatokra vonatkozó paragrafusaiban foglaltakon túl akkor, ha

a) a biztosított megbetegedése, balesete, illetőleg halála öngyilkossági kísérlettel összefüggésben, alkoholizmus, illetőleg kábítószer-fogyasztás, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként való alkalmazása következtében alakult ki, illetőleg következett be;

b) a törvényes képviselő sértette meg a közlési kötelezettséget;

c) a biztosított az életkorának megfelelő kötelező védőoltásokat nem kapta meg;

d) a biztosított állapota a törvényes képviselőnek felróható magatartása következtében áll be; és a bekövetkezett biztosítási esemény a fenti okok bármelyikével okozati összefüggésbe hozható.

(3) Szolgáltatás súlyos betegségek esetén

a) A súlyos betegséget a biztosító orvosa állapítja meg a kezelést végző egészségügyi szolgáltató által kiállított és

a törvényes képviselő által benyújtott dokumentumok, valamint a 2. számú melléklet alapján.

b) A biztosító a kárigény elfogadása esetén a súlyos betegségekre vonatkozó aktuális biztosítási összeg 1. számú mellékletben meghatározott hányadának megfelelő biztosítási szolgáltatást nyújtja.

c) A biztosító akkor teljesít súlyos betegségekre – a 2. számú mellékletben az adott betegség eseteire meghatározott feltételek fennállása mellett – szolgáltatást, ha a biztosított a kezdeti diagnózist követő 28. napon túl életben van.

(4) Szolgáltatás balesetből eredő súlyos fogyatékoságok esetére

a) Súlyos fogyatékoság e feltételek vonatkozásában a 3. számú mellékletben meghatározott testrészek a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesetet követő két éven belül bekövetkező elvesztése.

b) A fogyatékoságot a biztosító orvosa állapítja meg a kezelést végző egészségügyi szolgáltató által kiállított és a törvényes képviselő által benyújtott dokumentumok, valamint a 3. számú mellékletben közölt táblázat alapján.

c) A biztosítási tartam során a balesetből eredő súlyos fogyatékoságra vonatkozó védelem megszűnik a biztosítási hónapfordulón akkor, ha a súlyos fogyatékoságokra teljesített, az egyes kifizetések számítási alapjául szolgáló (adott szolgáltatások mértékeinek az aktuális biztosítási összegekhez viszonyított arányait meghatározó, a 3. számú mellékletben közölt) arányszámok összege eléri a 100 %-ot.

d) A balesetből eredő súlyos fogyatékoságra nyújtan-dó szolgáltatás alapja a súlyos betegségekre vonatkozó aktuális biztosítási összeg 20 %-a. A biztosító a súlyos fogyatékoságra benyújtott kárigény elfogadása esetén ezen összeg 3. számú mellékletben meghatározott hányadát fizeti ki.

e) A biztosító e szolgáltatást a várakozási idő alatt is nyújtja.

(5) Szolgáltatás balesetből eredő súlyos törések esetére

a) Súlyos törés a biztosított balesetéből eredő, a 4. számú mellékletben meghatározott testrészen, csontozaton a baleset során azonnal elszenvedett törés.

b) Nem terjed ki a súlyos törésre vonatkozó biztosítási védelem arra a biztosított személyre, aki osteogenesis imperfectában (törékenységet okozó betegségben) szenved, ha a biztosítási esemény ezzel összefüggésbe hozható.

c) A súlyos törés bekövetkezését a biztosító orvosa állapítja meg a kezelést végző egészségügyi szolgáltató által kiállított és a törvényes képviselő által benyújtott dokumentumok, valamint a 4. számú mellékletben közölt meghatározások alapján.

d) Amennyiben a baleset előtt már meglévő betegségek vagy fogyatékoságok közrehatottak a baleset következményeiben és a közrehatás legalább 25 százalékos,

a biztosító a fizetendő összeget a közrehatás mértékével csökkenti. A közrehatást és mértékét a biztosító orvosa állapítja meg.

e) A biztosítási évben bekövetkező több baleset esetén is jár szolgáltatás, de a biztosító a biztosítási év során legfeljebb a súlyos törésekre meghatározott aktuális biztosítási összeget fizeti ki.

f) A balesetből eredő súlyos törésekre nyújtandó szolgáltatás alapja a súlyos betegségre vonatkozó aktuális biztosítási összeg 5 %-a. A biztosító a súlyos törésre benyújtott kárigény elfogadása esetén ezen összeg 4. számú mellékletben meghatározott hányadát fizeti ki.

g) A biztosító e szolgáltatást a várakozási idő alatt is nyújtja.

(6) Támogatás halál esetére

A biztosító a biztosítottnak a várakozási idő után bármely okból bekövetkező, illetőleg a várakozási idő alatt bekövetkező baleseti halála esetén a súlyos betegségekre vonatkozó aktuális biztosítási összeg 2%-ának megfelelő támogatást nyújt.

(7) A kiegészítő biztosítás biztosítási összege nem nő az általános feltételek 1. számú mellékletének 10. bekezdése szerint számított töredékbónusz többletösszegével.

Mikor kell a díjat megfizetni?



6. § A kiegészítő biztosítás díja. Indexálás

(1) A kiegészítő biztosítás díja a főbiztosítás díjával egyidejűleg fizetendő. A főbiztosítás díjfizetési gyakorisága szerint felszámított pótdíj a kiegészítő biztosítás díjára is vonatkozik.

(2) A főbiztosítást és a kiegészítő biztosítást egymástól függetlenül, külön indexálni nem lehet.

(3) A kiegészítő biztosítás díja és szolgáltatása mindig a főbiztosítás díjával és szolgáltatásával megegyezően indexálódik a biztosítási évfordulón.

(4) Ha a szerződő visszautasítja a főbiztosítás indexálását, akkor a kiegészítő biztosítás biztosítási összege nem változik.

7. § Maradékjogok

E kiegészítő biztosítás nem rendelkezik maradékjogokkal.

8. § A biztosító teljesítése

(1) A biztosítási események köréből a betegség diagnosztizálását az annak bekövetkezésétől számított 2 hónapon belül, a baleset bekövetkezésétől 15 napon belül a biztosítónak be kell jelenteni, és

a biztosító által kért felvilágosításokat meg kell adni, valamint lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését. A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítésének kötelezettsége alól, ha e feltételek nem teljesülnek és emiatt lényeges körülmények kideríthetlenné válnak.

(2) A biztosító a szolgáltatási kötelezettségét az alábbi dokumentumok alapján bírálja el:

a) az adott biztosítási esemény bekövetkezését igazoló, a kezelést végző egészségügyi intézmény, illetőleg kezelőorvos által készített és a törvényes képviselő által benyújtott dokumentumok;

b) a törvényes képviselő által benyújtott kárigény;

c) külföldi egészségügyi dokumentumok esetén, az eredeti dokumentumokhoz csatolt, a törvényes képviselő által beszerzett hiteles szakfordítás.

(3) A biztosító az elbíráláshoz szükséges, a megbetegedés vagy sérülés bekövetkeztét, illetőleg egyes esetekben a műtét vagy más beavatkozás, valamint a kezelés elvégzését igazoló és benyújtandó dokumentumokat az ezen esetek meghatározását is tartalmazó 2., 3. és 4. számú mellékletekben írja elő.

(4) Amennyiben az igény elbírálásához orvosi vélemény szükséges, a biztosított köteles magát alávetni a szükséges orvosi vizsgálatoknak. Abban az esetben, ha orvosi vizsgálat nem szükséges, továbbá ha szükséges ugyan, de a biztosított a vizsgálatnak nem veti magát alá, a biztosító jogosult a rendelkezésre álló orvosi iratok és egyéb dokumentáció alapján a kárigényt elbírálni. Az esetleges orvosi szakvéleménnyel szemben a biztosított panasszal élhet.

(5) Amennyiben az irat beszerzéséhez adatvédelmi okok miatt az érintett hozzájárulása szükséges, a hozzájárulás beszerzése, illetőleg megadása a kedvezményezett kötelezettsége és az iratok beszerzésének költsége is a kedvezményezettet terheli.

9. § Kizárások

Nem terjed ki a biztosítási védelem a kockázatviselés kezdete előtt már meglévő betegségekkel, egészségkárosodásokkal, illetve fogyatékoságokkal közvetve vagy közvetlenül összefüggő balesetekre, valamint balesetből eredő egészségkárosodásokra.

Mikor szűnik meg a biztosítás?



10. § Egyéb rendelkezések

(1) A kiegészítő biztosítás megszűnik:

a) a biztosítási hónapfordulón, ha a súlyos betegségekre teljesített, az egyes kifizetések számítási alapjául szolgáló

gáló (adott szolgáltatások mértékeinek az aktuális biztosítási összegekhez viszonyított arányait meghatározó) arányszámok összege eléri a 100%-ot;

b) ha a biztosított halálát követően a biztosító teljesít;

c) ha a szerződő írásban felmondja a kiegészítő biztosítást;

d) a felmondás szabályai szerint, ha a törvényes képviselő a 2. § (3) bekezdése szerint tett hozzájáruló nyilatkozatát visszavonja;

e) a biztosítási évfordulón, ha a szerződő nem fogadja el a díjszabás változtatását;

f) a főbiztosítás megszűnésekor;

g) a főbiztosítás díjfizetési tartamának a végén;

h) azon biztosítási év végén, amelyben a kiegészítő biztosítás biztosítottja betölti 18. életévét;

i) ha bebizonyosodik, hogy a szerződő, vagy a törvényes képviselő közlési vagy bejelentési kötelezettséget sértett;

j) díjnemfizetés miatt.

Budapest, 2015. október 1.

Lóci óriás lesz kiegészítő biztosítás 1. számú melléklete

SZOLGÁLTATÁSOK ÖSSZEFOGLALÓ TÁBLÁZATA

A) Betegségek

A biztosítási esemény bekövetkezése, illetőleg a kárigény elfogadása esetén a biztosító szolgáltatásként az ajánlattételkor választott szolgáltatásnak megfelelő aktuális biztosítási összeget, vagy annak alábbiakban meghatározott hányadát fizeti ki, a 2. számú melléklet rendelkezései szerint.

