

A MetLife Europe d.a.c. MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítások (MET-247; MET-248) biztosítási szabályzata



Tartalom

Biztosítási szerződésekre irányadó általános rendelkezések I. rész	6
I. A biztosítóra vonatkozó tájékoztató adatok	7
II. Panaszkezelés	8
III. A biztosítási titok és a személyes adatok kezelése	10
IV. A személyes adatok kezelésére vonatkozó tájékoztatás	14
V. Adózási tudnivalók magánszemélyek részére	14
VI. Tájékoztatás adóügyi illetőségről	15
VII. Késedelmi kamat	16
VIII. A technikai kamatláb megváltoztathatósága	16
IX. A biztosításközvetítő	16
X. Egyéb rendelkezések	17
 Biztosítási szerződésekre irányadó általános rendelkezések II. rész	 18
I. A biztosítási szerződéssel kapcsolatos fogalmak	19
II. A balesetbiztosítási és az egészségbiztosítási szerződéssel kapcsolatos fogalmak	21
III. A biztosítási szerződés alanyai	22
IV. A biztosítási szerződés megkötése, a kockázatviselés kezdete	23
V. A biztosítási szerződés létrejötte a biztosító ráutaló magatartásával	24
VI. A biztosítási szerződés megkötése távértékesítés útján	24
VII. A biztosítási szerződés megkötése elektronikus úton	25
VIII. A szerződéskötés különös szabályai	25
IX. Biztosítási érdek	26
X. Várakozási idő	26
XI. Belépés a szerződésbe	26
XII. Kedvezményezett kijelölése	26
XIII. A biztosítási szerződés megkötését követő tájékoztatás	27
XIV. A biztosítási szerződés tartama	27
XV. Közlési és változásbejelentési kötelezettség	28
XVI. A közlési és változásbejelentési kötelezettség megszegésének következménye életbiztosítási és egészségbiztosítási szerződés esetén	28
XVII. A biztosító szolgáltatása	28
XVIII. A biztosító mentesülése a szolgáltatási kötelezettség alól, maradékjog	29
XIX. A biztosítási kockázat jelentős növekedése	29
XX. A biztosítás díja	29
XXI. Értékkövetés (indexálás)	31
XXII. A biztosítási szabályzat hatálya alá tartozó biztosítási szerződések megkötése és módosítása	31
XXIII. Díjfizetési kötelezettség a biztosítási szerződés megszűnése esetén	32
XXIV. A díjfizetési kötelezettség elmulasztásának következményei	32
XXV. A biztosítási szerződés ismételt hatályba léptetése	32
XXVI. A biztosítási esemény és a biztosítási esemény bekövetkezésére vonatkozó bejelentési kötelezettség	32
XXVII. A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése	33
XXVIII. Kizárások	33
XXIX. A biztosítási szerződés felmondása	35
XXX. Az életbiztosítási szerződés különös felmondása	35
XXXI. A biztosítási szerződés megszűnése	35
XXXII. Jognyilatkozatok	36

XXXIII. Elévülés	36
XXXIV. Irányadó jog, joghatóság kikötése	37
XXXV. A biztosítási szerződésre vonatkozó jogszabályi rendelkezésektől lényegesen eltérő feltételek	37
XXXVI. Egyéb rendelkezések	37
Biztosítási szerződésekre irányadó általános rendelkezések II. rész - Mellékletek	39
1. számú melléklet: Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata	40
2. számú melléklet: Csonttörések és égési sérülések táblázata	42
3. számú melléklet: Műtéti beavatkozások táblázata	44
4. számú melléklet: A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges dokumentumok	50
Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések	54
MetProtect változó díjú kockázati életbiztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-K37, MET-K38)	55
MetProtect kockázati életbiztosítás választható tartammal biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-K50, MET-K51)	56
MetProtect kockázati életbiztosítás csökkentett díjfizetési tartammal biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-K52, MET-K53)	57
MetProtect hirtelen halál esetére szóló biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-SD3, MET-SD1)	59
MetProtect baleseti halál esetére szóló biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-HC1, MET-HC4)	61
MetProtect közlekedési baleseti halál esetére szóló biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-TA4, MET-TA3)	62
MetProtect szülők egyazon balesetből bekövetkező halála esetére szóló biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-OR6, MET-OR0)	63
MetProtect változó díjú Critical Care-9 biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-C52, MET-C53)	65
Függelék - A MetProtect változó díjú Critical Care-9 biztosítási szerződés alapján biztosítási eseménynek minősülő betegségek, egészségi állapotok, műtéti beavatkozások kategóriáinként, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja és a biztosítási összeg mértéke	68
MetProtect Critical Care-9 választható tartammal biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-C59, MET-C60)	73
Függelék - MetProtect Critical Care-9 választható tartammal biztosítási szerződés alapján biztosítási eseménynek minősülő betegségek, egészségi állapotok, műtéti beavatkozások kategóriáinként, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja és a biztosítási összeg mértéke	76
MetProtect változó díjú Critical Care-50 biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-C44, MET-C45)	81
Függelék - A MetProtect változó díjú Critical Care-50 biztosítási szerződés alapján biztosítási eseménynek minősülő betegségek, egészségi állapotok, műtéti beavatkozások kategóriáinként, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja és a biztosítási összeg mértéke	84
MetProtect Critical Care-50 választható tartammal biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-C46, MET-C47)	102
Függelék - A MetProtect Critical Care-50 választható tartammal biztosítási szerződés alapján biztosítási eseménynek minősülő betegségek, egészségi állapotok, műtéti beavatkozások kategóriáinként, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja és a biztosítási összeg mértéke	105
MetProtect Critical Care daganatos megbetegedésekre szóló, változó díjú biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-C40, MET-C41)	123
Függelék - A MetProtect Critical Care daganatos megbetegedésekre szóló, változó díjú biztosítási szerződés alapján biztosítási eseménynek minősülő események, azok bekövetkezésének időpontja és a biztosítási összeg mértéke	125

MetProtect Critical Care daganatos megbetegedésekre szóló, választható tartamú biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-C42, MET-C43)	127
Függelék - A MetProtect Critical Care daganatos megbetegedésekre szóló, választható tartamú biztosítási szerződés alapján biztosítási eseménynek minősülő események, azok bekövetkezésének időpontja és a biztosítási összeg mértéke	129
MetProtect változó díjú Critical Care Plus biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-C48, MET-C49)	131
MetProtect Critical Care Plus választható tartammal biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-C50, MET-C55)	133
MetProtect Critical Care Diabetes Plus biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-DI2, MET-DI4)	136
MetProtect Critical Care Mother Plus biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-BC1, MET-BC2)	138
Függelék - A Critical Care Mother Plus biztosítási szerződés alapján biztosítási eseménynek minősülő események, azok bekövetkezésének időpontja és a biztosítási összeg mértéke	140
MetProtect baleseti maradandó egészségkárosodás (1%-) esetére szóló biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-RC1, MET-RC9)	146
MetProtect baleseti maradandó egészségkárosodás (1%-) esetén 250%-ig terjedő progresszív térítést nyújtó biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-RC2, MET-RC0)	149
MetProtect baleseti maradandó egészségkárosodás (31%-) esetére szóló biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-RC7, MET-RD5)	152
MetProtect baleseti maradandó egészségkárosodás (61%-) esetére szóló biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-RC8, MET-RD6)	155
MetProtect maradandó egészségkárosodás (40%-) esetére szóló biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-Y10, MET-Y11)	158
MetProtect Hitel Care Basic biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-MD7, MET-ME7)	160
MetProtect Hitel Care Plus biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-MA7, MET-MB7)	161
MetProtect tanulmányi járadékot nyújtó biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-TJ1, MET-TJ2)	163
MetProtect Táppénz Basic keresőképtelenség esetén napi térítést nyújtó biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-IR1, MET-IR2)	165
MetProtect Táppénz Plus gyermekápolás miatti keresőképtelenség esetén napi térítést nyújtó biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-IR3, MET-IR4)	168
MetProtect csonttörés és égési sérülés esetére szóló biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-F14, MET-F20)	171
MetProtect balesetből származó műtéti beavatkozás esetére szóló biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-SB3, MET-SB7)	173
MetProtect balesetből származó műtéti beavatkozás esetén 200%-ig terjedő progresszív térítést nyújtó biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-SB4, MET-SB8)	175
MetProtect műtéti beavatkozás esetére szóló biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-SB5, MET-SB9)	177
MetProtect műtéti beavatkozás esetére szóló, 200%-ig terjedő progresszív térítést nyújtó biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-SB6, MET-SB0)	179
MetProtect baleseti okú kórházi ellátás esetén (1. naptól) napi térítést nyújtó biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-NB3, MET-NC1)	182
MetProtect baleseti okú kórházi ellátás esetén (1. naptól) 200%-ig terjedő progresszív napi térítést nyújtó biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-NB5, MET-NC3)	184
MetProtect baleseti okú kórházi ellátás esetén (5. naptól) napi térítést nyújtó biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-NB4, MET-NC2)	186

MetProtect baleseti okú kórházi ellátás esetén (5. naptól) 200%-ig terjedő progresszív napi térítést nyújtó biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-NB6, MET-NC4)	188
MetProtect kórházi ellátás esetén (1. naptól) napi térítést nyújtó biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-NB7, MET-NC5)	190
MetProtect kórházi ellátás esetén (1. naptól) 200%-ig terjedő progresszív napi térítést nyújtó biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-NB9, MET-NC7)	192
MetProtect kórházi ellátás esetén (5. naptól) napi térítést nyújtó biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-NB8, MET-NC6)	195
MetProtect kórházi ellátás esetén (5. naptól) 200%-ig terjedő progresszív napi térítést nyújtó biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-NB0, MET-NC8)	197
MetProtect dr. MetLine Magyarország Asszisztencia biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-A27)	200
MetProtect dr. MetOnline Asszisztencia biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-A47)	202

Biztosítási szerződésekre irányadó általános rendelkezések I. rész

BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSEKRE IRÁNYADÓ ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK I. RÉSZ

A MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződések biztosítási szabályzatában (a továbbiakban: biztosítási szabályzat) foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire (a továbbiakban együttesen mint: biztosítási szerződés vagy biztosítás) érvényesek, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a biztosítási szabályzatra hivatkozással kötötték.

I. A biztosítóra vonatkozó tájékoztató adatok

1. A MetLife, Inc. (NYSE: MET) („MetLife”) a világ egyik legnagyobb életbiztosító társasága. 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 országaiban.

A MetLife csoport tagjaként, a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe a magyar életbiztosítási piacon is értékálló hozamokat nyújtó és hosszú távú pénzügyi biztonság megteremtésére alkalmas megoldásokat kínál. A MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe számára fontos, hogy ügyfeleinek az elvártnál jobb minőségű szolgáltatást nyújtson, amelyre a jól felkészült kollégái jelentik a garanciát. További információért látogassa meg a www.metlife.hu honlapot.

2. A MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe adatai

Név: MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

Jegyzett tőke: 10,7 milliárd forint

Székhely: 1138 Budapest, Népfürdő utca 22.

Székhely állama: Magyarország

Cégjegyzékszám: 01-17-000934

Adószám: 25363926-2-41

Nyilvántartja: a Fővárosi Törvényszék Cégbírósága

Jogi forma: fióktelep

Postai cím: 1138 Budapest, Népfürdő utca 22.

Telefonszám: +36 (1) 391 1300

Fax szám: +36 (1) 391 1660

E-mail cím: info@metlife.hu

Internetes honlap: www.metlife.hu

Panaszkezelő szervezeti egység: Ügyfélszolgálati Osztály

Ügyfélszolgálati osztály címe: 1138 Budapest, Népfürdő utca 22.

Ügyfélszolgálati osztály telefonszáma: +36 (1) 391 1300

Ügyfélszolgálati osztály fax száma: +36 (1) 391 1660

Ügyfélszolgálati osztály e-mail címe: info@metlife.hu

Hatáskörrel rendelkező felügyeleti hatóság: Magyar Nemzeti Bank (Székhely: 1013 Budapest, Krisztina körút 55. , Tel.: +36 (1) 428 2600, Fax: +36 (1) 429 8000, E-mail: info@mnbb.hu, Levélcím: Magyar Nemzeti Bank, 1850 Budapest, Ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6., Ügyfélszolgálati tel.: +36 (80) 203 776, Pénzügyi fogyasztóvédelem e-mail: ugyfelszolgalat@mnbb.hu)

A biztosítási szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén eljáró hatóság: Pénzügyi Békéltető Testület (Levélcím: Pénzügyi Békéltető Testület 1525 Budapest, Pf.: 172, Ügyfélszolgálat címe: 1122. Budapest, Krisztina krt. 6., Telefon: 06-1-489-9700, 06-80-203-776, E-mail: ugyfelszolgalat@mnbb.hu)

3. A MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe anyavállalatának adatai

Név: MetLife Europe d.a.c.

Székhely: 20 on Hatch, Lower Hatch Street, Dublin 2

Székhely állama: Írország

Nyilvántartási szám: 415123

Nyilvántartást végző hatóság: Central Bank of Ireland

Jogi forma: részvénytársaság

Tulajdonosok: MetLife EU Holding Company Limited, American Life Insurance Company, MetLife Holdings (Cyprus) Limited, International Technical and Advisory Services Limited (ITAS)

Hatáskörrel rendelkező felügyeleti hatóság: Ír Pénzügyi Szolgáltatások Hatóságának Központi Bankja (Székhely: Central Bank of Ireland, PO Box 559, New Wapping Street, North Wall Quay Dublin 1, Írország)

A fizetőképességről és pénzügyi helyzetről szóló éves jelentés: a MetLife Europe d.a.c. a fizetőképességről és pénzügyi helyzetéről szóló éves jelentést (SFCR) minden év június 30. napjáig teszi közzé a www.metlife.hu honlapon.

II. Panaszkezelés

1. A biztosító biztosítja, hogy az ügyfél és a fogyasztói érdekképviselői szervek (a továbbiakban együtt e pont alkalmazásában: ügyfél) a biztosító, az általa alkalmazott vagy megbízott ügynök vagy - adott termék kapcsán - általa megbízott kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személy magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, elektronikus levélben) közölhesse.
2. A biztosító
 - a) a szóbeli panaszt valamennyi, az ügyfelek számára nyitva álló helyiségben, annak nyitvatartási idejében, ennek hiányában a székhelyén minden munkanapon 8 órától 16 óráig, de legalább a hét egy munkanapján 7 és 21 óra között legalább tizenkét órán keresztül folyamatosan,
 - b) a telefonon közölt szóbeli panaszt minden munkanapon 8 órától 16 óráig, de legalább a hét egy munkanapján 7 és 21 óra között legalább tizenkét órán keresztül folyamatosan,
 - c) az írásbeli panaszt elektronikus eléréssel - üzemzavar esetén megfelelő más elérhetőséget biztosítva – folyamatosan fogadja.
3. A biztosító a szóbeli panasz ügyfelek részére nyitva álló helyiségben vagy annak hiányában székhelyén történő kezelése esetén biztosítja, hogy az ügyfeleknek lehetőségük legyen elektronikus és telefonon keresztül is a személyes ügyintézés időpontjának előzetes lefoglalására. A személyes ügyintézés időpontja igénylésének napjától számított 5 munkanapon belül a biztosító személyes ügyfélfogadási időpontot biztosít az ügyfél számára.
4. Telefonon történő panaszkezelés esetén a biztosító biztosítja az ésszerű várakozási időn belüli hívásfogadást és ügyintézkést. A biztosító az ügyintézőjének - a biztosító felé indított hívás sikeres felépülésének időpontjától számított - öt percen belüli előhangos bejelentkezése érdekében úgy köteles eljárni, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható.

5. A biztosító a szóbeli panaszt – a 6. pontban meghatározott eltéréssel - azonnal megvizsgálja, és szükség szerint orvosolja. Ha az ügyfél a panasz kezelésével nem ért egyet, a biztosító a panaszról és az azzal kapcsolatos álláspontjáról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolati példányát a személyesen közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek átadja, telefonon közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek - a 7. pontban foglaltakkal egyidejűleg - megküldi, egyebekben az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el.
6. Ha a panasz azonnali kivizsgálása nem lehetséges, a biztosító a panaszról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolati példányát a személyesen közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek átadja, telefonon közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek - a 7. pontban foglaltakkal egyidejűleg - megküldi, egyebekben az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el.
7. A biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő 30 napon belül megküldi az ügyfélnek. A biztosító a panaszkezelés során köteles úgy eljárni, hogy a körülmények által adott lehetőségekhez mérten elkerülje a pénzügyi fogyasztói jogvita kialakulását.
8. A panasz elutasítása esetén a biztosító válaszában írásban tájékoztatja az ügyfelet arról, hogy a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvényben meghatározott fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a pénzügyi közvetítőrendszer felügyeletével kapcsolatos feladatkörében eljáró Magyar Nemzeti Banknál 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 eljárását kezdeményezheti, amennyiben a Pénzügyi Békéltető Testület eljárására vonatkozó szabályok alapján fogyasztónak minősül. A biztosító tájékoztatja a fogyasztót arról, hogy tett-e általános alávétési nyilatkozatot, megadja a Pénzügyi Békéltető Testület székhelyét, telefonos és internetes elérhetőségét, valamint levelezési címét, továbbá a fogyasztó külön kérésére megküldi a Pénzügyi Békéltető Testület által készített és a biztosító rendelkezésére bocsátott kérelem nyomtatványt.
9. A Magyar Nemzeti Bank és a Pénzügyi Békéltető Testület székhelye, levelezési címe, telefonos és internetes elérhetősége a jelen biztosítási szabályzat I. 2. pontjában található.
10. A biztosító az ügyfelek panaszai hatékony, átlátható és gyors kezelésének eljárásáról, a panaszügyintézés módjáról, valamint a 11. pont szerinti nyilvántartás vezetésének szabályairól szabályzattal (a továbbiakban: panaszkezelési szabályzat) rendelkezik. A biztosító a panaszkezelési szabályzatban tájékoztatja az ügyfelet a panaszügyintézés helyéről, levelezési címéről, elektronikus levelezési címéről, telefonszámáról és telefaxszámáról. A biztosító a panaszkezelési szabályzata a honlapján, az ügyfelek számára nyitva álló helyiségében, továbbá a székhelyén is elérhető.
11. A biztosító az ügyfelek panaszairól, valamint az azok rendezését, megoldását szolgáló intézkedésekről nyilvántartást vezet.
12. Az Európai Parlament és a Tanács 2013. május 21-i 524/2013/EU rendelete a fogyasztói jogviták online rendezéséről, valamint a 2006/2004/EK rendelet és a 2009/22/EK irányelv módosításáról (fogyasztói online vitarendezési irányelv) alapján az Európai Bizottság létrehozta az uniós szintű online vitarendezési platformot (platform), amely az alábbi internetes oldalon érhető el: <http://ec.europa.eu/odr>.

A platformon az Unióban tartózkodási hellyel rendelkező fogyasztók (magánszemélyek), az Unióban letelepedett kereskedőkkel szemben, online szolgáltatási szerződéssel kapcsolatos jogvitáik bírósági eljáráson kívüli rendezését kezdeményezhetik. Az online vitarendezési platform felhasználható a pénzügyi fogyasztói viták rendezéséhez.

A rendelet nem alkalmazandó a fogyasztók és kereskedők közötti azon vitákra, amelyek a nem internetes (offline) úton létrejött szerződések kapcsán, illetve kereskedők között merülnek fel.

A rendelet hatálya közvetlenül kiterjed a Magyarországon székhellyel rendelkező pénzügyi szolgáltatókra, így a biztosítóra is, amennyiben a fogyasztó és a biztosító között létrejött biztosítási szerződést a fogyasztó a biztosító, vagy biztosításközvetítő weboldalán (jellemzően biztosításközvetítő személyes közreműködése nélkül) elérhető, szerződéskötést lehetővé tévő alkalmazások igénybevételeivel kötötte meg.

A rendelet értelmében a fogyasztók a platform használatával online kezdeményezhetik a jogvita bírósági eljáráson kívüli rendezését. A jogvita peren kívüli rendezésére Magyarországon a Pénzügyi Békéltető Testület jogosult.

Az online vitarendezési platformról a Magyar Nemzeti Bank tájékoztatót adott ki, mely az alábbi internetes oldalon érhető el: <https://mnb.hu/bekeltetes/online-vitarendezesi-platform>.

III. A biztosítási titok és a személyes adatok kezelése

1. A biztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a Bit. által meghatározott egyéb cél lehet.
2. Az 1. pontban meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést a biztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.
3. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül - ha törvény másként nem rendelkezik - titoktartási kötelezettség terheli a biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.
4. Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvényben (a továbbiakban: Eüak.) meghatározott egészségügyi adatokat a biztosító az 1. pontban meghatározott célokból, az Eüak. rendelkezései szerint, kizárólag az érintett kifejezett hozzájárulásával kezeli.
5. A biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezeli, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.
6. A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat addig kezeli, ameddig a szerződés létrejöttének megíiusulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.
7. A biztosító töröl 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.
8. A Bit. alkalmazásában az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.
9. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.
10. Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha
 - a) a biztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
 - b) a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn,
 - c) a biztosító által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója ezt a tanúsítási eljárás lefolytatása keretében ismeri meg,
 - d) a biztosító érdeke ezt az ügyféllel szemben fennálló követelése eladásához vagy követelése érvényesítéséhez szükségessé teszi.
11. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a Bit. 138.§ (1) bekezdésében meghatározott szervekkel szemben, többek között, de nem kizárólag:
 - a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,

-
- b) az előkészítő eljárást folytató szervvel, a nyomozó hatósággal az ügyészséggel, valamint a szabálysértési hatósági jogkörében eljáró rendőrséggel és a Nemzeti Adó- és Vámhivatallal,
 - c) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási perben eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a csődeljárásban eljáró vagyonfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyonfelügyelővel, rendkívüli vagyonfelügyelővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal,
 - d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
 - e) a 12. pontban foglalt esetekben az adóhatósággal,
 - f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
 - g) a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
 - h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
 - i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel,
 - j) törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
 - k) a viszontbiztosítóval, a csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
 - l) törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető kötvénnyilvántartó szervvel, a kártörténeti nyilvántartást vezető kárnyilvántartó szervvel, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárművekkel kapcsolatos közúti közlekedési igazgatási feladatokkal összefüggő hatósági ügyekben a közlekedési igazgatási hatósággal, valamint a közúti közlekedési nyilvántartási szervével,
 - m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében - az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint - az átvevő biztosítóval,
 - n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében és az ezen adatok egymás közti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát és a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, továbbá - a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján - a károkozóval,
 - o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,
 - p) fióktelep esetében - ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyező adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal - a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel,
 - q) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,
 - r) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal,
 - s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló miniszteri rendeletben meghatározott kártörténeti adatokra és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval,

- t) a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal szemben
- u) a kötelező gépjármű-felelősségbiztosításról szóló 2009. évi LXII. törvény szerinti e-kárbejelentő felületen megadott adatoknak a kárbejelentő alkalmazás működtetése, a biztosítási eseményhez kapcsolódó, szükséges információk begyűjtése és a biztosítók részére kárrendezés céljából történő továbbítása tekintetében a MABISZ-szal szemben, ha az a)-j), n), s), t) és u) pontban megjelölt szerv vagy személy adatkérésrel, illetve írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a p)-s) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.
12. A 11. e) pont alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.
13. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. törvényben (a továbbiakban: Hpt.) meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját és az adatkérés célját.
14. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA-törvény) alapján az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.
15. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás az Aktv. 43/H. §-ában foglalt kötelezettség, valamint a FATCA-törvény alapján az Aktv. 43/B. és 43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.
16. A biztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az előkészítő eljárást folytató szerv, a nyomozó hatóság, az ügyészség, továbbá a bíróság adatkérésére, illetve írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul, írásban tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet
- a) a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerezettel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
- b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerezettel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.
17. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító az Európai Unió és az ENSZ Biztonsági Tanácsa által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvény meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.
18. Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.
19. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Hpt. 164/B. § szerinti adattovábbítás.

-
20. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha
- a) a magyar bűnüldöző szerv - nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából - írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot,
 - b) a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot, valamint ha a biztosító csoportszinten meghatározott pénzmosás és terrorizmusfinanszírozás elleni politikához és eljáráshoz kapcsolódó kötelezettségét teljesíti.
21. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben,
- a) ha a biztosító ügyfele (a továbbiakban: adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
 - b) ha - az adatalany hozzájárulásának hiányában - az adattovábbítás a személyes adatok harmadik országba való továbbítására vonatkozó előírásoknak megfelel.
22. A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.
23. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét
- a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
 - b) fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
 - c) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
 - d) a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.
24. A 23. pontban meghatározott adatok átadását a biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.
25. A biztosító („megkereső biztosító”) - a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében - a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz („megkeresett biztosító”) az e biztosító által - a Bit. 135. § (1) bekezdésében meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével - kezelt és a 27. pontban meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, ha a megkereső biztosító erre vonatkozó jogosultsága a biztosítási szerződésben rögzítésre került.
26. A megkeresett biztosító a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított 15 napon belül köteles átadni a megkereső biztosítónak.
27. A megkereső biztosító a Bit. 1. melléklet A) rész 1. és 2. pontjában, továbbá a 2. mellékletben meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
- a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személyazonosító adatai,
 - b) a biztosított személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatok,
 - c) az a) pontban meghatározott személyt érintő korábbi - az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos - biztosítási eseményekre vonatkozó adatok,

- d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatok, és
 - e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatok.
28. A 25. pontban meghatározott megkeresésnek tartalmaznia kell az ott meghatározott személy, vagyontárgy vagy vagyoni jog azonosításához szükséges adatokat, a kért adatok fajtáját, valamint az adatkérés céljának megjelölését. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkereső biztosító felelős a 25. pontban meghatározott megkeresési jogosultság tényének fennállásáért.
29. A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő 90 napig kezelheti.
30. Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés a 29. pontban meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig.
31. Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.
32. A megkereső biztosító a 25. pontban meghatározott megkeresés és a megkeresés teljesítésének tényéről, továbbá az abban szereplő adatok köréről a megkereséssel érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére a személyes adataihoz hozzáférést biztosít. Ha az ügyfél a személyes adataihoz hozzáférést kér és a megkereső biztosító – a fentiekben meghatározottakra tekintettel – már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek tényéről tájékoztatja a kérelmezőt.
33. A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal a 25. pontban meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.
34. A megkeresésben megjelölt adatok teljesítésének a helyességéért és pontosságáért a megkeresett biztosító a felelős.

IV. A személyes adatok kezelésére vonatkozó tájékoztatás

- 1. A biztosító az ügyfél személyes adatait az Európai Parlament és a Tanács 2016. április 27-i (EU) 2016/679 rendelete a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK irányelv hatályon kívül helyezéséről (általános adatvédelmi rendelet) rendelkezései alapján kezeli.
- 2. A biztosító Adatkezelési Tájékoztatója a biztosító www.metlife.hu honlapján található. Az ügyfél kérésére a biztosító az Adatkezelési Tájékoztató papíralapú példányát is rendelkezésre bocsátja.

V. Adózási tudnivalók magánszemélyek részére

- 1. Adómentes a magánszemély számára történő szolgáltatás, ha az haláleseti, baleseti, betegségi (egészségi), illetve a jogszabálynak megfelelő nyugdíjbiztosítási vagy járadékbiztosítási szolgáltatásnak minősül. Ezen kifizetésekhez kapcsolóan a magánszemélynek adókötelezettsége nincs.
- 2. Kamatjövedelem keletkezhet, ha a biztosító teljesítése nem minősül adómentesnek, egyéb jövedelemnek, vagy más adóköteles jövedelemnek (így kamatjövedelem keletkezhet a lejáratú szolgáltatásból, visszavásárlásból, részvisszavásárlásból). Kamatjövedelemnek minősül a biztosítói teljesítésnek az a része, amely meghaladja a befizetett biztosítási díj összegét azzal, hogy befizetett díjként nem vehető figyelembe a kockázati biztosítás díjaként teljesített összeg. A kamatjövedelem csökkenthető a kamatjövedelem 50%-ával, ha a szerződés létrejöttét követően egyszeri díjas szerződés esetén 3 év, rendszeres díjas szerződés esetén 6 év eltelt, illetve 100%-ával, ha a szerződés létrejöttét követően egyszeri díjas szerződés esetén 5 év, rendszeres díjas szerződések esetén 10 év eltelt. Ha a szerződésre rendkívüli (eseti)

díj befizetése történik, akkor az a kamatjövedelem elszámolása szempontjából a biztosítónál önálló, egy-szeri díjas szerződésként kerül figyelembevételre. Abban az esetben, ha a rendszeres díjak (díjelőírások) előző biztosítási évhez viszonyított növekedésének (ideértve az indexálást is) mértéke meghaladja a Központi Statisztikai Hivatal által közzétett, a díjnövekedés évét megelőző második évre vonatkozó éves fogyasztói áremelkedés 30 százalékponttal növelt értékét (fogyasztói árcsökkenés esetén a 30 százalékpontot), úgy a kamatjövedelmet csökkentő időszak újraindul. A rendszeres díjak növekedése mértékének meghatározásakor a kockázati biztosítás díja nem számít bele, továbbá a biztosítási szerződési feltételekben rögzített események bekövetkezése miatt átmeneti időre lehetővé tett díj-nemfizetés (szüneteltetés, díjmentesítés) időszakára is figyelembe vehető az ezen időszakot megelőző utolsó rendszeres díj alapulvételével a díj-nemfizetési időszak hosszával arányos biztosítási díj. A kamatjövedelemből a biztosító által 15% személyi jövedelemadó kerül levonásra, valamint a 2023. június 30. napját követően létrejött szerződések vonatkozásában levonásra kerül 13% szociális hozzájárulás is. E jövedelmet és a levont adót a magánszemélynek nem kell a bevallásban szerepeltetnie.

3. Más jövedelemként (a pótoltt jövedelemre vonatkozó szabályok szerint) adóköteles a felelősségbiztosítás alapján a magánszemély javára fizetett jövedelmet pótló kártérítés. A kifizetéskor a biztosító által levonásra kerül az adóköteles jövedelmet terhelő adóelőleg. E jövedelmet a magánszemély köteles az adóbevallásában szerepeltetni.
4. Egyéb jövedelemként adóköteles a határozatlan tartamú, kizárólag halál esetére szóló életbiztosítás visszavásárlási, részvisszavásárlási összegéből a magánszemély által megfizetett díj és a kifizető (munkáltató) által megfizetett adóköteles díj együttes összegét meghaladó rész, feltéve, hogy e szerződéshez kapcsolódóan bármely kifizető (munkáltató) adómentes díjat fizetett. A kifizetésből a törvény szerint megállapított adóalap (a kifizetés 87%-a) 15%-át személyi jövedelemadó-előlegként a biztosító levonja. A kifizetésről, az adóalapról és a levont adóelőlegről a biztosító igazolást állít ki a magánszemély részére. Ezen igazolás alapján a kifizetést a magánszemély az adóbevallás megfelelő sorában köteles bevallani, továbbá köteles az adóalap után 15,5%-os szociális hozzájárulási adót is bevallani és megfizetni.

Amennyiben bármely biztosítói teljesítésre nem magánszemély (például gazdálkodó) jogosult, akkor a biztosító a fentiekől eltérően adókötelezettséget nem állapít meg, a teljesítés tartalma alapján az érintett szolgáltatásra jogosult a rá vonatkozó jogszabályi előírások szerint köteles elszámolni a biztosítótól származó bevételeit, illetve ahhoz kapcsolódó esetleges adókötelezettségeit.

5. A 2014. január 1-jétől, vagy azt követő időponttól létrejött, a hatályos törvényi követelményeknek megfelelő nyugdíjbiztosítási szerződéshez kapcsolódóan a magánszemély szerződő a tárgyévi összevont adóalapja után fizetendő, más kedvezményekkel csökkentett személyi jövedelemadója terhére rendelkezhet akként, hogy az általa megfizetett biztosítási díj 20%-a, maximum 130 ezer forint átutalásra kerüljön a nyugdíjbiztosítási szerződésére. Részletes tájékoztató az érintettek számára a biztosítás megkötéskor kerül átadásra.
6. Az előbbieken ismertetett szabályok a jövőben változhatnak, ezért fontos, hogy az érintettek saját érdekében is kövessék a jogszabályváltozásokat, különösen a személyi jövedelemadóról szóló törvény, az egészségügyi hozzájárulásról szóló törvény, valamint az adózás rendjéről szóló törvény rendelkezéseinek esetleges változását. Az aktuális szabályokról a biztosító a honlapján folyamatos tájékoztatást nyújt.

VI. Tájékoztatás adóügyi illetőségről

1. A biztosító az Aktv. és a FATCA-törvény szerint előírt adóügyi illetőségvizsgálatot elvégzi, és ehhez az ügyfél szükséges adatait és nyilatkozatait kezeli. Amennyiben adóügyi szempontból a szerződő, illetve az a személy, aki a biztosító szolgáltatására jogosult amerikai, vagy egyéb külföldi illetőségű személynek minősül, úgy az Aktv., illetve a FATCA-törvény értelmében a biztosító a saját, valamint a szerződés adatait az automatikus információcsere érdekében az adóhatóság részére továbbítja.
2. A biztosító a szerződő, illetve annak a személynek az adatai és nyilatkozata alapján, aki a biztosító szolgáltatására jogosult a szerződést jelentendő, vagy nem jelentendő számlának minősíti, továbbá a szerződéskötést követően a biztosító jogosult a számla átminősítésére az Aktv., illetve a FATCA-törvényben előírt esetekben. A biztosító az általa kötött szerződések vonatkozásában folyamatosan figyelemmel kíséri az illetőségvizsgálathoz szükséges adatok és a szerződések értékének Aktv., valamint FATCA-törvény szempontjából jelentős változását.

VII. Késedelmi kamat

1. A biztosító a biztosítási díj késedelmes megfizetése esetén jogosult a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (a továbbiakban: Ptk.) 6:48. § (1) bekezdésében meghatározott késedelmi kamatot felszámítani.
2. Amennyiben a díjfizetésre köteles szerződő a behajtási költségátalányról szóló 2016. évi IX. törvény szerint vállalkozásnak, vagy szerződő hatóságnak minősül, úgy a biztosító a biztosítási díj késedelmes megfizetése esetén a késedelmi kamat mellett ugyanebben a törvényben meghatározott behajtási költségátalányra tarthat igényt.

VIII. A technikai kamatláb megváltoztathatósága

A biztosító az élet-, baleset- és egészségbiztosítások esetében jogosult a technikai kamatlábat a biztosítási szerződés tartama alatt megváltoztatni azzal a feltétellel, hogy a változtatásra csak akkor kerülhet sor, ha a technikai kamatlábak legnagyobb mértékéről szóló jogszabályban rögzített technikai kamatláb legnagyobb mértéke módosul. A módosítás mértéke nem haladhatja meg a jogszabály módosításban foglalt mértéket.