Biztosítási esemény (részletesebben ld. a 2. számú mellékletben)

Szolgáltatás

I. Rosszindulatú daganatok, leukémiák (fehérvérűség)

- a) A betegség bekövetkezése és az életkornak megfelelő önellátó képesség súlyos zavarai esetén 100%
- b) Amennyiben a betegség olyan következményekkel jár, amelyre az e kiegészítő biztosításban foglalt biztosítási védelem kiterjed, úgy a biztosító az ott meghatározott feltételek teljesülése esetén az ott meghatározott szolgáltatást teljesíti

II. Agyhártyagyulladás (meningitis)

- a) A betegség bekövetkezése és az életkornak megfelelő önellátó képesség súlyos zavarai esetén 100%
- b) Amennyiben a betegség olyan következményekkel jár, amelyre az e kiegészítő biztosításban foglalt biztosítási védelem kiterjed, úgy a biztosító az ott meghatározott feltételek teljesülése esetén az ott meghatározott szolgáltatást teljesíti

III. Agyvelőgyulladás (encephalitis)

- a) A betegség bekövetkezése és az életkornak megfelelő önellátó képesség súlyos zavarai esetén 100%
- b) Amennyiben a betegség olyan következményekkel jár, amelyre az e kiegészítő biztosításban foglalt biztosítási védelem kiterjed, úgy a biztosító az ott meghatározott feltételek teljesülése esetén az ott meghatározott szolgáltatást teljesíti

IV. Csontvelő-elégtelenség (aplasticus anaemia)

- a) Többszöri transzfúzió valamely vérkészítménnyel, min. 2 hónapon keresztül 100%
- b) Rendszeres, legalább 1 hónapon keresztül folytatott immunszuppresszív kezelés 50%
- c) Csontvelő átültetés 100%

V. Vírus hepatitisek (vírusos májgyulladás: hepatitis B, C, D, E – kivéve Hepatitis A)

A májenzimek adott életkori normálértékekhez viszonyított min. 4-szeres emelkedése, amelynek a kezelést követően is legalább 6 hónapon keresztül fenn kell állnia 100%

VI. Epilepszia (központi idegrendszer visszatérő görcsös rohamokkal, tudatzavarokkal járó megbetegedése)

- a) Több, mint heti egy alkalommal ismétlődő „nagy” roham, amely a megfelelőnek tartott kezelés ellenére több, mint 2 éve tart 100%
- b) Több, mint havi egy, de kevesebb, mint heti egy alkalommal ismétlődő „nagy” roham, amely a megfelelőnek tartott kezelés ellenére több, mint 2 éve tart 20%

VII. Krónikus, szerzett szívbetegségek

- a) A kiváltó betegség adekvát kezelése ellenére, 6 hónapon túl is megállapítható, NYHA (Amerikai Kardiológus Társaság; New York Heart Association) klasszifikációja szerint II. fokozatú vagy súlyosabb és 100% (IV.) 50% (II. III.)
- b) Az adott kiváltó betegség gyógyultnak nyilvánítása után legalább 6 hónappal még fennálló, NYHA II. fokozatú vagy ennél súlyosabb kardiológiai szövődmény és 100% (IV.) 50% (II. III.)

VIII. Bénulások

- a) A gerincvelő valamely betegségének következtében kialakult, egy végtag (teljes kar, vagy teljes láb) állandó, tartós bénulása 50%
- b) A gerincvelő valamely betegségének következtében kialakult, teljes egyoldali, vagy kétoldali, vagy minden végtagot érintő bénulás 100%

IX. Vakság

- a) Akut betegség következtében kialakult maradandó látáskiesés egy szemén 50%
- b) Akut betegség következtében kialakult maradandó látáskiesés két szemén 100%

X. Siketség

- a) Akut betegség következményeképpen kialakult teljes, végleges halláskiesés minden hangfrekvencia tartományban egy fülben 20%
- b) Akut betegség következményeképpen kialakult teljes, végleges halláskiesés minden hangfrekvencia tartományban mindkét fülben 50%

XI. Vérvérképzőszöveti fertőzés

AIDS, illetve HIV fertőzés, amely bizonyíthatóan valamely olyan humán vérvérképzőszöveti fertőzés beadása következtében alakult ki, amelyet a biztosított a kockázatviselés kezdete után kapott 100%

XII. Veseelégtelenség

Ún. „végállapotú” veseelégtelenség, amely mindkét vese működésének krónikus, már vissza nem fordítható elégtelenségét jelenti 100%

XIII. Inzulin dependens diabetes mellitus (DM-I)

Legalább már 3 hónapja inzulin kezelésre szoruló DM-I, kórházak vagy klinikák zárójelentése alapján 60%

B) Balesetből eredő súlyos fogyatékoságok

A biztosítási esemény bekövetkezése, illetőleg a kárigény elfogadása esetén a biztosító a súlyos betegségekre vonatkozó aktuális biztosítási összeg 20%-ának a 3. számú melléklet rendelkezései szerint meghatározott hányadát fizeti ki.

C) Balesetből eredő súlyos törések

A biztosítási esemény bekövetkezése, illetőleg a kárigény elfogadása esetén a biztosító a súlyos betegségekre vonatkozó aktuális biztosítási összeg 5%-ának a 4. számú melléklet rendelkezései szerint meghatározott hányadát fizeti ki.

D) Halálozás

A biztosítási esemény bekövetkezése, illetőleg a kárigény elfogadása esetén a biztosító a súlyos betegségekre vonatkozó aktuális biztosítási összeg 2%-át fizeti ki.

Budapest, 2015. október 1.

LÓCI ÓRIÁS LESZ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS 2. SZÁMÚ MELLÉKLETE

Súlyos betegségek

I. Rosszindulatú daganatok (rák), leukémiák (fehérvérűség)

A rák: rosszindulatú sejteknek a gazdaszervezet ellenőrzése nélkül való kóros burjánzása, amely a normális szövetek tönkremeneteléhez vezet. A kórképek magukban foglalják a Hodgkin-betegséget és az ún. non-Hodgkin lymphomákat is.

A biztosítási esemény akkor következik be, ha a betegség a diagnosztizálást követően olyan következményekhez vezet, amelyre az ezen mellékletben foglalt biztosítási védelem kiterjed, vagy ha a betegség az életkornak megfelelő önellátó képesség súlyos zavaraihoz vezetett. A kárigény elbírálásához kórházi zárójelentés és az önellátó képesség súlyos zavarait igazoló ideggyógyász szakvélemény szükséges!

1. Amennyiben a diagnosztizált rák olyan betegséget idéz elő, amelyre az e kiegészítő biztosításban foglalt biztosítási védelem kiterjed, úgy a biztosító az ott meghatározott feltételek teljesülése esetén az ott meghatározott szolgáltatást nyújtja.

2. Diagnosztizált rák és a biztosított életkorának megfelelő önellátó képesség súlyos zavara esetén a szolgáltatás az aktuális biztosítási összeg 100%-a.

3. A biztosító nem nyújt szolgáltatást az alábbi esetekre:

a) Az ún. premalignusnak leírt, de nem egyértelműen a rosszindulatúság tulajdonságait hordozó kórképekre, beleértve az ún. in situ carcinomát is.

b) Szövetteni vizsgálattal meghatározott, 1,5 mm max. vastagságot nem meghaladó festékes anyajegyek-melanomákra, amelyek a Clark szerinti besorolás szerint a 3-as fokozatnál kisebb mértékű mélységi inváziót mutatnak.

c) A bőr basaliomái és a hyperkeratosiok minden formájára (igen lassú növekedés).

d) A bőr elszarusodó sejt carcinomájának bármely formájára, amely nem terjed más szövetbe.

e) Minden AIDS-szel, illetve HIV-fertőzéssel kapcsolatos daganatra, beleértve a Kaposi sarcomát is.

f) Lymphoid leukaemia krónikus formájára.

4. Nem jár a szolgáltatás abban az esetben, ha a biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetét követő 2 éven belül jelentkező olyan diagnózisból ered, amely az alább felsorolt kórállapotokkal, illetőleg tünetekkel összefügg, és amelyek a szerződés megkötése előtt már jelentkeztek és erről a törvényes képviselő bizonyíthatóan tudomással bírt, vagy tudomással kellett volna bírnia:

Bármely régebbi daganatos, vagy pre-malignus elváltozás,

a) hólyag papilloma,

b) vastagbél polyposis,

c) Crohn betegség,

d) colitis ulcerosa,

e) haematuria (vérvizelés),

f) véres széklet,

g) vérköpés,

h) nyirokcsomó-megnagyobbodás

(lymphadenopathia),

i) lépmegnagyobbodás (splenomegalia).

5. A csoportba tartozó és nem kizárt betegségek diagnosztizálása, illetőleg a szolgáltatásból nem kizárt esetek bekövetkezése esetén a biztosító az aktuális biztosítási összeg 10%-ának megfelelő gyógyulási támogatást ad:

a) az erre vonatkozó dokumentumok benyújtását és a betegség kezelőorvos általi igazolásának elfogadását követően, függetlenül attól, hogy a biztosító a betegség fennmaradásával összefüggésben a biztosítási szolgáltatást később teljesíti-e, vagy attól eláll;

b) mely támogatást levonja az ugyanezen eseményre esetleg később teljesítésre kerülő biztosítási szolgáltatásból.

II. Agyhártagygyulladás (meningitis)

Az agyburkok baktériumok, vírusok, ritkábban gombák vagy protozoonok által kiváltott gyulladása, amelynek során az agyvízben fehérvérsejtek szaporodnak fel. A kórkép következményeként esetenként változó súlyosságú idegrendszeri károsodás alakul ki. Megkülönböztetünk primer (elsődleges), post infectiosus (igazoltan a lezajlott fertőzés utóképeként alakul ki az idegrendszeri károsodás), illetve para-infectiosus (elsődlegesen más szerv fertőzéséhez csatlakozóan, vele egy időben zajlik az idegrendszer megbetegedése) formákat. A besorolásnál mindezen formák figyelembe veendőek.

A biztosítási esemény akkor következik be, ha a betegség a diagnosztizálást követően olyan következményekhez vezet, amelyre az ezen mellékletben foglalt biztosítási védelem kiterjed, vagy ha a betegség az életkornak megfelelő önellátó képesség súlyos zavaraihoz vezetett. A kárigény elbírálásához fekvőbeteg-gyógyintézet zárójelentése és az önellátó képesség súlyos zavarait igazoló ideggyógyász szakvélemény szükséges!

1. Amennyiben a diagnosztizált agyhártagygyulladás olyan betegséget idéz elő, amelyre az e kiegészítő biztosításban foglalt biztosítási védelem kiterjed, úgy a biztosító az ott meghatározott feltételek teljesülése esetén az ott meghatározott szolgáltatást nyújtja.

2. Diagnosztizált agyhártagygyulladás és a biztosított életkorának megfelelő önellátó képesség súlyos zava-

ra esetén a szolgáltatás az aktuális biztosítási összeg 100%-a.

3. A biztosító nem nyújt szolgáltatást a HIV-fertőzéssel kapcsolatosan kialakuló meningitisre.

4. A csoportba tartozó és nem kizárt betegségek diagnosztizálása, illetőleg a szolgáltatásból nem kizárt esetek bekövetkezése esetén, amennyiben a betegség és az önellátó képesség betegséggel összefüggésbe hozható súlyos zavarai legalább 3 hónapja fennállnak, a biztosító az aktuális biztosítási összeg 10%-ának megfelelő gyógyulási támogatást ad:

- a) az erre vonatkozó dokumentumok benyújtását és a betegség kezelőorvos általi igazolásának elfogadását követően, függetlenül attól, hogy a biztosító a betegség fennmaradásával összefüggésben a biztosítási szolgáltatást később teljesíti-e, vagy attól eláll;
- b) mely támogatást levonja az ugyanezen eseményre esetleg később teljesítésre kerülő biztosítási szolgáltatásból.

III. Agyvelőgyulladás (encephalitis)

Az agyvelő különböző részeinek (beleértve agyféltekék, agytörzs, kisagy) leggyakrabban vírusok okozta gyulladása, következményes idegrendszeri károsodással. A meningitishez hasonlóan megkülönböztetünk elsődleges-, para- és postinfekciós formákat.

A biztosítási esemény akkor következik be, ha a betegség a diagnosztizálást követően olyan következményekhez vezet, amelyre az ezen mellékletben foglalt biztosítási védelem kiterjed, vagy ha a betegség az életkornak megfelelő önellátó képesség súlyos zavaraihoz vezetett. A kárigény elbírálásához fekvőbeteg-gyógyintézeti zárójelentés és az önellátó képesség súlyos zavarait igazoló, a betegség kezdetétől számított 3 hónap elmúltával beszerzett ideggyógyász szakvélemény szükséges!

1. Amennyiben a diagnosztizált agyvelőgyulladás olyan, a szolgáltatás nyújtását megelőzően legalább 3 hónapig fennálló betegséget idéz elő, amelyre az e kiegészítő biztosításban foglalt biztosítási védelem kiterjed, úgy a biztosító az ott meghatározott feltételek teljesülése esetén az ott meghatározott szolgáltatást nyújtja.

2. Diagnosztizált agyvelőgyulladás és a biztosított életkorának megfelelő önellátó képesség súlyos zavarai esetén a szolgáltatás az aktuális biztosítási összeg 100%-a.

3. A biztosító nem nyújt szolgáltatást az alábbi esetekre:

- a) akut cerebellaris ataxia,
- b) Guillain-Barré-szindróma,
- c) HIV-fertőzés kapcsán kialakult encephalitis.

IV. Csontvelő-elégtelenség (Aplasticus anaemia)

A betegség a kóros, esetenként életveszélyes fehérvérsejt-, vérlemezkeszám-csökkenést, illetve vérszegénységet okozó csontvelő-elégtelenség szerzett formája.

A kárigény akkor nyújtható be, ha a diagnosztizálást követően transzfúzióra vagy transzplantációra került sor az 1. pontban meghatározott módon.

A kárigény elbírálásához a biztosító által előírt, a szakorvosi véleményben írásban rögzítendő diagnosztikus kritérium: csontvelőpunkciós vagy biopsziás lelet, a serumban: WBC < 500/μl; PLT < 20.000/μl. 20.000 vonatkoztatott reticulocytaszám kisebb, mint 1%.

1. A kapott kezeléssel kapcsolatos kritériumok (az egyik a kettő közül) és a biztosító által nyújtott szolgáltatás mértéke az adott kezelési kategória esetén:

- a) többszöri (min. 2x) transzfúzió valamely vérkészítménnyel, min. 2 hónapon keresztül, ehhez a biztosító az aktuális biztosítási összeg 100%-át nyújtja;
- b) rendszeres, legalább 1 hónapon keresztül folytatott immunsuppressív kezelés, ehhez a biztosító az aktuális biztosítási összeg 50%-át nyújtja;
- c) csontvelő-transzplantáció, ehhez a biztosító az aktuális biztosítási összeg 100%-át nyújtja.

2. Nem jár a szolgáltatás abban az esetben, ha a biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetét követő 2 éven belül jelentkező olyan diagnózisból ered, amely az alább felsorolt kórállapotokkal, illetőleg tünetekkel összefügg, és amelyek a szerződés megkötése előtt már jelentkeztek, és erről a törvényes képviselő bizonyíthatóan tudomással bírt vagy tudomással kellett volna bírnia:

- a) iatrogen,
- b) non-steroid gyulladásgátló-,
- c) sugár- vagy
- d) kemoterápia következtében kialakult csontvelő-károsodás,
- e) veleszületett aplasticus anaemia,
- f) krónikus anaemia.

3. A biztosító előre kifizeti a transzplantációra járó aktuális biztosítási összeget akkor, ha dokumentumokkal igazolható, hogy a transzplantáció megvalósulása ezzel előbbre hozható, és az összeget erre fordítják.

V. Vírushepatitisek (Hepatitis B, C, D, E)

A kárigény benyújtása idején a gyermeknél a fertőzés tényét már igazolni kell.

A kárigény elbírálásához a biztosító által előírt, a szakorvosi véleményben írásban rögzítendő diagnosztikus kritérium: a májenzimek adott életkori normálértékekhez viszonyított min. 4-szeres emelkedése (GPT, GOT), amelynek a kezelést követően is legalább 6 hónapon keresztül fenn kell állnia, beleértve még a kárigény bejelentésének időpontját is. A szolgáltatás azonban a májenzim értékétől függetlenül akkor is jogosnak tekintendő, amennyiben a vírus hepatitis interferonnal való kezelését követően a beteg nem gyógyult meg, és a vírus jelenléte még egy évvel az interferonkezelés befejezése után is igazolható.

1. A szolgáltatás az elfogadott kárigények esetén minden esetben az aktuális választott biztosítási összeg 100%-a.
2. Kizárandó: Hepatitis A

VI. Epilepszia

Az agyműködés átmeneti, rohamokban megnyilvánuló rendellenessége. A kárigény csak az ún. „nagy rohamokra” terjed ki, és akkor nyújtható be, ha a rohamok a megfelelőnek tartott kezelés ellenére több mint 2 éve tartanak.

A kárigény elbírálásához a biztosító által előírt, a szakorvosi véleményben írásban rögzítendő diagnosztikus kritérium: kóros EEG görbe. A rohamoknak a háziorvos vagy ideggyógyász által kellően dokumentálnak kell lenniük, ezen túl a kárigény alátámasztásához csak kórházi zárójelentés fogadható el. Az elbíráláshoz neurológus szakvélemény is benyújtandó!

1. Nem jár a szolgáltatás abban az esetben, ha a biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetét követő 2 éven belül jelentkező olyan diagnózisból ered, amely az alább felsorolt kórállapotokkal, illetőleg tünetekkel összefügg, és amelyek a szerződés megkötése előtt már jelentkeztek és erről a törvényes képviselő bizonyíthatóan tudomással bírt, vagy tudomással kellett volna bírnia:

- a) traumás agysérülések,
- b) agyműtétek,
- c) szülés alatti hypoxia,
- d) encephalitis.

2. A biztosítási védelem a „nagy rohamokra” az alábbiak szerint terjed ki:

- a) A „nagy roham” több mint heti egy alkalommal ismétlődő roham, a vázizmok összességére kiterjedő tonusos-clonusos görcsrel társuló eszméletvesztéssel.
- b) A biztosító szolgáltatása az igazolt és megfelelőnek tartott kezelés ellenére több, mint 2 éve tartó, egynél többszöri heti gyakoriságú „nagy roham” esetén az aktuális biztosítási összeg 100%-a.
- c) A biztosító szolgáltatása az igazolt és megfelelőnek tartott kezelés ellenére több, mint 2 éve tartó, egynél többszöri havi, de heti egynél kisebb gyakoriságú „nagy roham” esetén az aktuális biztosítási összeg 20%-a.

VII. Krónikus, szerzett szívbetegségek

A kárigény benyújtása akkor lehetséges, ha:

- a) igazolható az adott kiváltó betegség gyógyultnak nyilvánítása után legalább 6 hónappal még fennálló, NYHA II. fokozatú vagy ennél súlyosabb kardiológiai szövödmény;
- b) vagy a kiváltó betegség adekvát kezelése ellenére, 6 hónapon túl is megállapítható olyan kardiológiai utókép, amely a NYHA klasszifikációja szerint II. fokozatú, vagy súlyosabb osztályba sorolható.

A kárigény elbírálásához a biztosító által előírt, a szakorvosi véleményben írásban rögzítendő diagnosztikus kritérium: kardiológus szakorvos által felállított, echocardiographiás vizsgálattal megerősített diagnózis.

1. A szolgáltatás mértéke a szívbetegség NYHA által meghatározott súlyossági stádiumai szerint

- a) ha a panaszok minősítése minimum NYHA II. vagy III., akkor a biztosító szolgáltatása az aktuális biztosítási összeg 50%-a;
- b) ha a panaszok minősítése NYHA IV., akkor a biztosító szolgáltatása az aktuális biztosítási összeg 100%-a.