IX. A biztosításközvetítő

1. A biztosításközvetítő az a természetes vagy jogi személy, aki javadalmazás ellenében biztosításközvetítői tevékenységet végez.
2. A függő biztosításközvetítő az a biztosításközvetítő, aki biztosítóval fennálló jogviszony alapján
 - a) egy biztosító biztosítási termékeit vagy több biztosító egymással nem versengő biztosítási termékeit közvetíti (a továbbiakban: ügynök),
 - b) egyidejűleg több biztosító egymással versengő biztosítási termékeit közvetíti (a továbbiakban: többes ügynök).
3. A független biztosításközvetítő az ügyfél megbízásából eljáró biztosításközvetítő (a továbbiakban: alkusz).
4. A biztosításközvetítő az ügyféltől a biztosítónak járó biztosítási díjat, illetve a biztosítótól az ügyfélnek járó összeget nem vehet át.
5. A többes ügynök és az alkusz a biztosítási termék közvetítése során az ügyféltől díjat vagy díjelőleget nem vehet át, továbbá a biztosítótól az ügyfélnek járó összeget nem vehet át.
6. A függő biztosításközvetítő biztosításközvetítői tevékenysége ellátásáért a biztosítótól jutalékra jogosult.
7. A független biztosításközvetítő a közvetítői tevékenységéért a megbízótól az erre irányuló megállapodás alapján közvetlenül részesül díjazásban, különösen abban az esetben, ha megbízása kizárólag szaknácsadásra vagy olyan biztosítási szerződés közvetítésére vonatkozik, amelynek díja a biztosítótól származó közvetett díjazást nem vagy csak részben tartalmaz.
8. Ha a független biztosításközvetítő - az általa nyújtott tájékoztatással összhangban - a megbízóval úgy állapodott meg, hogy a 7. pontban meghatározott közvetlen díjazásban a független közvetítő nem, vagy csak részben részesül, a biztosítási díj meghatározott részét képező közvetett díjazásban részesülhet attól a biztosítótól, amely a közvetítésével létrejött szerződésben a biztosítási kockázatot elvállalja.
9. A kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személy az - a 575/2013/EU európai parlamenti és tanácsi rendelet 4. cikk (1) bekezdés 1. és 2. pontjában meghatározott hitelintézettől vagy befektetési vállalkozástól eltérő - természetes vagy jogi személy, aki - az őt megbízó biztosító, többes ügynök vagy alkusz felelősségvállalása mellett - javadalmazás ellenében a főtevékenységéhez kapcsolódóan kiegészítő jelleggel végez kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet, amennyiben az alábbi feltételek mindegyike teljesül:
 - a) a személy fő szakmai tevékenysége nem a biztosítási értékesítés,

-
- b) a közvetített biztosítási termék kiegészítője valamely szolgáltató által kínált terméknek vagy nyújtott szolgáltatásnak,
 - c) a közvetített biztosítási termék nem tartalmaz életbiztosítási vagy felelősségi kockázatot, kivéve, ha az ilyen életbiztosítási vagy felelősségi kockázat fedezete kiegészíti a személy által fő szakmai tevékenységként kínált terméket vagy nyújtott szolgáltatást,
 - d) a biztosítótól az ügyfélnek járó összeget előzetesen nem vesz át.

X. Egyéb rendelkezések

A jelen biztosítási szabályzat az alábbi szabályzatokkal együtt érvényes:

- a) MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződések biztosítási szabályzata (MET-247, MET-248); Biztosítási szerződésekre irányadó általános rendelkezések II. rész,
- b) MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződések biztosítási szabályzata (MET-247, MET-248); Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

Biztosítási szerződésekre irányadó általános rendelkezések II. rész

BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSEKRE IRÁNYADÓ ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK II. RÉSZ

A MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződések biztosítási szabályzatában (a továbbiakban: biztosítási szabályzat) foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire (a továbbiakban együttesen mint: biztosítási szerződés vagy biztosítás) érvényesek, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a jelen biztosítási szabályzatra hivatkozással kötötték.

I. A biztosítási szerződéssel kapcsolatos fogalmak

- Aktuális biztosítási díj**
A biztosítási tartam adott időpontjában érvényes biztosítási díj. Az aktuális biztosítási díj összege a biztosítási tartam során a jelen biztosítási szabályzatban meghatározott értékkövetés, díjmódosítás és korfüggő díjszabás következtében változhat.
- Aktuális biztosítási összeg**
A biztosítási tartam adott időpontjában érvényes biztosítási összeg, amely a biztosítási esemény által kiváltott biztosítási szolgáltatás alapja.
- Biztosítási ajánlat**
A szerződőnek a biztosítási szerződés megkötésére irányuló írásbeli szándéknyilatkozata.
- Biztosítási díj**
A szerződő által a biztosító kockázatvállalásának ellenértékeként fizetett rendszeres díj.
- Biztosítási esemény**
A biztosított életével, egészségével kapcsolatos olyan esemény, amelyet a jelen biztosítási szabályzat, illetve a „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések” című szabályzat ekként határoz meg, és amely a biztosító szolgáltatását kiváltja.
- Biztosítási év**
A biztosítási szerződés hatálybalépésének napjától a következő év azonos napjáig, illetve minden azt követő év azonos napjáig terjedő időtartam. Amennyiben egy adott hónapban nincs olyan nap, amely a biztosítási szerződés hatálybalépésének napjával megegyezik, a biztosítási év kezdő napja a hiányzó napot követő nap. Amennyiben a jelen biztosítási szabályzat eltérően nem rendelkezik, úgy év alatt biztosítási évet kell érteni.
- Biztosítási évforduló**
A biztosítási év végének, egyben az új biztosítási év kezdetének a napja.
- Biztosítási időszak**
Egy év, amelynek kezdete a biztosítási szerződés hatálybalépésének napja, vége pedig a biztosítási időszak utolsó napja (fordulónap). A biztosítási időszak a fordulónapot követő napon újra kezdődik.
- Biztosítás tartama**
Egy év, amely a szerződő eltérő nyilatkozatának hiányában minden esetben újabb egy évvel meghosszabbodik, vagy a szerződő által választott biztosítási évek száma.
- Biztosítás lejárat**
A biztosítási tartam utolsó napja, illetve annak a biztosítási évnek az utolsó napja, amelyben a biztosított betölti a maximális belépési életkort.
- Biztosítási összeg**
A biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás alapjául szolgáló összeg, amelynek megfizetését, mint biztosítási szolgáltatást, a biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a jelen biztosítási szabályzatban, illetve a „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések” című szabályzatban meghatározottak szerint vállalja.

12. Biztosítási titok

Minden olyan, minősített adatot nem tartalmazó, a biztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a biztosításközvetítő ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

13. Biztosításközvetítő

Az a természetes vagy jogi személy, aki javadalmazás ellenében biztosításközvetítői tevékenységet végez.

14. Díjfizetési tartam

A biztosítási tartamnak az a része, amelyre a biztosítási díj esedékes.

15. Díjjal fedezett tartam

A biztosítási tartamnak az a része, amelyre az esedékes díj megfizetésre került.

16. Díjrátá

A díjrátá a díjszámítás során alkalmazott tényező, amely az egy forint biztosítási összegre vonatkozó díjat mutatja meg a kedvezmények és a kockázatsúlyosbító tételek nélkül.

17. Értékkövetés

A biztosítási díjnak és a biztosítási összegnek az árszínvonal változásához évente egy alkalommal történő hozzáigazítása.

18. Fogyasztó

Az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személy.

19. Gazdálkodó szervezet

A gazdasági társaság, az európai részvénytársaság, az egyesülés, az európai gazdasági egyesülés, az európai területi társulás, a szövetkezet, a lakásszövetkezet, az európai szövetkezet, a vízgazdálkodási társulat, az erdőbirtokossági társulat, a külföldi székhelyű vállalat magyarországi fióktelepe, az állami vállalat, az egyéb állami gazdálkodó szerv, az egyes jogi személyek vállalata, a közös vállalat, a végrehajtói iroda, a közjegyzői iroda, az ügyvédi iroda, a szabadalmi ügyvivői iroda, az önkéntes kölcsönös biztosító pénztár, a magánnyugdíjpénztár, az egyéni cég, továbbá az egyéni vállalkozó, emellett gazdálkodó tevékenységével összefüggő polgári jogi kapcsolataiban az állam, a helyi önkormányzat, a költségvetési szerv, jogszabály alapján a költségvetési szervek gazdálkodására vonatkozó szabályokat alkalmazó egyéb jogi személy, a felsőoktatási intézmény, az egyesület, a köztestület, valamint az alapítvány.

20. Hirdetmény

A biztosítónak a biztosítási szerződésre vonatkozó közleménye, amelyet a biztosító a honlapján hoz nyilvánosságra.

21. Késedelmi kamat

A biztosítási díj késedelmes megfizetése esetén a biztosító által felszámított, a Polgári törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvényben (a továbbiakban: Ptk.) meghatározott mértékű kamat.

22. Kezdeti biztosítási díj

A biztosítási szerződés létrejöttékor érvényes, az első biztosítási évre vonatkozó díj.

23. Kezdeti biztosítási összeg

A biztosítási szerződés létrejöttékor érvényes biztosítási összeg.

24. Kötvény

A biztosító által kibocsátott, a biztosítási szerződés létrejöttét és a biztosítási fedezetet igazoló okirat.

25. Különleges adat

A faji vagy etnikai származásra, politikai véleményre, vallási vagy világnézeti meggyőződésre vagy szakmai szervezeti tagságra utaló személyes adatok, valamint a természetes személyek egyedi azonosítását célzó genetikai és biometrikus adatok, az egészségügyi adatok és a természetes személyek szexuális életére vagy szexuális irányultságára vonatkozó személyes adatok.

-
26. **Maradékjog**
Az életbiztosítási szerződés biztosítási összeg kifizetése nélküli megszűnése esetén fennmaradó jog.
27. **Rendszeres díj**
A biztosítási időszak első napján esedékes és a biztosítás tartama, illetve a díjfizetési tartam alatt folyótóltagosan fizetett díj.
28. **Személyes adat**
Azonosított vagy azonosítható természetes személyre („érintett”) vonatkozó bármely információ; azonosítható az a természetes személy, aki közvetlen vagy közvetett módon, különösen valamely azonosító, például név, szám, helymeghatározó adat, online azonosító vagy a természetes személy testi, fiziológiai, genetikai, szellemi, gazdasági, kulturális vagy szociális azonosságára vonatkozó egy vagy több tényező alapján azonosítható.
29. **Területi és időbeli hatály**
A területi hatály a világ összes országa, az időbeli hatály a kockázatviselés tartama, kivéve, ha a biztosítási szerződés szabályzata eltérően nem rendelkezik.
30. **Ügyfél**
A szerződő, a biztosított, a kedvezményezett, a károsult, a biztosító számára szerződéses ajánlatot tett és a biztosító szolgáltatására jogosult más személy.
31. **Ügymenet kiszervezése**
A biztosító biztosítási vagy azzal közvetlenül összefüggő tevékenysége valamely részének végzésére más személy részére adott megbízás.
32. **Vállalkozás**
Az üzletszerű gazdasági tevékenységet folytató gazdálkodó szervezet.

II. A balesetbiztosítási és az egészségbiztosítási szerződéssel kapcsolatos fogalmak

1. **Baleset**
A biztosított akaratán kívül, az emberi szervezetet ért olyan hirtelen fellépő, egyszeri külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely szakorvos által igazolt testi sérüléssel jár a kockázatviselés ideje alatt. Nem minősül balesetnek a betegségből eredő testi sérülés, a megemelés, a rándulás, rossz mozdulat, a habituális ficam, a patológiás törés, a fertőző- vagy fertőzéssel keletkezett betegség, a rovarcsípés, a fagyás, a kihűlés, a napszúrás, a Nap általi égés és a hőguta, az öngyilkosság vagy öngyilkossági kísérletből eredő sérülés és az orvosi műhiba.
2. **Baleseti halál**
A biztosítottnak a biztosítás tartama alatt, a baleset időpontját követő 180 napon belül bekövetkezett halála.
3. **Betegség**
Olyan egészségkárosodás, amelyet a biztosított a biztosítás hatálybalépését követően szenved el.
4. **Csonttörés**
A csont balesetből származó töréses sérülése, függetlenül attól, hogy a törés maradandó egészségkárosodást eredményez vagy sem. A fogak, foggyökerek, fogpótlások törései és sérülései nem tekinthetők csonttörésnek.
5. **Égési sérülés**
A bőr hőenergiával, illetve kémiai anyagokkal való érintkezéséből eredő sérülése, függetlenül attól, hogy a sérülés maradandó-e vagy sem.
6. **Fekvőbeteg**
Az a személy, aki fekvőbetegként, legalább 24 órán át folyamatos kórházi ellátásban részesül.
7. **Intenzív ellátás**
A kórház, közvetlen életveszély elhárítását célzó és arra szakosodott, 24 órás folyamatos szakorvosi felügyeletet biztosító és intenzív elnevezés alatt működő, különálló egységében nyújtott ellátás.

8. **Jármű**

Érvényes forgalmi engedéllyel és/vagy hivatalos nyilvántartásba vétellel rendelkező közforgalmú közúti és vízi jármű, tömegközlekedési eszköz, vonat vagy polgári utasszállító repülőgép, illetve a segédmotoros kerékpár és a kerékpár.

9. **Kórház**

Az az egészségügyi intézmény, amely megfelel az alábbi együttes feltételeknek:

- hatósági működési engedéllyel rendelkezik,
- elsősorban a kórházban történő kezeléssel, fekvőbetegek ellátásával foglalkozik,
- a betegápolást napi 24 órán át, szakképzett, engedéllyel rendelkező személyzettel látja el,
- biztosítja a diagnosztizálás és a magas szintű orvosi beavatkozások szervezett szolgáltatását.

Nem minősülnek kórháznak az alábbiak akkor sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg-ellátást végeznek:

- szanatóriumok, rehabilitációs intézmények, rehabilitációs osztályok,
- pszichiátriai intézetek és osztályok, pszichiátriai betegek gyógy- és gondozóintézetek,
- gyógyfürdők, gyógyfürdő-kórházak, gyógyüdülők,
- geriátriai (időskori) ellátók, szociális otthonok,
- alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények,
- hospice tevékenységet végző intézmények,
- ápolási intézetek, egyéb „krónikus” fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézetek, illetve kórházak a)-f) pontokban meghatározott szolgáltatásokat nyújtó osztályai, osztályrészei, feltéve, hogy a biztosított ezen intézetekben, kórházakban az a)-f) pontokban meghatározott ellátásban részesült.

10. **Közlekedési baleset**

Olyan váratlan, előre nem látott közúti, vasúti, légi vagy vízi baleset, amelyet a biztosított személy – akaratán kívül - utazása közben, akár utasként, akár a jármű vezetőjeként szenved el, függetlenül attól, hogy a közlekedési baleset bekövetkeztekor a jármű mozgásban van-e vagy sem, beleértve a járműre utazás céljából történő fel- és leszállást is. Közlekedési balesetnek minősülnek továbbá azok a közterületen történő, váratlan, előre nem látott események is, amikor jármű okoz testi sérülést a biztosítottnak a biztosított közúton történő gyalogos közlekedése során.

11. **Nyílt törés**

A csont olyan jellegű törése, amikor a tört csont a bőrreteget is átszakítja.

12. **Orvos**

A beteg adott betegségével, illetve egészségi állapotával kapcsolatos vizsgálati és terápiás tervet meghatározó, továbbá ezek keretében beavatkozásokat végző személy, aki a beteg gyógykezeléséért felelősséggel tartozik, és aki orvosi tevékenység végzésére hatósági engedéllyel rendelkezik.

13. **Patológiás törés**

A csont betegség által gyengített területének törése.

14. **Stressz törés (fáradásos törés)**

A csont olyan jellegű törése, amikor a csont rendszeres túlterhelés miatt sérül.

15. **Teljes törés (komplett törés)**

A csont olyan jellegű törése, amikor a csont teljes vastagságában eltörik.

16. **Többszörös törés**

A csontnak több helyen való törése. A csont darabos törése esetén a csonttörés többszörös törésnek számít, ha több mint két szilánk van.

III. **A biztosítási szerződés alanyai**

- Biztosító:** A biztosító a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c.
- Szerződő:** A szerződő az a személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz, annak elfogadása esetén a biztosítási szerződést a biztosítóval megkötí, és a biztosítási díjak fizetésére kötelezettséget vállal. A jelen biztosítási szabályzat hatálya alá tartozó biztosítási szerződések szerződője ugyanazon személy lehet.

3. **Biztosított (társbiztosított):** A biztosított (társbiztosított) az a természetes személy, akinek az életével, egészségével kapcsolatos eseményre a biztosítási szerződés létrejön. A biztosított (társbiztosított) olyan személy lehet, aki a biztosítási szerződés megkötésekor, illetve a biztosított belépési életkora megállapításának időpontjában a „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések” című szabályzatban meghatározott belépési életkort betöltötte, illetve lejáratú életkort még nem töltötte be.
- A biztosított (társbiztosított) belépési életkorát a biztosító úgy állapítja meg, hogy a biztosítási szerződés megkötésének évéből levonja a biztosított (társbiztosított) születésének az évét. A biztosított (társbiztosított) aktuális életkora a biztosítási szerződés első évében megegyezik a biztosított (társbiztosított) belépési életkorával, a biztosítási szerződés első évét követő években pedig úgy kerül megállapításra, hogy a biztosító az adott évből a biztosítási évfordulón levonja a biztosított (társbiztosított) születésének az évét. Az így megállapított aktuális életkor a következő biztosítási évfordulóig érvényes.
- A biztosított (társbiztosított) minimális és maximális belépési életkorát, valamint a biztosított (társbiztosított) életkorához választható leghosszabb biztosítási tartamot a „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések” című szabályzat tartalmazza.
- A jelen biztosítási szabályzat hatálya alá tartozó biztosítási szerződések biztosítottja ugyanazon személy lehet.
4. **Kedvezményezett:** A kedvezményezett az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító szolgáltatására jogosult. A kedvezményezett a biztosítási szerződésben megnevezett személy, ilyen személy hiányában, vagy ha a kedvezményezett megnevezése nem volt érvényes a biztosítási esemény időpontjában, a biztosított vagy örököse.

IV. A biztosítási szerződés megkötése, a kockázatviselés kezdete

1. A biztosítási szerződés a VI. pontban foglaltak kivételével a felek írásbeli megállapodásával jön létre.
2. A biztosítási szerződés megkötését a szerződő kezdeményezi azzal, hogy ajánlatot tesz a biztosító részére.
3. A szerződő ajánlatához nincs kötve, azt a kockázat elbírálására rendelkezésre álló határidő alatt visszavonhatja. Ez esetben a biztosító a szerződő által megfizetett díjat a szerződőnek kamatmentesen visszafizeti.
4. A biztosítónak az ajánlat elbírálására az ajánlatnak a biztosítóhoz történő beérkezésétől számított 15 nap, ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, 60 nap áll rendelkezésére (kockázatelbírálási határidő).
5. A kockázatelbírálás keretében a biztosító felméri a biztosítási szerződéssel kapcsolatos biztosítási kockázatot.
6. A kockázat elbírálása alapján a biztosító jogosult a szerződő ajánlatának elfogadására, módosított tartalommal történő elfogadására vagy elutasítására.
7. A biztosító az ajánlat elutasítását nem köteles megindokolni.
8. A biztosító jogosult egészségi nyilatkozat megtételét vagy orvosi vizsgálat elvégzését előírni.
9. Amennyiben az ajánlat és a hozzá tartozó okiratok adatai hibásak vagy hiányosak, a biztosító - a kockázat elvállalásához szükséges mértékben - további adatokat vagy okiratokat kérhet. Amennyiben a biztosítás első díja a kockázatelbírálási határidőben a biztosítóhoz nem érkezik meg, a biztosító a díj megfizetésére a szerződőt felhívja. Amennyiben a biztosító a kockázatelbírálási határidő alatt a szerződőtől további adatokat vagy okiratokat kér, vagy a szerződőt a biztosítás első díjának megfizetésére felhívja, a kockázatelbírálási határidő a felhívástól számított további 15 nappal, ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, további 60 nappal meghosszabbodik.
10. Amennyiben a biztosító az ajánlatot elfogadja, kötvényt állít ki, ezzel a biztosítási szerződés létrejön.

11. Amennyiben a kötvény tartalma a szerződő ajánlatától eltér és az eltérést a szerződő a kötvény kézhezvételét követő 15 napon belül nem kifogásolja, úgy a biztosítási szerződés a kötvény szerinti tartalommal jön létre. Ez a rendelkezés lényeges eltérésekre akkor alkalmazható, ha a biztosító az eltérésre a szerződő fél figyelmét a kötvény átadásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a biztosítási szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.
12. **A biztosító kockázatviselése a biztosítási szerződés első díjának megfizetését követő nap 00:00 órájakor kezdődik, feltéve, hogy a biztosítási szerződés utóbb létrejön. A biztosító a kockázatviselés kezdetét a kötvényen feltünteti. A kockázatviselés tartama megegyezik a biztosítási szerződés tartamával.**
13. A biztosítási szerződés a kockázatviselés kezdetének napján lép hatályba.

V. A biztosítási szerződés létrejötte a biztosító ráutaló magatartásával

1. Ha a szerződő fél fogyasztó, a biztosítási szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatra annak beérkezésétől számított 15 napon belül – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 napon belül – nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és a díjszabásnak megfelelően tették. Ilyen esetben a biztosítási szerződés az ajánlat szerinti tartalommal, az ajánlatnak a biztosító részére történt átadása időpontjára visszamenő hatállyal a kockázatelbírálási idő elteltét követő napon jön létre.
2. Ha a kockázatelbírálási idő alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, a biztosító az ajánlatot 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.
3. Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött biztosítási szerződés lényeges kérdésben eltér a jelen biztosítási szabályzat, illetve a XXXVI. 9. pontban meghatározott biztosítási szabályzatok rendelkezéseitől, úgy a biztosító a szerződés létrejöttétől számított 15 napon belül javasolhatja, hogy a szerződést a biztosítási szabályzat rendelkezéseinek megfelelően módosítsák. Ha a szerződő a javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül a biztosítási szerződést 30 napra írásban felmondhatja.

VI. A biztosítási szerződés megkötése távértékesítés útján

1. Ha a szerződő által megkötni kívánt biztosítási szerződés a fogyasztó és a szolgáltató egyidejű fizikai jelenléte nélkül jön létre, arra a távértékesítés keretében kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésekről szóló 2005. évi XXV. törvény (a továbbiakban: távértékesítési törvény) rendelkezései irányadók.
2. A távértékesítési törvény 3. § (2) bekezdés ca) pont és 6. § alapján a fogyasztónak minősülő szerződő azonnali hatállyal, indoklás nélkül felmondhatja a biztosítási szerződést annak megkötésétől (a biztosítási szerződés hallgatolagos létrejötte esetén az ajánlattételtől) számított 14 napon belül, amennyiben a biztosítási szerződést a biztosító és a fogyasztónak minősülő szerződő kötötte meg egymással szervezett távértékesítés keretében olyan módon, hogy a biztosítási szerződés megkötése érdekében a biztosító kizárólag a távértékesítési törvény 2. § (1) bekezdés g) pont szerinti távközlő eszközt alkalmazott. Nem illeti meg a szerződőt a felmondási jog olyan biztosítások esetén, amelyek időtartama nem haladja meg az egy hónapot.
3. Az életbiztosítási szerződésekre a VI. 2. pontban foglaltak azzal az eltéréssel alkalmazandók, hogy a felmondási jog gyakorlására nyitva álló határidő attól a naptól számított 30 nap, amikor a biztosító a fogyasztót a biztosítási szerződés létrejöttéről tájékoztatja.
4. A felmondást írásban a biztosító ügyfélszolgálati elérhetőségeinek bármelyikére kell megküldeni, vagy személyesen benyújtani. A felmondási jogot határidőben érvényesítettnek kell tekinteni, ha a szerződő az erre vonatkozó nyilatkozatát a távértékesítési törvény 6. § (1)-(8) bekezdéseiben meghatározott határidő lejártá előtt postára adja vagy egyéb igazolható módon a biztosítónak elküldi.

5. A biztosítási szerződés azon a napon szűnik meg, amikor az írásbeli felmondó nyilatkozat a biztosítóhoz beérkezik. A felmondásra nyitva álló határidő lejártá előtt a biztosító a biztosítási szerződés alapján a szolgáltatás nyújtását csak a szerződő kifejezett hozzájárulását követően kezdheti meg.
6. Amennyiben a szerződő a felmondásra nyitva álló határidőn belüli kockázatviselési kezdettel köti meg a szerződést, úgy azt a biztosító egyben a szolgáltatás nyújtásának megkezdésére vonatkozó hozzájárulásnak is tekinti.
7. A távértékesítési törvény 8. § értelmében amennyiben a szerződő a fentiek szerinti felmondási jogát gyakorolja, a biztosító kizárólag a biztosítási szerződésnek megfelelően ténylegesen teljesített szolgáltatás, azaz a biztosítási szerződés megszűnésének időpontjáig viselt kockázat időarányos ellenértékét jogosult követelni. A szerződő által fizetendő összeg tehát a már teljesített szolgáltatásért (kockázatviselésért) – a biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás egészéhez viszonyítottan – arányosan járó összeg. A biztosítási szerződés megkötésével kapcsolatos szolgáltatások ellenértéke megtérítésének is csak a ténylegesen teljesített egyéb, a biztosítási szerződés tárgyát képező szolgáltatással arányos mértékben van helye. A biztosítási szerződés fentiek szerinti felmondása esetén a biztosító köteles a szerződő által esetlegesen már befizetett biztosítási díjnak a biztosítási szerződés megszűnéséig teljesített kockázatviselés arányos ellenértékét meghaladó részét a felmondásról szóló nyilatkozat kézhezvételét követően haladéktalanul, de legkésőbb 30 napon belül a szerződő részére visszatéríteni. A szerződő köteles a biztosító által teljesített szolgáltatást a felmondásról szóló nyilatkozatának elküldését követően haladéktalanul, de legkésőbb 30 napon belül a biztosító részére visszatéríteni.

VII. A biztosítási szerződés megkötése elektronikus úton

1. Elektronikus úton jön létre a biztosítási szerződés, ha a szerződő a biztosító által üzemeltetett elektronikus értékesítési felületek használatával, elektronikus úton teszi meg az ajánlatát.
2. A biztosítási ajánlat megtételéhez, illetve a biztosítási szerződés megkötéséhez az elektronikus értékesítési felületeken feltüntetett adatokat kell megadni, majd az ajánlatot az elektronikus értékesítési felületen kell beküldeni a biztosítónak. Az elektronikus értékesítési felületen a megadott adatokat az ajánlat beküldéséig lehet módosítani. Az ajánlattétel (szerződéskötés) lépései – amelyek biztosítási szerződésenként eltérhetnek – az elektronikus értékesítési felületeken láthatók.
3. A biztosítási szerződésre vonatkozó szerződéses feltételeket a biztosító még az ajánlat megtételét megelőzően a szerződő számára hozzáférhetővé teszi. A szerződéses feltételek megismeréséről és elfogadásáról a szerződőnek az ajánlat megtételét megelőzően nyilatkoznia kell.
4. A biztosítási ajánlat sikeres beküldéséről a biztosító elektronikus levélben értesíti a szerződőt. A biztosítási ajánlat elfogadása esetén a biztosító fokozott biztonságú elektronikus aláírással és időbélyegzővel ellátott kötvényt állít ki a biztosítási szerződésről.

A szerződés írásbeli szerződésnek minősül. A szerződés létrejöttének részletszabályait a jelen biztosítási szabályzat tartalmazza.

5. A biztosító a biztosítási szerződést rögzíti. A biztosítási szerződés adatait a szerződő a regisztrációja aktiválása után online is megtekintheti és módosításukat bármikor kezdeményezheti a „MyMetLife Ügyfélportál” elnevezésű online szerződéskezelő rendszerben vagy a biztosító ügyfélszolgálatán.

VIII. A szerződéskötés különös szabályai

1. Ha a biztosított kiskorú és az életbiztosítási szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülője köti meg, úgy a biztosítási szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges. A gyámhatóság jóváhagyásával érvényes a biztosítási szerződés akkor is, ha a biztosított a cselekvőképességében vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy.
2. A biztosított a biztosítási szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a biztosítási szerződés a biztosítási időszak végével megszűnik, kivéve, ha a biztosított a szerződésbe belép.

IX. Biztosítási érdek

A biztosítási szerződés létrejöttéhez és módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges, ha a szerződést nem ő köti meg. A biztosított hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek a kedvezményezett kijelölését tartalmazó része semmis; ilyen esetben kedvezményezettnek a biztosítottat vagy örökösét kell tekinteni, aki – a csoportos biztosítás esetét kivéve - a szerződő félnek köteles megtéríteni a kifizetett biztosítási díjakat és a szerződésre fordított költségeket.

X. Várakozási idő

1. A biztosító az életbiztosítási szerződések és a X. 2. pontba nem tartozó egészségbiztosítási szerződések esetén kikötheti, hogy a biztosítási esemény kockázatát csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő későbbi időponttól vállalja. A várakozási idő legfeljebb 180 nap lehet.
2. Ápolási szolgáltatásra irányuló egészségbiztosítás esetén, illetve akkor, ha a biztosítandó személy valamely tartós betegsége a szerződéskötéskor mindkét fél által ismert volt, az említett betegségekre vonatkozóan a felek az egészségbiztosítási szerződésben legfeljebb hároméves várakozási időt köthetnek ki.
3. A várakozási idő tartamát a „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések” című szabályzat tartalmazza.
4. Amennyiben a biztosítási esemény a várakozási időn belül bekövetkezik, a biztosító biztosítási szolgáltatást nem nyújt. Ilyen esetben a biztosító a szerződő által megfizetett biztosítási díjat a szerződő részére visszafizeti, kivéve, ha a várakozási időn belül bekövetkező biztosítási esemény alapján a biztosítási szerződés a „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések” című szabályzat értelmében nem szűnik meg.

XI. Belépés a szerződésbe

1. Ha a biztosítási szerződést nem a biztosított kötötte, a biztosított a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal a biztosítási szerződésbe beléphet; a belépéshez a biztosító hozzájárulása nem szükséges. A belépéssel a szerződő felet megillető jogok és az őt terhelő kötelezettségek összessége a biztosítottra száll át.
2. Ha a biztosított belép a biztosítási szerződésbe, a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a biztosított a szerződő féllel egyetemlegesen felelős. A biztosítási szerződésbe belépő biztosított köteles a szerződő félnek a biztosítási szerződésre fordított költségeit – ideértve a biztosítási díjat is – megtéríteni.

XII. Kedvezményezett kijelölése

1. A szerződő a biztosítási szerződés kedvezményezettjét a biztosítóhoz címzett és a biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal jelölheti ki, és a biztosítási esemény bekövetkezéséig bármikor ugyanilyen formában a kijelölését visszavonhatja, vagy a kijelölt kedvezményezett helyett más kedvezményezettet nevezhet meg. Ha nem a biztosított a szerződő fél, mindezekhez a biztosított írásbeli hozzájárulása is szükséges.
2. Ha a szerződő a biztosítotthoz vagy a kedvezményezetthez intézett írásbeli nyilatkozattal kötelezettséget vállal arra, hogy a kedvezményezett kijelölését folyamatosan hatályban tartja, a kedvezményezett kijelölését nem lehet visszavonni vagy megváltoztatni azon személy hozzájárulása nélkül, akinek részére a kötelezettségvállalást tették. A szerződő fél nyilatkozatáról a biztosítót tájékoztatni kell.
3. A kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal vagy jogutód nélkül megszűnik.
4. A szerződő a biztosítási szerződés egyes szolgáltatásaira eltérő kedvezményezetteket is jelölhet, amennyiben a jelen biztosítási szabályzat eltérően nem rendelkezik.
5. Azonos biztosítási szolgáltatásra több kedvezményezett is jelölhető a kedvezményezettekre jutó százalékos mérték egyidejű megjelölésével. Több kedvezményezett esetén a százalékos mértéket úgy kell meghatározni, hogy annak összege összesen 100% legyen.

6. Amennyiben kedvezményezettet nem jelöltek, vagy a kedvezményezett kijelölése nem volt érvényes, úgy a kedvezményezett a biztosított örököse; több örökös esetén a biztosító a biztosítási összeget az örökösök között egyenlő arányban fizeti ki.

XIII. A biztosítási szerződés megkötését követő tájékoztatás

1. Az életbiztosítási szerződés megkötését követően a biztosító a biztosítási szerződés létrejöttétől számított 30 napon belül tájékoztatja a szerződőt a biztosítási szerződés létrejöttéről. Amennyiben a szerződő fél fogyasztó, a biztosító ezen tájékoztatásban felhívja a szerződő figyelmét arra, hogy a biztosítási szerződést a tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül írásban, indokolás nélkül felmondhatja, kivéve ez alól a külön jogszabályban meghatározott eseteket.
2. A biztosító évente legalább egyszer írásban tájékoztatja a szerződőt a biztosítási szerződés szolgáltatási értékéről.
3. Az értékkövetés érvényesítése során a biztosító tájékoztatja a szerződőt 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.
4. A biztosító az 1-3. pontban meghatározott tájékoztatást a MyMetLife ügyfélportálon teszi elérhetővé azon szerződők részére, akik nyilatkoztak annak igénybevételéről és nem papíralapú értesítési módot választottak.
5. A MyMetLife ügyfélportál használatának szabályait a biztosító honlapján közzéteszi.
6. A biztosító lehetővé teszi, hogy a szerződő mindenkor tájékozódhasson biztosítási szerződéséről. A tájékoztatást a biztosító az alábbi elérhetőségeken biztosítja:
 - a) a biztosító ügyfélszolgálatán hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, keddtől csütörtökig tartó munkanapokon 8:30 és 17:00 óra között, pénteki munkanapon 8:30 és 16:00 óra között,
 - b) a biztosító központi telefonszámán hétfői munkanapon 8:00 és 20:00 óra között, keddtől csütörtökig tartó munkanapokon 8:00 és 17:00 óra között, pénteki munkanapon 8:00 és 16:00 óra között,
 - c) a MyMetLife ügyfélportálon azon szerződők részére, akik nyilatkoztak annak igénybevételéről.
7. Ha a szerződést nem a biztosított köti, a biztosítási esemény bekövetkezéséig vagy a biztosított belépéseig a szerződő a hozzá intézett nyilatkozatokról és a biztosítási szerződésben bekövetkezett változásokról a biztosítottat köteles tájékoztatni.
8. A biztosító a jelen biztosítási szabályzatot, illetve a XXXVI. 9. pontban meghatározott biztosítási szabályzatokat honlapján közzéteszi.

XIV. A biztosítási szerződés tartama

1. A biztosítási szerződés egy évre jön létre. Amennyiben a felek a biztosítási szerződést felmondással nem szüntetik meg vagy az egyéb módon nem szűnik meg, úgy a biztosítási szerződés újabb 1 évvel minden esetben meghosszabbodik legfeljebb annak a biztosítási évnél a végéig, amelyben a biztosított vagy a társbiztosított közül az idősebbik betölti a „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések” című szabályzatban meghatározott maximális belépési életkort.
2. A „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések” című szabályzatban meghatározott esetekben a szerződő a szerződéskötéskor megválaszthatja a biztosítási szerződés tartamát, ez esetben a biztosítási szerződés tartama a szerződő által megválasztott időtartam. A választott időtartam legfeljebb annak a biztosítási évnél a végéig tarthat, amelyben a biztosított betölti a maximális belépési életkort. A biztosítási szerződés minimális és maximális időtartamát a „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések” című szabályzat tartalmazza.