2. Kizárandó a biztosítási védelembe vett szívbetegségek köréből:

- a) a kizárólag alkohol vagy drogfogyasztás következtében kialakult szívbetegség, egyéb kiváltó ok nélkül;
- b) a kizárólag veleszületett kamrai vagy pitvari sövényhiba következtében kialakult másodlagos szívbetegség, egyéb kiváltó ok nélkül;
- c) a reumás láz talaján kialakult krónikus szívbetegség (amennyiben a szerződéskötést megelőzően diagnosztizálták).

3. Nem jár a szolgáltatás abban az esetben, ha a biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetét követő 2 éven belül jelentkező olyan diagnózisból ered, amely az alább felsorolt kórállapotokkal, illetőleg tünetekkel összefügg, és amelyek a szerződés megkötése előtt már jelentkeztek, és erről a törvényes képviselő bizonyíthatóan tudomással bírt vagy tudomással kellett volna bírnia:

- a) hipertónia (kétes esetben 24 órás méréssel igazolva),
- b) angina pectoris,
- c) bizonyítható arteriosclerosis, vagy koszorúérbetegség,
- d) ritmuszavar,
- e) detektálható, abnormális EKG eltérés,
- f) az adott életkorban normálisnak elfogadottnál magasabb szérumszintű koleszterin vagy triglicerid szint.

VIII. Bénulások

A végtagnak, vagy végtagoknak a gerincvelő valamely betegsége következtében kialakult állandó, teljes bénulása. A végtag definíció a teljes kart vagy lábat jelenti. A kárigény elbírálásához a biztosító által előírt, neurológus szakorvosi véleményben írásban rögzítendő kritérium: a kórállapot állandó és tartós voltának megállapítása. A kárigényhez kórházi zárójelentés benyújtása is szükséges!

1. A szolgáltatás az elfogadott kárigények esetén:

- a) Egy teljes kar vagy teljes láb bénulására az aktuális biztosítási összeg 50%-a;

b) teljes egyoldali vagy kétoldali, vagy minden végtagot érintő bénulásra az aktuális biztosítási összeg 100%-a.

2. Kizárandó:

a) veleszületett bénulás,

b) a végtagok részleges bénulása.

3. Nem jár a szolgáltatás abban az esetben, ha a biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetét követő 2 éven belül jelentkező olyan diagnózisból ered, amely az alább felsorolt kórállapotokkal, illetőleg tünetekkel összefügg, és amelyek a szerződés megkötése előtt már jelentkeztek, és erről a törvényes képviselő bizonyíthatóan tudomással bírt, vagy tudomással kellett volna bírnia:

a) sclerosis multiplex,

b) egyéb agyi vagy gerincvelőt érintő megbetegedés,

c) egyéb idegrendszeri betegség,

d) pszichológiai kórállapotok (pseudo-paralysis).

IX. Vakság

Akut betegség következtében legalább egy szem kialakult maradandó és teljes látáskiesés. A kárigény elbírálásához a biztosító által előírt, szemész szakorvosi véleményben írásban rögzítendő kritérium: a vakság maradandó voltának megállapítása. A kárigényhez kórházi zárójelentés benyújtása is szükséges!

1. Kizárandó: bármely más mértékű látásromlás!

2. Nem jár a szolgáltatás abban az esetben, ha a biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetét követő 2 éven belül jelentkező olyan diagnózisból ered, amely az alább felsorolt kórállapotokkal, illetőleg tünetekkel összefügg, és amelyek a szerződés megkötése előtt már jelentkeztek, és erről a törvényes képviselő bizonyíthatóan tudomással bírt vagy tudomással kellett volna bírnia:

a) diabetes mellitus,

b) glaucoma (zöldhályog),

c) trachoma,

d) cataracta (szürkehályog).

3. Szolgáltatás:

a) Ha végleges vakság alakul ki egy szemén, akkor a biztosító szolgáltatása az aktuális biztosítási összeg 50%-a.

b) Ha végleges vakság alakul ki mindkét szemén, akkor a biztosító szolgáltatása az aktuális biztosítási összeg 100%-a.

X. Siketség

Akut betegség következményeképpen kialakult, kórházak vagy klinikák audiológus szakorvosa által diagnosztizált, objektív audiometriás méréssel megerősített, teljes, végleges halláskiesés minden hangfrekvencia-tartományban, legalább egy fülben. A kárigény elbírálásához a biztosító által előírt fül-, orr- és gégeszakorvosi

véleményben írásban rögzítendő kritérium: a siketség maradandó voltának megállapítása. A kárigényhez kórházi zárójelentés benyújtása is szükséges!

1. Kizárandó: bármely más mértékű halláscsökkenés!

2. Nem jár a szolgáltatás abban az esetben, ha a biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetét követő 2 éven belül jelentkező olyan diagnózisból ered, amely az alább felsorolt kórállapotokkal, illetőleg tünetekkel összefügg, és amelyek a szerződés megkötése előtt már jelentkeztek, és erről a törvényes képviselő bizonyíthatóan tudomással bírt vagy tudomással kellett volna bírnia:

a) a közép- vagy belső fül krónikus gyulladása,

b) korábbi halláscsökkenés.

3. Szolgáltatás:

a) Ha végleges siketség a gyermek 2 éves korát követően alakul ki egy fülben, akkor a biztosító szolgáltatása az aktuális biztosítási összeg 20%-a.

b) Ha végleges siketség alakul ki mindkét fülben, akkor a biztosító szolgáltatása az aktuális biztosítási összeg 50%-a.

XI. Vérvérvételny következtében kialakult HIV-fertőzés

Kizárólag az az AIDS, illetve HIV-fertőzés, amely bizonyíthatóan valamely olyan humán vérvérvételny beadása következtében alakult ki, amelyet a biztosított a kockázatviselés kezdetét követően kapott. A kárigény benyújtásához csatolni kell a fertőzött vérvérvételny beadó intézmény nyilatkozatát, amelyben ez irányú felelősségét hivatalosan elismeri, vagy a felelősséget megállapító, jogerős bírósági határozatot.

Jogosnak tekinthető a kárigény, ha a biztosított bizonyítottan nem haemophiliás és a vérvérvételny beadása az egyéb módon nem kezelhető biztosítottat fenyegető akut életveszély elhárítása céljából történt.

A biztosító szolgáltatása elfogadott kárigény esetén az aktuális biztosítási összeg 100%-a.

XII. Veseelégtelenség

A biztosítási védelem az ún. „végállapotú” veseelégtelenségre terjed ki, amely mindkét vese működésének krónikus, már vissza nem fordítható működési elégtelenségét jelenti, és amely egyben rendszeres vesepótló krónikus dialízist (CAPD vagy haemodialysis) vagy vesetranszplantációt igényel.

A kárigény elbírálásához a biztosító által előírt, a nephrologus szakorvosi véleményben írásban rögzítendő kritérium: a kórállapot visszafordíthatatlan voltának megállapítása. Ezen túl a krónikus dialízis megkezdésének, illetőleg a transzplantáció megtörténtének egészségügyi intézményi igazolása és a kárigényhez a kórházi zárójelentések benyújtása is szükséges!

1. A szolgáltatás az elfogadott kárigények esetén minden esetben az aktuális biztosítási összeg 100%-a.
2. Nem jár a szolgáltatás abban az esetben, ha a biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetét követő 2 éven belül jelentkező olyan diagnózisból ered, amely az alább felsorolt kórállapotokkal, illetőleg tünetekkel összefügg, és amelyek a szerződés megkötése előtt már jelentkeztek, és erről a törvényes képviselő bizonyíthatóan tudomással bírt vagy tudomással kellett volna bírnia:
 - a) krónikus glomerulonephritis,
 - b) polycystás vese,
 - c) VUR következtében kialakult nephropathia,
 - d) autoimmun nephropathia,
 - e) húgyúti fejlődési rendellenesség talaján kialakuló krónikus pyelonephritis,
 - f) öröklődő familiaris vesebetegségek,
 - g) vesefejlődési rendellenességek,
 - h) egyéb vesebetegség (Schönlein-Henoch-szindróma),
 - i) hipertónia,
 - j) diabetes mellitus.

3. A biztosító előre, a biztosítási esemény bekövetkezése előtt kifizeti a fennmaradó biztosítási összeget akkor, ha dokumentumokkal igazolható, hogy:
 - a) a biztosított felkerült a magyar, az európai, vagy az amerikai (USA) hivatalos transzplantációs listára és
 - b) a transzplantáció megvalósulása ezzel előbbre hozható és
 - c) az összeget erre fordítják.

XIII. Inzulin dependens diabetes mellitus (inzulinhiány miatti súlyos anyagcserezavar; DM-I)

A biztosítási védelem a legalább már 3 hónapja inzulinkezelésben részesülő biztosítottra terjed ki. A kárigény elbírálásához a biztosító által előírt szakorvosi véleményben írásban rögzítendő kritérium: a kórállapot krónikus voltának megállapítása és a diagnosztizálás óta eltelt 3 hónapos tartam és a folyamatos inzulinkezelés igazolása. Ezen túl a kárigényhez a kórházi zárójelentések benyújtása is szükséges!

A szolgáltatás az elfogadott kárigények vonatkozásában az aktuális biztosítási összeg 60%-a.

Budapest, 2015. október 1.

LÓCI ÓRIÁS LESZ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS 3. SZÁMÚ MELLÉKLETE

Balesetből eredő súlyos fogyatékoságok

1. A kárigény megalapozásához a baleset e feltételek 8. § (2) pontjában meghatározott bejelentésén túl, a kezelés végével a kórházi zárójelentés is benyújtandó.
2. A szolgáltatás mértéke a balesetből eredő súlyos fogyatékoságokra fordítható aktuális biztosítási összeg %-ában az egyes esetekre az alábbi:

Mindkét felső végtag vállízülettől való teljes elvesztése	100%
Egy felső végtag csuklóizülettől és egy alsó végtag bokaízülettől való teljes elvesztése	100%
Egy felső végtag csuklóizülettől való teljes elvesztése	50%
Az összes ujj amputálása	40%
A hüvelykujj amputálása	20%
Két ujj (nem hüvelykujj) amputálása	10%
Egy alsó végtag térdízülettől való teljes elvesztése	50%
Mindkét alsó végtag bokaízülettől való teljes elvesztése	100%
Egy alsó végtag bokaízülettől való teljes elvesztése	40%
Az összes lábujj amputálása	25%
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Egy szem látóképességének teljes elvesztése	50%
Hallás teljes elvesztése	50%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	20%
A pénisz elvesztése	40%
Két here elvesztése	30%
Egy here elvesztése	10%
Egy tüdőfél elvesztése	50%
Két vese elvesztése	100%
Egy vese elvesztése	50%
Lép elvesztése	10%

Budapest, 2015. október 1.

LÓCI ÓRIÁS LESZ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS 4. SZÁMÚ MELLÉKLETE

Balesetből eredő súlyos törések

1. A kárigény megalapozásához a baleset e feltételek 8. § (2) pontjában meghatározott bejelentésén túl, a kezelés végeztével a kórházi zárójelentés is benyújtandó.
2. A súlyos törés típusai:
 - **Impaktált** (beékelődött) **törés**, amikor a tört végék elmozdulással, részben egymásba csúsznak.
 - **Nyílt törés**, amikor valamely tört vég a bőrön kívül helyezkedik el. A szolgáltatás csak a mellékletben rögzített olyan nyílt törések után jár, amelyek a bőr kiterjedt sérülésével járnak, egyben károsítva az izmokat, inakat, idegeket és/vagy az ereket.
 - **Szilánkos törés**, amikor a csont szerkezetében károsodik, zúzódik, darabosan vagy szilánkosan törik.
3. Amennyiben a baleset során egyidejűleg a következő táblázatban felsoroltak közül egynél több csonttörés következik be, a biztosító az adott törésekre meghatározott szolgáltatási mértékek (%-ok) összegének megfelelő, de legfeljebb a súlyos törésekre meghatározott aktuális biztosítási összeget fizeti ki.
4. A szolgáltatás mértéke az egyes esetekre a balesetből eredő súlyos törésekre fordítható aktuális biztosítási összeg %-ában az alábbi:

Megnevezés		Szolgáltatás (%)
Agy vagy arckoponyacsont törése (kivéve orr, fog, zygomaticus, maxilla, mandibula),	amennyiben legalább egy végtag teljes bénulásával jár, vagy az önellátó képesség súlyos zavarához vezet:	100%
	szilánkos és nyílt:	70%
	szilánkos vagy nyílt:	50%
Nyaki vagy ágyéki gerinctörés,	amennyiben legalább egy végtag teljes bénulásához vezet:	100%
Háti (thoracicus) gerinctörés,	amennyiben legalább egy végtag teljes bénulásához vezet:	100%
Medencecsont-törés,	az acetabulum szilánkos törése esetén:	80%
	stabil és instabil törés:	40%
Combnyaktörés, vagy kulcscsonttörés, amely a vállizületet is érinti,	impaktált, nyílt és szilánkos:	80%
	impaktált és szilánkos:	70%
	nyílt és szilánkos:	60%
Femur distalis törései, tibia-fej törések, humerus distalis törései, radius fejes törés,	amennyiben az ízületet is involválja, szilánkos, nyílt és impaktált:	60%
	amennyiben involválja az ízületet, szilánkos és impaktált:	50%
	izületi érintettséggel, szilánkos vagy impaktált:	40%
Tibia, radius, ulna distalis törései, calcaneus törés,	izületi érintettséggel, szilánkos, nyílt és impaktált:	50%
	izületi érintettséggel, szilánkos és impaktált:	40%
Bokatörés, malleolaris fracturák, bokacsont-törés, csuklótörés,	szilánkos, nyílt és impaktált:	50%
	szilánkos és impaktált:	40%
Scapula vagy felkarfej törés,	vállizületi érintettséggel, szilánkos, nyílt és impaktált:	80%
	vállizületi érintettséggel, szilánkos és impaktált:	70%
	vállizületi érintettséggel, nyílt vagy szilánkos:	60%
Könyök (oelcranon) törés,	szilánkos, nyílt és impaktált:	60%
	szilánkos és impaktált:	50%
	nyílt vagy szilánkos:	40%

Budapest, 2015. október 1.

Hogyan juthatok kényelmesen a biztosítással kapcsolatos információkhoz?



SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK MYMETLIFE INTERNETES FELÜLET HASZNÁLATÁRA

1. § A MyMetLife kiegészítő szerződés jelen feltételek aláírásával és a biztosító által történő elfogadásával jön létre. Az elfogadásról a biztosító elektronikus üzenetben (e-mail útján) értesíti a szerződőt.

2. § A MyMetLife olyan internetes kezelőfelület, amelynek segítségével a szerződő elektronikusan – ügyfélszolgálat, illetőleg közvetítő (függő és független biztosításközvetítő, alkusz) igénybevétele nélkül – az érvényesen létrejött és hatályban lévő, vagy még reaktiválható szerződésen a biztosítási feltételek szerinti változtatásokat eszközölhet, illetőleg ilyen kezdeményezhet.

3. § Jelen szerződés létrejötte esetén a szerződő az általa megadott e-mail címre elektronikus üzenetben felhasználónevet és elsődleges elérési kódot kap, amellyel szerződésének adatait éri el a www.metlifehungary.hu/mymetlife oldalon. Az első belépéskor az elsődleges elérési kódot a szerződő köteles megváltoztatni, annak hiányában a MyMetLife kezelőfelület nem érhető el. A felhasználónév az első, valamint azt követően bármely belépéskor szabadon megváltoztatható.

4. § Az elsődleges elérési kód megváltoztatása esetén, valamint minden belépéskor a biztosító SMS-ben másodlagos elérési kódot küld a szerződő részére, az általa megadott telefonszámra, amelynek használatával a szerződő valamennyi szerződése a kezelőfelületen elérhetővé válik.

5. § A szerződő felel azért, hogy az elérési kódokat más személy ne ismerhesse meg, így a szerződéseken változtatásra kizárólag a szerződő akaratára alapján kerülhessen sor. A biztosító kizárja a felelősséget azokért a károkért, amelyek amiatt következtek be, hogy az elérési kód a szerződőn kívüli más személy tudomására jutott, kivéve, ha erre a biztosító gondatlansága miatt került sor.

6. § (1) A szerződő a MyMetLife kezelőfelület segítségével áttekintheti szerződésének korábbi tranzakcióit, aktuális adatait, továbbá a fő- és kiegészítő biztosítás szerződési feltételei szerint egyes adatok megváltozását eszközölheti az alábbi korlátozással:

(2) Nem lehet megváltoztatni olyan adatokat,
- amelyek módosításához más személy (biztosított, gyámhatóság, pénzintézet, vagy záradékban megjelölt más személy) hozzájárulása szükséges;
- amelyek rögzítéséhez a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvényben előírt okmányok bemutatása szükséges.

7. § Azon esetekben, amelyekben a szerződés adatainak megváltoztatását a szerződő közvetlenül nem tudja eszközölni, a módosításra a MyMetLife nyomtatványt biztosít, amelyhez a hozzájárulásokat, illetőleg az adatok igazolását a szerződőnek közvetlenül kell beszerezni.

8. § A szerződő közvetlenül az alábbi tranzakciókat kezdeményezheti és tudja önállóan végrehajtani:

- Őrszem árfolyamfigyelő szolgáltatás beállítása,
- telefonszám megadása,
- e-mail cím módosítása,
- egységáthelyezés befektetési egységekhez kötött szerződéseken,
- díjmegosztási arány módosítása a befektetési egységekhez kötött szerződéseken,
- értékkövetés elutasítása (aktuális és végleges).

9. § A szerződő interaktív formanyomtatvány kitöltésével az alábbi tranzakciókat, illetőleg módosítások végrehajtását kezdeményezheti:

- díjfizetés változtatása,
- biztosítási összeg változtatása,
- díjmentes leszállítás,
- részleges visszavásárlás,
- rendszeres díj kiegyenlítése Portfólió Plusz számláról,
- kedvezményezett változása,
- személyes adatok módosítása:
- cím,
- lakcímkártya adatai,
- személyi azonosító okmány adatai,
- adóazonosító jel,
- e-mail cím,
- telefonszám.

10. § Őrszem árfolyamfigyelő szolgáltatás beállítása

(1) Az Őrszem árfolyamfigyelő szolgáltatás a MyMetLife ügyfélkapun keresztül állítható be.

(2) Az árfolyamfigyelő szolgáltatást eszközalaponként kell beállítani.

(3) Az Őrszem árfolyamfigyelő szolgáltatásnak két funkciója van. Egyrészt értesítést küld vagy automatikusan áthelyezi az adott eszközalapban lévő befektetési egységeket az ügyfél által előre megadott eszközalapba, ha a megfigyelt befektetési egységalap árfolyamának csökkenése elérte vagy meghaladta a szerződő által megadott határértéket; másrészt értesítést küld,

vagy automatikusan áthelyezi az adott eszközalapban lévő befektetési egységeket az ügyfél által előre megadott eszközalapba, ha az adott eszközalap – lokális minimumhoz képesti – árfolyam-növekedése elérte a szerződő által megadott százalékos mértéket vagy vételi árfolyama elérte a szerződő által előre megadott árfolyamot.

(4) A biztosító az SMS-t minden esetben a szerződő által megadott telefonszámra küldi. **A biztosító az SMS kézbesítésének sikertelenségéért és ebből adódó kárért vagy elmaradt haszonért a felelősséget kizárja.**

(5) Az Őrszem árfolyamfigyelő szolgáltatás használatával a szerződő kizárólagos lehetősége a személyes befektetési portfóliója összetételének igényeihez, kockázattűrő képességéhez igazodó beállítása, időbeli céljaival történő optimalizálása. A beállítások rendszeres figyelése és módosítása a szerződő felelőssége és kizárólagos kockázata, ezért hozzáférési kódja más részére át nem adható és nem tehető más részére egyéb módon sem hozzáférhetővé. A biztosításközvetítők kizárólagos felelőssége az eszközalapokhoz kapcsolódó kockázatokra való felhívás, továbbá az eddig elért hozamokról való tájékoztatás, konkrét befektetési tanácsadásra nem jogosultak, ezért az esetleges ilyen tevékenységük a szerződőnek a tranzakciók következményeiért való felelősségét nem érinti.