XV. Közlési és változásbejelentési kötelezettség

1. A szerződő fél köteles a szerződéskötéskor a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett. A biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a szerződő fél közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.
2. A szerződő fél köteles a lényeges körülmények változását a biztosítónak írásban bejelenteni. Lényeges körülménynek minősül mindaz, amire a biztosító kérdést tett fel, így különösen, de nem kizárólag a biztosított foglalkozása, munkaköre, sport- vagy szabadidős tevékenysége. Lényeges körülménynek minősülnek, egyebek között, a szerződő azon személyes adatai, amelyeket a szerződő a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény („Pmt.”) alapján történő ügyfél-átvilágítás során a biztosítónak megadott; ezen adatok változását a szerződő a változástól számított 5 munkanapon belül köteles bejelenteni.
3. A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a szerződő fél bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.
4. Ha a biztosítási szerződés több személyre vonatkozik, és a közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértésére a többi személy esetén nem hivatkozhat.
5. A közlésre és változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet és a biztosítottat; egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.

XVI. A közlési és változásbejelentési kötelezettség megszegésének következménye életbiztosítási és egészségbiztosítási szerződés esetén

1. Ha a biztosító a szerződéskötést követően szerez tudomást a szerződéskötéskor már fennállt lényeges körülményről, az ebből eredő jogokat a szerződés fennállásának az első 5 évében gyakorolhatja.
2. A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a biztosító kötelezettsége, ha a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.
3. Az 1-2. pont rendelkezéseit a biztosítási szerződésben meghatározott lényeges körülmények változására vonatkozó bejelentési kötelezettség megsértésének következményeire is megfelelően alkalmazni kell. A biztosító ezzel kapcsolatos jogainak gyakorlására nyitva álló öt éves időszak a változásbejelentési határidő leteltét követő napon kezdődik.

XVII. A biztosító szolgáltatása

1. Életbiztosítási szerződés alapján a biztosító a biztosított halála esetén a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeg kifizetésére vállal kötelezettséget.
2. Életbiztosítási szerződés alapján a biztosító tőke-, illetve hozamgaranciát nem vállal.
3. Balesetbiztosítási szerződés alapján a biztosító a biztosított baleset miatt bekövetkező halála, egészségkárosodása vagy rokkantsága esetére a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeg kifizetésére vállal kötelezettséget.
4. Egészségbiztosítási szerződés alapján a biztosító a biztosított megbetegedése esetén a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeg kifizetésére, vagy egyéb szolgáltatások teljesítésére vállal kötelezettséget.
5. A biztosítási események és a biztosítási szolgáltatások meghatározását a „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések” című szabályzat tartalmazza.

-
6. A „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések” című szabályzat akként is rendelkezhet, hogy a biztosítási szolgáltatás a biztosítási összeg meghatározott százalékos mértéke.

XVIII. A biztosító mentesülése a szolgáltatási kötelezettség alól, maradékjog

1. A jelen biztosítási szabályzat hatálya alá tartozó biztosítási szerződéseknek visszavásárlási értéke nincs, ezért a szerződőt a visszavásárlási összeg kifizetésére irányuló maradékjog nem illeti meg.
2. **Életbiztosítási szerződés esetén a biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét.**
3. **Életbiztosítási szerződés esetén a biztosítási szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, ha a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, azzal összefüggésben, vagy a szerződéskötéstől számított 2 éven belül elkövetett öngyilkossága következtében halt meg.**
4. **Balesetbiztosítási szerződés esetén a biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított halálát a biztosítási összegre jogosult okozta.**
5. **Balesetbiztosítási szerződés esetén a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, ha bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással a szerződő, a biztosított, vagy a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk, üzletvezetésre jogosult tagjuk, bármely munkakört betöltő alkalmazottjuk, tagjuk vagy megbízottjuk okozta.**

XIX. A biztosítási kockázat jelentős növekedése

1. Ha a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a biztosítási szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, úgy a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül javaslatot tehet a biztosítási szerződés módosítására, vagy a biztosítási szerződést 30 napra írásban felmondhatja.
2. Ha a szerződő fél a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, úgy a biztosítási szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő fél figyelmét felhívta.
3. Ha a biztosítási szerződés egyidejűleg több személyre vonatkozik, és a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító az 1-2. pontban meghatározott jogait a többi személy vonatkozásában nem gyakorolhatja.
4. Egészségbiztosítási szerződés esetén nem tekinthető a biztosítási kockázat jelentős növekedésének a biztosított életkora előrehaladásából származó természetes egészségromlás lehetősége.

XX. A biztosítás díja

1. A biztosítás díja a biztosítási szerződés teljes tartamára vagy a tartam egy részére esedékes. Amennyiben a biztosítás díja a tartam egy részére esedékes, az esedékesség időtartamát a „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések” című szabályzat tartalmazza.
2. A biztosítási díj kiszámítása a biztosító díjszabása alapján a biztosított életkorának, egészségi állapotának, foglalkozásának, egyéb kockázati tényezőknek, 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 a szerződőtől, illetve a biztosítottól esetleg bekért egyéb dokumentumokból szerzi meg.
3. Amennyiben az ajánlat megtétele és a biztosítási szerződés létrejötte közötti időpontban a biztosított belépési életkora megváltozik, úgy a biztosító az ajánlat megtételekor érvényes biztosítási díjat a szerződés létrejöttét megelőzően jogosult módosítani.

4. A biztosítás első díja vagy díjrészlete a felek által meghatározott időpontban, ennek hiányában az ajánlat megtételekor, minden további díj vagy díjrészlet pedig annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.
5. A biztosítási díjat a biztosító a biztosítási szerződés megkötéséig díjelőlegnek tekinti és kamatmentes letétként kezeli.
6. Az ajánlat elutasítása esetén a biztosító a díjelőleget a szerződőnek visszafizeti.
7. A biztosítási díj a biztosítóhoz való beérkezéssel minősül megfizetettnek, kivéve, ha a megfizetett díj biztosítási szerződéssel való azonosítása nem lehetséges. Ez utóbbi esetben a díj a biztosítási szerződéssel való azonosítással minősül megfizetettnek.
8. A jelen biztosítási szabályzat hatálya alá tartozó biztosítási szerződések díját a szerződő egy összegben és azonos időpontban köteles megfizetni.
9. A „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések” című szabályzatban foglaltak szerint a biztosítási díj a biztosítás, illetve a díjfizetés tartama alatt lehet változatlan mértékű díj, ez esetben a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik, illetve változó mértékű díj, ez utóbbi esetben a díj a biztosított életkora alapján biztosítási évenként emelkedik.
10. A díjfizetés módját a szerződő az ajánlat megtételekor választja meg.
11. A szerződő írásban kérheti a díjfizetés módjának módosítását, amennyiben az esedékes díjat megfizette. A módosított díjfizetési mód a díj soron következő esedékességének időpontjától érvényes.
12. A biztosítási díj éves díj. A szerződő felek megállapodhatnak az éves biztosítási díj havi, negyedéves, vagy féléves részletekben történő megfizetésében, ez esetben a biztosító pótdíjat számít fel, amelynek mértékét minden biztosítási szerződés vonatkozásában évente állapítja meg.
13. A biztosító a pótdíj mértékét naptári évenként a soron következő biztosítási év első napjával jogosult módosítani a jelen biztosítási szabályzat XXI. pontjában meghatározottak szerinti, adott évi index mértékében, ha a működésével összefüggő költségek növekednek. E körbe tartozik a biztosítási díjak beszedésével, a szolgáltatások teljesítésével, az ügyfelek kiszolgálásával kapcsolatos költségek növekedése. A biztosító a pótdíj mértékének módosításáról és a módosítás okáról a szerződőt tájékoztatja.
14. A szerződő írásban, a biztosítási évfordulót legalább 30 nappal megelőzően kérheti a díjfizetés gyakoriságának módosítását, amennyiben a biztosítási díjat a biztosítási évfordulóig megfizette. A módosított díjfizetési gyakoriság a biztosítási évfordulót követően érvényes.
15. Csoportos beszédési megbízás esetén a biztosító jogosult a szerződő bankszámláját a biztosítási díj esedékességéhez képest, az esedékesség hónapjában, más időpontban megterhelni.
16. A biztosító díjkezelési tájékoztatóját honlapján közzéteszi.
17. A biztosító a kifizetésre kerülő szolgáltatási összegből az esedékes, de meg nem fizetett díjat levonással érvényesíti.
18. A biztosítási szerződés 5. évfordulóján, majd azt követően 5 évente a biztosítási események bekövetkezése valószínűségének jelentős változása esetén a biztosító módosíthatja a biztosítási fedezetek kockázati díjrátájának mértékét. A biztosítási események bekövetkezése valószínűségének jelentős változása alatt azt kell érteni, hogy a 16-80. életév közötti korosztályban az adott biztosítási esemény bekövetkezésének valószínűsége legalább 5%-kal eltér a kockázati díj utolsó kalkulációjában alkalmazott valószínűségtől.
19. A kockázati díjrátá az előző 5 évben alkalmazott kockázati díjrátá mértékéhez képest legfeljebb 30%-kal növekedhet.
20. A kockázati díjrátá változásáról a biztosító a szerződőt a változás hatálybalépése előtt legalább 60 nappal – az értékkövetésről szóló éves értesítővel egyidejűleg - írásban tájékoztatja. Amennyiben a szerződő a biztosító által közölt, a biztosítási díj emelkedésével járó változás esetében a biztosítási szerződést nem kívánja fenntartani, úgy a biztosító által közölt módosítás hatálybalépését megelőző 30. napig a bizto-

sítóhoz írásban eljuttatott nyilatkozatával jogosult a biztosítási szerződést a soron következő évforduló napjára felmondani.

XXI. Értékkövetés (indexálás)

1. Amennyiben a „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések” című szabályzatban meghatározottak szerint a biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével, úgy a biztosító a díjfizetési tartam során minden biztosítási évfordulót megelőzően felajánlja a szerződőnek, hogy a biztosítási összeget és a biztosítás rendszeres díját módosítsa.
2. A biztosító a szerződőt az értékkövetésről a biztosítási évfordulót legalább 60 nappal megelőzően írásban értesíti.
3. A szerződő, a biztosítási évfordulót legalább 30 nappal megelőzően, az értékkövetés elfogadását a biztosítónak írásban megküldött, vagy a MyMetLife ügyfélportálon tett nyilatkozatával visszautasíthatja, ennek elmaradása esetén az értékkövetés elfogadottnak minősül, és a biztosítási évfordulót követően a szerződő az értékkövetéssel módosított díjat köteles fizetni.
4. Amennyiben a szerződő az értékkövetés elfogadását 3 egymást követő alkalommal visszautasítja, úgy a későbbiekben nem élhet az értékkövetés elfogadásával.
5. Az értékkövetés mértékét a biztosító úgy határozza meg, hogy az, a minden naptári év február 1. napján érvényes, a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett, az előző naptári évre vonatkozó fogyasztói árindex mértékétől legfeljebb 5 százalékponttal térhet el.
6. Amennyiben a biztosítási évforduló május 2. és december 31. napja közé esik, úgy az értékkövetés mértéke a megelőző év inflációs rátájához igazodik. Amennyiben a biztosítási évforduló január 1. és május 1. napja közé esik, úgy az értékkövetés mértéke a megelőző év előtti év inflációs rátájához igazodik.
7. Balesetbiztosítás esetén az értékkövetés arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével arányosan nő.
8. Élet- és egészségbiztosítások esetén az értékkövetés nem-arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével nem azonos mértékben növekszik.
9. A nem-arányos értékkövetés esetén:
 - a) amennyiben az értékkövetés mértékével megnövelt díj nem elegendő a biztosítási összeg azonos mértékű emeléséhez, úgy a biztosítási összeg a díjnövelés által ténylegesen fedezett mértékig kerül megnövelésre,
 - b) a díj az értékkövetés mértékével megnövelt biztosítási összeghez képest nagyobb arányban növekedhet, mivel az értékkövetéssel megnövelt díj a biztosított aktuális életkorának figyelembevételével történik.
10. Az értékkövetésről a „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések” című szabályzat eltérően rendelkezhet.

XXII. A biztosítási szabályzat hatálya alá tartozó biztosítási szerződések megkötése és módosítása

1. A szerződő a jelen biztosítási szabályzat hatálya alá tartozó biztosítási szerződés(ek) biztosítási évfordulóját legalább 60 nappal megelőzően ajánlatot tehet a jelen biztosítási szabályzat hatálya alá tartozó biztosítási szerződés(ek) megkötésére, illetve azok módosítására.
2. A jelen biztosítási szabályzat hatálya alá tartozó biztosítási szerződések úgy köthetők meg, hogy azok kockázatviselésének kezdete a tárgyév azonos napjára essen.
3. A jelen biztosítási szabályzat hatálya alá tartozó biztosítási szerződések megkötésére a IV-VII. pontjában foglaltak irányadók.

XXIII. Díjfizetési kötelezettség a biztosítási szerződés megszűnése esetén

1. Ha a biztosítási esemény bekövetkezik és a szerződés megszűnik, a biztosító az egész biztosítási időszakra járó díj megfizetését követelheti.
2. A szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a biztosító az addig a napig járó díj megfizetését követelheti, amikor kockázatviselése véget ért. Ha az időarányos díjnál több díjat fizettek be, a biztosító a díjtöbbletet köteles visszatéríteni.

XXIV. A díjfizetési kötelezettség elmulasztásának következményei

1. Ha az esedékes biztosítási díjat nem fizetik meg, úgy a biztosító az esedékesség napjától számított 60. napon – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a szerződő felet a felszólítás elküldésétől számított 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja.
2. A póthatáridő eredménytelen elteltével a biztosítási szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik.

XXV. A biztosítási szerződés ismételt hatályba léptetése

1. Abban az esetben, ha a biztosítási szerződés a folytatólagos díj meg nem fizetése következtében szűnt meg, a szerződő fél a megszűnés napjától számított 180 napon belül írásban kérheti a biztosítót a kockázatviselés helyreállítására.
2. A biztosító a biztosítási fedezetet a megszűnt szerződés feltételei szerint helyreállíthatja, feltéve, hogy a korábban esedékessé vált biztosítási díjat megfizetik.
3. Ha a szerződő a kockázatviselés helyreállítását a díj meg nem fizetése következtében megszűnt biztosítási szerződés megszűnését követő 180 napon túl kéri, a biztosító a kérelmet új biztosítási szerződés megkötésére tett ajánlatnak tekinti.
4. Amennyiben a biztosítási szerződés a szerződő azonnali hatályú felmondása alapján megszűnik, a biztosító tájékoztatja a biztosítottat arról, hogy a XXV. 1. és 2. pont szerint kérheti a biztosítót a kockázatviselés helyreállítására, és ezzel egyidejűleg úgy nyilatkozhat, hogy az ismételt hatályba léptetett biztosítási szerződésbe lép.

XXVI. A biztosítási esemény és a biztosítási esemény bekövetkezésére vonatkozó bejelentési kötelezettség

1. A biztosítási események körét és a biztosítási szolgáltatást a „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések” című szabályzat tartalmazza.
2. A biztosítási eseményt, annak bekövetkezésétől számított 30 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.
3. Az egyes biztosításokra vonatkozó biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez benyújtandó iratokat a jelen biztosítási szabályzat „A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges dokumentumok” című 4. számú melléklete tartalmazza.
4. A 3. pontban hivatkozott dokumentumok mellett a biztosító egyéb okiratok benyújtását is kérheti, illetve maga is beszerezhet okiratokat, amennyiben azok a biztosítási szolgáltatásra való jogosultság elbírálásához szükségesek.
5. A 3. és 4. pontban meghatározott dokumentumok mellett a biztosítási szolgáltatásra jogosult egyéb okiratokat is benyújthat a biztosítónak, amennyiben, álláspontja szerint, azok a biztosítási szolgáltatásra való jogosultság elbírálásához szükségesek.
6. Amennyiben a biztosítási szolgáltatási igény benyújtását megelőzően nem került sor ügyfél-átvilágításra, a kedvezményezett Pmt. előírásai szerinti ügyfél-átvilágításához szükséges okiratok vagy azok hitelesített másolatainak benyújtása szükséges.

7. Amennyiben a szükséges okiratok nem magyar nyelven készültek, azok hiteles magyar fordításának beszerzése, illetve a fordítás költsége a biztosítási szolgáltatásra jogosult személyt terheli.
8. A biztosító a biztosítási szolgáltatásra való jogosultság elbírálásához szükséges okiratokról, illetve egyéb bizonyítékokról a biztosítási szolgáltatásra jogosultat tájékoztatja.
9. Amennyiben az okirat beszerzéséhez adatvédelmi okok miatt az érintett hozzájárulása szükséges, a hozzájárulás beszerzése, illetőleg megadása a biztosítási szolgáltatásra jogosult személy kötelezettsége.
10. Az okiratok beszerzésével kapcsolatos költséget az köteles viselni, aki igényét a biztosítóval szemben érvényesíteni kívánja.
11. Amennyiben az igény elbírálásához orvosi vizsgálat szükséges, a biztosított köteles annak alávetni magát, ennek elmaradása esetén a biztosító a rendelkezésre álló dokumentumok alapján dönt.
12. A biztosító a biztosítási szolgáltatást a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához szükséges összes okirat benyújtását követő 30 napon belül teljesíti, amennyiben a teljesítésre köteles.
13. A biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a szerződő fél, illetve a biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését a szerződésben megállapított határidőben a biztosítónak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlenné válik.

XXVII. A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése

1. A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése esetén a biztosító az eredetivel megegyező kötvénymásodlatot állít ki, amennyiben ezt a szerződő kéri, és teljes bizonyító erejű magánokiratban nyilatkozik az eredeti kötvény elvesztéséről vagy megsemmisüléséről.
2. A másodlat kibocsátásával az eredeti kötvény érvénytelenné válik, amely tényt a biztosító a biztosítási kötvény másodlatán feltünteti.

XXVIII. Kizárások

1. **A biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek azt az eseményt, amely:**
 - a) bármely olyan eseménnyel összefüggésben következett be, amelynek oka közvetve vagy közvetlenül a HIV (Emberi Immunhiányt Okozó Vírus) és/vagy bármely HIV-vel kapcsolatos betegség, beleértve az AIDS-t (Szerzett Immunhiányos Szindróma) és/vagy annak bármilyen mutáns származéka vagy változata,
 - b) 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,
 - c) a biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51‰ vagy azt meghaladó véralkoholszint) összefüggésben következett be.
2. **A biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek azt az eseményt, amely közvetve vagy közvetlenül, egészben vagy részben:**
 - a) a biztosítási szerződés hatálybalépését megelőzően bekövetkezett balesettel vagy fennállott betegséggel összefüggésben következett be, amennyiben a baleset, a betegség vagy veleszületett rendellenesség miatti biztosítási esemény a szerződés hatályba lépését követő 2 éven belül következett be és amely baleset, betegség vagy veleszületett rendellenesség a kockázatviselés kezdetét megelőző 5 évben következett be vagy került diagnosztizálásra, kezelésre, illetve ha a tünetek megjelenése és/vagy a diagnózis felállítása a várakozási időn belül történt. A kizárás nem alkal-

mazandó a kizárólag baleseti eredetű biztosítási eseményekre vonatkozó fedezetek, valamint a halálesetre szóló fedezetek esetében.

- b) olyan sérülés, amely sérvet, lumbágót vagy sciaticat (az ülő-ideg zsába egyedi formáját) okoz,
- c) a biztosított motoros eszközökkel folytatott sporttevékenységének következménye,
- d) a biztosított hivatásszerű sportolása közben következett be,
- e) bármely, különlegesen veszélyes sportcselekménnyel, így a küzdősportok közül a birkózással, az ökölvívással, a harcművészetekkel (különösen: judo, karate, aikido, kungfu, iaido, taekwon-do, kempo, kendo, kick-box, pankráció, szumo, capoeira, tai-chi, thai box, hapkido, ketracharc) összefüggésben következett be,
- f) az egyéb sportok és hobbijellegű tevékenységek közül a hegyi kerékpározással, (Mountain bike), BMX-cross-szal, BMX-szel és skate-tel, gyorsasági kerékpározással összefüggésben következett be,
- g) bármely extrém sportcselekménnyel összefüggésben következett be; extrém sportnak minősül a társadalombiztosítási szerv által annak tekintett szabadidős tevékenység, így: a bázisugrás, a mélybe ugrás (bungee jumping), az egykezes és nyílttengeri vitorlázás, az ejtőernyőzés, a falmászás, a hegy- és sziklamászás az V. foktól, a hőlégballonozás, a jet-ski, a magashegyi expedíció, a műrepülés, a paplanernyőzés, a rally, a roncsautó sport, a sárkányrepülés, a vadvízi evezés, a vízisízés; a kizárás a biztosítás tartama alatt a társadalombiztosítási szerv által alkalmazott mindenkor aktuális hivatalos besorolás szerint extrém sportnak tekintett egyéb szabadidős tevékenységekre is kiterjed,
- h) bármely légi jármű, repülő szerkezet vagy ejtőernyő pilótaként vagy utasként történő használata során következett be, kivéve, ha a biztosítási esemény a szervezett légi utas- vagy áruforgalom keretében végrehajtott olyan légi úton vagy körrepülésen való részvétel következménye, amelyen a biztosított a légi forgalomban engedélyezett légi jármű utasaként, személyzeteként vagy az előbbi járműre vezetői engedéllyel rendelkező, hivatásszerűen tevékenykedő vezetőként vett részt,
- i) föld alatti vagy víz alatti munkavégzés, vagy ilyen területen folytatott sporttevékenység következménye,
- j) robbanószerekkel, robbanó szerkezetekkel való foglalkozás következménye,
- k) a biztosított fegyverviselésével okozati összefüggésben következett be,
- l) az atommag szerkezetének módosulása, radioaktív sugárzás, vagy egyéb ionizáló sugárforrás miatt következett be, minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt,
- m) baleset esetén a biztosított ittas állapotával (1,5‰, vagy azt meghaladó véralkohol szint, közlekedési baleset esetén 0,8‰, vagy azt meghaladó véralkohol szint) okozati összefüggésben következett be,
- n) azzal összefüggésben következett be, hogy a biztosított kábító, bódító szerek, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatt állt, vagy egyéb vegyi anyagot bódító szerként alkalmazott, kivéve, ha a fenti állapot egészségügyi intézményben dolgozó egészségügyi alkalmazott utasítása alapján, az utasítás pontos betartása mellett alakult ki,
- o) azzal összefüggésben következett be, hogy a biztosított, munkavégzése során, a munkavédelmi szabályokat szándékosan vagy súlyosan gondatlanul megsértette,
- p) azzal összefüggésben következett be, hogy a biztosított a baleset bekövetkezését követően nem vett igénybe haladéktalanul orvosi segítséget vagy az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig nem folytatta,
- q) gyógykezelés következtében kialakult betegség vagy fertőzéssel összefüggésben következett be (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzések kivételével),
- r) a biztosított öncsonkításával, szándékos egészségkárosításával, vagy ezek kísérlétével összefüggésben következett be, tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori elme- és tudatállapotára.

XXIX. A biztosítási szerződés felmondása

1. A biztosítási szerződést a felek a jelen biztosítási szabályzatban foglalt egyes rendelkezéseken kívül az alábbiak szerint mondhatják fel.
2. Az életbiztosítási szerződést - a jelen biztosítási szabályzat V. 3. és XIX. 1. pontjában meghatározott eseteket kivéve - a biztosító nem mondhatja fel.
3. Az életbiztosítási szerződést a szerződő írásban, azonnali hatállyal felmondhatja.
4. A balesetbiztosítási szerződést a biztosító írásban, 30 napos felmondási idővel, a szerződő azonnali hatállyal felmondhatja.
5. Az egészségbiztosítási szerződést – a jelen biztosítási szabályzat V. 3. és XIX. 1. pontjában meghatározott eseteket kivéve - a biztosító rendes felmondással nem szüntetheti meg. Egészségbiztosítási szerződés esetén nem tekinthető a biztosítási kockázat jelentős növekedésének a biztosított életkora előrehaladásából származó természetes egészségromlás lehetősége.
6. Az egészségbiztosítási szerződést a szerződő írásban, azonnali hatállyal felmondhatja.
7. A biztosítási szerződés megszűnéséig a biztosítási díj esedékes.
8. A biztosítási szerződés megszűnését követő időszakra megfizetett díjat a biztosító a szerződő részére visszafizeti.

XXX. Az életbiztosítási szerződés különös felmondása

1. Az életbiztosítási szerződést fogyasztóként megkötő természetes személy szerződő a biztosítási szerződés létrejöttéről szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül az életbiztosítási szerződést írásbeli nyilatkozattal - indoklás nélkül - felmondhatja.
2. A szerződő felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően a biztosító köteles 30 napon belül a szerződő által a biztosítási szerződéssel kapcsolatban bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel elszámolni.
3. A szerződőt az 1. pontban meghatározott felmondási jog - ha törvény eltérően nem rendelkezik - nem illeti meg:
 - a) olyan életbiztosítás esetén, amely egy hitel- vagy kölcsönszerződéshez kapcsolódik és a rendelkezésre bocsátott pénzösszeg - teljes vagy részleges - törlesztése a szerződés szerint életbiztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegből történik (hitelfedezeti életbiztosítás),
 - b) ha a megkötött életbiztosítási szerződés tartama a 6 hónapot nem haladja meg.
4. Az életbiztosítási szerződés a szerződő felmondó nyilatkozatának a biztosítóhoz való megérkezését követő nap 0:00 órájakor megszűnik.
5. Az elszámolás során a biztosító a szerződő részére a kockázatviselés megszűnését követő időszakra megfizetett díjat visszafizeti.
6. A biztosítás díja a kockázatviselés kezdetétől a biztosítás megszűnésig eltelt időszakra számítottan az egy biztosítási évre vonatkozó díj 365-öd részének és a kockázatviselés napjai számának szorzata (egy biztosítási évre vonatkozó díj/365 × kockázatviselés napjainak száma), mely számítás során a biztosító figyelembe veszi a szerződő által választott díjfizetési gyakoriság miatt számított pótdíj mértékét is.

XXXI. A biztosítási szerződés megszűnése

A biztosítási szerződés megszűnik:

- a) bármelyik fél jogszerű felmondása esetén a jelen biztosítási szabályzatban meghatározott időpontban,
- b) a jelen biztosítási szabályzat VIII. 2., XIX. 2., XXIV. 2. és XXXVI. 5. pontjában foglaltak szerint,

- c) a biztosítási esemény bekövetkezése esetén, kivéve, ha a „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések” című szabályzat eltérően nem rendelkezik,
- d) a biztosított, illetve a „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések” című szabályzatban meghatározottak szerint a társbiztosított lejáratú életkorának betöltése esetén a biztosítási időszak utolsó napját követő nap 00:00 órájkor,
- e) a biztosítás tartamának elteltével,
- f) a jelen biztosítási szabályzatban, illetve a „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések” című szabályzatban meghatározott egyéb esetekben,
- g) amennyiben a kockázatviselés tartama alatt a biztosítási esemény bekövetkezése lehetetlenné vált.

XXXII. Jognyilatkozatok

1. A biztosítóhoz intézett nyilatkozat a biztosítóval szemben akkor hatályos, ha azt írásban tették és az a biztosító székhelyére megérkezett.
2. A postán, faxon vagy elektronikus levélben elküldött, valamint a személyesen átadott papíralapú nyilatkozat írásbelinek minősül, amennyiben azt a biztosító postai címére, telefax számára, elektronikus levelezési címére küldték meg, illetve a biztosító székhelyén adták át.
3. A biztosítóhoz elektronikus levélben elküldött nyilatkozat abban az esetben hatályos, ha az elektronikus levelezési cím, amelyről a nyilatkozatot küldték, a küldő személyéhez kapcsolt, a biztosító által nyilvántartott elektronikus levelezési cím, és az elektronikus levélhez csatolták az ügyfél által aláírt szkennelt nyilatkozatot.
4. A biztosító jogosult a faxon vagy elektronikus levélben megküldött nyilatkozatokat, dokumentumokat eredetiben is bekérni.
5. A MyMetLife ügyfélportálon tett nyilatkozat írásbelinek minősül.
6. A biztosítóhoz a biztosító telefonszámán tett nyilatkozat a biztosítóval szemben akkor hatályos, ha a nyilatkozatot a szerződő biztonsági kód (PIN kód) használatával tette.
7. A biztosító postai úton küldött küldeményeit az elküldést követő 5. munkanapon kézbesítettnek kell tekinteni, ideértve azt az esetet is, ha a küldemény a címzett – biztosító által nyilvántartott – címről „ismeretlen helyre költözött” vagy „nem kereste” jelzéssel érkezik vissza.
8. Postai úton tértivevénnyel történő közlés esetében a biztosító által küldött küldeményt, ha annak átvételét a címzett megtagadta, úgy az átvétel megtagadásának napján, ha a küldeményt a címzett vagy annak képviselője aláírásával elismerte, úgy az átvétel napján kell kézbesítettnek tekinteni.
9. Az elektronikus úton küldött küldeményeket az elküldés napján kell kézbesítettnek tekinteni.
10. A biztosítóhoz címzett, távollevők között tett jognyilatkozat a biztosítóhoz való megérkezéssel, míg az elektronikus úton tett szerződési jognyilatkozat akkor válik hatályossá, amikor az a biztosító számára hozzáférhetővé válik.
11. A szerződő a biztosító részére megadott lakcímének, levelezési címének és elektronikus levelezési címének megváltozásáról a biztosítót a változást követő 5 munkanapon belül postai úton, vagy elektronikus levélben tájékoztatni köteles, ugyanez irányadó a biztosított, a társbiztosított és a kedvezményezett(ek) adataiban bekövetkező változásra.

XXXIII. Elévülés

1. A biztosítási szerződésből eredő igények 5 év alatt évülnek el. Az elévülés akkor kezdődik, amikor a követelés esedékessé válik.

2. Amennyiben a biztosítási szolgáltatásra jogosult igényét az elévülési határidő elteltét követően az elévülés nyugvása vagy megszakítása következtében érvényesíti, a biztosító a biztosítási szolgáltatást kamatmentes letétként kezeli.

XXXIV. Irányadó jog, joghatóság kikötése

1. A biztosítási szerződésre, amennyiben a felek másként nem állapodnak meg, vagy jogszabály eltérően nem rendelkezik, a magyar jog szabályai az irányadók.
2. Amennyiben a szerződő fél a biztosítási szerződés létrejöttének időpontjában Magyarországon rendelkezik lakóhellyel, székhellyel vagy szokásos tartózkodási hellyel, úgy a szerződésből eredő jogviták rendezésére kizárólag a magyar bíróságok jogosultak.

XXXV. A biztosítási szerződésre vonatkozó jogszabályi rendelkezésektől lényegesen eltérő feltételek

1. A jelen biztosítási szabályzat eltér a Ptk. 6:443. § (3) bekezdés rendelkezéseitől, mivel úgy rendelkezik, hogy a szerződő ajánlatához nincs kötve, azt a kockázat elbírálására rendelkezésre álló határidő alatt visszavonhatja.
2. A jelen biztosítási szabályzat eltér a Ptk. 6:361. § (4) bekezdés rendelkezéseitől, mivel úgy rendelkezik, hogy:
 - a) a szerződő ajánlatának visszavonása esetén a biztosító a szerződő által megfizetett díjat a szerződőnek kamatmentesen visszafizeti,
 - b) biztosítási díjat a biztosító a biztosítási szerződés megkötéséig díjelőlegnek tekinti, és kamatmentes letétként kezeli,
 - c) amennyiben a biztosítási szolgáltatásra jogosult igényét az elévülési határidő elteltét követően az elévülés nyugvása vagy megszakítása következtében érvényesíti, a biztosító a biztosítási szolgáltatást kamatmentes letétként kezeli.
3. A jelen biztosítási szabályzat eltér Ptk. 6:449. § (2) bekezdés rendelkezéseitől, mivel úgy rendelkezik, hogy a díjfizetés elmulasztása következtében megszűnt biztosítási szerződés esetén a szerződő fél a megszűnés napjától számított 180 napon belül írásban kérheti a biztosítót a kockázatviselés helyreállítására, továbbá úgy rendelkezik, hogy a szerződő azonnali hatályú felmondása esetén a kockázatviselés helyreállítását a biztosított is kérheti, amennyiben kérelmével egy időben az ismételten hatályba léptetett szerződésbe való belépései szándékáról is nyilatkozik.
4. A jelen biztosítási szabályzat eltér a Ptk. 6:443. § (1) bekezdés rendelkezéseitől, mivel úgy rendelkezik, hogy a biztosító az írásban létrejött biztosítási szerződés esetén is biztosítási fedezetet igazoló dokumentumot állít ki.
5. A jelen biztosítási szabályzat eltér a Ptk. 6:7. § rendelkezéseitől, mivel úgy rendelkezik, hogy a faxon vagy elektronikus levélben elküldött nyilatkozat is írásbelinek minősül, amennyiben azt a biztosító telefax számára, elektronikus levelezési címére küldték meg.
6. A jelen biztosítási szabályzat eltér a Ptk. 6:483. § (1) bekezdésének és 6:466. § (1) bekezdésének rendelkezéseitől, mivel úgy rendelkezik, hogy a szerződő a biztosítási szerződést azonnali hatállyal felmondhatja.
7. A jelen biztosítási szabályzat eltér a Ptk. 6:63. § (5) bekezdés rendelkezéseitől, mivel úgy rendelkezik, hogy nem válik a biztosítási szerződés tartalmává a felek esetleges korábbi szerződéses/üzleti gyakorlata, szokása, illetve a biztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás.

XXXVI. Egyéb rendelkezések

1. Nem válik a biztosítási szerződés tartalmává a felek esetleges korábbi szerződéses/üzleti gyakorlata, szokása, illetve a biztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás.

2. A felek között létrejött megállapodás a biztosítási szerződés valamennyi feltételét tartalmazza, az írásbeli szerződésbe nem foglalt korábbi megállapodások hatályukat veszítik.
3. A biztosító kizárólag azzal a feltétellel köt biztosítási szerződést, hogy a szerződő nem áll semmilyen:
 - a) az ENSZ határozataiban rögzített szankció, korlátozás vagy tilalom alatt, vagy
 - b) az EU vagy az USA által kihirdetett bármilyen kereskedelmi vagy gazdasági szankció, illetve törvényi, jogszabályi szankciós rendelkezés hatálya alatt, ideértve az EU pénzügyi szankciós rendeleteit és az U.S. Department of the Treasury, Office of Foreign Assets Control (OFAC) által kiadott egységes szankciós listát is.
4. A biztosítási szerződésben nem lehet érvényesen megjelölni olyan biztosítottat, kedvezményezettet, illetve szolgáltatásra/kifizetésre jogosult egyéb olyan személyt (a továbbiakban együttesen: kifizetésre jogosult), akik a fenti szankciók, korlátozások vagy tilalmak hatálya alatt állnak.
5. A biztosítási szerződés, illetve annak megfelelő része megszűnik, amennyiben a szerződő, illetve a kifizetésre jogosult a szerződés megkötését követően a fenti szankciók, korlátozások, vagy tilalmak hatálya alá kerül. Ilyen esetben a szerződés megszűnésének időpontja a szankció, a korlátozás, vagy a tilalom hatálybalépésének napja.
6. A biztosító nem teljesít szolgáltatást vagy egyéb kifizetést, amennyiben a kifizetésre jogosultak a fenti szankciók, korlátozások vagy tilalmak hatálya alatt állnak.
7. A biztosító a biztosítási alapú befektetési termékek kivételével a termékeit tanácsadás nélkül értékesíti.
8. Amennyiben a szerződő a biztosítási terméket egy csomag vagy ugyanazon megállapodás részeként olyan áru vagy szolgáltatás kiegészítőjeként vásárolja meg, amely nem biztosítás, úgy az áru vagy a szolgáltatás külön történő megvásárlásának lehetőségéről az eladó, illetve a szolgáltató köteles tájékoztatást adni.
9. A (viszont)biztosító(k) nem tekinthető(ek) fedezetet nyújtónak, és a (viszont)biztosító(k) nem felelős(ek) semmilyen követelés kifizetéséért vagy juttatás nyújtásáért a jelen szerződés alapján, amennyiben a fedezet nyújtása, a követelés kifizetése vagy a juttatás nyújtása a (viszont)biztosítót az ENSZ határozatai, az Európai Unió, az Egyesült Királyság vagy az Amerikai Egyesült Államok kereskedelmi vagy gazdasági szankciói, törvényei vagy rendelkezései szerinti szankciónak, tilalmaknak vagy korlátozásoknak tenné ki.
10. A jelen biztosítási szabályzat az alábbi szabályzatokkal együtt érvényes:
 - a) MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződések biztosítási szabályzata (MET-247, MET-248); Biztosítási szerződésekre irányadó általános rendelkezések I. rész,
 - b) MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződések biztosítási szabályzata (MET-247, MET-248); Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

Mellékletek:

- | | |
|---------------------|--|
| 1. számú melléklet: | Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata |
| 2. számú melléklet: | Csonttörések és égési sérülések táblázata |
| 3. számú melléklet: | Műtéti beavatkozások táblázata |
| 4. számú melléklet: | A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges dokumentumok |

Biztosítási szerződésekre irányadó általános rendelkezések II. rész

Mellékletek

1. számú melléklet: Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata

I. Teljes maradandó egészségkárosodások

Testrészek egészségkárosodása	Térítés összege a biztosítási összeg százalékában
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%

II. Részleges maradandó egészségkárosodások

Testrészek egészségkárosodása	A térítés irányadó összege a biztosítási összeg százalékában
Az egyik felső végtag vállízülettől való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	70%
Az egyik felső végtag könyökízület fölött való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	65%
Az egyik felső végtag könyökízület alatt való teljes elvesztése, vagy működésképtelensége, továbbá az egyik kéz teljes elvesztése, vagy működésképtelensége	60%
Az egyik hüvelykujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	20%
Az egyik mutatóujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	10%
Bármely más ujj(ak) teljes elvesztése/elvesztésük, vagy teljes működésképtelensége/működésképtelenségük	5%
Az egyik alsó végtag combközép fölött való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	70%
Az egyik alsó végtag combközépig való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége, kivéve térd teljes működésképtelensége	60%
A térd teljes működésképtelensége (ízületmerevség)	30%
Az egyik alsó végtag lábszár közepéig való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	50%
Az egyik lábfej boka szintjében való teljes elvesztése, vagy a boka teljes működésképtelensége	30%
Az egyik nagylábujj teljes elvesztése, vagy működésképtelensége	10%
Bármely más lábujj(ak) teljes elvesztése/elvesztésük, vagy működésképtelensége/működésképtelenségük	5%
Az egyik szem látóképességének teljes elvesztése	40%
Az egyik szem látóképességének teljes elvesztése, amennyiben a biztosított a másik szem látóképességét már a biztosítási eseményt megelőzően elvesztette	65%

Az egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	30%
Az egyik fül hallóképességének teljes elvesztése, amennyiben a biztosított a másik fül hallóképességét már a biztosítási eseményt megelőzően elvesztette	45%
A szaglóérzék teljes elvesztése	10%
Az ízlelő képesség teljes elvesztése	5%

A jobb- és a baloldali felső végtag egészségkárosodása esetén a táblázatban meghatározott térítés összege azonos.

Budapest, 2024. május 9.

2. számú melléklet: Csonttörések és égési sérülések táblázata

A baleseti sérülés jellege	Térítés összege a biztosítási összeg százalékában
CSONTTÖRÉSEK	
Medencetörések (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%
A sípcsont, felkarcsont, orsócsont 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, lábközépcsontok, kéztő, kézközépcsont törései:	
– Nyílt törések	20%
– Zárt törések	13%
Gerinctörések (farkcsont törés kivételével):	
– Csigolyatestek kompressziós törése	20%
– Tövisnyúlvány, harántnyúlvány, ízületi nyúlvány törései	7%
Homlok, halánték, falcsont vagy nyakszirtecsont törései:	
– Csontszilánkok benyomódásával	30%
– Csontszilánkok benyomódása nélkül	10%
– Koponyaalapi törések	50%
Borda vagy bordák, arccsont, farkcsont vagy szárcapocscsont (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%

A baleseti sérülés jellege	Térítés összege a biztosítási összeg százalékában
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%

Budapest, 2024. május 9.

3. számú melléklet: Műtéti beavatkozások táblázata

Műtéti beavatkozás leírása	Térítés összege a biztosítási összeg százalékában
FEJ, NYAK	
Pajzsmirigy teljes eltávolítása	75%
Pajzsmirigy részleges eltávolítása	50%
Mellékpajzsmirigy eltávolítása	50%
Száj daganatának műtéti ellátása	25%
Fülfőmirigy daganat	50%
Thyreoglossus (pajzsmirigyhez és nyelvhez tartozó) ciszta vagy tályog kimetszése	50%
MELLKAS, MELL	
Mellkas megnyitása, mellkas plasztika	100%
Tüdő vagy tüdőlebeeny 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%
Mellkas csapolás	10%
Mediasztinum daganat eltávolítása a szegycsont felvágásával	75%
Mellhártya összenövésének felszabadítása	25%
Tüdőbeékelődés eltávolítása	50%
Légmellkezelés (PTX) a mellkas megnyitásával	50%
Diagnosztikus mellkas feltárás	50%
Hörgő- vagy légcsősztent behelyezése	50%
Hörgőciszta vagy tályog eltávolítása	50%
HAS	
Has feltárása	50%
Vakbélműtét	25%
Hasi tályog becsővezése	25%
Sérvek műtéti ellátása: bubonokéle (kezdődő lágyékhajlati sérv), omphalokéle (köldöksérv), merokéle (combsérv), hidrokéle (vízsérv), cystocele (hólyag sérv), heresérv, hasfali sérv, műtét utáni sérv	25%
Teljes vagy részleges gyomoreltávolítás, vagotómia, pylorus plasztika, nyombélfekély	50%
Fekély (gyomor, bél) 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 ellátása	25%
Aranyérműtét	10%
Májtályog (feltárással)	50%
Echinococcus ciszta a májban	75%
Részleges májeltávolítás	75%
Epehólyag eltávolítása	50%
Hasnyálmirigyműtét	100%
Lép eltávolítása	75%
Vastagbél-, vékonybél-, hólyag sztóma készítése	50%
Bél anasztomózis (a bél két részletének egyesítése)	50%
Teljes vastagbél eltávolítás	75%
Záróizom plasztika, epevezeték beszájztatása	75%
Azonos hasi metszésből végzett két vagy több sebészi beavatkozás egyetlen műtétnek számít.	
NYIROKCSOMÓK	
Nyirokcsomó eltávolítása hónaljából vagy lágyékból	50%
UROLÓGIA	
Vese eltávolítása	75%
Daganat, kő, húgycső, húgyhólyag eltávolítása:	
– sebészi úton	50%
– endoszkóppal	25%
Prostata eltávolítása hasi úton	75%
Prostata eltávolítása a húgycsőön keresztül	50%
Here vagy mellékhere eltávolítása	25%
Húgycsőműtét	25%
Hólyageltávolítás, szeméremcsont fölötti behatolással	75%
Húgyhólyag teljes eltávolítása	100%
Vese, húgycső, vesemedence plasztika	50%
Vesekő vagy húgycsőben/húgyvezetékben lévő kő zúzása	25%
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%
Ízületi metszés, beleértve az ízületi szabadtest eltávolítását	25%

Ganglion eltávolítása	10%
Csontkinövés eltávolítása	25%
Alagút szindróma műtéti ellátása	25%
Patella (térdkalács) sebészeti eltávolítása	50%
Meniszkusz eltávolítás arthroszkóppal	25%
Ujjamputáció (bármely ujj)	25%
Lábközépcsont, kézközépcsont amputációja	25%
Amputáció a csuklótól vagy a lábtőcsontoktól felfelé	75%
Ínhüvely bemetszése (tendosynovitis – inízületi hártya gyulladás – okozta szűkület felszabadítása)	10%
Kalapácsujj, ujj deformitás, lábközépcsont deformitás korrekciós műtétje	25%
Inak vagy idegek összevarrása	25%
Arthroszkópos térd vagy vállműtét	25%
Csípő- vagy egyéb hosszú csöves csont csontvése	75%
Porckorongsérv műtéti ellátása	50%
Achilles-ín szakadásának sebészeti ellátása	50%
Közepes ízületek merevítése (pl. boka)	50%
Könyök-, térd-, vállízületbe hatoló vagy supracondylaris (ízületfej feletti) töréseinek műtéti ellátása	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 – garat- és orrmandula	25%
Légcsőmetszés	25%
Gége kiirtása	75%
Hangszalagműtét	25%
Nyelvcsap eltávolítása	25%
Légcsőmetszés, sztóma készítése	25%
Rekesztályog, vérömleny bemetszése	10%
Fülpolip eltávolítása	10%
Mandula körüli tályog kimetszése	10%
Nyelvfék átvágása vagy kimetszése	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 fültömirigy eltávolítás	75%
Koponyalékelés az üregek felől	50%
Hangszalag eltávolítása	75%
Plasztikai beavatkozás az ajkakon	25%
FESS műtét	25%
Orrsövény műtét	25%
ÉRSEBÉSZETI MŰTÉTEK	
Érplasztika (szív, nyaki erek, perifériás erek katéteres tágitása)	50%
Hasi aortatágulat, csípőaorta vagy combaorta műtét	100%
Hasi aortaműtét	100%
Szívkoszorúér festés	50%
Aorto-carotis vagy aorto-arteria subclavia (kulcscsont alatti artéria) áthidaló műtét	100%
Artériás vérrög eltávolítása	50%
Arteria carotis endarterektómia (plakk eltávolítás)	75%
ÁLTALÁNOS SEBÉSZET	
Körömelvtávolítás	5%
Tályog bemetszése	5%
Polip eltávolítása a bélből	25%
Sebvarrat	5%
KÜLÖNLEGES MŰTÉTEK	
Csontvelő átültetés	100%
BŐRGYÓGYÁSZAT	
Bőrbíopszia (szövetrész vizsgálata)	5%
– Egyidejűleg több helyről történő mintavétel esetén:	10%
Faggyúciszta bemetszése	5%
NŐI NEMI SZERVEK	
Teljes méheltávolítás	75%
Részleges méheltávolítás	50%
Petevezeték eltávolítása	50%
Petefészek eltávolítása	50%
Myoma (izomdaganat) eltávolítása	50%
Méhnyak polip eltávolítása	10%
Bartholin-mirigy ciszta kimetszése vagy kivarrása	25%
Méhnyak csonkolása	25%
Hüvelyplasztika	25%
Vulva teljes kimetszése	50%
Méhkürt plasztika	50%
Petefészek ékrezekciója	25%

Petefészek ciszta eltávolítása	25%
Laparoszkópia - has tükrözése a hasfalon keresztül	25%
Hisztéroszkópia - méhtükrözés	25%
Curettage	20%
SZEMÉSZET	
Szaruhártya varrat	10%
Kötőhártya varrat	10%
Elülső üvegtest műtét	10%
Hátsó üvegtest műtét	50%
Jégárpa eltávolítása (egy műtéti eljárás keretében több jégárpa eltávolítása esetén is)	10%
Szürke hályog (cataracta) eltávolítása	50%
Zöld hályog (glaucoma) műtét	25%
Szem eltávolítása	50%
Röphártya kimetszése	10%
Szemhéj be- vagy kifordítása műtétileg	25%
Retinaleválás műtéti ellátása	50%
Könnycsatorna kimetszése	25%
Szivárványhártya (iris) eltávolítása vagy bemetszése	25%
Szaruhártya bemetszése asztigmia miatt	25%
Kancsalság műtéti ellátása	50%
Könnytömlő kimetszése	50%
Ínhártyaplasztika	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 szürkehályogműtét)	25%
Membráneltávolítás	10%
PLASZTIKAI SEBÉSZET	
Hegkimetszés	10%
Bőrlebens kimetszése átültetésre	25%
Többszörös ín- és idegvarrat	50%
Arcideg dekompresziós műtétje	75%
Homlok vagy arccsont csontvésése	100%
IDEGSEBÉSZET	
Koponyatörés műtéti ellátása	75%
Koponyaplasztika	100%
Diagnosztikus vagy tüneti koponyalékelés	100%
Agyi aneurizma eltávolítása	100%
Agyállományi műtét	100%
Agy vagy agyhártyák műtéti ellátása	100%
Meningeoma eltávolítása	100%
Koponyalékelés	100%

Roszipindulatú agyi érelváltozás	100%
Hallóideg műtét	75%
Gerincvelő daganatok eltávolítása	100%
Ideggyök kimetszése	50%
Idegvarrat	50%
Neurinóma kimetszése	50%
Szimpatikus ideg átmetszése	75%

Budapest, 2024. május 9.

4. számú melléklet: A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges dokumentumok

Minden esetben szükséges	- a biztosító igénybejelentő nyomtatványa kitöltve és aláírva
Halál esetén (baleseti eredetű halál esetén is)	- hitelesített halotti anyakönyvi kivonat - halottvizsgálati bizonyítvány másolata - a kedvezményezett életben létének igazolásához és a kedvezményezett személyének azonosításához szükséges okiratok (pl. személyi igazolvány) - ha a kedvezményezettet nem nevezték meg, vagy a kedvezményezett a biztosítási esemény időpontja előtt elhalálozott, jogerős öröklési bizonyítvány, jogerős hagyatékátadó végzés másolata, illetve az elhunyt kedvezményezett halotti anyakönyvi kivonata - kiskorú kedvezményezett esetén gyámhatósági határozat másolata - a biztosító által a bejelentést követően meghatározott egyéb irat vagy dokumentum, illetve vizsgálati eredmény
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás esetén	- a vizsgálati eredmények, az orvosi jelentés, valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával, illetve az egészségkárosodás mértékének igazolásával - állapotrosszabbodás esetén a szolgáltatás megállapítása óta történt orvosi vizsgálatok, kezelések dokumentumainak másolata - az egészségkárosodás véglegessé válását követően készült kezelőorvosi állapotleírás - ha a sérült testrész a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően már károsodott, úgy a korábban felállított orvosi diagnózisok, vizsgálatok, gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentáció másolata - a biztosító által a bejelentést követően meghatározott egyéb irat vagy dokumentum, illetve vizsgálati eredmény
Maradandó egészségkárosodás esetén	- a maradandó egészségkárosodás mértékének megállapítására jogosult közigazgatási szerv szakvéleménye - a jogosult közigazgatási szervhez való igénybejelentés időpontját igazoló dokumentum - az egészségkárosodás kialakulásához vezető baleset, betegség/ betegségek kezdetének és lefolyásának megállapításához szükséges orvosi dokumentumok, leletek másolata, így gyógykezelések, vizsgálatok, kórházi zárójelentések, szövettani eredmények, műtéti leírások iratainak másolata, szakorvosi iratok másolata - ha a sérült testrész a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően már károsodott, a korábban felállított orvosi diagnózisok, vizsgálatok, gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentáció másolata - a biztosító által a bejelentést követően meghatározott egyéb irat vagy dokumentum, illetve vizsgálati eredmény

Csonttörés és égési sérülés esetén	- a csonttörést vagy égési sérülést igazoló lelet másolata - 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 - a biztosító által a bejelentést követően meghatározott egyéb irat vagy dokumentum, illetve vizsgálati eredmény
Kórházi ellátás és műtéti beavatkozás 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, illetve műtét esetén a műtéti beavatkozás pontos leírását, valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával - az ellátás alapját képező betegség vagy baleset diagnosztizálásával, illetve a korábbi kezelésekkal kapcsolatos orvosi dokumentáció másolata - a biztosító által a bejelentést követően meghatározott egyéb irat vagy dokumentum, illetve vizsgálati eredmény
Critical Care biztosítás esetén	- a biztosítási eseményt leíró és alátámasztó, szakorvos vagy intézmény által igazolt orvosi dokumentáció másolata (zárójelentések, vizsgálati és szövettani eredmények) - a biztosító által a bejelentést követően meghatározott egyéb irat vagy dokumentum, illetve vizsgálati eredmény
Critical Care Diabetes Plus (cukorbetegség súlyos szövödményei) esetén	- a biztosítási eseményt leíró és alátámasztó, szakorvos vagy egészségügyi intézmény által kiállított orvosi dokumentáció másolata (zárójelentések, vizsgálati és szövettani eredmények) - a beavatkozásról szóló egészségügyi dokumentáció (zárójelentés) másolata, amely tartalmazza a kórtörténeti adatokat, a felállított diagnózisokat, az alkalmazott kezeléseket, illetve műtét esetén a műtéti beavatkozás pontos leírását - a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata a káresemény hátterében álló alapbetegség(ek) megnevezésével, Haemoglobin A1c vizsgálat eredménye és a betegség(ek) első kórismézésének pontos időpontjával - a biztosító által a bejelentést követően meghatározott egyéb irat vagy dokumentum, illetve vizsgálati eredmény
Critical Care Plus (carcinoma in situ) esetén	- a biztosítási eseményt leíró és alátámasztó, szakorvos vagy egészségügyi intézmény által kiállított orvosi dokumentáció másolata (zárójelentések, vizsgálati és szövettani eredmények) - a beavatkozásról szóló egészségügyi dokumentáció (zárójelentés) másolata, amely tartalmazza a kórtörténeti adatokat, a felállított diagnózisokat, az alkalmazott kezeléseket, illetve műtét esetén a műtéti beavatkozás pontos leírását, - a biztosító által a bejelentést követően meghatározott egyéb irat vagy dokumentum, illetve vizsgálati eredmény

Critical Care Mother Plus esetén	- a biztosítási eseményt leíró és alátámasztó, szakorvos vagy egészségügyi intézmény által kiállított orvosi dokumentáció másolata (zárójelentések, vizsgálati és szövettani eredmények) - a beavatkozásról szóló egészségügyi dokumentáció (zárójelentés) másolata, amely tartalmazza a kórtörténeti adatokat, a felállított diagnózisokat, az alkalmazott kezeléseket, illetve műtét esetén a műtéti beavatkozás pontos leírását - asszisztált reprodukciós eljárás esetén az elvégzett beavatkozás költségşámlájának másolata - a biztosító által a bejelentést követően meghatározott egyéb irat vagy dokumentum, illetve vizsgálati eredmény
Keresőképtelenség esetén	- a keresőképtelenség elbírálására jogosult háziorvos, kezelőorvos és a felülvizsgáló főorvos igazolása - minden olyan orvosi, kórházi dokumentum másolata, amely tartalmazza a keresőképtelenség leírását (betegség, sérülés, az aktuális állapot, BNO kód) okát, előzményeit, időpontját, tartamát (kiemelten az „Orvosi igazolás folyamatos keresőképtelenségről”, továbbá munkahelyi igazolás a keresőképtelenségről), 30 naponként az aktuális egészségi állapotot igazoló szakorvosi vélemény - a táppénzjogosultság igazolása, illetve a pénzbeli egészségbiztosítási járulék megfizetésének írásbeli igazolása - a biztosított rendszeres jövedelemére vonatkozó munkáltatói vagy NAV jövedelemigazolás - a biztosító által a bejelentést követően meghatározott egyéb irat vagy dokumentum, illetve vizsgálati eredmény
Gyermekeápolás esetén	- a biztosítási eseményt leíró és alátámasztó, háziorvos, szakorvos vagy egészségügyi intézmény által kiállított orvosi dokumentáció másolata (zárójelentések, vizsgálati és szövettani eredmények) - minden olyan egészségügyi dokumentáció másolata, amely tartalmazza a gyermek betegségének kórtörténeti adatait, időpontját, tartamát, a felállított diagnózisokat, az alkalmazott kezeléseket, illetve műtét esetén a műtéti beavatkozás pontos leírását, valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával (ideértve a betegség, sérülés, az aktuális állapot leírását, BNO kódot), 30 naponként a gyermek aktuális egészségi állapotát igazoló szakorvosi vélemény - „Orvosi igazolás folyamatos keresőképtelenségről” megnevezésű dokumentum, továbbá munkahelyi igazolás a gyermek ápolása miatti keresőképtelenségről - a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata a gyermek folyamatos ápolásának szükségességéről - a biztosított rendszeres jövedelemére vonatkozó munkáltatói vagy NAV jövedelemigazolás - a biztosító által a bejelentést követően meghatározott egyéb irat vagy dokumentum, illetve vizsgálati eredmény

Ha a fentnevezett
esetekhez hatósági
eljárás kapcsolódik

- a tényállás megállapítására alkalmas hatósági okirat, rendőrségi határozat, vádindítvány vagy vádirat, bírósági ítélet vagy az eljárás során hozott egyéb határozat
- véralkohol vizsgálati eredmény, toxikus anyagok szedésére vonatkozó vizsgálati eredmény másolata
- rendőrségi vagy munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolata

A biztosító a biztosítási szolgáltatás teljesítésének esedékességét a bejelentett káresemény tekintetében indult büntető- vagy szabálysértési eljárás jogerős befejezéséhez nem kötheti.

Budapest, 2024. május 9.

Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések

MetProtect változó díjú kockázati életbiztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-K37, MET-K38)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) változó díjú kockázati életbiztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, akinek az életkora a biztosítási szerződés megkötésekor, a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint, legalább 16 év, illetve aki a 79. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 80. életévet.

II. A biztosítási esemény

A biztosítási esemény a biztosított halála a biztosítás tartama alatt.

III. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.
2. Az egyösszegű kifizetés helyett a kedvezményezett a biztosító által a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában kínált feltételek szerinti járadék kifizetését is választhatja.

IV. A biztosítás díja

A biztosítási díj változó mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján biztosítási évenként emelkedik.

V. Értékkövetés

1. A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
2. Az értékkövetés nem-arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével nem azonos mértékben növekszik.
3. A díj az értékkövetés mértékével megnövelt biztosítási összeghez képest nagyobb arányban növekedhet, mivel az értékkövetéssel megnövelt díj a biztosított aktuális életkorának figyelembevételével történik

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect kockázati életbiztosítás választható tartammal biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-K50, MET-K51)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) kockázati életbiztosítás választható tartammal biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, akinek az életkora a biztosítási szerződés megkötésekor, a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint, legalább 16 év, illetve aki a 79. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 80. életévet.

II. A biztosítási szerződés tartama

1. A biztosítási szerződés egész években meghatározható tartamát a szerződő a szerződéskötéskor választja meg.
2. A biztosítási szerződés legrövidebb tartama 1 év, leghosszabb tartama 64 év azzal, hogy a biztosítási szerződés tartama legfeljebb annak a biztosítási évnek a végéig tart, amelyben a biztosított a 79. életévét betölti.

III. A biztosítási esemény

A biztosítási esemény a biztosított halála a biztosítás tartama alatt.

IV. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.
2. Az egyösszegű kifizetés helyett a kedvezményezett a biztosító által a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában kínált feltételek szerinti járadék kifizetését is választhatja.

V. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

VI. Értékkövetés

1. A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
2. Az értékkövetés nem-arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével nem azonos mértékben növekszik.
3. Amennyiben az értékkövetés mértékével megnövelt díj nem elegendő a biztosítási összeg azonos mértékű emeléséhez, úgy a biztosítási összeg a díjnövelés által ténylegesen fedezett mértékig kerül megnövelésre.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect kockázati életbiztosítás csökkentett díjfizetési tartammal biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-K52, MET-K53)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) kockázati életbiztosítás csökkentett díjfizetési tartammal biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, akinek az életkora a biztosítási szerződés megkötésekor, a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint, legalább 16 év, illetve aki a 78. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 80. életévet.

II. A biztosítási szerződés tartama

1. A biztosítási szerződés egész években meghatározható tartamát a szerződő a szerződéskötéskor választja meg.
2. A biztosítási szerződés legrövidebb tartama 2 év, leghosszabb tartama 64 év azzal, hogy a biztosítási szerződés tartama legfeljebb annak a biztosítási évnek a végéig tart, amelyben a biztosított a 79. életévét betölti.

III. A díjfizetés tartama

1. A szerződő a biztosítási díjat a biztosítási szerződés tartamának feléig köteles megfizetni.
2. Amennyiben a biztosítási szerződés tartamaként választott évek száma páratlan, úgy a szerződő a biztosítási díjat a páratlan szám felének lefelé kerekítésével számított tartamra köteles megfizetni. Példaként: ha a biztosítási szerződés tartama 11 év, úgy a szerződő a biztosítási díjat 5 évre köteles megfizetni.

IV. A biztosítási esemény

A biztosítási esemény a biztosított halála a biztosítás tartama alatt.

V. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben meghatározott összeget fizeti ki.
2. Az egyösszegű kifizetés helyett a kedvezményezett a biztosító által a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában kínált feltételek szerinti járadék kifizetését is választhatja.

VI. A biztosítás díja

1. A szerződő a díjfizetés tartama során fizeti meg a teljes biztosítási tartamra vonatkozó díjat.
2. A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díjfizetési tartam során a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

VII. Értékkövetés

1. A biztosítási szerződés a díjfizetés tartama alatt rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
2. Az értékkövetés nem-arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével nem azonos mértékben növekszik.
3. Amennyiben az értékkövetés mértékével megnövelt díj nem elegendő a biztosítási összeg azonos mértékű emeléséhez, úgy a biztosítási összeg a díjnövelés által ténylegesen fedezett mértékig kerül megnövelésre.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect hirtelen halál esetére szóló biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-SD3, MET-SD1)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) hirtelen halál esetére szóló biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, akinek az életkora a biztosítási szerződés megkötésekor, a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint, legalább 16 év, illetve aki a 79. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 80. életévet.

II. A biztosítási esemény

1. A biztosítási esemény a biztosítottnak az alábbiak valamelyikével okozati összefüggésben bekövetkezett halála a biztosítás tartama alatt:
 - a) baleset,
 - b) szívizominfarktus,
 - c) agyi érkatasztrófa, feltéve, hogy az a)-c) pontban meghatározott események a biztosítási szerződés hatálya alatt következnek be.
2. A biztosítási esemény bekövetkezésének további feltétele, hogy a biztosított halála a baleset bekövetkezésétől számított 180 napon belül, szívinfarktus vagy agyi érkatasztrófa bekövetkezése esetén a diagnózis megállapítását követő 30 napon belül következik be.
3. Orvosi vizsgálati eredmények hiányában a haláleset okának igazolása kizárólag boncolási jegyzőkönyv alapján történik meg.
4. A biztosítási eseménynek minősülő betegségek meghatározása:
 - a) Szívizominfarktus: Az akut és heveny szívizominfarktus a vérellátás akadályozottságának (elégtelenségének) következtében kialakult (hirtelen) szívizomelhalás. A diagnózis alátámasztásához szükséges legalább egy kardiológiai (bio)marker (Troponin I, Troponin T vagy CK-MB közül az egyik) szintjének típusos emelkedése és/vagy csökkenése, melynek mértéke az adott referenciatartomány felső határának legalább 99%-a. A diagnózis alátámasztásához szükséges továbbá a szívinfarktus típusos klinikai tüneteinek akut megjelenése, vagy új, időszakos EKG eltérések a következő elváltozások valamelyikének kialakulásával: ST eleváció (emelkedés), ST depresszió (csökkenés), T hullám inverzió, kóros Q hullámok vagy pitvar-kamrai blokk.

Egyéb akut koronária szindrómák, melyek magukban foglalják, de nem korlátozódnak az instabil anginára, nem tekinthetők biztosítási eseménynek.
 - b) Agyi érkatasztrófa: Az agyi érkatasztrófa olyan, agyi szövetelhalást okozó hirtelen fellépő idegrendszeri esemény, amit agyi értrombózis, illetve embólia, vagy koponyán belüli vérzés (állományi, illetve pókhálószerű alatti) okoz. A diagnózis felállításához MRI (mágneses rezonancia vizsgálat), CT (komputertomográfia) vagy más megbízható képalkotó eljárással készült vizsgálati eredmény, valamint szakvélemény szükséges, amely az eseményt követően, az eseménnyel okozati összefüggésben álló, maradandó, kóros idegrendszeri károsodást állapít meg.

III. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben meghatározott összeget fizeti ki.
2. Az egyösszegű kifizetés helyett a kedvezményezett a biztosító által a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában kínált feltételek szerinti járadék kifizetését is választhatja.

IV. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

V. Értékkövetés

1. A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
2. Az értékkövetés nem-arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével nem azonos mértékben növekszik.
3. Amennyiben az értékkövetés mértékével megnövelt díj nem elegendő a biztosítási összeg azonos mértékű emeléséhez, úgy a biztosítási összeg a díjnövelés által ténylegesen fedezett mértékig kerül megnövelésre.

VI. Kizárások

A MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezők II. Rész rendelkezésein túl a biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek az alábbi eseményeket, illetve az alábbi eseményekkel okozati összefüggésben álló eseményeket:

- a) a biztosítottnál a biztosítási szerződés megkötését megelőzően diagnosztizált:
 - aa) TIA Transient Ischemic Attack (átmeneti, 24 óránál rövidebb ideig tartó, maradandó tüneteket nem okozó agyi keringési zavarok),
 - ab) baleseti sérülés, fertőzés, érgyulladás vagy gyulladásos betegség következtében kialakult agykárosodás,
- b) a biztosított mértéktelen alkoholfogyasztása, illetve alkoholbetegsége.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect baleseti halál esetére szóló biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-HC1, MET-HC4)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) baleseti halál esetére szóló biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, aki a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint legalább 16 éves, és a 79. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 80. életévet.

II. A biztosítási esemény

A biztosítási esemény a biztosított balesettel összefüggésben, a baleset időpontját követő 180 napon belül bekövetkezett halála, feltéve, hogy a baleset és a halál bekövetkezésének időpontjában a biztosítási szerződés hatályban van.

III. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek az alábbi táblázat szerinti mértékét (térítés összege) fizeti ki.

A biztosított életkora	A térítés összege a biztosítási összeg százalékában
16 – 59 év	100%
60 – 64 év	70%
65 – 69 év	65%
70 – 74 év	60%
75 – 80 év	50%

2. Az egyösszegű kifizetés helyett a kedvezményezett a biztosító által a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában kínált feltételek szerinti járadék kifizetését is választhatja.

IV. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

V. Értékkövetés

1. A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
2. Az értékkövetés arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével azonos mértékben nő.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect közlekedési baleseti halál esetére szóló biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-TA4, MET-TA3)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) közlekedési baleseti halál esetére szóló biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, aki a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint legalább 16 éves, és a 79. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 80. életévét.

II. A biztosítási esemény

A biztosítási esemény a biztosított közlekedési balesettel összefüggésben, a baleset időpontját követő 180 napon belül bekövetkezett halála, feltéve, hogy a baleset és a halál bekövetkezésének időpontjában a biztosítási szerződés hatályban van.

III. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.
2. Az egyösszegű kifizetés helyett a kedvezményezett a biztosító által a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában kínált feltételek szerinti járadék kifizetését is választhatja.

IV. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

V. Értékkövetés

1. A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
2. Az értékkövetés arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével azonos mértékben nő.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect szülők egyazon balesetből bekövetkező halála esetére szóló biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-OR6, MET-OR0)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) szülők egyazon balesetből bekövetkező halála esetére szóló biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított (társbiztosított)

1. A biztosított és a társbiztosított azok a személyek lehetnek, akik házastársak vagy élettársak, és vér szerinti vagy örökbefogadó szülői, és egyben törvényes képviselői a kedvezményezett gyermek(ek)nek.
2. A biztosított és a társbiztosított az a személy lehet, aki a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint legalább 16 éves, és a 79. életévét még nem töltötte be.
3. A biztosított és a társbiztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 80. életévet.

II. A kedvezményezett

A kedvezményezett(ek) a biztosított és a társbiztosított vér szerinti vagy örökbefogadott gyermeke(i) lehetnek, feltéve, hogy a biztosítási esemény bekövetkezésekor a 25. életévüket még nem töltötték be.

III. A biztosítási esemény

A biztosítási esemény a biztosított és a társbiztosított ugyanazon balesettel összefüggésben, a baleset időpontját követő 180 napon belül bekövetkezett halála, feltéve, hogy a baleset és a halál bekövetkezésének időpontjában a biztosítási szerződés hatályban van.

IV. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki a kedvezményezett(ek) részére.
2. Az egyösszegű kifizetés helyett a kedvezményezett(ek) a biztosító által a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában kínált feltételek szerinti járadék kifizetését is választhatja, illetve választhatják.

V. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

VI. Értékkövetés

1. A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
2. Az értékkövetés arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével azonos mértékben nő.

VII. A biztosítási szerződés megszűnése

A biztosítási szerződés megszűnik annak a biztosítási évnek a végével, amelyben a kedvezményezettek bármelyike betölti a 24. életévet.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect változó díjú Critical Care-9 biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-C52, MET-C53)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) változó díjú Critical Care-9 biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződések Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész, és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződések Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, akinek az életkora a biztosítási szerződés megkötésekor, a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint, legalább 16 év, illetve aki a 69. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 70. életévet.

II. Várakozási idő

A biztosító a nem baleseti eredetű biztosítási esemény kockázatát csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 90 nap elteltével vállalja.

III. A biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a biztosítottnál a biztosítási szerződés hatálybalépését követően a különös rendelkezések függelékében (továbbiakban: Függelék) meghatározott betegség, egészségi állapot bekövetkezése, műtéti beavatkozás elvégzése.
2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a Függelékben meghatározottak szerint kerül megállapításra.

IV. A biztosító szolgáltatása

1. Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási összegnek a Függelékben meghatározott mértékét fizeti ki, feltéve, hogy a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában a biztosított életben van.

Többszörös szolgáltatás

2. A biztosító öt kategóriába sorolja a biztosítási eseménynek minősülő betegségeket, egészségi állapotokat és műtéti beavatkozásokat. A kategóriákba való besorolást a Függelék tartalmazza.
3. A biztosító a biztosítás tartama alatt az adott kategóriába sorolt betegségek, egészségi állapotok és műtéti beavatkozások vonatkozásában kategóriánként legfeljebb a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki biztosítási esemény bekövetkezése esetén, figyelembe véve a IV. 7-13. pontokban meghatározott részkifizetés lehetőségét is.
4. A biztosító a biztosítás tartama alatt a biztosítási összegnek legfeljebb az 500%-át szolgáltatja.
5. Amennyiben a Függelékben meghatározott kategóriák bármelyikében az odasorolt betegségek, műtéti beavatkozások vonatkozásában biztosítási esemény bekövetkezése miatt a biztosító kifizette a biztosítási összeg 100%-át, úgy a biztosítási esemény bekövetkezését követően a biztosító kockázatviselése az érintett kategóriára, azaz az adott kategória összes betegsége vonatkozásában megszűnik a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjára visszamenő hatállyal.

6. A fennmaradt kategóriák betegségeire, műtéti beavatkozásaira a biztosító kockázatviselése mindaddig fennáll, amíg az egyes kategóriákban meghatározott betegségek, műtéti beavatkozások közül valamelyik bekövetkezik és a biztosító szolgáltatást teljesít, figyelembe véve a IV. 7-13. pontokban meghatározott részkiefizetés lehetőségét is.