(6) Az Őrszem automatikus funkciói által kiváltott egységáthelyezések költsége megegyezik a **MyMetLife kezelőfelületen** kezdeményezett egységáthelyezések tranzakciós költségével, melynek aktuális mértékét a Gyűjtőszámla befektetési egységekhez kötött kiegészítő biztosítás 1. számú melléklete tartalmazza.

(7) Az Őrszem árfolyamfigyelő szolgáltatás funkciói által kiváltott, illetve kezdeményezett egységáthelyezés az általános szerződési feltételekben meghatározott általános egységáthelyezés szabályainak megfelelően történik.

A) Stop loss funkció

(1) A stop loss funkció segítségével az egyes eszközalapokra vonatkozóan a szerződő árfolyamfigyelő szolgáltatást állíthat be.

(2) Az árfolyamfigyelő szolgáltatás stop loss funkciójának alaptípusai:

a) az **automatikus stop loss** figyelmeztetés és **automatikus** egységáthelyezés beállítása esetén a biztosító a szerződő előzetes rendelkezése alapján automatikus egységáthelyezést végez, amennyiben a befektetési egységalap árfolyamának csökkenése elérte vagy meghaladta a szerződő által megjelölt határértéket;

b) a **kézi stop loss** figyelmeztetés beállítása esetén a biztosító SMS-t küld a szerződőnek, amennyiben a befektetési egységalap árfolyamának csökkenése elérte vagy meghaladta a szerződő által megjelölt határérté-

ket. Ebben az időpontban automatikus áthelyezés nem történik.

(3) Az automatikus stop loss funkció az egységáthelyezés, illetve az SMS értesítés küldésének időpontjában elindítja a stop loss funkcióhoz kapcsolódó start buy funkciót, amely a megfigyelt eszközalap árfolyam-növekedését vizsgálja, amennyiben nincs aktív státuszú start buy beállítva az automatikus stop loss által indított egységáthelyezés időpontjában (B) (3) b), illetve c)).

(4) A stop loss funkció indításának módjai:

a) A szerződő által a MyMetLife ügyfélportálon kezdeményezett stop loss funkció beállítása esetén a szerződő a 0 Ft, illetve € aktuális értéknél nagyobb értékkel rendelkező kockázatos eszközalapokra állíthatja be az Őrszem árfolyamfigyelő szolgáltatás stop loss funkcióját.

b) Automatikus start buy funkcióhoz kapcsolódó stop loss funkció: az automatikus start buy, vagy automatikus stop loss funkcióhoz kapcsolódó start buy funkció választása esetén, ha az eszközalap árfolyam-emelkedése elérte a szerződő által megadott mértéket és az egységáthelyezés megtörtént, az árfolyamfigyelés tovább folytatódik. Ekkor a megfigyelt eszközalap árfolyamcsökkenését vizsgálja a rendszer. Amennyiben az árfolyamcsökkenés eléri a szerződő által megadott mértéket, a rendszer – a szerződő választásától függően – SMS értesítést küld (kézi stop loss) az árfolyamcsökkenésről, vagy a rendszer az SMS értesítésen túl el is végzi az automatikus egységáthelyezést (automatikus stop loss).

c) Kézi start buy funkcióhoz kapcsolódó stop loss funkció: a kézi start buy, vagy stop loss funkcióhoz kapcsolódó kézi start buy funkció választása esetén, ha az eszközalap árfolyam-emelkedése elérte a szerződő által megadott mértéket és a rendszer elküldte az SMS értesítést a szerződőnek, az árfolyamfigyelés tovább folytatódik. Ekkor a megfigyelt eszközalap árfolyamcsökkenését vizsgálja a rendszer. Amennyiben az árfolyamcsökkenés eléri a szerződő által megadott mértéket, a rendszer SMS értesítést küld (kézi stop loss) az árfolyamcsökkenésről.

(5) Az árfolyamesés mértékének beállítása:

a) adott befektetési egységalapra történő abszolút ár beállítása esetén a stop loss funkció aktiválódik és a biztosító a (2) bekezdés szerinti szolgáltatást teljesíti, amennyiben a befektetési egységalap aktuális ára eléri a szerződő által beállított abszolút árat (fix érték vagy ár);

b) relatív százalékos érték beállítása esetén, amelyet a biztosító minden értékelési napon a megbízás megadásának napjától eltelt időszak legmagasabb árfolyamértékéhez viszonyít, a stop loss funkció aktiválódik és a biztosító a (2) bekezdés szerinti szolgáltatást teljesíti, amennyiben az aktuális árfolyam csökkenése eléri, vagy meghaladja a szerződő által beállított értéket.

(6) A szerződő által beállított stop loss funkció az egységek darabszámának (nem stop loss funkció által ki-

váltott tranzakcióval történő) 0-ra csökkenése után is érvényben marad oly módon, hogy amikor ismét egységek kerülnek a megfigyelt eszközalapba (nem start buy funkció által kiváltott tranzakcióval), a következő munkanapi vételi árfolyamhoz viszonyított, korábban beállított paramétereknek megfelelő limitárral indul újra az árfolyamfigyelés.

B) Start buy funkció

(1) A start buy funkció segítségével az egyes eszközalapokra vonatkozóan a szerződő árfolyamfigyelő szolgáltatást állíthat be.

(2) Az árfolyamfigyelő szolgáltatás start buy funkciójának alaptípusai:

a) a **kézi start buy** figyelmeztetés beállítása esetén a biztosító SMS-t küld a szerződőnek, amennyiben a befektetési egységalap árfolyamának emelkedése elérte vagy meghaladta a szerződő által megjelölt határértéket. Ezen opció választása esetén a szerződő az SMS-ben kapott értesítés alapján a **MyMetLife felületen** az egységeit más eszközalapba vagy eszközalapokba **helyezheti át**;

b) az **automatikus start buy** figyelmeztetés és automatikus egységáthelyezés beállítása esetén a biztosító a szerződő előzetes rendelkezése alapján automatikus egységáthelyezést végez, amennyiben a befektetési egységalap árfolyamának emelkedése elérte vagy meghaladta a szerződő által megjelölt határértéket.

(3) A start buy funkció indításának módjai:

a) a szerződő által a MyMetLife ügyfélportálon kezdeményezett start buy funkció beállítása esetén a szerződő bármely eszközalapra (0 Ft, illetve € aktuális értékkel bíró eszközalap(ok)ra is) beállíthatja az Őrszem árfolyamfigyelő szolgáltatás start buy funkcióját.

b) automatikus stop loss funkcióhoz kapcsolódó start buy funkció: az automatikus stop loss funkció választása esetén, ha az eszközalap árfolyamesése elérte a szerződő által megadott mértéket és az egységáthelyezés megtörtént, az árfolyamfigyelés tovább folytatódik. Ekkor a megfigyelt eszközalap árfolyam-növekedését vizsgálja a rendszer. Amennyiben az árfolyam-növekedés elérte a szerződő által megadott mértéket, a rendszer – a szerződő választásától függően – SMS értesítést küld (kézi start buy) az árfolyam-emelkedésről, vagy a rendszer az SMS értesítésen túl el is végzi az automatikus egységáthelyezést (automatikus start buy).

c) kézi stop loss funkcióhoz kapcsolódó start buy funkció: a kézi stop loss funkció választása esetén, ha az eszközalap árfolyamesése elérte a szerződő által megadott mértéket és a rendszer elküldte az SMS értesítést a szerződőnek, az árfolyamfigyelés tovább folytatódik. Ekkor a megfigyelt eszközalap árfolyam-növekedését vizsgálja a rendszer. Amennyiben az árfolyam-növekedés elérte a szerződő által megadott mértéket, a rendszer SMS értesítést küld (kézi start buy) az árfolyam-emelkedésről.

(4) Az árfolyam-emelkedés mértékének beállítása:

a) adott befektetési egységalapra történő abszolút ár beállítása esetén a start buy funkció aktiválódik és a biztosító a (2) bekezdés szerinti szolgáltatást teljesíti, amennyiben a befektetési egységalap aktuális ára eléri a szerződő által beállított abszolút árat (fix érték vagy ár);
b) relatív százalékos érték beállítása esetén – amelyet a biztosító minden értékelési napon a megbízás megadásának napjától eltelt időszak legalacsonyabb árfolyam-értékéhez viszonyít – a start buy funkció aktiválódik és a biztosító a (2) bekezdés szerinti szolgáltatást teljesíti, amennyiben az aktuális árfolyam növekedése eléri vagy meghaladja a szerződő által beállított értéket.

11. § A biztosító a szerződő által kezdeményezett közvetlen tranzakciók közül az egységáthelyezést (T-nap) a tranzakció kezdeményezését követő munkanapon regisztrálja (T+1 nap), az értékelési napot követő napon érvényes árfolyamon (T+2 nap) hajtja végre (amely eljárás egyezik a főbiztosítás és a kiegészítő biztosítás feltételeiben meghatározott rendelkezésekkel), míg a többi tranzakciót és a módosításokat a fő-, illetőleg a kiegészítő biztosítások feltételeiben meghatározott időtartamon belül hajtja végre.

12. § Egyes tranzakciók formanyomtatványon történő kezdeményezése esetén a biztosító ügyfélszolgálatára további adatok megadását, igazolásokat, hozzájárulásokat beszerzését igényelheti, adategyeztetést végezhet, illetőleg ilyen feladatokra a szerződés közvetítőjét felkérheti. Ilyen esetben a tranzakció végrehajtására, vagy a szerződés adatainak módosítására kizárólag a szükséges intézkedés végrehajtását követően kerülhet sor.

13. § Az egységáthelyezés és a díjmegosztási arány módosítása egyes esetekben jelentős mértékben megváltoztathatja a befektetési egységeknek az igényfelmérés során figyelembe vett kockázatát, továbbá a befektetés kockázatát, így arra a szerződőnek különös figyelmet kell fordítania.

14. § A tranzakciók automatikus végrehajtása miatt a biztosító nem vizsgálja az egyes tranzakciók ésszerűségét vagy annak hiányát, ezért a tranzakciók kockázatát teljes egészében a szerződő viseli.