Részkiefizetési szolgáltatás

7. A Függelékben meghatározott egyes betegségek és műtéti beavatkozások esetében a biztosító részkiefizetést vagy részkiefizetéseket teljesít az adott megbetegedés, egészségi állapot, műtéti beavatkozás súlyosságára tekintettel.
8. A részkiefizetésre jogosító biztosítási események meghatározását a Függelék tartalmazza.
9. A részkiefizetés keretében a biztosító a biztosítási összeget alapul véve annak 25% vagy 50%-át fizeti ki az adott megbetegedésnek, állapotnak, beavatkozásnak a Függelékben meghatározott súlyosságú diagnózis esetén.
10. Amennyiben egy adott megbetegedés, egészségi állapot, műtéti beavatkozás súlyossága alapján a Függelékben meghatározottak szerint több (kettő vagy három) biztosítási esemény kerül meghatározásra, úgy a biztosító csak az adott megbetegedés, egészségi állapot súlyosbodása esetén teljesít részkiefizetést.
11. A részkiefizetésekkel teljesített szolgáltatás összege az adott megbetegedés, egészségi állapot, műtéti beavatkozás tekintetében legfeljebb a biztosítási összeg 100%-a lehet.
12. Amennyiben egy adott kategóriában részkiefizetésre jogosító biztosítási eseményt követően az adott kategóriába tartozó másik megbetegedés, egészségi állapot, műtéti beavatkozás miatt újabb biztosítási esemény következik be, úgy a biztosító a második biztosítási eseményre tekintettel kifizeti a már teljesített részkiefizetés(ek) összegével csökkentett biztosítási összeget. A kategóriára összesen teljesített kifizetés ebben az esetben sem haladhatja meg a biztosítási összeg 100%-át.
13. A kategórián belüli, a 12. pont szerinti két biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjai között legalább 180 napnak el kell telnie. Amennyiben a kategórián belüli két, nem azonos megbetegedés, beavatkozás miatti biztosítási esemény között nem telik el 180 nap, a biztosító nem teljesít szolgáltatást, de a biztosítás változatlan feltételekkel érvényben marad.

V. A biztosítás díja

A biztosítási díj változó mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján biztosítási évenként emelkedik.

VI. Értékkövetés

1. A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
2. Az értékkövetés nem-arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével nem azonos mértékben növekszik.
3. A díj az értékkövetés mértékével megnövelt biztosítási összeghez képest nagyobb arányban növekedhet, mivel az értékkövetéssel megnövelt díj a biztosított aktuális életkorának figyelembevételével történik.

VII. Kizárások

A MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezésein túl a biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek az alábbi eseményeket, illetve az alábbi eseményekkel okozati összefüggésben álló eseményeket:

- a) a biztosított mértéktelen alkoholfogyasztása, illetve alkoholbetegsége,
- b) maghasadás, illetve radioaktív vagy egyéb ionizáló sugárzás, kivéve, ha az ilyen sugárzást jogszabályban feljogosított egészségügyi intézmény vagy orvos utasítására gyógyászati céllal alkalmazzák,

-
- c) mérgező vagy maró anyagok akaratlagos bevétele, illetve gázok, gőzök vagy füst szándékos belélegzése, amennyiben a belélegzett anyagok koncentrációja a jogszabályban meghatározott egészségügyi határértéket meghaladja.

VIII. Megszűnés

A biztosítási esemény bekövetkezésével a biztosítási szerződés nem szűnik meg.

FÜGGELÉK

A MetProtect változó díjú Critical Care-9 biztosítási szerződés alapján biztosítási eseménynek minősülő betegségek, egészségi állapotok, műtéti beavatkozások kategóriáinként, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja és a biztosítási összeg mértéke

Betegségek, egészségi állapotok, műtéti beavatkozások kategóriái

A biztosító az alábbi 5 (öt) kategóriába sorolja be a biztosítási eseménynek minősülő betegségeket, egészségi állapotokat és műtéti beavatkozásokat:

- I. kategória:** Súlyos rosszindulatú daganatos betegség
- II. kategória:** Súlyos szív- és érrendszeri betegségek
- III. kategória:** Főbb szerveket és életfunkciókat érintő súlyos betegségek
- IV. kategória:** Súlyos idegrendszeri betegségek
- V. kategória:** Egyéb súlyos betegségek

Egy kategóriára tekintettel a biztosító legfeljebb a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki.

I. kategória: Súlyos rosszindulatú daganatos betegség

Rosszindulatú daganat (1)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

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 kórboncnok állítja fel.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a szövettani lelet kiadásának időpontja.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakban felsoroltakra:

- a) In situ rosszindulatú elváltozások, a szövettanilag premalignus (daganatot megelőző állapot, vagyis olyan állapot, melyből rosszindulatú daganat alakul(hat) ki) vagy noninvazív, a szöveti határokat figyelembe vevő, a környezetét nem elárasztó daganatok, idezámítva az in situ mell-daganatokat és a CIN-1; CIN-2; CIN-3 osztályú méhnyaki diszpláziákat;
- b) Hiperkeratózisosok, 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;
- c) 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;
- d) AIDS megbetegedés, illetve HIV fertőzöttség mellett megjelenő bármely rosszindulatú daganat.

II. kategória: Súlyos szív- és érrendszeri betegségek

Akut (heveny) szívinfarktus (2)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Az akut (heveny) szívizominfarktus a vérellátás akadályozottságának (elégtelenségének) következtében kialakult (hirtelen) szívizomelhalás. Fenti diagnózis alátámasztásához szükséges legalább egy kardiológiai (bio)marker (Troponin I, Troponin T vagy CK-MB közül az egyik) szintjének típusos emelkedése és/vagy csökkenése, melynek mértéke az adott referenciatartomány felső határának legalább 99%-a.

A fentiekén kívül:

- a) A szívinfarktus típusos klinikai tüneteinek akut megjelenése vagy
- b) Új, időszakos EKG eltérések a következő elváltozások valamelyikének kialakulásával: ST eleváció (emelkedés), ST depresszió (csökkenés), T hullám inverzió, kóros Q hullámok vagy pitvar-kamrai blokk.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis szakorvos által történő felállításának időpontja.

Egyéb akut koronária szindrómák, melyek magukban foglalják, de nem korlátozódnak az instabil anginára, nem minősülnek biztosítási eseménynek.

Aorta műtét (3)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

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 biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek szerinti műtét időpontja.

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

Szívkoszorúér műtét (4)

A biztosítási összeg 25%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Egy vagy két szívkoszorúér szűkületének vagy elzáródásának megoldására, minimál invazív eljárással (részleges sternotomia vagy thoracotomia) végzett megkerülő (by-pass) ér beültetése. A diagnózist koszorúérfestéssel előzetesen igazolt szignifikáns koszorúér-szűkület alapján kardiológusnak kell megállapítania.

A biztosítási összeg 50%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Három vagy több szívkoszorúér szűkületének vagy elzáródásának megoldására, minimál invazív eljárással (részleges sternotomia vagy thoracotomia) végzett megkerülő (by-pass) ér beültetése. A diagnózist koszorúérfestéssel előzetesen igazolt szignifikáns koszorúér-szűkület alapján kardiológusnak kell megállapítania.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Egy vagy két szívkoszorúér szűkületének vagy elzáródásának megoldására, nyitott mellkasban végzett műtéti beavatkozás megkerülő (by-pass) ér beültetésével. A diagnózist koszorúérfestéssel előzetesen igazolt szignifikáns koszorúér-szűkület alapján kardiológusnak kell megállapítania.

Bármelyik biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek szerinti műtét időpontja.

A biztosítás nem terjed ki a nem nagysebészeti megoldásokra, a koszorúér tágitásra és az összes katéteres kezelési eljárásra, valamint azokra a műtétekre, amelyek szükségességét kardiológus szakvélemény nem támasztotta alá.

Szívbillentyű műtét (5)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Nyitott mellkasban végzett műtét a szívbillentyűk rendellenességének megoldására (szívbillentyűk helyreállítása vagy cseréje). A billentyűelégtelenség diagnózisát szívkatéteres és szívultrahang vizsgálattal kell igazolni és a műtét szükségességét kardiológus szakvéleményével kell alátámasztani.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek szerinti műtét időpontja.

A biztosítás nem terjed ki a valvulotomiával, intraartériás műtétekkel vagy hasonló technikákkal elvégzett beavatkozásokra.

III. kategória: Főbb szerveket és életfunkciókat érintő súlyos betegségek

Végállapotú veseelégtelenség (6)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A veseelégtelenség mindkét vese működésének tartós, krónikus, visszafordíthatatlanul beszűkült, végállapotot jelző károsodása, amely krónikus vesebetegségek, illetve urológiai betegségek miatti vesepusztulás következménye. A vesekárosodás súlyos, IV. stádiumú, terminális veseműködési elégtelenség (a vér serumkreatinin-szintje tartósan 800-900 µmol/l vagy ezen érték feletti), amelynek következtében a beteg folyamatos vesefunkció-pótló kezelést (krónikus dialízis: peritoneális – hasüregi – dialízis, vagy haemodialízis, azaz művesekezelés) igényel.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a rendszeres dialízis kezelés megkezdésének időpontja vagy a veseátültetés időpontja, attól függően, hogy melyik következik be előbb.

Szervátültetés (7)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

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. Szervátültetésnek minősül az emberi csontvelő átültetés összejt beültetéssel teljes csontvelő kiirtás után.

A szervátültetés tekintetében biztosítási eseménynek tekinti továbbá a biztosító, ha a biztosított felkerül a hivatalosan elismert transzplantációs várólistára a fenti szervek vonatkozásában.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek szerinti műtét időpontja, vagy a biztosított transzplantációs listára kerülésének időpontja.

Nem minősül szervátültetésnek bármely más szerv, szervrész, szövet vagy sejt transzplantációja.

IV. kategória: Súlyos idegrendszeri betegségek

Agyi érkatasztrófa (8)

A biztosítási összeg 50%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Agyi érkatasztrófa az olyan, agyi szövetelhalást okozó hirtelen fellépő idegrendszeri esemény, amelyet agyi értrombózis, illetve embólia vagy koponyán belüli (állományi, illetve pókhálókórtya alatti) vérzés okoz. A diagnózis felállításához MRI (Mágneses rezonancia vizsgálat), CT (Komputertomográfia) vagy más megbízható képalkotó eljárással készült vizsgálati eredmény szükséges, valamint az a neurológiai szakvélemény, amely az eseményt követő 72 órában fennálló, az eseménnyel okozati összefüggésben lévő olyan kóros idegrendszeri károsodást állapít meg, amely az eseményt követő 6 hét után már nem áll fenn.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

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

Bármelyik biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis képalkotó vizsgálattal történő felállításának időpontja.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakban felsoroltakra:

- a) TIA Transient Ischemic Attack (átmeneti, 24 óránál rövidebb ideig tartó, maradandó tüneteket nem okozó agyi keringési zavarok);
- b) Baleseti sérülés, fertőzés, érgyulladás vagy gyulladásos betegség következtében kialakult agykárosodás;
- c) A szemet vagy látóideget érintő érbetegség;
- d) Az egyensúlyrendszert érintő iszkémiás eltérések,
- e) Képalkotó diagnosztikai úton feltárt tünetmentes agyi érkatasztrófa.

V. kategória: Egyéb súlyos betegségek

Súlyos látáskárosodás (9)

A biztosítási összeg 25%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Biztosítási eseménynek minősül az a látáskárosodás, amikor az egyik szem látóképessége baleset vagy betegség következtében visszafordíthatatlanul megromlik az alábbiak szerint:

- a károsodott szem látóélessége megfelelő korrekcióval (eszköz vagy műtét) legfeljebb 5/70,
- a károsodott szem látótere megfelelő korrekcióval (eszköz vagy műtét) körkörösen húsz foknál szűkebb,
- az egyik szem hiányzik vagy nincs fényérzékelése.

A biztosítási összeg 50%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Biztosítási eseménynek minősül az a súlyos látáskárosodás, amikor mindkét szem látóképessége baleset vagy betegség következtében visszafordíthatatlanul megromlik az alábbiak szerint:

- az egészségesebb szem látóélessége megfelelő korrekcióval (eszköz vagy műtét) legfeljebb 5/50,
- az egészségesebb szem látótere megfelelő korrekcióval (eszköz vagy műtét) körkörösen húsz foknál szűkebb.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Biztosítási eseménynek minősül mindkét szem látóképességének teljes és visszafordíthatatlan elvesztése betegség vagy baleset következtében az alábbiak szerint:

- mindkét szem látóélessége megfelelő korrekcióval (eszköz vagy műtét) legfeljebb 5/70,
- az egyik szem látóélessége megfelelő korrekcióval (eszköz vagy műtét) legfeljebb 5/50, a másik szem hiányzik vagy nincs fényérzékelése,
- mindkét szem látótere megfelelő korrekcióval (eszköz vagy műtét) körkörösen húsz foknál szűkebb.

Bármelyik biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az adott látáskárosodás diagnosztizálásának időpontja; a diagnózist szemész vagy neurológus szakorvosnak kell szakorvosi leletbe foglalva megerősítenie.

A biztosítás nem terjed ki a szürkehályog okozta látáskárosodásra.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect Critical Care-9 választható tartammal biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-C59, MET-C60)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) Critical Care-9 választható tartammal biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész, és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, akinek az életkora a biztosítási szerződés megkötésekor, a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint, legalább 16 év, illetve aki a 69. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 70. életévet.

II. Várakozási idő

A biztosító a nem baleseti eredetű biztosítási esemény kockázatát csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 90 nap elteltével vállalja.

III. A biztosítási szerződés tartama

1. A biztosítási szerződés egész években meghatározható tartamát a szerződő a szerződéskötéskor választja meg.
2. A biztosítási szerződés legrövidebb tartama 1 év, leghosszabb tartama 54 év azzal, hogy a biztosítási szerződés tartama legfeljebb annak a biztosítási évnek a végéig tart, amelyben a biztosított a 69. életévét betölti.

IV. A biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a biztosítottnál a biztosítási szerződés hatálybalépését követően a különös rendelkezések függelékében (továbbiakban: Függelék) meghatározott betegség, egészségi állapot bekövetkezése, műtéti beavatkozás elvégzése.
2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a Függelékben meghatározottak szerint kerül megállapításra.

V. A biztosító szolgáltatása

1. Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási összegnek a Függelékben meghatározott mértékét fizeti ki, feltéve, hogy a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában a biztosított életben van.

Többszörös szolgáltatás

2. A biztosító öt kategóriába sorolja a biztosítási eseménynek minősülő betegségeket, egészségi állapotokat és műtéti beavatkozásokat. A kategóriákba való besorolást a Függelék tartalmazza.

3. A biztosító a biztosítás tartama alatt az adott kategóriába sorolt betegségek, egészségi állapotok és műtéti beavatkozások vonatkozásában kategóriánként legfeljebb a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki biztosítási esemény bekövetkezése esetén, figyelembe véve az V. 7-13. pontokban meghatározott részki fizetés lehetőségét is.
4. A biztosító a biztosítás tartama alatt a biztosítási összegnek legfeljebb az 500%-át szolgáltatja.
5. Amennyiben a Függelékben meghatározott kategóriák bármelyikében az odasorolt betegségek, műtéti beavatkozások vonatkozásában biztosítási esemény bekövetkezése miatt a biztosító kifizette a biztosítási összeg 100%-át, úgy a biztosítási esemény bekövetkezését követően a biztosító kockázatviselése az érintett kategóriára, azaz az adott kategória összes betegsége vonatkozásában megszűnik a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjára visszamenő hatállyal.
6. A fennmaradt kategóriák betegségeire, műtéti beavatkozásaira a biztosító kockázatviselése mindaddig fennáll, amíg az egyes kategóriákban meghatározott betegségek, műtéti beavatkozások közül valamelyik bekövetkezik és a biztosító szolgáltatást teljesít, figyelembe véve az V. 7-13. pontokban meghatározott részki fizetés lehetőségét is.

Részki fizetési szolgáltatás

7. A Függelékben meghatározott egyes betegségek és műtéti beavatkozások esetében a biztosító részki fizetést vagy részki fizetéseket teljesít az adott megbetegedés, egészségi állapot, műtéti beavatkozás súlyosságára tekintettel.
8. A részki fizetésre jogosító biztosítási események meghatározását a Függelék tartalmazza.
9. A részki fizetés keretében a biztosító a biztosítási összeget alapul véve annak 25% vagy 50%-át fizeti ki az adott megbetegedésnek, állapotnak, beavatkozásnak a Függelékben meghatározott súlyosságú diagnózis esetén.
10. Amennyiben egy adott megbetegedés, egészségi állapot, műtéti beavatkozás súlyossága alapján a Függelékben meghatározottak szerint több (kettő vagy három) biztosítási esemény kerül meghatározásra, úgy a biztosító csak az adott megbetegedés, egészségi állapot súlyosbodása esetén teljesít részki fizetést.
11. A részki fizetésekkel teljesített szolgáltatás összege az adott megbetegedés, egészségi állapot, műtéti beavatkozás tekintetében legfeljebb a biztosítási összeg 100%-a lehet.
12. Amennyiben egy adott kategóriában részki fizetésre jogosító biztosítási eseményt követően az adott kategóriába tartozó másik megbetegedés, egészségi állapot, műtéti beavatkozás miatt újabb biztosítási esemény következik be, úgy a biztosító a második biztosítási eseményre tekintettel kifizeti a már teljesített részki fizetés(ek) összegével csökkentett biztosítási összeget. A kategóriára összesen teljesített kifizetés ebben az esetben sem haladhatja meg a biztosítási összeg 100%-át.
13. A kategórián belüli, a 12. pont szerinti két biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjai között legalább 180 napnak el kell telnie. Amennyiben a kategórián belüli két, nem azonos megbetegedés, beavatkozás miatti biztosítási esemény között nem telik el 180 nap, a biztosító nem teljesít szolgáltatást, de a biztosítás változatlan feltételekkel érvényben marad.

VI. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

VII. Értékkövetés

1. A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
2. Az értékkövetés nem-arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével nem azonos mértékben növekszik.

-
3. Amennyiben az értékkövetés mértékével megnövelt díj nem elegendő a biztosítási összeg azonos mértékű emeléséhez, úgy a biztosítási összeg a díjnövelés által ténylegesen fedezett mértékig kerül megnövelésre.

VIII. Kizárások

A MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezők II. Rész rendelkezésein túl a biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek az alábbi eseményeket, illetve az alábbi eseményekkel okozati összefüggésben álló eseményeket:

- a) a biztosított mértéktelen alkoholfogyasztása, illetve alkoholbetegsége,
- b) maghasadás, illetve radioaktív vagy egyéb ionizáló sugárzás, kivéve, ha az ilyen sugárzást jogszabályban feljogosított egészségügyi intézmény vagy orvos utasítására gyógyászati céllal alkalmazzák,
- c) mérgező vagy maró anyagok akaratlagos bevétele, illetve gázok, gőzök vagy füst szándékos belélegzése, amennyiben a belélegzett anyagok koncentrációja a jogszabályban meghatározott egészségügyi határértéket meghaladja.

IX. Megszűnés

A biztosítási esemény bekövetkezésével a biztosítási szerződés nem szűnik meg.

FÜGGELÉK

A MetProtect Critical Care-9 választható tartammal biztosítási szerződés alapján biztosítási eseménynek minősülő betegségek, egészségi állapotok, műtéti beavatkozások kategóriáinként, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja és a biztosítási összeg mértéke

Betegségek, egészségi állapotok, műtéti beavatkozások kategóriái

A biztosító az alábbi 5 (öt) kategóriába sorolja be a biztosítási eseménynek minősülő betegségeket, egészségi állapotokat és műtéti beavatkozásokat:

- I. **kategória:** Súlyos rosszindulatú daganatos betegség
- II. **kategória:** Súlyos szív- és érrendszeri betegségek
- III. **kategória:** Főbb szerveket és életfunkciókat érintő súlyos betegségek
- IV. **kategória:** Súlyos idegrendszeri betegségek
- V. **kategória:** Egyéb súlyos betegségek

Egy kategóriára tekintettel a biztosító legfeljebb a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki.

I. kategória: Súlyos rosszindulatú daganatos betegség

Rosszindulatú daganat (1)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

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 kórboncnok állítja fel.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a szövettani lelet kiadásának időpontja.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakban felsoroltakra:

- a) In situ rosszindulatú elváltozások, a szövettanilag premalignus (daganatot megelőző állapot, vagyis olyan állapot, melyből rosszindulatú daganat alakul(hat) ki) vagy noninvazív, a szöveti határokat figyelembe vevő, a környezetét nem elárasztó daganatok, ideértve az in situ mell-daganatokat és a CIN-1; CIN-2; CIN-3 osztályú méhnyaki diszpláziákat;
- b) Hiperkeratózisosok, 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;
- c) 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;
- d) AIDS megbetegedés, illetve HIV fertőzöttség mellett megjelenő bármely rosszindulatú daganat.

II. kategória: Súlyos szív- és érrendszeri betegségek

Akut (heveny) szívinfarktus (2)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Az akut (heveny) szívizominfarktus a vérellátás akadályozottságának (elégtelenségének) következtében kialakult (hirtelen) szívizomelhalás. Fenti diagnózis alátámasztásához szükséges legalább egy kardiológiai (bio)marker (Troponin I, Troponin T vagy CK-MB közül az egyik) szintjének típusos emelkedése és/vagy csökkenése, melynek mértéke az adott referenciatartomány felső határának legalább 99%-a.

A fentiekén kívül:

- a) A szívinfarktus típusos klinikai tüneteinek akut megjelenése vagy
- b) Új, időszakos EKG eltérések a következő elváltozások valamelyikének kialakulásával: ST eleváció (emelkedés), ST depresszió (csökkenés), T hullám inverzió, kóros Q hullámok vagy pitvar-kamrai blokk.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis szakorvos által történő felállításának időpontja.

Egyéb akut koronária szindrómák, melyek magukban foglalják, de nem korlátozódnak az instabil anginára, nem minősülnek biztosítási eseménynek.

Aorta műtét (3)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

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 biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek szerinti műtét időpontja.

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

Szívkoszorúér műtét (4)

A biztosítási összeg 25%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Egy vagy két szívkoszorúér szűkületének vagy elzáródásának megoldására, minimál invazív eljárással (részleges sternotomia vagy thoracotomia) végzett megkerülő (by-pass) ér beültetése. A diagnózist koszorúérfestéssel előzetesen igazolt szignifikáns koszorúér-szűkület alapján kardiológusnak kell megállapítania.

A biztosítási összeg 50%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Három vagy több szívkoszorúér szűkületének vagy elzáródásának megoldására, minimál invazív eljárással (részleges sternotomia vagy thoracotomia) végzett megkerülő (by-pass) ér beültetése. A diagnózist koszorúérfestéssel előzetesen igazolt szignifikáns koszorúér-szűkület alapján kardiológusnak kell megállapítania.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Egy vagy két szívkoszorúér szűkületének vagy elzáródásának megoldására, nyitott mellkasban végzett műtéti beavatkozás megkerülő (by-pass) ér beültetésével. A diagnózist koszorúérfestéssel előzetesen igazolt szignifikáns koszorúér-szűkület alapján kardiológusnak kell megállapítania.

Bármelyik biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek szerinti műtét időpontja.

A biztosítás nem terjed ki a nem nagysebészeti megoldásokra, a koszorúér tágitásra és az összes katéteres kezelési eljárásra, valamint azokra a műtétekre, amelyek szükségességét kardiológus szakvélemény nem támasztotta alá.

Szívbillentyű műtét (5)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Nyitott mellkasban végzett műtét a szívbillentyűk rendellenességének megoldására (szívbillentyűk helyreállítása vagy cseréje). A billentyűelégtelenség diagnózisát szívkatéteres és szívultrahang vizsgálattal kell igazolni és a műtét szükségességét kardiológus szakvéleményével kell alátámasztani.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek szerinti műtét időpontja.

A biztosítás nem terjed ki a valvulotomiával, intraartériás műtétekkel vagy hasonló technikákkal elvégzett beavatkozásokra.

III. kategória: Főbb szerveket és életfunkciókat érintő súlyos betegségek

Végállapotú veseelégtelenség (6)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A veseelégtelenség mindkét vese működésének tartós, krónikus, visszafordíthatatlanul beszűkült, végállapotot jelző károsodása, amely krónikus vesebetegségek, illetve urológiai betegségek miatti vesepusztulás következménye. A vesekárosodás súlyos, IV. stádiumú, terminális veseműködési elégtelenség (a vér serumkreatinin-szintje tartósan 800-900 $\mu\text{mol/l}$ vagy ezen érték feletti), amelynek következtében a beteg folyamatos vesefunkció-pótló kezelést (krónikus dialízis: peritonealis – hasüregi – dialízis, vagy haemodialízis, azaz művesekezelés) igényel.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a rendszeres dialízis kezelés megkezdésének időpontja vagy a veseátültetés időpontja, attól függően, hogy melyik következik be előbb.

Szervátültetés (7)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

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. Szervátültetésnek minősül az emberi csontvelő átültetés összejt beültetéssel teljes csontvelő kiirtás után.

A szervátültetés tekintetében biztosítási eseménynek tekinti továbbá a biztosító, ha a biztosított felkerül a hivatalosan elismert transzplantációs várólistára a fenti szervek vonatkozásában.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek szerinti műtét időpontja, vagy a biztosított transzplantációs listára kerülésének időpontja.

Nem minősül szervátültetésnek bármely más szerv, szervrész, szövet vagy sejt transzplantációja.

IV. kategória: Súlyos idegrendszeri betegségek

Agyi érkatasztrófa (8)

A biztosítási összeg 50%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Agyi érkatasztrófa az olyan, agyi szövetelhalást okozó hirtelen fellépő idegrendszeri esemény, amelyet agyi értrombózis, illetve embólia vagy koponyán belüli (állományi, illetve pókhálókórtálya alatti) vérzés okoz. A diagnózis felállításához MRI (Mágneses rezonancia vizsgálat), CT (Komputertomográfia) vagy más megbízható képalkotó eljárással készült vizsgálati eredmény szükséges, valamint az a neurológiai szakvélemény, amely az eseményt követő 72 órában fennálló, az eseménnyel okozati összefüggésben lévő olyan kóros idegrendszeri károsodást állapít meg, amely az eseményt követő 6 hét után már nem áll fenn.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

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

Bármelyik biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis képalkotó vizsgálattal történő felállításának időpontja.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakban felsoroltakra:

- a) TIA Transient Ischemic Attack (átmeneti, 24 óránál rövidebb ideig tartó, maradandó tüneteket nem okozó agyi keringési zavarok);
- b) Baleseti sérülés, fertőzés, érgyulladás vagy gyulladásos betegség következtében kialakult agykárosodás;
- c) A szemet vagy látóideget érintő érbetegség;
- d) Az egyensúlyrendszert érintő iszkémiás eltérések,
- e) Képalkotó diagnosztikai úton feltárt tünetmentes agyi érkatasztrófa.

V. kategória: Egyéb súlyos betegségek **Súlyos látáskárosodás (9)**

A biztosítási összeg 25%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Biztosítási eseménynek minősül az a látáskárosodás, amikor az egyik szem látóképessége baleset vagy betegség következtében visszafordíthatatlanul megromlik az alábbiak szerint:

- a károsodott szem látóélessége megfelelő korrekcióval (eszköz vagy műtét) legfeljebb 5/70,
- a károsodott szem látótere megfelelő korrekcióval (eszköz vagy műtét) körkörösén húsz foknál szűkebb,
- az egyik szem hiányzik vagy nincs fényérzékelése.

A biztosítási összeg 50%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Biztosítási eseménynek minősül az a súlyos látáskárosodás, amikor mindkét szem látóképessége baleset vagy betegség következtében visszafordíthatatlanul megromlik az alábbiak szerint:

- az egészségesebb szem látóélessége megfelelő korrekcióval (eszköz vagy műtét) legfeljebb 5/50,
- az egészségesebb szem látótere megfelelő korrekcióval (eszköz vagy műtét) körkörösén húsz foknál szűkebb.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Biztosítási eseménynek minősül mindkét szem látóképességének teljes és visszafordíthatatlan elvesztése betegség vagy baleset következtében az alábbiak szerint:

- mindkét szem látóélessége megfelelő korrekcióval (eszköz vagy műtét) legfeljebb 5/70,
- az egyik szem látóélessége megfelelő korrekcióval (eszköz vagy műtét) legfeljebb 5/50, a másik szem hiányzik vagy nincs fényérzékelése,
- mindkét szem látótere megfelelő korrekcióval (eszköz vagy műtét) körkörösén húsz foknál szűkebb.

Bármelyik biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az adott látáskárosodás diagnosztizálásának időpontja; a diagnózist szemész vagy neurológus szakorvosnak kell szakorvosi leletbe foglalva megerősítenie.

A biztosítás nem terjed ki a szürkehályog okozta látáskárosodásra.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect változó díjú Critical Care-50 biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-C44, MET-C45)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) változó díjú Critical Care-50 biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződések Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész, és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződések Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, akinek az életkora a biztosítási szerződés megkötésekor, a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint, legalább 16 év, illetve aki a 69. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 70. életévet.

II. Várakozási idő

A biztosító a nem baleseti eredetű biztosítási esemény kockázatát csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 90 nap elteltével vállalja.

III. A biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a biztosítottnál a biztosítási szerződés hatálybalépését követően a különös rendelkezések függelékében (továbbiakban: Függelék) meghatározott betegség, egészségi állapot bekövetkezése, műtéti beavatkozás elvégzése.
2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a Függelékben meghatározottak szerint kerül megállapításra.

IV. A biztosító szolgáltatása

1. Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási összegnek a Függelékben meghatározott mértékét fizeti ki, feltéve, hogy a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában a biztosított életben van.

Többszörös szolgáltatás

2. A biztosító öt kategóriába sorolja a biztosítási eseménynek minősülő betegségeket, egészségi állapotokat és műtéti beavatkozásokat. A kategóriákba való besorolást a Függelék tartalmazza.
3. A biztosító a biztosítás tartama alatt az adott kategóriába sorolt betegségek, egészségi állapotok és műtéti beavatkozások vonatkozásában kategóriánként legfeljebb a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki biztosítási esemény bekövetkezése esetén, figyelembe véve a IV. 7-13. pontokban meghatározott részkifizetés lehetőségét is.
4. A biztosító a biztosítás tartama alatt a biztosítási összegnek legfeljebb az 500%-át szolgáltatja.
5. Amennyiben a Függelékben meghatározott kategóriák bármelyikében az odasorolt betegségek, műtéti beavatkozások vonatkozásában biztosítási esemény bekövetkezése miatt a biztosító kifizette a biztosítási összeg 100%-át, úgy a biztosítási esemény bekövetkezését követően a biztosító kockázatviselése az érintett kategóriára, azaz az adott kategória összes betegsége vonatkozásában megszűnik a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjára visszamenő hatállyal.

6. A fennmaradt kategóriák betegségeire, műtéti beavatkozásaira a biztosító kockázatviselése mindaddig fennáll, amíg az egyes kategóriákban meghatározott betegségek, műtéti beavatkozások közül valamelyik bekövetkezik és a biztosító szolgáltatást teljesít, figyelembe véve a IV. 7-13. pontokban meghatározott részkiefizetés lehetőségét is.

Részkiefizetési szolgáltatás

7. A Függelékben meghatározott egyes betegségek és műtéti beavatkozások esetében a biztosító részkiefizetést vagy részkiefizetéseket teljesít az adott megbetegedés, egészségi állapot, műtéti beavatkozás súlyosságára tekintettel.
8. A részkiefizetésre jogosító biztosítási események meghatározását a Függelék tartalmazza.
9. A részkiefizetés keretében a biztosító a biztosítási összeget alapul véve annak 25% vagy 50%-át fizeti ki az adott megbetegedésnek, állapotnak, beavatkozásnak a Függelékben meghatározott súlyosságú diagnózis esetén.
10. Amennyiben egy adott megbetegedés, egészségi állapot, műtéti beavatkozás súlyossága alapján a Függelékben meghatározottak szerint több (kettő vagy három) biztosítási esemény kerül meghatározásra, úgy a biztosító csak az adott megbetegedés, egészségi állapot súlyosbodása esetén teljesít részkiefizetést.
11. A részkiefizetésekkel teljesített szolgáltatás összege az adott megbetegedés, egészségi állapot, műtéti beavatkozás tekintetében legfeljebb a biztosítási összeg 100%-a lehet.
12. Amennyiben egy adott kategóriában részkiefizetésre jogosító biztosítási eseményt követően az adott kategóriába tartozó másik megbetegedés, egészségi állapot, műtéti beavatkozás miatt újabb biztosítási esemény következik be, úgy a biztosító a második biztosítási eseményre tekintettel kifizeti a már teljesített részkiefizetés(ek) összegével csökkentett biztosítási összeget. A kategóriára összesen teljesített kifizetés ebben az esetben sem haladhatja meg a biztosítási összeg 100%-át.
13. A kategórián belüli, a 12. pont szerinti két biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjai között legalább 180 napnak el kell telnie. Amennyiben a kategórián belüli két, nem azonos megbetegedés, beavatkozás miatti biztosítási esemény között nem telik el 180 nap, a biztosító nem teljesít szolgáltatást, de a biztosítás változatlan feltételekkel érvényben marad.

V. A biztosítás díja

A biztosítási díj változó mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján biztosítási évenként emelkedik.

VI. Értékkövetés

1. A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
2. Az értékkövetés nem-arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével nem azonos mértékben növekszik.
3. A díj az értékkövetés mértékével megnövelt biztosítási összeghez képest nagyobb arányban növekedhet, mivel az értékkövetéssel megnövelt díj a biztosított aktuális életkorának figyelembevételével történik.

VII. Kizárások

A MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezésein túl a biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek az alábbi eseményeket, illetve az alábbi eseményekkel okozati összefüggésben álló eseményeket:

- a) a biztosított mértéktelen alkoholfogyasztása, illetve alkoholbetegsége,
- b) maghasadás, illetve radioaktív vagy egyéb ionizáló sugárzás, kivéve, ha az ilyen sugárzást jogszabályban feljogosított egészségügyi intézmény vagy orvos utasítására gyógyászati céllal alkalmazzák,

-
- c) mérgező vagy maró anyagok akaratlagos bevétele, illetve gázok, gőzök vagy füst szándékos belélegzése, amennyiben a belélegzett anyagok koncentrációja a jogszabályban meghatározott egészségügyi határértéket meghaladja.

VIII. Megszűnés

A biztosítási esemény bekövetkezésével a biztosítási szerződés nem szűnik meg.

FÜGGELÉK

A MetProtect változó díjú Critical Care-50 biztosítási szerződés alapján biztosítási eseménynek minősülő betegségek, egészségi állapotok, műtéti beavatkozások kategóriáinként, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja és a biztosítási összeg mértéke

Betegségek, egészségi állapotok, műtéti beavatkozások kategóriái

A biztosító az alábbi 5 (öt) kategóriába sorolja be a biztosítási eseménynek minősülő betegségeket, egészségi állapotokat és műtéti beavatkozásokat:

- I. kategória:** Súlyos rosszindulatú daganatos betegség
- II. kategória:** Súlyos szív- és érrendszeri betegségek
- III. kategória:** Főbb szerveket és életfunkciókat érintő súlyos betegségek
- IV. kategória:** Súlyos idegrendszeri betegségek
- V. kategória:** Egyéb súlyos betegségek

Egy kategóriára tekintettel a biztosító legfeljebb a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki.

I. kategória: Súlyos rosszindulatú daganatos betegség

Rosszindulatú daganat (1)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

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 kórboncnok állítja fel.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a szövettani lelet kiadásának időpontja.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakban felsoroltakra:

- a) In situ rosszindulatú elváltozások, a szövettanilag premalignus (daganatot megelőző állapot, vagyis olyan állapot, melyből rosszindulatú daganat alakul(hat) ki) vagy noninvazív, a szöveti határokat figyelembe vevő, a környezetét nem elárasztó daganatok, ideszámítva az in situ mell-daganatokat és a CIN-1; CIN-2; CIN-3 osztályú méhnyaki diszpláziákat;
- b) Hiperkeratózisosok, 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;
- c) 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;
- d) AIDS megbetegedés, illetve HIV fertőzöttség mellett megjelenő bármely rosszindulatú daganat.

II. kategória: Súlyos szív- és érrendszeri betegségek

Akut (heveny) szívinfarktus (2)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Az akut (heveny) szívizominfarktus a vérellátás akadályozottságának (elégtelességének) következtében kialakult (hirtelen) szívizomelhalás. Fenti diagnózis alátámasztásához szükséges legalább egy kardiológiai (bio)marker (Troponin I, Troponin T vagy CK-MB közül az egyik) szintjének típusos emelkedése és/vagy csökkenése, melynek mértéke az adott referenciatartomány felső határának legalább 99%-a.

A fentieken kívül:

- a) A szívinfarktus típusos klinikai tüneteinek akut megjelenése vagy
- b) Új, időszakos EKG eltérések a következő elváltozások valamelyikének kialakulásával: ST eleváció (emelkedés), ST depresszió (csökkenés), T hullám inverzió, kóros Q hullámok vagy pitvar-kamrai blokk.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis szakorvos által történő felállításának időpontja.

Egyéb akut koronária szindrómák, melyek magukban foglalják, de nem korlátozódnak az instabil anginára, nem minősülnek biztosítási eseménynek.

Aorta műtét (3)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

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 biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek szerinti műtét időpontja.

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

Szívkoszorúér műtét (4)

A biztosítási összeg 25%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Egy vagy két szívkoszorúér szűkületének vagy elzáródásának megoldására, minimál invazív eljárással (részleges sternotomia vagy thoracotomia) végzett megkerülő (by-pass) ér beültetése. A diagnózist koszorúérfestéssel előzetesen igazolt szignifikáns koszorúér-szűkület alapján kardiológusnak kell megállapítania.

A biztosítási összeg 50%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Három vagy több szívkoszorúér szűkületének vagy elzáródásának megoldására, minimál invazív eljárással (részleges sternotomia vagy thoracotomia) végzett megkerülő (by-pass) ér beültetése. A diagnózist koszorúérfestéssel előzetesen igazolt szignifikáns koszorúér-szűkület alapján kardiológusnak kell megállapítania.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Egy vagy két szívkoszorúér szűkületének vagy elzáródásának megoldására, nyitott mellkasban végzett műtéti beavatkozás megkerülő (by-pass) ér beültetésével. A diagnózist koszorúérfestéssel előzetesen igazolt szignifikáns koszorúér-szűkület alapján kardiológusnak kell megállapítania.

Bármelyik biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek szerinti műtét időpontja.

A biztosítás nem terjed ki a nem nagysebészeti megoldásokra, a koszorúér tágitásra és az összes katéteres kezelési eljárásra, valamint azokra a műtétekre, amelyek szükségességét kardiológus szakvélemény nem támasztotta alá.

Szívbillentyű műtét (5)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Nyitott mellkasban végzett műtét a szívbillentyűk rendellenességének megoldására (szívbillentyűk helyreállítása vagy cseréje). A billentyűelégtelenség diagnózisát szívkatéteres és szívultrahang vizsgálattal kell igazolni és a műtét szükségességét kardiológus szakvéleményével kell alátámasztani.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek szerinti műtét időpontja.

A biztosítás nem terjed ki a valvulotomiával, intraartériás műtétekkel vagy hasonló technikákkal elvégzett beavatkozásokra.

Egyéb súlyos koszorúér betegség (6)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A szívkoszorúér 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 szívkoszorú-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 mindegyikének a teljesülése szükséges.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis fentiek szerinti felállításának időpontja.

Kardiomiopátia (7)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A kardiomiopátia (Cardiomyopathy) a szívizomzat szerkezeti és funkcionális károsodása. A diagnózist kardiológus vagy belgyógyász szakorvos állítja fel tartós balkamra-károsodás esetén szakorvosi leletbe foglalva, melynél az ejekciós frakció (EF) 30%-nál kisebb és – megfelelően beállított, stabilizált kezelés mellett – legalább 6 hónapon keresztül olyan súlyos fizikális aktivitási korlátot jelent, amely megfelel a III. stádiumú New York Heart-beosztásnak.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

A biztosítás nem terjed ki a droghasználat vagy alkoholizmus mellett kialakuló szívizom-károsodásra.

ICD (kardioverter-defibrillátor) beültetés (8)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A szív ingerületvezetési zavara és kamrafibrilláció miatt szükségessé váló végleges ICD kardioverter-defibrillátor (defibrillátor-pacemaker) beültetés. Az ICD beültetésének szükségességét szívkatéteres és szívultrahang vizsgálattal kell igazolni és kardiológus szakvéleményével kell alátámasztani.

Biztosítási esemény időpontja a végleges ICD (kardioverter-defibrillátor) beültetésének időpontja.

Koponyaér műtét (9)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Koponyaér műtét az agykoponya megnyitásával járó, az alábbi betegségek miatt szükségessé váló agyi vagy agyburki ér műtété:

- a) Aneurisma
- b) Arteriovenosus malformáció (AVM)
- c) Cavernoma
- d) Duralis arteriovenosus fistula

Biztosítási esemény időpontja a műtét időpontja.

Nem minősül biztosítási eseménynek a baleset miatt szükségessé váló, továbbá a kizárólag koponyaűri nyomás csökkentésére szolgáló műtét.

Elsődleges kisvérköri hipertónia (10)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Az elsődleges kisvérköri hipertónia (pulmonális hipertónia) a tüdőartériák megnövekedett vérnyomásos állapota. 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.

- a) Az artéria pulmonális nyomása legalább 30 Hgmm vagy annál nagyobb;
- b) Az EKG jobb kamra hipertrófiát mutat ($RV1 + SV5 > 1,05 \text{ mV}$);
- c) Nyugalmi állapotban csökkent a vér oxigén koncentrációja;
- d) Szívtultrahang jobb kamra tágulatot mutat ($d > 30 \text{ mm}$).

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis fentiek szerinti felállításának időpontja.

Nem minősülnek biztosítási eseménynek a tüdő egyéb megbetegedései, a krónikus hiperventilláció, a tüdő tromboembóliás megbetegedése, bal szívfél elégtelenség, veleszületett szívbetegség, a kábítószer és toxikus anyagok fogyasztásának következtében kialakult kisvérköri hipertónia.

Aorto-bifemoralis by-pass műtét (11)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Az alsó végtagi verőér elzáródása miatt szükségessé váló aorto-bifemoralis by-pass műtétnek a mindkét combverőéren egy beavatkozás során, érzékszervi elvégzett by-pass műtét minősül.

Biztosítási esemény időpontja a műtét időpontja.

Nem minősül biztosítási eseménynek a kockázatviselés kezdetét követő 180 napon belül elvégzett műtéti beavatkozás, továbbá az érkatéteres technikával elvégzett beavatkozás.

III. kategória: Főbb szerveket és életfunkciókat érintő súlyos betegségek

Végállapotú tüdőbetegség (12)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

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

- a) FEV1 teszt eredménye következetesen kevesebb, mint 1 liter. A FEV1 az egy mp alatt erőltetett légzéssel kilégzett levegő mennyisége;
- b) Állandó oxigénpótló kezelés a hipoxémiára (vér oxigénhiányos állapotára);
- c) Artériás vérgáz vizsgálat során az oxigén parciális nyomása 55 Hgmm (higanymilliméter) vagy kevesebb ($PaO_2 \leq 55 \text{ Hgmm}$);
- d) Nyugalmi nehézlégzés.

A diagnózist tüdőgyógyász szakvéleményének kell alátámasztania.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

Végállapotú májbetegség (13)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A májelégtelenség végső stádiuma, amely diagnózis alátámasztásához az alábbi feltételek legalább egyikének a teljesülése szükséges:

- a) Állandó sárgaság
- b) Hasvízkór
- c) Hepato-encephalopathia (A májelégtelenség végső stádiumának a szövődménye, amikor a felszaporodott méreganyagok következtében az agy és az idegrendszer károsodik. Ennek következményeként kóma, vagy más fokú eszméletváltozások, viselkedési és reflexzavarok alakulnak ki.)

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

Nem terjed ki a biztosítás az alkohol vagy gyógyszer, illetve kábítószer okozta másodlagos májbetegségekre.

Végállapotú veseelégtelenség (14)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A veseelégtelenség mindkét vese működésének tartós, krónikus, visszafordíthatatlanul beszűkült, végállapotot jelző károsodása, amely krónikus vesebetegségek, illetve urológiai betegségek miatti vesepusztulás következménye. A vesekárosodás súlyos, IV. stádiumú, terminális veseműködési elégtelenség (a vér serumkreatinin-szintje tartósan 800-900 $\mu\text{mol/l}$ vagy ezen érték feletti), amelynek következtében a beteg folyamatos vesefunkció-pótló kezelést (krónikus dialízis: peritoneális – hasüregi – dialízis, vagy haemodialízis, azaz művesekezelés) igényel.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a rendszeres dialízis kezelés megkezdésének időpontja vagy a veseátültetés időpontja, attól függően, hogy melyik következik be előbb.

Szervátültetés (15)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

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. Szervátültetésnek minősül az emberi csontvelő átültetés összejt beültetéssel teljes csontvelő kiirtás után.

A szervátültetés tekintetében biztosítási eseménynek tekinti továbbá a biztosító, ha a biztosított felkerül a hivatalosan elismert transzplantációs várólistára a fenti szervek vonatkozásában.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek szerinti műtét időpontja, vagy a biztosított transzplantációs listára kerülésének időpontja.

Nem minősül szervátültetésnek bármely más szerv, szervrész, szövet vagy sejt transzplantációja.

1-es típusú cukorbetegség /inzulinfüggő diabétesz/ (16)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Az 1-es típusú cukorbetegség (inzulinfüggő diabétesz) olyan anyagcsere-rendellenesség, amelyet kórosan, krónikusan emelkedett vércukorszint és abszolút inzulinhiány jellemez.

A diagnózist diabetológus szakorvosnak kell felállítania, amelyben megerősítésre kerül az olyan 1-es típusú diabetes mellitus, amely súlyossága alapján legalább 1 éve fennálló rendszeres inzulinkezelést igényel.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis fentiek szerinti felállításának időpontja.

Nagyfokú égési sérülés (17)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Égési sérülés a hőforrás (tűz, forró felület, gőz vagy maró anyag), illetve elektromos áram által kiváltott élő szöveti sérülés. Biztosítási esemény, ha a biztosított a testfelületén baleset következtében

- 26%-os vagy ennél magasabb százalékos kiterjedésű II. fokú, illetve
 - 16%-os vagy ennél magasabb százalékos kiterjedésű III. fokú, illetve
 - 6%-os vagy ennél magasabb százalékos kiterjedésű IV. fokú
- égési sérülést szenved.

Az állapot, s egyben a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az égési sérülés bekövetkezésének időpontja, amelyet szakorvos véleménye igazol.

Nem minősül biztosítási eseménynek a napsugárzás vagy bármilyen más sugárzás (például röntgen, radioaktivitás, lézer, mikrohullám) által okozott sérülés és egyéb hőhatás (pl.: hőguta) okozta károsodás.

IV. kategória: Súlyos idegrendszeri betegségek

Agyi érkatasztrófa (18)

A biztosítási összeg 50%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Agyi érkatasztrófa az olyan, agyi szövetelhalást okozó hirtelen fellépő idegrendszeri esemény, amelyet agyi értrombózis, illetve embólia vagy koponyán belüli (állományi, illetve pókhálókórhártya alatti) vérzés okoz. A diagnózis felállításához MRI (Mágneses rezonancia vizsgálat), CT (Komputertomográfia) vagy más megbízható képalkotó eljárással készült vizsgálati eredmény szükséges, valamint az a neurológiai szakvélemény, amely az eseményt követő 72 órán belül fennálló, az eseménnyel okozati összefüggésben lévő olyan kóros idegrendszeri károsodást állapít meg, amely az eseményt követő 6 hét után már nem áll fenn.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

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

Bármelyik biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis képalkotó vizsgálattal történő felállításának időpontja.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakban felsoroltakra:

- a) TIA Transient Ischemic Attack (átmeneti, 24 óránál rövidebb ideig tartó, maradandó tüneteket nem okozó agyi keringési zavarok);
- b) Baleseti sérülés, fertőzés, érgyulladás vagy gyulladásos betegség következtében kialakult agykárosodás;
- c) A szemet vagy látóideget érintő érbetegség;
- d) Az egyensúlyrendszert érintő iszkémiás eltérések,
- e) Képalkotó diagnosztikai úton feltárt tünetmentes agyi érkatasztrófa.

Jóindulatú agydaganat (19)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A jóindulatú agydaganat az agyi szövetekből kiinduló szövetszaporulat, melynek diagnózisát neurológus vagy idegsebész szakorvos állítja fel MRI (Mágneses rezonancia), CT (Komputertomográfia) vagy más megbízható képalkotó eljárással készült vizsgálati eredmény alapján. A diagnózis alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges:

- a) Életfontosságú funkciókat veszélyeztet
- b) Agykárosodást okoz
- c) Maradandó neurológiai károsodást okoz

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis fentiek szerinti felállításának időpontja.

A biztosítás nem terjed ki a következőkre: ciszták, granulomák, érrendellenesség, vérömleny, agyalapi mirigy és gerincvelő daganatai.

Kóma (20)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Kómának minősülő állapot, amikor az eszméletvesztés legalább 96 óráig folyamatosan fennáll. A diagnózis alátámasztásához MRI (Mágneses rezonancia vizsgálat), CT (Komputertomográfia) vagy más megbízható képalkotó eljárással készült vizsgálati eredmény szükséges, illetve az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges.

- a) Legalább 96 óráig nincs válasz a külső ingerekre;
- b) Az életfontosságú funkciók műszeres fenntartása szükséges.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

A biztosítás nem terjed ki a mesterségesen létrehozott kómára, illetve az alkohol és drogfüggőség közvetlen következtében kialakult eszméletvesztésre.

Vigil kóma /Apalliumos szindróma/ (21)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Az agykéreg általános elhalása az agytörzs érintettsége nélkül. Az egyértelmű diagnózist neurológus és pszichiáter szakorvos együttes, egybehangzó szakvéleményével kell alátámasztani, az állapot legalább 1 hónapja történő fennállását bizonyító orvosi dokumentumok benyújtásával egyidejűleg.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének szakorvos által megállapított időpontja.

Szklerózis multiplex (22)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A központi idegrendszeret érintő gyulladásos autoimmun betegség, melynek vitathatatlan diagnózisát az ideggyógyász szakorvos a McDonald-kritériumok alapján szakorvosi leletbe foglalva állapítja meg, és az alábbi körülmények és feltételek mindegyikének teljesülése, illetve fennállása támasztja alá:

- a) A mozgató és az érző idegek funkcionális károsodása, amely folyamatosan, legalább 6 hónapja fennáll;
- b) Mágneses rezonancia vizsgálat (MRI), amely legalább 2 (két) szklerózis multiplexre jellemző demielinizációs elváltozást mutat az agyban vagy a gerincvelőben;
- c) Jól dokumentált kórtörténet legalább 2 fellángolásról és 2 nyugalmi szakaszcól az említett tünetekkel vagy neurológiai hiányosságokkal.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

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

Parkinson-kór (23)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Parkinson-kórnak minősül az a progresszív neurológiai betegség, amelyet mozgászavar, remegés, izomfeszülés, a mozgások meglassúbbodása és egyensúlyzavar jellemez.

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) A betegség kialakulását gyógyszeres kezeléssel nem lehet visszafordítani;
- b) A betegség súlyosbodó károsodások jeleit mutatja;
- c) Legalább három (3), a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenység elvégzésének képtelensége az alább felsorolt tevékenységek közül, és e tevékenységek elvégzésének képtelensége legalább 6 hónapja folyamatosan fennáll.
- d) A jelen biztosítás értelmében a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek az alábbiak:
 - Tisztálkodás: a tisztálkodás képessége kádban vagy zuhanyzóban (beleértve a kádba és a zuhanyzóba való be-, és kiszállás képességét) vagy más eszközzel történő megfelelő tisztálkodás;
 - Öltözködés: valamennyi ruházat le-, és felvételének, biztonságos ki-, és begombolásának kivitelezése, művégtagok vagy más gyógyászati segédeszközök le-, és felvételének képessége;
 - Helyváltoztatás: az ágyból, karosszékből, tolésszékből történő felállás és az azokra történő leülés képessége,
 - Mozgás: beltéri mozgás képessége ugyanazon a lakószinten, egyik helyiségből a másikba történő eljutás képessége;
 - Mellékhelység használata: széklet vagy vizeletürítés mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használata a személyes higiénié céljából;
 - Táplálkozás: az elkészített vagy készen kapható étel önálló elfogyasztásának képessége.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

Nem minősül biztosítási eseménynek a kábítószeres vagy egyéb mérgezés okozta Parkinsonizmus (Parkinson szindróma), továbbá a gyógyszerek és toxikus ártalmak okozta tünetcsoport.

Végtagbénulás (24)

A biztosítási összeg 50%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Egy (1) teljes végtag teljes (100%) és visszafordíthatatlan bénulása betegség vagy baleset következtében. A teljes végtag teljes és visszafordíthatatlan bénulását, amely károsodás már legalább 6 hete folyamatosan fennáll, neurológus szakorvos diagnózisa állapítja meg.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Legalább két (2) teljes végtag teljes (100%) és visszafordíthatatlan bénulása betegség vagy baleset következtében. A két teljes végtag teljes és visszafordíthatatlan bénulását, amely károsodás már legalább 6 hete folyamatosan fennáll, neurológus szakorvos diagnózisa állapítja meg.

Jelen biztosítás értelmében végtagnak minősül:

- A teljes alsó végtag, mely magába foglalja a csípő-, térd-, boka- és lábízületeket.
- A teljes felső végtag, mely magába foglalja a váll-, könyök-, csukló- és kézízületeket.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja:

- baleset esetén a baleset időpontja,
- betegség esetén a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

Nem minősül biztosítási eseménynek a biztosított által szándékosan vagy súlyosan gondatlanul, önmagán okozott vagy előidézett sérülés következtében fellépő vagy a pszichológiai okok (pl. a pszichiátriai diagnózisokhoz kapcsolódó összes okból) miatti bénulás.

Súlyos fejsérülés (25)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A biztosítás tartama alatt 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 biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.

A gerincvelő sérülései és a fej bármilyen más okból bekövetkező sérülései nem tekinthetők biztosítási eseménynek.

Alzheimer-kór (26)

A biztosítási összeg 50%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Az Alzheimer-kór az agykéreg visszafordíthatatlan pusztulásával járó idegrendszeri betegség, amely a gondolkodás és a megismerési (kognitív) funkciók beszűkülésével, magatartásváltozással és a szellemi képességek romlásával (demencia), majd gyors biológiai leépüléssel jár. A biztonságos mindennapi életvitel folyamatos külső felügyeletet igényel.

A diagnózist képalkotó eljárások és klinikai tünetek alapján szakorvos állapítja meg. A biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy legalább kettő (2), a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenység elvégzésének képtelensége az alább felsorolt tevékenységek közül, és e tevékenységek elvégzésének képtelensége legalább 6 hónapja folyamatosan fennáll.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Az Alzheimer-kór az agykéreg visszafordíthatatlan pusztulásával járó idegrendszeri betegség, amely a gondolkodás és a megismerési (kognitív) funkciók beszűkülésével, magatartásváltozással és a szellemi képességek romlásával (demencia), majd gyors biológiai leépüléssel jár. A biztonságos mindennapi életvitel folyamatos külső felügyeletet igényel.

A diagnózist képalkotó eljárások és klinikai tünetek alapján szakorvos állapítja meg. A biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy legalább négy (4), a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenység elvégzésének képtelensége az alább felsorolt tevékenységek közül, és e tevékenységek elvégzésének képtelensége legalább 6 hónapja folyamatosan fennáll.

A jelen biztosítás értelmében a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek az alábbiak:

- Tisztálkodás: a tisztálkodás képessége kádban vagy zuhanyzóban (beleértve a kádba és a zuhanyzóba való be-, és kiszállás képességét) vagy más eszközzel történő megfelelő tisztálkodás;
- Öltözködés: valamennyi ruházat le-, és felvételének, biztonságos ki-, és begombolásának kivitelezése, művégtagok vagy más gyógyászati segédeszközök le-, és felvételének képessége;

- Helyváltoztatás: az ágyból, karosszékből, tolésszékből történő felállás és az azokra történő leülés képessége,
- Mozgás: beltéri mozgás képessége ugyanazon a lakószinten, egyik helyiségből a másikba történő eljutás képessége;
- Mellékhelység használata: széklet vagy vizeletürítés mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használata a személyes higiéné céljából;
- Táplálkozás: az elkészített vagy készen kapható étel önálló elfogyasztásának képessége.

Bármelyik biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

Nem minősülnek biztosítási eseménynek a nem szervi eredetű megbetegedések, neurózisok, pszichiátriai betegségek és az alkoholfüggőség okozta agyi károsodások.

Progresszív demencia (27)

A biztosítási összeg 50%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A progresszív demencia (ide nem értve az időskori szellemi leépülést) az agykéreg visszafordíthatatlan károsodásával járó idegrendszeri betegség, amely a mentális, idegrendszeri és szociális funkciók romlásával, majd biológiai leépüléssel jár. A biztonságos mindennapi életvitel folyamatos külső felügyeletet igényel.

A diagnózist képző eljárások és klinikai tünetek alapján szakorvos állapítja meg. A biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy legalább kettő (2), a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenység elvégzésének képtelensége az alább felsorolt tevékenységek közül, és e tevékenységek elvégzésének képtelensége legalább 6 hónapja folyamatosan fennáll.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A progresszív demencia (ide nem értve az időskori szellemi leépülést) az agykéreg visszafordíthatatlan károsodásával járó idegrendszeri betegség, amely a mentális, idegrendszeri és szociális funkciók romlásával, majd biológiai leépüléssel jár. A biztonságos mindennapi életvitel folyamatos külső felügyeletet igényel.

A diagnózist képző eljárások és klinikai tünetek alapján szakorvos állapítja meg. A biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy legalább négy (4), a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenység elvégzésének képtelensége az alább felsorolt tevékenységek közül, és e tevékenységek elvégzésének képtelensége legalább 6 hónapja folyamatosan fennáll.

A jelen biztosítás értelmében a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek az alábbiak:

- Tisztálkodás: a tisztálkodás képessége kádban vagy zuhanyzóban (beleértve a kádba és a zuhanyzóba való be-, és kiszállás képességét) vagy más eszközzel történő megfelelő tisztálkodás;
- Öltözködés: valamennyi ruházat le-, és felvételének, biztonságos ki-, és begombolásának kivitelezése, művégtagok vagy más gyógyászati segédeszközök le-, és felvételének képessége;
- Helyváltoztatás: az ágyból, karosszékből, tolésszékből történő felállás és az azokra történő leülés képessége,
- Mozgás: beltéri mozgás képessége ugyanazon a lakószinten, egyik helyiségből a másikba történő eljutás képessége;
- Mellékhelység használata: széklet vagy vizeletürítés mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használata a személyes higiéné céljából;
- Táplálkozás: az elkészített vagy készen kapható étel önálló elfogyasztásának képessége.

Bármelyik biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

Nem minősülnek biztosítási eseménynek a nem szervi eredetű megbetegedések, neurózisok, pszichiátriai betegségek és az alkoholfüggőség okozta agyi károsodások.

Amiotrófiás és primer laterálszklerózis /ALS, PLS/ (28)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Az idegrendszer progresszív degeneratív megbetegedései, melyben a mozgató neuron sejtek túlzott mértékű károsodása, pusztulása az izmok merevségéhez és/vagy elgyengüléséhez, elsorvadásához vezet. Az amiotrófiás laterálszklerózis (ALS) a motoneuron betegségek (MND) leggyakoribb típusa, mely a motoneuronok progresszív károsodásával jár. A folyamat mind a felső, mint az alsó motoneuronokat érintheti. A primer laterálszklerózis (PLS) a motoneuron betegségek (MND) egy ritka formája, melyet a felső motoneuronok progresszív károsodása jellemez.

Az idegrendszeri mozgató funkció tartós, folyamatos, legalább 3 hónapja fennálló, objektíven (EMG-, ENG-vizsgálat által) bizonyított, idegrendszeri eredetű károsodását alátámasztó diagnózist szakorvosnak kell felállítania.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

Progresszív bulbáris bénulás /PBP/ (29)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Az agytörzs motoneuronjainak progresszív degeneratív folyamata, amely főképp a beszéd, a rágás és a nyelés izmainak károsodásában nyilvánul meg és ezen izmok bénulásához, elsorvadásához vezet.

Az idegrendszeri mozgató funkció tartós, folyamatos, legalább 3 hónapja fennálló, objektíven (EMG-, ENG-vizsgálat által) bizonyított, idegrendszeri eredetű károsodását alátámasztó diagnózist szakorvosnak kell felállítania.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

Spinális izomatrófia /SMA/ (30)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Autoszomális recesszív öröklésmentet mutató betegség, amit progresszív hypotonia és izomgyengeség jellemez. A tünetek oka a gerincvelő mellső szarvának alfa motoneuronjainak progresszív degenerációja, amely fokozatos izomgyengeséget, sorvadást okoz a kapcsolódó izmokban.

Az idegrendszeri mozgató funkció tartós, folyamatos, legalább 3 hónapja fennálló, objektíven (EMG-, ENG-vizsgálat által) bizonyított, idegrendszeri eredetű károsodását alátámasztó diagnózist szakorvosnak kell felállítania.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

Agyvelőgyulladás (31)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

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

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a kórokozó laboratóriumi vizsgálattal történő azonosításának időpontja.

Nem minősül biztosítási eseménynek a HIV fertőzött állapotban diagnosztizált agyvelőgyulladás.

Agyhártyagyulladás (32)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Olyan fertőzés, amely az agyhártyák vagy a gerincvelő membránjainak gyulladásos folyamatain (meningitis) keresztül súlyos és visszafordíthatatlan neurológiai károsodást okoz, és a károsodás már legalább 6 hete folyamatosan fennáll. A diagnózist gerinccsapolással nyert gerincvelő-folyadékban azonosított kórokozó jelenlétével és neurológus szakorvosi véleményével kell alátámasztani.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a kórokozó laboratóriumi vizsgálattal történő azonosításának időpontja.

Nem minősül biztosítási eseménynek a HIV fertőzött állapotban diagnosztizált agyhártyagyulladás.

A gerincvelő szürkeállományának gyulladása /Poliomyelitis-Gyermekbénulás/ (33)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

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

- a) Azonosított poliovírus a megbetegedés okozója,
- b) A végtagok vagy a légzőszervek izmainak legalább 3 hónapja folyamatosan fennálló bénulása.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a poliovírus fertőzés laboratóriumi vizsgálattal történő diagnosztizálásának időpontja.

Creutzfeldt-Jakob kór (34)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A Creutzfeldt-Jakob kór olyan gyógyíthatatlan agyi fertőzőes megbetegedés, mely a mozgást, illetve a mentális tevékenységet gyorsan károsítja. Ideggyógyász szakorvos a kórismét objektív idegrendszeri tünetek, súlyos, romló demencia és EEG alapján állítja fel szakorvosi leletben.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

Szövődményes kullancscsípés (35)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Kullancscsípés következtében kialakuló vírusos agyhártya- és/vagy agyvelőgyulladás (KE, meningoencefalitis), illetve a Lyme-kór azon súlyos esetei, melyek kardiológiai és/vagy neurológiai szövődményekkel járnak.

A betegség tüneteinek a kullancscsípést követő 3 hónapon belül kell jelentkezniük és legalább 6 hónapig fenn kell állniuk. A diagnózist szakorvos állítja fel az alábbiak szerint:

A kullancs meningoencefalitis (KE) olyan agyvelőgyulladás és/vagy agyhártyagyulladás, amelyet általában a kullancs által továbbított speciális vírus okoz olyan földrajzi területen, ahol a KE járványos előfordulása általánosságban ismert. A diagnózisnak meg kell felelni a következő kritériumok mindegyikének:

- a) a biztosított nyilatkozatban rögzítse a kullancscsípés előzményeit, a csípés időpontját tartalmazza az orvosi dokumentáció;
- b) a KE-t kórházban vagy ambuláns keretek közt megfelelően kezelték,
- c) a kórokozó elleni antitesteket vérből és/vagy agy-gerincvelői folyadékból kimutatták és emelkedett IgM antitest szint jelzi az akut fertőzést,
- d) a kullancs meningoencefalitis súlyos neurológiai és/vagy pszichiátriai következményeit szakorvosnak kell szakorvosi leletben rögzítenie.

A Lyme-kór bakteriális fertőző betegség, súlyos bőr, neurológiai, kardiológiai és ízületi tünetekkel. A diagnózisnak meg kell felelni a következő kritériumok mindegyikének:

- a) a biztosított nyilatkozatban rögzítse a kullancscsípés előzményeit, a csípés időpontját tartalmazza az orvosi dokumentáció;
- b) a kórokozó (*Borrelia burgdorferi*) a biztosított szervezetében kimutatásra került;
- c) emelkedett IgM és IgG antitest szint jelzi az akut fertőzést;
- d) a Lyme-kór tüneteit és szövődményeit, illetve azok súlyosságát szakorvosnak kell szakorvosi leletben rögzítenie.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

Tetanusz (36)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Tetanusznak minősül a *Clostridium tetani* baktérium által okozott akut és súlyos fertőzőes betegség (merevgörcs). Jelen biztosítás akkor tekinti a tetanusz fertőzést biztosítási eseménynek, ha az legalább 4 hétig tartó kórházi kezelést igénylő légzési gyengeséget okoz, melyet szakorvos állapít meg.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

A biztosítás nem terjed azon esetekre, ahol az oltási rend alapján meghatározott kötelező tetanusz elleni védőoltásokat a biztosított nem kapta meg.

V. kategória: Egyéb súlyos betegségek

Súlyos látáskárosodás (37)

A biztosítási összeg 25%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Biztosítási eseménynek minősül az a látáskárosodás, amikor az egyik szem látóképessége baleset vagy betegség következtében visszafordíthatatlanul megromlik az alábbiak szerint:

- a károsodott szem látóélessége megfelelő korrekcióval (eszköz vagy műtét) legfeljebb 5/70,
- a károsodott szem látótere megfelelő korrekcióval (eszköz vagy műtét) körkörösén húsz foknál szűkebb,
- az egyik szem hiányzik vagy nincs fényérzékelése.

A biztosítási összeg 50%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Biztosítási eseménynek minősül az a súlyos látáskárosodás, amikor mindkét szem látóképessége baleset vagy betegség következtében visszafordíthatatlanul megromlik az alábbiak szerint:

- az egészségesebb szem látóélessége megfelelő korrekcióval (eszköz vagy műtét) legfeljebb 5/50,
- az egészségesebb szem látótere megfelelő korrekcióval (eszköz vagy műtét) körkörösén húsz foknál szűkebb.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Biztosítási eseménynek minősül mindkét szem látóképességének teljes és visszafordíthatatlan elvesztése betegség vagy baleset következtében az alábbiak szerint:

- mindkét szem látóélessége megfelelő korrekcióval (eszköz vagy műtét) legfeljebb 5/70,

- az egyik szem látóélessége megfelelő korrekcióval (eszköz vagy műtét) legfeljebb 5/50, a másik szem hiányzik vagy nincs fényérzékelése,
- mindkét szem látótere megfelelő korrekcióval (eszköz vagy műtét) körkörösén húsz foknál szűkebb.

Bármelyik biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az adott látáskárosodás diagnosztizálásának időpontja; a diagnózist szemész vagy neurológus szakorvosnak kell szakorvosi leletbe foglalva megerősítenie.

A biztosítás nem terjed ki a szürkehályog okozta látáskárosodásra.

Súlyos halláskárosodás (38)

A biztosítási összeg 25%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Biztosítási eseménynek minősül az a halláskárosodás, amikor az egyik fül hallóképessége baleset vagy betegség következtében teljesen és visszafordíthatatlanul elveszik. A teljes hallóképesség elvesztése a hallás minden frekvenciatartományában a legalább 80 decibeles halláscsökkenést jelenti. A diagnózist audiometriás és hallásküszöb vizsgálattal fül-orr-gégész szakorvosnak kell megállapítania.

A biztosítási összeg 50%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Biztosítási eseménynek minősül az a súlyos halláskárosodás, amikor mindkét fül hallóképessége baleset vagy betegség következtében súlyosan és visszafordíthatatlanul megromlik. A súlyos hallóképesség csökkenés a hallás minden frekvenciatartományában a legalább 70 és 80 decibel közötti értékű halláscsökkenést jelenti a kevésbé károsodott fülön. A diagnózist audiometriás és hallásküszöb vizsgálattal fül-orr-gégész szakorvosnak kell megállapítania.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Biztosítási eseménynek minősül mindkét fül hallóképességének teljes, végleges és visszafordíthatatlan elvesztése betegség vagy baleset következtében. A teljes hallóképesség elvesztése mindkét fülön a hallás minden frekvenciatartományában a legalább 80 decibeles halláscsökkenést jelenti. A diagnózist audiometriás és hallásküszöb vizsgálattal fül-orr-gégész szakorvosnak kell megállapítania.

Bármelyik biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az adott halláskárosodás bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

A biztosítás nem terjed ki az időskori hallásvesztésre.

Beszédképesség elvesztése (39)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A beszédképesség teljes, állandó és visszafordíthatatlan elvesztése, melyet a gége, a hallóideg vagy az agyi hallásközpont balesete vagy visszafordíthatatlan betegsége okozott. A beszédképtelenségnek folyamatosan 6 hónapig fenn kell állnia, és a diagnózist fül-orr-gégész szakorvosnak kell alátámasztania.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

Nem terjed ki a biztosítás a pszichiátriai betegségekkel összefüggésben kialakult beszédképtelenségre.

Végtagelvesztés (40)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Biztosítási eseménynek minősül, ha a biztosított a biztosítás tartama alatt elszenvedett betegség vagy baleset következtében legalább az egyik végtagját elveszíti a következők szerint:

- legalább az egyik felkarnak a teljes könyökízületet is magába foglaló amputációja, illetve
- legalább az egyik lábnak a teljes térdízületet is magába foglaló amputációja.

A végtag-amputáció a beteg vagy roncsolt végtag sebészeti eltávolítását jelenti. Az ezt követően bármilyen gyógyászati segédeszközzel – például művégtaggal – történő bármilyen rehabilitáció nem módosítja a végtag-amputáció biztosítási eseményként való minősítését.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az amputációs műtét időpontja.

Aplasztikus anémia /csontvelő elégtelenség/ (41)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

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

- a) Vértérfőanyag átömlesztése (vérátömlesztés);
- b) Csontvelő stimuláció;
- c) Immunszuppresszív (immunrendszert gátló) szerek alkalmazása;
- d) Csontvelő átültetése.

A diagnózist hematológus által készített szakvéleménnyel kell alátámasztani.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis fentiek szerinti felállításának időpontja.

Nem minősül biztosítási eseménynek egy másik betegség kezelésének következményeként kialakult aplasztikus vérszegénység, továbbá kizárásra kerül a kockázatviselés kezdetét követő első 2 évben bekövetkező, egyidejűleg krónikus általános vérszegénységből eredő aplasztikus vérszegénység.