15. § Egyes tranzakciók végrehajtása esetén a biztosító költségeket számít fel, amelyek összegét a szerződési feltételeknek a díjakra vonatkozó mellékletei tartalmazzák.

16. § A biztosító a szerződő által a MyMetLife felületen kezdeményezett egyes tranzakciókra kedvezményes díjakat biztosít, amelyek a Gyűjtőszámla befektetési egy-

ségekhez kötött kiegészítő biztosítás 1. számú mellékletéből ismerhetők meg.

17. § A szerződő köteles az általa kezdeményezett változtatást a kezelőfelület folyamatban lévő tranzakciók ablakban, míg annak végrehajtását követően a szerződés aktuális adatainak ablakában ellenőrizni, mivel a tranzakciók visszavonására azok elküldését követően nincs lehetőség.

18. § A biztosító fenntartja a jogot, hogy a közvetlenül, illetőleg a formanyomtatványon kezdeményezhető tranzakciókat és módosítási lehetőségeket fejlessze és azokat a MyMetLife kezelőfelületébe beépítse. A módosításokról a biztosító a szerződő részére értesítést küld.

19. § A biztosító kizárja a felelősséget minden olyan károkozás esetén, amely az internetes szolgáltató üzemzavarára vezethető vissza, ideértve a MyMetLife elleni elektronikus támadásból eredő zavarokat is.

20. § A szerződő a MyMetLife használata mellett igénybe veheti a biztosító telefonos ügyfélszolgálatát, továbbá a szerződés közvetítőjének segítségét is.

21. § Abban az esetben, amennyiben a szerződő a MyMetLife használata mellett a biztosító ügyfélszolgálatán, illetőleg a közvetítőjén keresztül is kezdeményez

tranzakciót, illetőleg a szerződés adataiban módosítást, a biztosító elsődlegesen a MyMetLife felületen, azt követően az ügyfélszolgálatra érkező, végül a papíralapon érkező kéréseknek tesz eleget. Amennyiben a szerződő szándéka a párhuzamos kezdeményezések alapján nem állapítható meg, a biztosító ügyfélszolgálat a szerződőt telefonon megkísérli elérni és az ellentmondásokat tisztázza. **Amennyiben az ellentmondások tisztázása egy munkanapon belül nem lehetséges, és nem állapítható meg egyértelműen a kérelmek beérkezésének időpontja, a biztosító jogosult a párhuzamos kérelmek bármelyike alapján eljárni és a többi kérelmet figyelmen kívül hagyni. A biztosító kizárja a felelősséget a szerződő egymásnak ellentmondó, párhuzamos kérelmeivel kapcsolatos döntéseiből eredő károkért. Amennyiben az egymásnak ellentmondó, párhuzamos kérelmek beérkezésének időpontja egyértelműen megállapítható, a biztosító a későbbi időpontban beérkezett kérelem alapján jár el.**

22. § A szerződő a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal kérheti a MyMetLife regisztrációjának törlését, amelyet a biztosító a kiegészítő szerződés felmondásaként kezel. Az írásbeli törlési kérelmet a biztosító a kérelem beérkezését követő második munkanap teljesíti.

Budapest, 2015. október 1.

1. SZÁMÚ MELLÉKLET

A többlethozam visszatérítés részletes szabályai

(1) Ha a különös feltétel másképp nem rendelkezik, illetőleg jelen melléklet más pontjai azt nem módosítják, a többlethozam szerződőnek járó részét a biztosítási összeg indexálása révén juttatja vissza a biztosító. A biztosító által felajánlott indexálást a szerződő az általános feltételek 14. §-ában foglaltak szerint visszautasíthatja.

(2) A többlethozam szerződésenként visszajuttatott része (a továbbiakban: bónusz): a szerződés egyéni életbiztosítási díjtartalékán, a biztosítási évfordulót megelőző egyéves időtartam alatt elért, a technikai kamatlábat meghaladó kamatnyereség minimum 80%-a (alapbónusz), illetőleg 90%-a (kedvezményes bónusz).

(3) A biztosító az alapbónuszból alapindexet, a kedvezményes bónuszból kedvezményes indexet számít.

(4) A többlethozamnak a szerződő részére visszajuttatott mértéke az alábbiak szerint alakul:

a) Ha a szerződő elfogadja a díj biztosító által felajánlott indexálását, akkor a biztosítási díj és a biztosítási összeg is a kedvezményes indexszel növekszik. A kedvezményes index: $(1 + \text{kedvezményes bónusz} + \text{technikai kamatláb}) / (1 + \text{technikai kamatláb})$.

b) Ha a szerződő visszautasítja a biztosító által felajánlott indexálást, akkor a biztosítási díj változatlan marad, a biztosítási összeg pedig az alapbónusz alapján, a (7) bekezdés szerint növekszik.

c) Ha a szerződés szerint már nincs díjfizetés és a szerződő rendelkezik az indexálás jogával, akkor a biztosítási összeg a kedvezményes indexszel növekszik.

d) Ha a szerződés szerint már nincs díjfizetés és a szerződő elveszítette az indexálás jogát, akkor a biztosítási összeg az alapindexszel növekszik.

(5) Az egyszeri díjas biztosítások esetében a biztosító a kedvezményes ráta szerint számolja ki a többlethozam szerződőnek visszajuttatott részét, illetőleg a kedvezményes indexszel szorozza a biztosítási összeget, kivéve, ha az egyszeri díjas biztosítás egy másik biztosításba beépített szolgáltatás, és a másik biztosításra a biztosító az alapindexet alkalmazza.

(6) Az index a többlethozam szerződő részére visszajuttatott részének százalékos mértékéből képzett arányszám, amellyel a biztosító a biztosítási évfordulón emeli a biztosítási összeget, illetőleg – rendszeres díjas biztosítások esetében a díjfizetési tartamon belül a szerződő ellenkező nyilatkozatának hiányában – emeli a biztosítási díjat (indexálás).

(7) Ha a szerződő visszautasítja a díj növelését, a biztosítási összeg egyénileg kiszámított mértékben növekszik. Az egyéni összegnövekedés egy olyan egyszeri díjas biztosítás biztosítási összege, amelynek egyszeri díja az

alapbónusz. Az egyszeri díjas biztosítás kalkulálása során a biztosító a biztosított aktuális korát, a biztosításból hátralévő tartamot, valamint a kezdeti kockázatelbírálást követő esetleges díjmelést és a biztosító terméktervben rögzített költségeit veszi figyelembe.

(8) Abban az esetben, ha az index nem éri el az 5%-ot, a biztosító szüneteltetheti a díj indexálását, feltéve, hogy a szerződő még nem veszítette el az indexálásra való jogát.

a) Ebben az esetben a biztosító a (7) bekezdés szerint jár el, azzal az eltéréssel, hogy a kedvezményes bónuszt alkalmazza.

b) A fel nem ajánlott indexálás az indexálási jog elvesztése szempontjából nem számít sem elutasításnak, sem pedig elfogadásnak.

(9) Nem kerül sor indexálásra azon a biztosítási évfordulón, amikor az előző egy év időszakában a díjtartalék befektetése során elért hozam nem haladta meg a technikai kamatlábat.

(10) Az utolsó indexálás a biztosítási esemény bekövetkeztékor történik.

a) Amennyiben a biztosítási esemény nem biztosítási évfordulóra esik, a biztosító a biztosítási eseménykor érvényes index arányos részével növeli az aktuális díjtartalékot, és ezt a (7) bekezdésben leírt egyéni módon átszámítja biztosítási összeggá, és ezzel emeli az előző évfordulós biztosítási összeget.

b) A biztosító ebben az esetben attól függően alkalmazza a kedvezményes indexet vagy az alapindexet, hogy a biztosítási esemény időpontjában a szerződő rendelkezett-e az indexálás jogával.

Budapest, 2015. október 1.

2. SZÁMÚ MELLÉKLET

Egyes, a feltételekben meghatározott változók értékei

Díjtűrészhatár:	300 Ft
A szerződés létrehozása érdekében felmerült költségek:	
A típusú orvosi vizsgálat	8 000 Ft + ÁFA
B típusú orvosi vizsgálat	3 300 Ft + ÁFA
C típusú orvosi vizsgálat	3 300 Ft + ÁFA
E típusú orvosi vizsgálat	14 800 Ft + ÁFA
F típusú orvosi vizsgálat	22 600 Ft + ÁFA
G típusú orvosi vizsgálat	11 400 Ft + ÁFA
H típusú orvosi vizsgálat	12 200 Ft + ÁFA
Költségátalány	2 000 Ft

A haláleseti biztosítás biztosítási összegének minimális értéke 500 000 Ft.

A baleseti halál kiegészítő biztosítás biztosítási összegének maximális értéke a haláleseti biztosítási összeg kétszerese és 9 000 000 Ft közül a magasabb érték.

A díj lehívásának időpontja a folyószámláról:	<p>A folyószámla terhelésének lehetséges kezdődátumai a biztosító által bankoknak átadott állomány alapján a következők:</p> <p>2015.10.13. 2015.11.12. 2015.12.11. 2016.01.14. 2016.02.11. 2016.03.11. 2016.04.13. 2016.05.12.</p> <p>A biztosító kizárja a felelősséget a saját tevékenységi körén kívül bekövetkező esetleges eltérésekért.</p>
---	---

Tájékoztatjuk, hogy amennyiben az évfordulói díjjal rendezett a szerződés és az indexálást követően befizetésre került díjak azonosítása során megállapítható, hogy az indexálás előtti (korábbi érvényes) díj érkezett be, akkor ezt a biztosító úgy tekinti, hogy a szerződő az indexálást hallgatólagosan elutasította.

Jelen mellékletben meghatározott költségek és díjak – szerződési feltételek szerinti – változtatását a biztosító hirdetményben teszi közzé.

Budapest, 2015. október 1.