Bechterew-kór /Spondylitis ankylopoetica/ (42)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Idült, progresszív gyulladásos ízületi betegség (Spondylitis ankylopoetica), amely abban az esetben minősül biztosítási eseménynek, ha a HLA-B27 antigén jelenlétét igazolták és a betegség legalább a 4. stádiumban kerül diagnosztizálásra (amikor a betegség a gerinc több szakaszának teljes elmerevedését eredményezte). Ennek tényét képalkotó diagnosztikai vizsgálattal (CT vagy MRI) kell alátámasztani.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis fentiek szerinti felállításának időpontja.

Súlyos, bélszakasz-eltávolítással kezelt Crohn-betegség (43)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A Crohn-betegség a gyulladásos bélbetegségek egyik típusa, amely a bélrendszer nyálkahártyájának gyulladásával jár, ezáltal súlyos hasmenéshez és hasi fájdalomhoz vezet. A végleges diagnózist gasztroenterológus, belgyógyász szakorvos állítja fel szakorvosi leletbe foglalva, amelyhez csatolni kell a szövettani vizsgálat eredményét.

Biztosítási eseménynek minősül az olyan, szövettanilag igazolt Crohn-betegség, amely miatt a vékony- vagy vastagbél teljes vagy legalább 2 alkalommal történő részleges műtéti eltávolítására került sor.

A biztosítási esemény időpontja a műtét időpontja, amennyiben a vékony- vagy vastagbél teljes műtéti eltávolítására kerül sor, illetve a második műtét időpontja, ha részleges műtéti eltávolításra kerül sor.

Súlyos, vastagbél-eltávolítással kezelt colitis ulcerosa betegség (44)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A colitis ulcerosa a gyulladásos bélbetegségek egyik típusa, amely az emésztőrendszer, általában a vastagbél és a végbél nyálkahártya felületes rétegeit, és jellegzetesen a bélszakasz összefüggő területeit érintő krónikus gyulladásával jár, jellegzetesen hasi fájdalom és hasmenés kíséri. A végleges diagnózist

gasztroenterológus, belgyógyász szakorvos állítja fel szakorvosi leletbe foglalva, amelyhez csatolni kell a szövettani vizsgálat eredményét.

Biztosítási eseménynek minősül az olyan, szövettanilag igazolt colitis ulcerosa, amely miatt a vastagbél teljes vagy legalább 2 alkalommal történő részleges műtéti eltávolítására került sor.

A biztosítási esemény időpontja a műtét időpontja, amennyiben a vastagbél teljes műtéti eltávolítására kerül sor, illetve a második műtét időpontja, ha részleges műtéti eltávolításra kerül sor.

Heveny, középsúlyostól súlyosig terjedő B, C hepatitis vírus okozta májgyulladás (45)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Hepatitis vírus okozta, középsúlyostól 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) A máj méretének gyors csökkenése;
- b) Az állományelhalás/szövetelhalás a teljes májlebensyt elpusztítja, csak az összeesett kötőszöveti szerkezetet megtartva a szerkezetkárosodott vázon;
- c) A májfunkciós tesztek gyors romlása;
- d) Mélyülő sárgaság;
- e) Hepato-encephalopathia (A májelégtelenség végső stádiumának a szövődménye, amikor a felszaporodott mérgezőanyagok következtében az agy és az idegrendszer károsodik. Ennek következményeként kóma, vagy más fokú eszméletváltozások, viselkedési és reflexzavarok alakulhatnak ki).

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

Szisztémás lupus erythematosus nephritis-szel /SLE/ (46)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Több szervet érintő autoimmun megbetegedés, amit a saját veseszövet elleni auto-antitestek termelése jellemez. A jelen biztosítás értelmében az SLE diagnózisa azokat az eseteket jelenti, amikor az SLE a vesét érinti (vesebiopsziával igazolt Class III – Class VI lupus nephritis, a WHO osztályozás szerint). A diagnózis tényét reumatológus, 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.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis fentiek szerinti felállításának időpontja.

Előrehaladott bőrkérgesedés /Scleroderma progressiva/ (47)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

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 biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis fentiek szerinti felállításának időpontja.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:

- Helyi bőrkérgesedés (scleroderma linearis, morphoea);
- Fascitis eosinophylica;

- CREST szindróma.

HIV-fertőzés vérátömlesztés következtében (48)

A HIV (Human Immunodeficiency Vírus, azaz emberi immunhiány-előidéző vírus) egy embert fertőző vírus, az AIDS nevű betegség kórokozója. A HIV-fertőzést, illetve az AIDS betegséget a pozitív HIV ELISA antitestvizsgálat, illetve a pozitív HIV-megerősítő teszt (Western Blot vagy PCR teszt) igazolja.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Jelen megbetegedés tekintetében a biztosító annyiban tekint el a biztosítási szerződésre irányadó általános rendelkezésekben foglalt kizárásától, amennyiben a HIV-fertőzés vérátömlesztéshez (transzfúzióhoz) köthető és az alábbi feltételek mindegyike együttesen fennáll:

- a) a vérátömlesztés orvosilag szükséges volt és a kezelés részeként tekinthető, és
- b) a vérátömlesztés a kockázatviselés kezdetét követően történt, és
- c) a fertőzés megtörténtét a vért kiadó intézmény elismerte, és a HIV-fertőzés okát jelentő vért azonosította.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis fentiek szerinti felállításának időpontja.

A biztosítás nem terjed ki:

- a szexuális úton vagy intravénás drog használata során bekövetkező HIV-fertőzésre,
- ha a fertőzött/megbetegedett biztosítottnál korábban hemofiliát diagnosztizáltak.

Munkavégzés során szerzett HIV-fertőzés (49)

A HIV (Human Immunodeficiency Vírus, azaz emberi immunhiány-előidéző vírus) egy embert fertőző vírus, az AIDS nevű betegség kórokozója. A HIV-fertőzést, illetve az AIDS betegséget a pozitív HIV ELISA antitestvizsgálat, illetve a pozitív HIV-megerősítő teszt (Western Blot vagy PCR teszt) igazolja.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Jelen megbetegedés tekintetében a biztosító annyiban tekint el a biztosítási szerződésre irányadó általános rendelkezésekben foglalt kizárásától, amennyiben munkavégzés során következett be a HIV-fertőzés és az alábbi feltételek mindegyike együttesen fennáll:

- a) a fertőzés a biztosítás hatályba lépését követően a normál munkavégzéssel kapcsolatban alakult ki a meghatározott, vérrel vagy más testfolyadékkal kapcsolatba kerülő munkakörök esetében;
- b) a megfertőződés időpontját követő 6 hónapon belül a vírus elleni antigének a vérből kimutathatók;
- c) a fenti eseményeket követően 5 napon belül negatív eredményt igazoló HIV teszt készült;
- d) a megfertőződést követően legalább 12 hónapon keresztül a HIV vagy a HIV antitestek jelenléte igazolt a biztosított szervezetében;
- e) a megfertőződéshez köthető esemény jelentésre került a megfelelő hatóság irányába, az eset kivizsgálásra került az elfogadott módszerek alkalmazásával és a vizsgálat eredményét a megfelelő iratban (határozat, végzés, etc.) dokumentálták.
- f) Érintett munkakörök: orvos vagy fogorvos; ápoló; egészségügyi laboratóriumi asszisztens vagy dolgozó; betegszállítást végző egészségügyi személyzet (ideértve a betegszállító jármű vezetőjét is); radiológiai asszisztens; mentőegység teljes személyzete; szülésznő; tűzoltó; rendőr; büntetésvégrehajtásban dolgozó személyzet.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis fentiek szerinti felállításának időpontja.

A biztosítás nem terjed ki:

- a szexuális úton vagy intravénás drog használata során bekövetkező HIV-fertőzésre,

- ha a fertőzött/megbetegedett biztosítottnál korábban hemofiliát diagnosztizáltak.

Közlekedési baleset miatti elsősegélynyújtás vagy fizikai támadás alkalmával szerzett HIV- fertőzés (50)

A HIV (Human Immunodeficiency Vírus, azaz emberi immunhiány-előidéző vírus) egy embert fertőző vírus, az AIDS nevű betegség kórokozója. A HIV-fertőzést, illetve az AIDS betegséget a pozitív HIV ELISA antitestvizsgálat, illetve a pozitív HIV-megerősítő teszt (Western Blot vagy PCR teszt) igazolja.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Jelen megbetegedés tekintetében a biztosító annyiban tekint el a biztosítási szerződésre irányadó általános rendelkezésekben foglalt kizárásától, amennyiben a HIV-fertőzés a biztosítás tartama alatt elszenvedett közlekedési baleset miatti elsősegélynyújtás vagy fizikai támadás alkalmával következett be és az alábbi feltételek mindegyike együttesen fennáll:

- a fizikai támadás vagy közlekedési baleset jelentésre került a megfelelő hatóság irányába, az eset kivizsgálásra került az elfogadott módszerek alkalmazásával és a vizsgálat eredményét a megfelelő iratban (határozat, végzés, etc.) dokumentálták;
- a megfertőződés időpontját követő 6 hónapon belül a vírus elleni antigének a vérből kimutathatók;
- a fenti eseményeket követően 5 napon belül negatív eredményt igazoló HIV teszt készült;
- a megfertőződést követően legalább 12 hónapon keresztül a HIV vagy a HIV antitestek jelenléte igazolt a biztosított szervezetében.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis fentiek szerinti felállításának időpontja.

A biztosítás nem terjed ki:

- a szexuális úton vagy intravénás drog használata során bekövetkező HIV-fertőzésre,
- ha a fertőzött/megbetegedett biztosítottnál korábban hemofiliát diagnosztizáltak.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect Critical Care-50 választható tartammal biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-C46, MET-C47)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) Critical Care-50 választható tartammal biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész, és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, akinek az életkora a biztosítási szerződés megkötésekor, a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint, legalább 16 év, illetve aki a 69. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 70. életévet.

II. Várakozási idő

A biztosító a nem baleseti eredetű biztosítási esemény kockázatát csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 90 nap elteltével vállalja.

III. A biztosítási szerződés tartama

1. A biztosítási szerződés egész években meghatározható tartamát a szerződő a szerződéskötéskor választja meg.
2. A biztosítási szerződés legrövidebb tartama 1 év, leghosszabb tartama 54 év azzal, hogy a biztosítási szerződés tartama legfeljebb annak a biztosítási évnek a végéig tart, amelyben a biztosított a 69. életévét betölti.

IV. A biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a biztosítottnál a biztosítási szerződés hatálybalépését követően a különös rendelkezések függelékében (továbbiakban: Függelék) meghatározott betegség, egészségi állapot bekövetkezése, műtéti beavatkozás elvégzése.
2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a Függelékben meghatározottak szerint kerül megállapításra.

V. A biztosító szolgáltatása

1. Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási összegnek a Függelékben meghatározott mértékét fizeti ki, feltéve, hogy a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában a biztosított életben van.

Többszörös szolgáltatás

2. A biztosító öt kategóriába sorolja a biztosítási eseménynek minősülő betegségeket, egészségi állapotokat és műtéti beavatkozásokat. A kategóriákba való besorolást a Függelék tartalmazza.

3. A biztosító a biztosítás tartama alatt az adott kategóriába sorolt betegségek, egészségi állapotok és műtéti beavatkozások vonatkozásában kategóriánként legfeljebb a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki biztosítási esemény bekövetkezése esetén, figyelembe véve az V. 7-13. pontokban meghatározott részki fizetés lehetőségét is.
4. A biztosító a biztosítás tartama alatt a biztosítási összegnek legfeljebb az 500%-át szolgáltatja.
5. Amennyiben a Függelékben meghatározott kategóriák bármelyikében az odasorolt betegségek, műtéti beavatkozások vonatkozásában biztosítási esemény bekövetkezése miatt a biztosító kifizette a biztosítási összeg 100%-át, úgy a biztosítási esemény bekövetkezését követően a biztosító kockázatviselése az érintett kategóriára, azaz az adott kategória összes betegsége vonatkozásában megszűnik a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjára visszamenő hatállyal.
6. A fennmaradt kategóriák betegségeire, műtéti beavatkozásaira a biztosító kockázatviselése mindaddig fennáll, amíg az egyes kategóriákban meghatározott betegségek, műtéti beavatkozások közül valamelyik bekövetkezik és a biztosító szolgáltatást teljesít, figyelembe véve az V. 7-13. pontokban meghatározott részki fizetés lehetőségét is.

Részki fizetési szolgáltatás

7. A Függelékben meghatározott egyes betegségek és műtéti beavatkozások esetében a biztosító részki fizetést vagy részki fizetéseket teljesít az adott megbetegedés, egészségi állapot, műtéti beavatkozás súlyosságára tekintettel.
8. A részki fizetésre jogosító biztosítási események meghatározását a Függelék tartalmazza.
9. A részki fizetés keretében a biztosító a biztosítási összeget alapul véve annak 25% vagy 50%-át fizeti ki az adott megbetegedésnek, állapotnak, beavatkozásnak a Függelékben meghatározott súlyosságú diagnózis esetén.
10. Amennyiben egy adott megbetegedés, egészségi állapot, műtéti beavatkozás súlyossága alapján a Függelékben meghatározottak szerint több (kettő vagy három) biztosítási esemény kerül meghatározásra, úgy a biztosító csak az adott megbetegedés, egészségi állapot súlyosbodása esetén teljesít részki fizetést.
11. A részki fizetésekkel teljesített szolgáltatás összege az adott megbetegedés, egészségi állapot, műtéti beavatkozás tekintetében legfeljebb a biztosítási összeg 100%-a lehet.
12. Amennyiben egy adott kategóriában részki fizetésre jogosító biztosítási eseményt követően az adott kategóriába tartozó másik megbetegedés, egészségi állapot, műtéti beavatkozás miatt újabb biztosítási esemény következik be, úgy a biztosító a második biztosítási eseményre tekintettel kifizeti a már teljesített részki fizetés(ek) összegével csökkentett biztosítási összeget. A kategóriára összesen teljesített kifizetés ebben az esetben sem haladhatja meg a biztosítási összeg 100%-át.
13. A kategórián belüli, a 12. pont szerinti két biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjai között legalább 180 napnak el kell telnie. Amennyiben a kategórián belüli két, nem azonos megbetegedés, beavatkozás miatti biztosítási esemény között nem telik el 180 nap, a biztosító nem teljesít szolgáltatást, de a biztosítás változatlan feltételekkel érvényben marad.

VI. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

VII. Értékkövetés

1. A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
2. Az értékkövetés nem-arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével nem azonos mértékben növekszik.

-
3. Amennyiben az értékkövetés mértékével megnövelt díj nem elegendő a biztosítási összeg azonos mértékű emeléséhez, úgy a biztosítási összeg a díjnövelés által ténylegesen fedezett mértékig kerül megnövelésre.

VIII. Kizárások

A MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezésein túl a biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek az alábbi eseményeket, illetve az alábbi eseményekkel okozati összefüggésben álló eseményeket:

- a) a biztosított mértéktelen alkoholfogyasztása, illetve alkoholbetegsége,
- b) maghasadás, illetve radioaktív vagy egyéb ionizáló sugárzás, kivéve, ha az ilyen sugárzást jogszabályban feljogosított egészségügyi intézmény vagy orvos utasítására gyógyászati céllal alkalmazzák,
- c) mérgező vagy maró anyagok akaratlagos bevétele, illetve gázok, gőzök vagy füst szándékos belélegzése, amennyiben a belélegzett anyagok koncentrációja a jogszabályban meghatározott egészségügyi határértéket meghaladja.

IX. Megszűnés

A biztosítási esemény bekövetkezésével a biztosítási szerződés nem szűnik meg.

FÜGGELÉK

A MetProtect Critical Care-50 választható tartammal biztosítási szerződés alapján biztosítási eseménynek minősülő betegségek, egészségi állapotok, műtéti beavatkozások kategóriáinként, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja és a biztosítási összeg mértéke

Betegségek, egészségi állapotok, műtéti beavatkozások kategóriái

A biztosító az alábbi 5 (öt) kategóriába sorolja be a biztosítási eseménynek minősülő betegségeket, egészségi állapotokat és műtéti beavatkozásokat:

- I. **kategória:** Súlyos rosszindulatú daganatos betegség
- II. **kategória:** Súlyos szív- és érrendszeri betegségek
- III. **kategória:** Főbb szerveket és életfunkciókat érintő súlyos betegségek
- IV. **kategória:** Súlyos idegrendszeri betegségek
- V. **kategória:** Egyéb súlyos betegségek

Egy kategóriára tekintettel a biztosító legfeljebb a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki.

I. kategória: Súlyos rosszindulatú daganatos betegség

Rosszindulatú daganat (1)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

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 kórboncnok állítja fel.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a szövettani lelet kiadásának időpontja.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakban felsoroltakra:

- a) In situ rosszindulatú elváltozások, a szövettanilag premalignus (daganatot megelőző állapot, vagyis olyan állapot, melyből rosszindulatú daganat alakul(hat) ki) vagy noninvazív, a szöveti határokat figyelembe vevő, a környezetét nem elárasztó daganatok, ideszámítva az in situ mell-daganatokat és a CIN-1; CIN-2; CIN-3 osztályú méhnyaki diszpláziákat;
- b) Hiperkeratózisosok, 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;
- c) A TNM osztályozás szerint szövettanilag igazolt T1a vagy T1b típusú prosztaták vagy más stádium besorolás esetén a TNM-mel azonos vagy alacsonyabb besorolású prosztaták, a pajzsmirigy 1 cm-nél kisebb átmérőjű T1N0M0 besorolású papillaris mikrokarcinómája, a hólyag papillaris mikrokarcinómája, RAI 3 stádiumnál alacsonyabb besorolású krónikus limfoid leukémia;
- d) AIDS megbetegedés, illetve HIV fertőzöttség mellett megjelenő bármely rosszindulatú daganat.

II. kategória: Súlyos szív- és érrendszeri betegségek

Akut (heveny) szívizominfarktus (2)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Az akut (heveny) szívizominfarktus a vérellátás akadályozottságának (elégtelenségének) következtében kialakult (hirtelen) szívizomelhalás. Fenti diagnózis alátámasztásához szükséges legalább egy kardiológiai (bio)marker (Troponin I, Troponin T vagy CK-MB közül az egyik) szintjének típusos emelkedése és/vagy csökkenése, melynek mértéke az adott referenciatartomány felső határának legalább 99%-a.

A fentieken kívül:

- a) A szívinfarktus típusos klinikai tüneteinek akut megjelenése vagy
- b) Új, időszakos EKG eltérések a következő elváltozások valamelyikének kialakulásával: ST eleváció (emelkedés), ST depresszió (csökkenés), T hullám inverzió, kóros Q hullámok vagy pitvar-kamrai blokk.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis szakorvos által történő felállításának időpontja.

Egyéb akut koronária szindrómák, melyek magukban foglalják, de nem korlátozódnak az instabil anginára, nem minősülnek biztosítási eseménynek.

Aorta műtét (3)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

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 biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek szerinti műtét időpontja.

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

Szívkoszorúér műtét (4)

A biztosítási összeg 25%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Egy vagy két szívkoszorúér szűkületének vagy elzáródásának megoldására, minimál invazív eljárással (részleges sternotomia vagy thoracotomia) végzett megkerülő (by-pass) ér beültetése. A diagnózist koszorúérfestéssel előzetesen igazolt szignifikáns koszorúér-szűkület alapján kardiológusnak kell megállapítania.

A biztosítási összeg 50%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Három vagy több szívkoszorúér szűkületének vagy elzáródásának megoldására, minimál invazív eljárással (részleges sternotomia vagy thoracotomia) végzett megkerülő (by-pass) ér beültetése. A diagnózist koszorúérfestéssel előzetesen igazolt szignifikáns koszorúér-szűkület alapján kardiológusnak kell megállapítania.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Egy vagy két szívkoszorúér szűkületének vagy elzáródásának megoldására, nyitott mellkasban végzett műtéti beavatkozás megkerülő (by-pass) ér beültetésével. A diagnózist koszorúérfestéssel előzetesen igazolt szignifikáns koszorúér-szűkület alapján kardiológusnak kell megállapítania.

Bármelyik biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek szerinti műtét időpontja.

A biztosítás nem terjed ki a nem nagysebészeti megoldásokra, a koszorúér tágitásra és az összes katéteres kezelési eljárásra, valamint azokra a műtétekre, amelyek szükségességét kardiológus szakvélemény nem támasztotta alá.

Szívbillentyű műtét (5)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Nyitott mellkasban végzett műtét a szívbillentyűk rendellenességének megoldására (szívbillentyűk helyreállítása vagy cseréje). A billentyűelégtelenség diagnózisát szívkatéteres és szívtultrahang vizsgálattal kell igazolni és a műtét szükségességét kardiológus szakvéleményével kell alátámasztani.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek szerinti műtét időpontja.

A biztosítás nem terjed ki a valvulotomiával, intraartériás műtétekkel vagy hasonló technikákkal elvégzett beavatkozásokra.

Egyéb súlyos koszorúér betegség (6)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A szívkoszorúér 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 szívkoszorú-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 a csökkent fizikai aktivitás bizonyítása szükséges.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis fentiek szerinti felállításának időpontja.

Kardiomiopátia (7)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A kardiomiopátia (Cardiomyopathy) a szívizomzat szerkezeti és funkcionális károsodása. A diagnózist kardiológus vagy belgyógyász szakorvos állítja fel tartós balkamra-károsodás esetén szakorvosi leletbe foglalva, melynél az ejekciós frakció (EF) 30%-nál kisebb és – megfelelően beállított, stabilizált kezelés mellett – legalább 6 hónapon keresztül olyan súlyos fizikális aktivitási korlátot jelent, amely megfelel a III. stádiumú New York Heart-beosztásnak.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

A biztosítás nem terjed ki a droghasználat vagy alkoholizmus mellett kialakuló szívizom-károsodásra.

ICD (kardioverter-defibrillátor) beültetés (8)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A szív ingerületvezetési zavara és kamrafibrilláció miatt szükségessé váló végleges ICD kardioverter-defibrillátor (defibrillátor-pacemaker) beültetés. Az ICD beültetésének szükségességét szívkatéteres és szívtultrahang vizsgálattal kell igazolni és kardiológus szakvéleményével kell alátámasztani.

Biztosítási esemény időpontja a végleges ICD (kardioverter-defibrillátor) beültetésének időpontja.

Koponyaér műtét (9)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Koponyaér műtét az agykoponya megnyitásával járó, az alábbi betegségek miatt szükségessé váló agyi vagy agyburki ér műtété:

- a) Aneurisma
- b) Arteriovenosus malformáció (AVM)
- c) Cavernoma
- d) Duralis arteriovenosus fistula

Biztosítási esemény időpontja a műtét időpontja.

Nem minősül biztosítási eseménynek a baleset miatt szükségessé váló, továbbá a kizárólag koponyaűri nyomás csökkentésére szolgáló műtét.

Elsődleges kisvérkőri hipertónia (10)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Az elsődleges kisvérkőri hipertónia (pulmonális hipertónia) a tüdőartériák megnövekedett vérnyomásos állapota. 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.

- a) Az artéria pulmonális nyomása legalább 30 Hgmm vagy annál nagyobb;
- b) Az EKG jobb kamra hipertrófiát mutat ($RV1 + SV5 > 1,05 \text{ mV}$);
- c) Nyugalmi állapotban csökkent a vér oxigén koncentrációja;
- d) Szívultrahang jobb kamra tágulatot mutat ($d > 30 \text{ mm}$).

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis fentiek szerinti felállításának időpontja.

Nem minősülnek biztosítási eseménynek a tüdő egyéb megbetegedései, a krónikus hiperventilláció, a tüdő tromboembóliás megbetegedése, bal szívfél elégtelenség, veleszületett szívbetegség, a kábítószer és toxikus anyagok fogyasztásának következtében kialakult kisvérkőri hipertónia.

Aorto-bifemoralis by-pass műtét (11)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Az alsó végtagi verőér elzáródása miatt szükségessé váló aorto-bifemoralis by-pass műtétnek a mindkét combverőéren egy beavatkozás során, érzékszervi elvégzett by-pass műtét minősül.

Biztosítási esemény időpontja a műtét időpontja.

Nem minősül biztosítási eseménynek a kockázatviselés kezdetét követő 180 napon belül elvégzett műtéti beavatkozás, továbbá az érkatéteres technikával elvégzett beavatkozás.

III. kategória: Főbb szerveket és életfunkciókat érintő súlyos betegségek

Végállapotú tüdőbetegség (12)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

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

- a) FEV1 teszt eredménye következetesen kevesebb, mint 1 liter. A FEV1 az egy mp alatt erőltetett légzéssel kilégzett levegő mennyisége;
- b) Állandó oxigénpótló kezelés a hipoxémiára (vér oxigénhiányos állapotára);
- c) Artériás vérgáz vizsgálat során az oxigén parciális nyomása 55 Hgmm (higanymilliméter) vagy kevesebb ($PaO_2 \leq 55 \text{ Hgmm}$);
- d) Nyugalmi nehézlégzés.

A diagnózist tüdőgyógyász szakvéleményének kell alátámasztania.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

Végállapotú májbetegség (13)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A májelégtelenség végső stádiuma, amely diagnózis alátámasztásához az alábbi feltételek legalább egyikének a teljesülése szükséges:

- a) Állandó sárgaság
- b) Hasvízkór
- c) Hepato-encephalopathia (A májelégtelenség végső stádiumának a szövődménye, amikor a felszaporodott mérgeanyagok következtében az agy és az idegrendszer károsodik. Ennek következményeként kóma, vagy más fokú eszméletváltozások, viselkedési és reflexzavarok alakulnak ki.)

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

Nem terjed ki a biztosítás az alkohol vagy gyógyszer, illetve kábítószer okozta másodlagos májbetegségekre.

Végállapotú veseelégtelenség (14)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A veseelégtelenség mindkét vese működésének tartós, krónikus, visszafordíthatatlanul beszűkült, végállapotot jelző károsodása, amely krónikus vesebetegségek, illetve urológiai betegségek miatti vesepusztulás következménye. A vesekárosodás súlyos, IV. stádiumú, terminális veseműködési elégtelenség (a vér serumkreatinin-szintje tartósan 800-900 $\mu\text{mol/l}$ vagy ezen érték feletti), amelynek következtében a beteg folyamatos vesefunkció-pótló kezelést (krónikus dialízis: peritoneális – hasüregi – dialízis, vagy haemodialízis, azaz művesekezelés) igényel.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a rendszeres dialízis kezelés megkezdésének időpontja vagy a veseátültetés időpontja, attól függően, hogy melyik következik be előbb.

Szervátültetés (15)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

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. Szervátültetésnek minősül az emberi csontvelő átültetés összejt beültetéssel teljes csontvelő kiirtás után.

A szervátültetés tekintetében biztosítási eseménynek tekinti továbbá a biztosító, ha a biztosított felkerül a hivatalosan elismert transzplantációs várólistára a fenti szervek vonatkozásában.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek szerinti műtét időpontja, vagy a biztosított transzplantációs listára kerülésének időpontja.

Nem minősül szervátültetésnek bármely más szerv, szervrész, szövet vagy sejt transzplantációja.

1-es típusú cukorbetegség /inzulinfüggő diabétesz/ (16)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Az 1-es típusú cukorbetegség (inzulinfüggő diabétesz) olyan anyagcsere-rendellenesség, amelyet kórosan, krónikusan emelkedett vércukorszint és abszolút inzulinhiány jellemez.

A diagnózist diabetológus szakorvosnak kell felállítania, amelyben megerősítésre kerül az olyan 1-es típusú diabetes mellitus, amely súlyossága alapján legalább 1 éve fennálló rendszeres inzulinkezelést igényel.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis fentiek szerinti felállításának időpontja.

Nagyfokú égési sérülés (17)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Égési sérülés a hőforrás (tűz, forró felület, gőz vagy maró anyag), illetve elektromos áram által kiváltott élő szöveti sérülés. Biztosítási esemény, ha a biztosított a biztosítás tartama alatt a testfelületén baleset következtében

- 26%-os vagy ennél magasabb százalékos kiterjedésű II. fokú, illetve
- 16%-os vagy ennél magasabb százalékos kiterjedésű III. fokú, illetve
- 6%-os vagy ennél magasabb százalékos kiterjedésű IV. fokú égési sérülést szenved.

Az állapot, s egyben a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az égési sérülés bekövetkezésének időpontja, amelyet szakorvos véleménye igazol.

Nem minősül biztosítási eseménynek a napsugárzás vagy bármilyen más sugárzás (például röntgen, radioaktivitás, lézer, mikrohullám) által okozott sérülés és egyéb hőhatás (pl.: hőguta) okozta károsodás.

IV. kategória: Súlyos idegrendszeri betegségek

Agyi érkatasztrófa (18)

A biztosítási összeg 50%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Agyi érkatasztrófa az olyan, agyi szövetelhalást okozó hirtelen fellépő idegrendszeri esemény, amelyet agyi értrombózis, illetve embólia vagy koponyán belüli (állományi, illetve pókhálókórhártya alatti) vérzés okoz. A diagnózis felállításához MRI (Mágneses rezonancia vizsgálat), CT (Komputertomográfia) vagy más megbízható képalkotó eljárással készült vizsgálati eredmény szükséges, valamint az a neurológiai szakvélemény, amely az eseményt követő 72 órán belül fennálló, az eseménnyel okozati összefüggésben lévő olyan kóros idegrendszeri károsodást állapít meg, amely az eseményt követő 6 hét után már nem áll fenn.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

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

Bármelyik biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis képalkotó vizsgálatokkal történő felállításának időpontja.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakban felsoroltakra:

- a) TIA Transient Ischemic Attack (átmeneti, 24 óránál rövidebb ideig tartó, maradandó tüneteket nem okozó agyi keringési zavarok);
- b) Baleseti sérülés, fertőzés, érgyulladás vagy gyulladásos betegség következtében kialakult agykárosodás;
- c) A szemet vagy látóideget érintő érbetegség;
- d) Az egyensúlyrendszert érintő iszkémiás eltérések,
- e) Képalkotó diagnosztikai úton feltárt tünetmentes agyi érkatasztrófa.

Jóindulatú agydaganat (19)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A jóindulatú agydaganat az agyi szövetekből kiinduló szövetszaporulat, melynek diagnózisát neurológus vagy idegsebész szakorvos állítja fel MRI (Mágneses rezonancia), CT (Komputertomográfia) vagy más megbízható képalkotó eljárással készült vizsgálati eredmény alapján. A diagnózis alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges:

- a) Életfontosságú funkciókat veszélyeztet
- b) Agykárosodást okoz
- c) Maradandó neurológiai károsodást okoz

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis fentiek szerinti felállításának időpontja.

A biztosítás nem terjed ki a következőkre: ciszták, granulomák, érrendellenesség, vérömleny, agyalapi mirigy és gerincvelő daganatai.

Kóma (20)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Kómának minősülő állapot, amikor az eszméletvesztés legalább 96 óráig folyamatosan fennáll. A diagnózis alátámasztásához MRI (Mágneses rezonancia vizsgálat), CT (Komputertomográfia) vagy más megbízható képalkotó eljárással készült vizsgálati eredmény szükséges, illetve az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges.

- a) Legalább 96 óráig nincs válasz a külső ingerekre;
- b) Az életfontosságú funkciók műszeres fenntartása szükséges.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

A biztosítás nem terjed ki a mesterségesen létrehozott kómára, illetve az alkohol és drogfüggőség közvetlen következtében kialakult eszméletvesztésre.

Vigil kóma /Apalliumos szindróma/ (21)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Az agykéreg általános elhalása az agytörzs érintettsége nélkül. Az egyértelmű diagnózist neurológus és pszichiáter szakorvos együttes, egybehangzó szakvéleményével kell alátámasztani, az állapot legalább 1 hónapja történő fennállását bizonyító orvosi dokumentumok benyújtásával egyidejűleg.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének szakorvos által megállapított időpontja.

Szklerózis multiplex (22)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A központi idegrendszeret érintő gyulladásos autoimmun betegség, melynek vitathatatlan diagnózisát az ideggyógyász szakorvos a McDonald-kritériumok alapján szakorvosi leletbe foglalva állapítja meg, és az alábbi körülmények és feltételek mindegyikének teljesülése, illetve fennállása támasztja alá:

- a) A mozgató és az érző idegek funkcionális károsodása, amely folyamatosan, legalább 6 hónapja fennáll;
- b) Mágneses rezonancia vizsgálat (MRI), amely legalább 2 (két) szklerózis multiplexre jellemző demielinizációs elváltozást mutat az agyban vagy a gerincvelőben;
- c) Jól dokumentált kórtörténet legalább 2 fellángolásról és 2 nyugalmi szakaszcsoportról az említett tünetekkel vagy neurológiai hiányosságokkal.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

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

Parkinson-kór (23)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Parkinson-kórnak minősül az a progresszív neurológiai betegség, amelyet mozgászavar, remegés, izomfeszülés, a mozgások meglassúbbodása és egyensúlyzavar jellemez.

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) A betegség kialakulását gyógyszeres kezeléssel nem lehet visszafordítani;
- b) A betegség súlyosbodó károsodások jeleit mutatja;
- c) Legalább három (3), a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenység elvégzésének képtelensége az alább felsorolt tevékenységek közül, és e tevékenységek elvégzésének képtelensége legalább 6 hónapja folyamatosan fennáll.
- d) A jelen biztosítás értelmében a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek az alábbiak:
 - Tisztálkodás: a tisztálkodás képessége kádban vagy zuhanyzóban (beleértve a kádba és a zuhanyzóba való be-, és kiszállás képességét) vagy más eszközzel történő megfelelő tisztálkodás;
 - Öltözködés: valamennyi ruházat le-, és felvételének, biztonságos ki-, és begombolásának kivitelezése, művégtagok vagy más gyógyászati segédeszközök le-, és felvételének képessége;
 - Helyváltoztatás: az ágyból, karosszékből, tolésszékből történő felállás és az azokra történő leülés képessége,
 - Mozgás: beltéri mozgás képessége ugyanazon a lakószinten, egyik helyiségből a másikba történő eljutás képessége;
 - Mellékhelység használata: széklet vagy vizeletürítés mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használata a személyes higiénié céljából;
 - Táplálkozás: az elkészített vagy készen kapható étel önálló elfogyasztásának képessége.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

Nem minősül biztosítási eseménynek a kábítószeres vagy egyéb mérgezés okozta Parkinsonizmus (Parkinson szindróma), továbbá a gyógyszerek és toxikus ártalmak okozta tünetcsoport.

Végtagbénulás (24)

A biztosítási összeg 50%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Egy (1) teljes végtag teljes (100%) és visszafordíthatatlan bénulása a biztosítás tartama alatt betegség vagy baleset következtében. A teljes végtag teljes és visszafordíthatatlan bénulását, amely károsodás már legalább 6 hete folyamatosan fennáll, neurológus szakorvos diagnózisa állapítja meg.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Legalább két (2) teljes végtag teljes (100%) és visszafordíthatatlan bénulása betegség vagy baleset következtében. A két teljes végtag teljes és visszafordíthatatlan bénulását, amely károsodás már legalább 6 hete folyamatosan fennáll, neurológus szakorvos diagnózisa állapítja meg.

Jelen biztosítás értelmében végtagnak minősül:

- A teljes alsó végtag, mely magába foglalja a csípő-, térd-, boka- és lábízületeket.
- A teljes felső végtag, mely magába foglalja a váll-, könyök-, csukló- és kézízületeket.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja:

- baleset esetén a baleset időpontja,
- betegség esetén a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

Nem minősül biztosítási eseménynek a biztosított által szándékosan vagy súlyosan gondatlanul, önmagán okozott vagy előidézett sérülés következtében fellépő vagy a pszichológiai okok (pl. a pszichiátriai diagnózisokhoz kapcsolódó összes okból) miatti bénulás.