3. SZÁMÚ MELLÉKLET

Kockázati díjak

1 Ft kockázat alatt álló összeg éves nettó kockázati díja normál kockázatok esetén

Életkor	Admiral (MET-277)	Nelson (MET-275, MET-276)	Életkor	Admiral (MET-277)	Nelson (MET-275, MET-276)
18	0,000205	0,000164	47	0,003250	0,002600
19	0,000226	0,000181	48	0,003713	0,002970
20	0,000246	0,000197	49	0,004196	0,003357
21	0,000258	0,000206	50	0,004681	0,003745
22	0,000266	0,000213	51	0,005169	0,004135
23	0,000270	0,000216	52	0,005668	0,004534
24	0,000279	0,000223	53	0,006181	0,004945
25	0,000288	0,000230	54	0,006701	0,005361
26	0,000296	0,000237	55	0,007235	0,005788
27	0,000304	0,000243	56	0,007773	0,006218
28	0,000314	0,000251	57	0,008315	0,006652
29	0,000333	0,000266	58	0,008871	0,007097
30	0,000363	0,000290	59	0,009443	0,007554
31	0,000400	0,000320	60	0,010033	0,008026
32	0,000446	0,000357	61	0,010610	0,008488
33	0,000500	0,000400	62	0,011175	0,008940
34	0,000563	0,000450	63	0,011768	0,009414
35	0,000643	0,000514	64	0,012441	0,009953
36	0,000723	0,000578	65	0,013239	0,010591
37	0,000806	0,000645	66	0,014154	0,011323
38	0,000905	0,000724	67	0,015149	0,012119
39	0,001029	0,000823	68	0,016243	0,012994
40	0,001188	0,000950	69	0,017453	0,013962
41	0,001376	0,001101	70	0,018799	0,015039
42	0,001589	0,001271	71	0,020233	0,016186
43	0,001833	0,001466	72	0,021734	0,017387
44	0,002111	0,001689	73	0,023388	0,018710
45	0,002436	0,001949	74	0,025261	0,020209
46	0,002816	0,002253	75	0,027436	0,021949

Budapest, 2015. október 1.

4. SZÁMÚ MELLÉKLET

Milyen dokumentumokra van szüksége a biztosítónak a kifizetéshez?



Tájékoztató a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokról

A szolgáltatási igény elbírálásához a következő iratokat szükséges benyújtani.

Valamennyi biztosítási szolgáltatás iránti igény esetén:

- a biztosító erre a célra szolgáló, kitöltött és aláírt igénybejelentő nyomtatványa
- a biztosítási eseményt okozó eseményre vonatkozó (annak bekövetkezésében szerepet játszó halál, baleset, betegség, rokkantság), illetve az azzal kapcsolatos valamennyi ellátás orvosi dokumentációja, kezelések, vizsgálatok iratai, kórházi zárójelentések, szövettani eredmények, műtéti leírások, szakorvosi iratok másolatai
- hatósági eljárás esetén a tényállás megállapítására alkalmas hiteles hatósági okirat, vádindítvány vagy vádirat, bírósági ítélet vagy az eljárást befejező/elutasító határozat, amennyiben ilyen készült és az okirat szükséges a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához
- külföldön bekövetkezett biztosítási esemény esetén a biztosítási esemény körülményeiről a külföldi állami, vagy önkormányzati hatóság és egészségügyi intézmények által kiállított okiratok hiteles magyar fordítása

Valamennyi baleseti szolgáltatási igény esetén:

- rendőrségi/munkahelyi baleseti jegyzőkönyv és a hivatalos hatósági dokumentáció hiteles másolata (ha készült)
- véralkohol vizsgálati eredmény (ha készült)
- toxikus anyagok szedésére vonatkozó vizsgálati eredmény (ha készült)
- amennyiben a sérült testrész a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően már károsodott, a korábban felállított orvosi diagnózisok, vizsgálatok, gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentációk másolatait, (ha létezik ilyen)

Csonttörés, égési sérülés esetére irányuló szolgáltatási igény esetén:

- a kórházi tartózkodásról és ellátásról szóló dokumentáció (zárójelentés) másolata, amely tartalmazza a kórházi tartózkodás időtartamát, a kórtörténeti adatokat, a felállított diagnózisokat, az alkalmazott kezeléseket, valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával

Kórházi ellátás esetére irányuló szolgáltatási igény esetén:

- a kórházi tartózkodásról és ellátásról szóló egészségügyi dokumentáció (vizsgálati eredmények, zárójelentés) másolata, amely tartalmazza a kórházi tartózkodás időtartamát, a kórtörténeti adatokat, a felállított diagnózisokat, az alkalmazott kezeléseket, baleset esetén a sérülés jellegének és mértékének igazolásával

Baleseti rokkantság esetére irányuló szolgáltatási igény esetén:

- a vizsgálati eredmények, az orvosi jelentés valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával illetőleg az egészségkárosodás mértékének igazolásával

Rokkantsági díjmentesítés esetére irányuló szolgáltatási igény esetén

- a megváltozott munkaképesség megállapításra jogosult szerv, illetve az egészségi állapot mértékét meghatározó rehabilitációs hatóság által kiadott és a hozzá benyújtott orvosi dokumentumok, határozatok, minősítések másolata (Rokkantsági határozat feltétlenül szükséges)
- a rokkantságot megállapító hatósági jegyzőkönyv másolata
- orvosi nyilatkozat*

Halál, baleseti halál esetére irányuló szolgáltatási igény esetén:

- hitelesített halotti anyakönyvi kivonat
- halottvizsgálati bizonyítvány másolata
- boncjegyzőkönyv másolata (amennyiben készült)
- háziorvosi kórtörténet másolata
- azon okiratok, amelyek a kedvezményezett jogszármazás (személyazonosítás, illetve kedvezményezett vagy örökös státusz) igazolásához szükségesek
- halotti epikrizist tartalmazó kórházi zárójelentés
- jogerős öröklési bizonyítvány vagy jogerős hagyatékátadó végzés másolata (abban az esetben kell csatolni, ha a kedvezményezettet nem nevezték meg, vagy a kedvezményezett elhalálozott)

- eredeti, érvényben lévő biztosítási kötvény vagy a kötvény elvesztésére vonatkozó nyilatkozat két tanú aláírásával
- orvosi nyilatkozat*
- haláleset utáni orvosi jelentés formanyomtatvány

A **Lóci óriás lesz** gyermekek egyes súlyos betegségeire és baleseteire szóló kiegészítő biztosítás esetén a kiegészítő biztosítási feltételekben meghatározott dokumentumok benyújtása szükséges

A felsorolt dokumentumokon kívül az igényjogosultnak minden esetben joga van olyan további okiratok vagy bizonyítékok benyújtására vagy bemutatására, amelyek az adott eset körülményei alapján – és a bizonyítás álta-

lános szabályai szerint – a biztosítási szolgáltatásra irányuló igény szakszerű elbírálásához, és ezen keresztül a követelés érvényesítéséhez szükséges. E körben a biztosító az érintett okiratról vagy bizonyítékról, illetve az azokhoz fűződő joghatásról való pontos tájékoztatással segíti az igényjogosultat.

*A kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata a káresemény hátterében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismézésének pontos időpontjával.

Budapest, 2015. október 1.

5. SZÁMÚ MELLÉKLET

A kiegészítő biztosítások választható biztosítási összegei

Baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 500 000 Ft / 1 700 €
- maximuma: 50 000 000 Ft / 170 000 €

Baleseti maradandó rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 500 000 Ft / 1 700 €
- maximuma: a baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének négyszerese, de maximum 50 000 000 Ft / 170 000 €
- a baleseti maradandó rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás a baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás nélkül nem köthető

Csonttörés és égési sérülés esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 100 000 Ft / 330 €
- maximuma: 800 000 Ft / 2 700 €
- a csonttörés és égési sérülés esetére szóló kiegészítő biztosítás a baleseti halál és baleseti maradandó rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás nélkül nem köthető

Balesetből származó kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 2 000 Ft / 7 €
- maximuma: 16 000 Ft / 53 €
- a balesetből származó kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás a baleseti műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás nélkül nem köthető

Kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 2 000 Ft / 7 €
- maximuma: 16 000 Ft / 53 €
- a kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás a műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás nélkül nem köthető

Baleseti műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 100 000 Ft / 330 €
- maximuma: 800 000 Ft / 2 700 €
- a baleseti műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás a baleseti kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás nélkül nem köthető

Műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 100 000 Ft / 330 €
- maximuma: 800 000 Ft / 2 700 €
- a műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás a kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás nélkül nem köthető

Budapest, 2015. október 1.

Mit érdemes tudni a biztosítóról?



CÉGISMERTETŐ

A MetLife Inc. bemutatkozója

Az 1868-ban alapított MetLife leányvállalatain és társvállalatain keresztül világszerte kínál életbiztosítási és életjáradék programokat, alkalmazotti juttatásokat, valamint vagyongazdálkodási szolgáltatásokat. A mintegy 100 millió ügyfelet kiszolgáló és a FORTUNE 100® közül 90 céggel együttműködő MetLife közel 50 országban van jelen, és piacvezető szerepet tölt be az Egyesült Államokban, Japánban, Latin-Amerika, Ázsia, Európa és a Közel-Kelet országában.

MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepe

A MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepénél a magyar életbiztosítási piacon is értékálló hozamokat nyújtó és hosszú távú pénzügyi biztonság megteremtésére alkalmas megoldásokat kínálunk. Számunkra fontos, hogy ügyfeleinknek az elvártnál jobb minőségű szolgáltatást nyújtsunk, amelyre a jól felkészült kollégák jelentik a garanciát. További információért látogassa meg a www.metlife.hu honlapot.

Általános információk

Cégnév: MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepe

Cím: 1138 Budapest, Népfürdő u. 22.

Ügyfélszolgálat: 06 40 444 445

Internet: www.metlife.hu

Email: info@metlife.hu

Anyavállalat: MetLife Europe Limited

Anyavállalat tulajdonosa: MetLife EU Holding Company Limited és American Life Insurance Company

Adószám: 25363926-2-41

Céggjegyzékszám: 01-17-000934

Felügyeleti szerv: Ír Pénzügyi Szolgáltatások Hatóságának Központi Bankja (Central Bank of Ireland, PO Box 559, Dame Street, Dublin 2, Írország)