Súlyos fejsérülés (25)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A biztosítás tartama elszenvedett 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 biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.

A gerincvelő sérülései és a fej bármilyen más okból bekövetkező sérülései nem tekinthetők biztosítási eseménynek.

Alzheimer-kór (26)

A biztosítási összeg 50%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Az Alzheimer-kór az agykéreg visszafordíthatatlan pusztulásával járó idegrendszeri betegség, amely a gondolkodás és a megismerési (kognitív) funkciók beszűkülésével, magatartásváltozással és a szellemi képességek romlásával (demencia), majd gyors biológiai leépüléssel jár. A biztonságos mindennapi életvitel folyamatos külső felügyeletet igényel.

A diagnózist képalkotó eljárások és klinikai tünetek alapján szakorvos állapítja meg. A biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy legalább kettő (2), a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenység elvégzésének képtelensége az alább felsorolt tevékenységek közül, és e tevékenységek elvégzésének képtelensége legalább 6 hónapja folyamatosan fennáll.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Az Alzheimer-kór az agykéreg visszafordíthatatlan pusztulásával járó idegrendszeri betegség, amely a gondolkodás és a megismerési (kognitív) funkciók beszűkülésével, magatartásváltozással és a szellemi képességek romlásával (demencia), majd gyors biológiai leépüléssel jár. A biztonságos mindennapi életvitel folyamatos külső felügyeletet igényel.

A diagnózist képalkotó eljárások és klinikai tünetek alapján szakorvos állapítja meg. A biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy legalább négy (4), a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenység elvégzésének képtelensége az alább felsorolt tevékenységek közül, és e tevékenységek elvégzésének képtelensége legalább 6 hónapja folyamatosan fennáll.

A jelen biztosítás értelmében a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek az alábbiak:

- Tisztálkodás: a tisztálkodás képessége kádban vagy zuhanyzóban (beleértve a kádba és a zuhanyzóba való be-, és kiszállás képességét) vagy más eszközzel történő megfelelő tisztálkodás;
- Öltözködés: valamennyi ruházat le-, és felvételének, biztonságos ki-, és begombolásának kivitelezése, művégtagok vagy más gyógyászati segédeszközök le-, és felvételének képessége;

- Helyváltoztatás: az ágyból, karosszékből, tolésszékből történő felállás és az azokra történő leülés képessége,
- Mozgás: beltéri mozgás képessége ugyanazon a lakószinten, egyik helyiségből a másikba történő eljutás képessége;
- Mellékhelység használata: széklet vagy vizeletürítés mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használata a személyes higiéné céljából;
- Táplálkozás: az elkészített vagy készen kapható étel önálló elfogyasztásának képessége.

Bármelyik biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

Nem minősülnek biztosítási eseménynek a nem szervi eredetű megbetegedések, neurózisok, pszichiátriai betegségek és az alkoholfüggőség okozta agyi károsodások.

Progresszív demencia (27)

A biztosítási összeg 50%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A progresszív demencia (ide nem értve az időskori szellemi leépülést) az agykéreg visszafordíthatatlan károsodásával járó idegrendszeri betegség, amely a mentális, idegrendszeri és szociális funkciók romlásával, majd biológiai leépüléssel jár. A biztonságos mindennapi életvitel folyamatos külső felügyeletet igényel.

A diagnózist képző eljárások és klinikai tünetek alapján szakorvos állapítja meg. A biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy legalább kettő (2), a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenység elvégzésének képtelensége az alább felsorolt tevékenységek közül, és e tevékenységek elvégzésének képtelensége legalább 6 hónapja folyamatosan fennáll.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A progresszív demencia (ide nem értve az időskori szellemi leépülést) az agykéreg visszafordíthatatlan károsodásával járó idegrendszeri betegség, amely a mentális, idegrendszeri és szociális funkciók romlásával, majd biológiai leépüléssel jár. A biztonságos mindennapi életvitel folyamatos külső felügyeletet igényel.

A diagnózist képző eljárások és klinikai tünetek alapján szakorvos állapítja meg. A biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy legalább négy (4), a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenység elvégzésének képtelensége az alább felsorolt tevékenységek közül, és e tevékenységek elvégzésének képtelensége legalább 6 hónapja folyamatosan fennáll.

A jelen biztosítás értelmében a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek az alábbiak:

- Tisztálkodás: a tisztálkodás képessége kádban vagy zuhanyzóban (beleértve a kádba és a zuhanyzóba való be-, és kiszállás képességét) vagy más eszközzel történő megfelelő tisztálkodás;
- Öltözködés: valamennyi ruházat le-, és felvételének, biztonságos ki-, és begombolásának kivitelezése, művégtagok vagy más gyógyászati segédeszközök le-, és felvételének képessége;
- Helyváltoztatás: az ágyból, karosszékből, tolésszékből történő felállás és az azokra történő leülés képessége,
- Mozgás: beltéri mozgás képessége ugyanazon a lakószinten, egyik helyiségből a másikba történő eljutás képessége;
- Mellékhelység használata: széklet vagy vizeletürítés mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használata a személyes higiéné céljából;
- Táplálkozás: az elkészített vagy készen kapható étel önálló elfogyasztásának képessége.

Bármelyik biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

Nem minősülnek biztosítási eseménynek a nem szervi eredetű megbetegedések, neurózisok, pszichiátriai betegségek és az alkoholfüggőség okozta agyi károsodások.

Amiotrófiás és primer laterálszklerózis /ALS, PLS/ (28)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Az idegrendszer progresszív degeneratív megbetegedései, melyben a mozgató neuron sejtek túlzott mértékű károsodása, pusztulása az izmok merevségéhez és/vagy elgyengüléséhez, elsorvadásához vezet. Az amiotrófiás laterálszklerózis (ALS) a motoneuron betegségek (MND) leggyakoribb típusa, mely a motoneuronok progresszív károsodásával jár. A folyamat mind a felső, mint az alsó motoneuronokat érintheti. A primer laterálszklerózis (PLS) a motoneuron betegségek (MND) egy ritka formája, melyet a felső motoneuronok progresszív károsodása jellemez.

Az idegrendszeri mozgató funkció tartós, folyamatos, legalább 3 hónapja fennálló, objektíven (EMG-, ENG-vizsgálat által) bizonyított, idegrendszeri eredetű károsodását alátámasztó diagnózist szakorvosnak kell felállítania.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

Progresszív bulbáris bénulás /PBP/ (29)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Az agytörzs motoneuronjainak progresszív degeneratív folyamata, amely főképp a beszéd, a rágás és a nyelés izmainak károsodásában nyilvánul meg és ezen izmok bénulásához, elsorvadásához vezet.

Az idegrendszeri mozgató funkció tartós, folyamatos, legalább 3 hónapja fennálló, objektíven (EMG-, ENG-vizsgálat által) bizonyított, idegrendszeri eredetű károsodását alátámasztó diagnózist szakorvosnak kell felállítania.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

Spinális izomatrófia /SMA/ (30)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Autoszomális recesszív öröklésmentet mutató betegség, amit progresszív hypotonia és izomgyengeség jellemez. A tünetek oka a gerincvelő mellső szarvának alfa motoneuronjainak progresszív degenerációja, amely fokozatos izomgyengeséget, sorvadást okoz a kapcsolódó izmokban.

Az idegrendszeri mozgató funkció tartós, folyamatos, legalább 3 hónapja fennálló, objektíven (EMG-, ENG-vizsgálat által) bizonyított, idegrendszeri eredetű károsodását alátámasztó diagnózist szakorvosnak kell felállítania.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

Agyvelőgyulladás (31)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

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

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a kórokozó laboratóriumi vizsgálattal történő azonosításának időpontja.

Nem minősül biztosítási eseménynek a HIV fertőzött állapotban diagnosztizált agyvelőgyulladás.

Agyhártyagyulladás (32)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Olyan fertőzés, amely az agyhártyák vagy a gerincvelő membránjainak gyulladásos folyamatain (meningitis) keresztül súlyos és visszafordíthatatlan neurológiai károsodást okoz, és a károsodás már legalább 6 hete folyamatosan fennáll. A diagnózist gerinccsapolással nyert gerincvelő-folyadékban azonosított kórokozó jelenlétével és neurológus szakorvosi véleményével kell alátámasztani.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a kórokozó laboratóriumi vizsgálattal történő azonosításának időpontja.

Nem minősül biztosítási eseménynek a HIV fertőzött állapotban diagnosztizált agyhártyagyulladás.

A gerincvelő szürkeállományának gyulladása /Poliomyelitis-Gyermekbénulás/ (33)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

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

- a) Azonosított poliovírus a megbetegedés okozója,
- b) A végtagok vagy a légzőszervek izmainak legalább 3 hónapja folyamatosan fennálló bénulása.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a poliovírus fertőzés laboratóriumi vizsgálattal történő diagnosztizálásának időpontja.

Creutzfeldt-Jakob kór (34)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A Creutzfeldt-Jakob kór olyan gyógyíthatatlan agyi fertőzőes megbetegedés, mely a mozgást, illetve a mentális tevékenységet gyorsan károsítja. Ideggyógyász szakorvos a kórismét objektív idegrendszeri tünetek, súlyos, romló demencia és EEG alapján állítja fel szakorvosi leletben.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

Szövődményes kullancscsípés (35)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Kullancscsípés következtében kialakuló vírusos agyhártya- és/vagy agyvelőgyulladás (KE, meningoencefalitis), illetve a Lyme-kór azon súlyos esetei, melyek kardiológiai és/vagy neurológiai szövődményekkel járnak.

A betegség tüneteinek a kullancscsípést követő 3 hónapon belül kell jelentkezniük és legalább 6 hónapig fenn kell állniuk. A diagnózist szakorvos állítja fel az alábbiak szerint:

A kullancs meningoencefalitis (KE) olyan agyvelőgyulladás és/vagy agyhártyagyulladás, amelyet általában a kullancs által továbbított speciális vírus okoz olyan földrajzi területen, ahol a KE járványos előfordulása általánosságban ismert. A diagnózisnak meg kell felelni a következő kritériumok mindegyikének:

- a) a biztosított nyilatkozatban rögzítse a kullancscsípés előzményeit, a csípés időpontját tartalmazza az orvosi dokumentáció;
- b) a KE-t kórházban vagy ambuláns keretek közt megfelelően kezelték,
- c) a kórokozó elleni antitesteket vérből és/vagy agy-gerincvelői folyadékból kimutatták és emelkedett IgM antitest szint jelzi az akut fertőzést,
- d) a kullancs meningoencefalitis súlyos neurológiai és/vagy pszichiátriai következményeit szakorvosnak kell szakorvosi leletben rögzítenie.

A Lyme-kór bakteriális fertőző betegség, súlyos bőr, neurológiai, kardiológiai és ízületi tünetekkel. A diagnózisnak meg kell felelni a következő kritériumok mindegyikének:

- a) a biztosított nyilatkozatban rögzítse a kullancscsípés előzményeit, a csípés időpontját tartalmazza az orvosi dokumentáció;
- b) a kórokozó (*Borrelia burgdorferi*) a biztosított szervezetében kimutatásra került;
- c) emelkedett IgM és IgG antitest szint jelzi az akut fertőzést;
- d) a Lyme-kór tüneteit és szövődményeit, illetve azok súlyosságát szakorvosnak kell szakorvosi leletben rögzítenie.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

Tetanusz (36)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Tetanusznak minősül a *Clostridium tetani* baktérium által okozott akut és súlyos fertőzőes betegség (merevgörcs). Jelen biztosítás akkor tekinti a tetanusz fertőzést biztosítási eseménynek, ha az legalább 4 hétig tartó kórházi kezelést igénylő légzési gyengeséget okoz, melyet szakorvos állapít meg.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

A biztosítás nem terjed azon esetekre, ahol az oltási rend alapján meghatározott kötelező tetanusz elleni védőoltásokat a biztosított nem kapta meg.

V. kategória: Egyéb súlyos betegségek

Súlyos látáskárosodás (37)

A biztosítási összeg 25%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Biztosítási eseménynek minősül az a látáskárosodás, amikor az egyik szem látóképessége baleset vagy betegség következtében visszafordíthatatlanul megromlik az alábbiak szerint:

- a károsodott szem látóélessége megfelelő korrekcióval (eszköz vagy műtét) legfeljebb 5/70,
- a károsodott szem látótere megfelelő korrekcióval (eszköz vagy műtét) körkörösén húsz foknál szűkebb,
- az egyik szem hiányzik vagy nincs fényérzékelése.

A biztosítási összeg 50%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Biztosítási eseménynek minősül az a súlyos látáskárosodás, amikor mindkét szem látóképessége baleset vagy betegség következtében visszafordíthatatlanul megromlik az alábbiak szerint:

- az egészségesebb szem látóélessége megfelelő korrekcióval (eszköz vagy műtét) legfeljebb 5/50,
- az egészségesebb szem látótere megfelelő korrekcióval (eszköz vagy műtét) körkörösén húsz foknál szűkebb.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Biztosítási eseménynek minősül mindkét szem látóképességének teljes és visszafordíthatatlan elvesztése betegség vagy baleset következtében az alábbiak szerint:

- mindkét szem látóélessége megfelelő korrekcióval (eszköz vagy műtét) legfeljebb 5/70,

- az egyik szem látóélessége megfelelő korrekcióval (eszköz vagy műtét) legfeljebb 5/50, a másik szem hiányzik vagy nincs fényérzékelése,
- mindkét szem látótere megfelelő korrekcióval (eszköz vagy műtét) körkörösen húsz foknál szűkebb.

Bármelyik biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az adott látáskárosodás diagnosztizálásának időpontja; a diagnózist szemész vagy neurológus szakorvosnak kell szakorvosi leletbe foglalva megerősítenie.

A biztosítás nem terjed ki a szürkehályog okozta látáskárosodásra.

Súlyos halláskárosodás (38)

A biztosítási összeg 25%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Biztosítási eseménynek minősül az a halláskárosodás, amikor az egyik fül hallóképessége baleset vagy betegség következtében teljesen és visszafordíthatatlanul elveszik. A teljes hallóképesség elvesztése a hallás minden frekvenciatartományában a legalább 80 decibeles halláscsökkenést jelenti. A diagnózist audiometriás és hallásküszöb vizsgálattal fül-orr-gégész szakorvosnak kell megállapítania.

A biztosítási összeg 50%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Biztosítási eseménynek minősül az a súlyos halláskárosodás, amikor mindkét fül hallóképessége baleset vagy betegség következtében súlyosan és visszafordíthatatlanul megromlik. A súlyos hallóképesség csökkenés a hallás minden frekvenciatartományában a legalább 70 és 80 decibel közötti értékű halláscsökkenést jelenti a kevésbé károsodott fülön. A diagnózist audiometriás és hallásküszöb vizsgálattal fül-orr-gégész szakorvosnak kell megállapítania.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Biztosítási eseménynek minősül mindkét fül hallóképességének teljes, végleges és visszafordíthatatlan elvesztése betegség vagy baleset következtében. A teljes hallóképesség elvesztése mindkét fülön a hallás minden frekvenciatartományában a legalább 80 decibeles halláscsökkenést jelenti. A diagnózist audiometriás és hallásküszöb vizsgálattal fül-orr-gégész szakorvosnak kell megállapítania.

Bármelyik biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az adott halláskárosodás bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

A biztosítás nem terjed ki az időskori hallásvesztésre.

Beszédképesség elvesztése (39)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A beszédképesség teljes, állandó és visszafordíthatatlan elvesztése, melyet a gége, a hallóideg vagy az agyi hallásközpont balesete vagy visszafordíthatatlan betegsége okozott. A beszédképtelenségnek folyamatosan 6 hónapig fenn kell állnia, és a diagnózist fül-orr-gégész szakorvosnak kell alátámasztania.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

Nem terjed ki a biztosítás a pszichiátriai betegségekkel összefüggésben kialakult beszédképtelenségre.

Végtagelvesztés (40)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Biztosítási eseménynek minősül, ha a biztosított a biztosítás tartama alatt elszenvedett betegség vagy baleset következtében legalább az egyik végtagját elveszíti a következők szerint:

- legalább az egyik felkarnak a teljes könyökízületet is magába foglaló amputációja, illetve
- legalább az egyik lábnak a teljes térdízületet is magába foglaló amputációja.

A végtag-amputáció a beteg vagy roncsolt végtag sebészeti eltávolítását jelenti. Az ezt követően bármilyen gyógyászati segédeszközzel – például művégtaggal – történő bármilyen rehabilitáció nem módosítja a végtag-amputáció biztosítási eseményként való minősítését.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az amputációs műtét időpontja.

Aplasztikus anémia /csontvelő elégtelenség/ (41)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

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

- a) Vértérfüvetmény átömlesztése (vérátömlesztés);
- b) Csonvelő stimuláció;
- c) Immunszuppresszív (immunrendszert gátló) szerek alkalmazása;
- d) Csonvelő átültetése.

A diagnózist hematológus által készített szakvéleménnyel kell alátámasztani.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis fentiek szerinti felállításának időpontja.

Nem minősül biztosítási eseménynek egy másik betegség kezelésének következményeként kialakult aplasztikus vérszegénység, továbbá kizárásra kerül a kockázatviselés kezdetét követő első 2 évben bekövetkező, egyidejűleg krónikus általános vérszegénységből eredő aplasztikus vérszegénység.

Bechterew-kór /Spondylitis ankylopoetica/ (42)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Idült, progresszív gyulladásos ízületi betegség (Spondylitis ankylopoetica), amely abban az esetben minősül biztosítási eseménynek, ha a HLA-B27 antigén jelenlétét igazolták és a betegség legalább a 4. stádiumban kerül diagnosztizálásra (amikor a betegség a gerinc több szakaszának teljes elmerevedését eredményezte). Ennek tényét képalkotó diagnosztikai vizsgálattal (CT vagy MRI) kell alátámasztani.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis fentiek szerinti felállításának időpontja.

Súlyos, bélszakasz-eltávolítással kezelt Crohn-betegség (43)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A Crohn-betegség a gyulladásos bélbetegségek egyik típusa, amely a bélrendszer nyálkahártyájának gyulladásával jár, ezáltal súlyos hasmenéshez és hasi fájdalomhoz vezet. A végleges diagnózist gasztroenterológus, belgyógyász szakorvos állítja fel szakorvosi leletbe foglalva, amelyhez csatolni kell a szövettani vizsgálat eredményét.

Biztosítási eseménynek minősül az olyan, szövettanilag igazolt Crohn-betegség, amely miatt a vékony- vagy vastagbél teljes vagy legalább 2 alkalommal történő részleges műtéti eltávolítására került sor.

A biztosítási esemény időpontja a műtét időpontja, amennyiben a vékony- vagy vastagbél teljes műtéti eltávolítására kerül sor, illetve a második műtét időpontja, ha részleges műtéti eltávolításra kerül sor.

Súlyos, vastagbél-eltávolítással kezelt colitis ulcerosa betegség (44)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A colitis ulcerosa a gyulladásos bélbetegségek egyik típusa, amely az emésztőrendszer, általában a vastagbél és a végbél nyálkahártya felületes rétegeit, és jellegzetesen a bélszakasz összefüggő területeit érintő krónikus gyulladásával jár, jellegzetesen hasi fájdalom és hasmenés kíséri. A végleges diagnózist

gasztroenterológus, belgyógyász szakorvos állítja fel szakorvosi leletbe foglalva, amelyhez csatolni kell a szövettani vizsgálat eredményét.

Biztosítási eseménynek minősül az olyan, szövettanilag igazolt colitis ulcerosa, amely miatt a vastagbél teljes vagy legalább 2 alkalommal történő részleges műtéti eltávolítására került sor.

A biztosítási esemény időpontja a műtét időpontja, amennyiben a vastagbél teljes műtéti eltávolítására kerül sor, illetve a második műtét időpontja, ha részleges műtéti eltávolításra kerül sor.

Heveny, középsúlyostól súlyosig terjedő B, C hepatitis vírus okozta májgyulladás (45)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Hepatitis vírus okozta, középsúlyostól 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) A máj méretének gyors csökkenése;
- b) Az állományelhalás/szövetelhalás a teljes májlebensyt elpusztítja, csak az összeesett kötőszöveti szerkezetet megtartva a szerkezetkárosodott vázon;
- c) A májfunkciós tesztek gyors romlása;
- d) Mélyülő sárgaság;
- e) Hepato-encephalopathia (A májelégtelenség végső stádiumának a szövődménye, amikor a felszaporodott mérgezőanyagok következtében az agy és az idegrendszer károsodik. Ennek következményeként kóma, vagy más fokú eszméletváltozások, viselkedési és reflexzavarok alakulhatnak ki).

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

Szisztémás lupus erythematosus nephritis-szel /SLE/ (46)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Több szervet érintő autoimmun megbetegedés, amit a saját veseszövet elleni auto-antitestek termelése jellemez. A jelen biztosítás értelmében az SLE diagnózisa azokat az eseteket jelenti, amikor az SLE a vesét érinti (vesebiopsziával igazolt Class III – Class VI lupus nephritis, a WHO osztályozás szerint). A diagnózis tényét reumatológus, 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.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis fentiek szerinti felállításának időpontja.

Előrehaladott bőrkérgesedés /Scleroderma progressiva/ (47)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

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 biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis fentiek szerinti felállításának időpontja.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:

- Helyi bőrkérgesedés (scleroderma linearis, morphoea);
- Fascitis eosinophylica;

- CREST szindróma.

HIV-fertőzés vérátömlesztés következtében (48)

A HIV (Human Immunodeficiency Vírus, azaz emberi immunhiány-előidéző vírus) egy embert fertőző vírus, az AIDS nevű betegség kórokozója. A HIV-fertőzést, illetve az AIDS betegséget a pozitív HIV ELISA antitestvizsgálat, illetve a pozitív HIV-megerősítő teszt (Western Blot vagy PCR teszt) igazolja.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Jelen megbetegedés tekintetében a biztosító annyiban tekint el a biztosítási szerződésre irányadó általános rendelkezésekben foglalt kizárásától, amennyiben a HIV-fertőzés vérátömlesztéshez (transzfúzióhoz) köthető és az alábbi feltételek mindegyike együttesen fennáll:

- a) a vérátömlesztés orvosilag szükséges volt és a kezelés részeként tekinthető, és
- b) a vérátömlesztés a kockázatviselés kezdetét követően történt, és
- c) a fertőzés megtörténtét a vért kiadó intézmény elismerte, és a HIV-fertőzés okát jelentő vért azonosította.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis fentiek szerinti felállításának időpontja.

A biztosítás nem terjed ki:

- a szexuális úton vagy intravénás drog használata során bekövetkező HIV-fertőzésre,
- ha a fertőzött/megbetegedett biztosítottnál korábban hemofiliát diagnosztizáltak.

Munkavégzés során szerzett HIV-fertőzés (49)

A HIV (Human Immunodeficiency Vírus, azaz emberi immunhiány-előidéző vírus) egy embert fertőző vírus, az AIDS nevű betegség kórokozója. A HIV-fertőzést, illetve az AIDS betegséget a pozitív HIV ELISA antitestvizsgálat, illetve a pozitív HIV-megerősítő teszt (Western Blot vagy PCR teszt) igazolja.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Jelen megbetegedés tekintetében a biztosító annyiban tekint el a biztosítási szerződésre irányadó általános rendelkezésekben foglalt kizárásától, amennyiben munkavégzés során következett be a HIV-fertőzés és az alábbi feltételek mindegyike együttesen fennáll:

- a) a fertőzés a biztosítás hatályba lépését követően a normál munkavégzéssel kapcsolatban alakult ki a meghatározott, vérrel vagy más testfolyadékkal kapcsolatba kerülő munkakörök esetében;
- b) a megfertőződés időpontját követő 6 hónapon belül a vírus elleni antigének a vérből kimutathatók;
- c) a fenti eseményeket követően 5 napon belül negatív eredményt igazoló HIV teszt készült;
- d) a megfertőződést követően legalább 12 hónapon keresztül a HIV vagy a HIV antitestek jelenléte igazolt a biztosított szervezetében;
- e) a megfertőződéshez köthető esemény jelentésre került a megfelelő hatóság irányába, az eset kivizsgálásra került az elfogadott módszerek alkalmazásával és a vizsgálat eredményét a megfelelő iratban (határozat, végzés, etc.) dokumentálták.
- f) Érintett munkakörök: orvos vagy fogorvos; ápoló; egészségügyi laboratóriumi asszisztens vagy dolgozó; betegszállítást végző egészségügyi személyzet (ideértve a betegszállító jármű vezetőjét is); radiológiai asszisztens; mentőegység teljes személyzete; szülésznő; tűzoltó; rendőr; büntetésvégrehajtásban dolgozó személyzet.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis fentiek szerinti felállításának időpontja.

A biztosítás nem terjed ki:

- a szexuális úton vagy intravénás drog használata során bekövetkező HIV-fertőzésre,

- ha a fertőzött/megbetegedett biztosítottnál korábban hemofiliát diagnosztizáltak.

Közlekedési baleset miatti elsősegélynyújtás vagy fizikai támadás alkalmával szerzett HIV- fertőzés (50)

A HIV (Human Immunodeficiency Vírus, azaz emberi immunhiány-előidéző vírus) egy embert fertőző vírus, az AIDS nevű betegség kórokozója. A HIV-fertőzést, illetve az AIDS betegséget a pozitív HIV ELISA antitestvizsgálat, illetve a pozitív HIV-megerősítő teszt (Western Blot vagy PCR teszt) igazolja.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Jelen megbetegedés tekintetében a biztosító annyiban tekint el a biztosítási szerződésre irányadó általános rendelkezésekben foglalt kizárásától, amennyiben a HIV-fertőzés a biztosítás tartama alatt elszenvedett közlekedési baleset miatti elsősegélynyújtás vagy fizikai támadás alkalmával következett be és az alábbi feltételek mindegyike együttesen fennáll:

- a fizikai támadás vagy közlekedési baleset jelentésre került a megfelelő hatóság irányába, az eset kivizsgálásra került az elfogadott módszerek alkalmazásával és a vizsgálat eredményét a megfelelő iratban (határozat, végzés, etc.) dokumentálták;
- a megfertőződés időpontját követő 6 hónapon belül a vírus elleni antigének a vérből kimutathatók;
- a fenti eseményeket követően 5 napon belül negatív eredményt igazoló HIV teszt készült;
- a megfertőződést követően legalább 12 hónapon keresztül a HIV vagy a HIV antitestek jelenléte igazolt a biztosított szervezetében.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis fentiek szerinti felállításának időpontja.

A biztosítás nem terjed ki:

- a szexuális úton vagy intravénás drog használata során bekövetkező HIV-fertőzésre,
- ha a fertőzött/megbetegedett biztosítottnál korábban hemofiliát diagnosztizáltak.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect Critical Care daganatos megbetegedésekre szóló, változó díjú biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-C40, MET-C41)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) Critical Care daganatos megbetegedésekre szóló, változó díjú biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész, és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, akinek az életkora a biztosítási szerződés megkötésekor, a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint, legalább 16 év, illetve aki a 69. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 70. életévet.

II. Várakozási idő

A biztosító a nem baleseti eredetű biztosítási esemény kockázatát csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 90 nap elteltével vállalja.

III. A biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a biztosítottnál a biztosítási szerződés hatálybalépését követően felállított olyan orvosi diagnózis, amely igazolja az alábbi betegség fennállását:
 - a) rosszindulatú daganat,
 - b) jóindulatú agydaganat,
 - c) lokális daganatos megbetegedés (carcinoma in situ).
2. A biztosítási események részletes definícióját a különös rendelkezések függeléke (a továbbiakban: Függelék) tartalmazza.
3. A biztosítási események bekövetkezésének időpontját a Függelék tartalmazza.

IV. A biztosító szolgáltatása

1. Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási összegnek a Függelékben meghatározott mértékét fizeti ki, feltéve, hogy a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában a biztosított életben van.
2. A IV. 1. pont szerinti megbetegedések egymást követő fellépése esetén a biztosító többszöri kifizetést is teljesíthet, de a biztosítás tartama alatt a biztosítási összegnek legfeljebb a 300%-át szolgáltatja.
3. A biztosító szolgáltatásának részletes szabályait a Függelék tartalmazza.

V. A biztosítási díj

A biztosítási díj változó mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján biztosítási évenként emelkedik.

VI. Értékkövetés

1. A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
2. Az értékkövetés nem-arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével nem azonos mértékben növekszik.
3. A díj az értékkövetés mértékével megnövelt biztosítási összeghez képest nagyobb arányban növekedhet, mivel az értékkövetéssel megnövelt díj a biztosított aktuális életkorának figyelembevételével történik.

VII. Kizárások

A MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezők II. Rész rendelkezésein túl a biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek az alábbi eseményeket, illetve az alábbi eseményekkel okozati összefüggésben álló eseményeket:

- a) a biztosított mértéktelen alkoholfogyasztása, illetve alkoholbetegsége,
- b) maghasadás, illetve radioaktív vagy egyéb ionizáló sugárzás, kivéve, ha az ilyen sugárzást jogszabályban feljogosított egészségügyi intézmény vagy orvos utasítására gyógyászati céllal alkalmazzák,
- c) mérgező vagy maró anyagok akaratlagos bevétele, illetve gázok, gőzök vagy füst szándékos belélegzése, amennyiben a belélegzett anyagok koncentrációja a jogszabályban meghatározott egészségügyi határértéket meghaladja.

VIII. Megszűnés

A biztosítási esemény bekövetkezésével a biztosítási szerződés nem szűnik meg.

FÜGGELÉK

A MetProtect Critical Care daganatos megbetegedésekre szóló, változó díjú biztosítási szerződés alapján biztosítási eseménynek minősülő események, azok bekövetkezésének időpontja és a biztosítási összeg mértéke

I. Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnál diagnosztizált rosszindulatú daganat az alábbiak szerint.

1. 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 kórboncnok állítja fel.
2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a szövettani lelet kiadásának időpontja.
3. Az I. pontban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki.
4. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződés megszűnik.
5. A biztosítás nem terjed ki a következőkre:
 - a) Hiperkeratózisok, 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;
 - b) 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;
 - c) AIDS megbetegedés, illetve HIV fertőzöttség mellett megjelenő bármely rosszindulatú daganat.

II. Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnál diagnosztizált jóindulatú agydaganat az alábbiak szerint.

1. A jóindulatú agydaganat diagnózisát neurológus vagy idegsebész szakorvos állítja fel, MRI (Mágneses rezonancia), CT (Komputertomográfia) vagy más megbízható képalkotó eljárással készült vizsgálati eredmény alapján. A diagnózis alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges.
 - a) Életfontosságú funkciókat veszélyeztet;
 - b) Agykárosodást okoz;
 - c) Maradandó neurológiai károsodást okoz.
2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis fentiek szerinti felállításának időpontja.
3. Az II. pontban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki.
4. A biztosítási összeg kifizetésével a biztosító további kockázatviselése a II. pont szerinti biztosítási eseményre megszűnik.
5. A biztosítás nem terjed ki a következőkre: ciszták; granulomák; érrendellenesség; vérömleny; agyalapi mirigy és gerincvelő daganatai.

III. Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnál diagnosztizált helyi, a környezetét nem elárasztó, úgynevezett lokális daganatos megbetegedés (carcinoma in situ) az alábbiak szerint.

1. Carcinoma in situ elváltozásnak minősülnek a szövettanilag premalignus (daganatot megelőző állapot, vagyis olyan állapot, melyből rosszindulatú daganat alakul(hat) ki) vagy noninvazív, a szöveti határokat figyelembe vevő, a környezetét nem elárasztó daganatok, ideszámítva az in situ mell-daganatokat és a CIN-2, CIN-3 osztályú méhnyaki diszpláziákat. A carcinoma in situ TNM osztályozás szerint TisNoMo (0. stádium) besorolású kell legyen. A biztosítási esemény igazolásához méhnyak esetében kúpkimetszés (conisatio) során eltávolított, prosztata esetében biopsziával vett szövetminta szövettani vizsgálati eredménye szükséges. A carcinoma in situ diagnózisát szövettani vizsgálattal onkológus vagy kórboncnok állítja fel.
2. Biztosítási esemény időpontja a carcinoma in situ megbetegedés végleges, szövettani vizsgálattal igazolt diagnózisa.
3. Az III. pontban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási szerződés hatálya alatt legfeljebb két alkalommal fizeti ki a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 50%-át az alábbiak szerint:
 - a) A carcinoma in situ első diagnózisának felállítását követően a biztosító kifizeti az első diagnózis időpontjában aktuális biztosítási összeg 50%-át.
 - b) Azon szerv tekintetében, amelyre vonatkozóan az első carcinoma in situ diagnózis megállapításra került, a biztosító további kockázatviselése megszűnik a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjára visszamenő hatállyal.
 - c) Amennyiben a biztosítási szerződés hatálya alatt a biztosított másik szervét érintően második carcinoma in situ diagnózis kerül felállítására, és a két carcinoma in situ diagnózis között legalább 12 hónap eltelt, úgy a biztosító kifizeti a második diagnózis időpontjában érvényes biztosítási összeg 50%-át.
 - d) Amennyiben az érintett szerv páros (bal és jobb oldali taggal rendelkezik), úgy a két tag a különös rendelkezések alapján egy szervnek tekintendő (például, de nem kizárólagosan, a mell vagy a tüdő).
4. A második carcinoma in situ diagnózis alapján teljesített kifizetéssel a biztosító további kockázatviselése a III. pont szerinti biztosítási eseményre megszűnik.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect Critical Care daganatos megbetegedésekre szóló, választható tartamú biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-C42, MET-C43)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) Critical Care daganatos megbetegedésekre szóló, választható tartamú biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész, és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, akinek az életkora a biztosítási szerződés megkötésekor, a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint, legalább 16 év, illetve aki a 69. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 70. életévet.

II. Várakozási idő

A biztosító a nem baleseti eredetű biztosítási esemény kockázatát csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 90 nap elteltével vállalja.

III. A biztosítási szerződés tartama

1. A biztosítási szerződés egész években meghatározható tartamát a szerződő a szerződéskötéskor választja meg.
2. A biztosítási szerződés legrövidebb tartama 1 év, leghosszabb tartama 54 év azzal, hogy a biztosítási szerződés tartama legfeljebb annak a biztosítási évnek a végéig tart, amelyben a biztosított a 69. életévét betölti.

IV. A biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a biztosítottnál a biztosítási szerződés hatálybalépését követően felállított olyan orvosi diagnózis, amely igazolja az alábbi betegség fennállását:
 - a) rosszindulatú daganat,
 - b) jóindulatú agydaganat,
 - c) lokális daganatos megbetegedés (carcinoma in situ).
2. A biztosítási események részletes definícióját a különös rendelkezések függeléke (a továbbiakban: Függelék) tartalmazza.
3. A biztosítási események bekövetkezésének időpontját a Függelék tartalmazza.

V. A biztosító szolgáltatása

1. Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási összegnek a Függelékben meghatározott mértékét fizeti ki, feltéve, hogy a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában a biztosított életben van.

-
2. A IV. 1. pont szerinti megbetegedések egymást követő fellépése esetén a biztosító többszöri kifizetést is teljesíthet, de a biztosítás tartama alatt a biztosítási összegnek legfeljebb a 300%-át szolgáltatja.
 3. A biztosító szolgáltatásának részletes szabályait a Függelék tartalmazza.

VI. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

VII. Értékkövetés

1. A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
2. Az értékkövetés nem-arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével nem azonos mértékben növekszik.
3. Amennyiben az értékkövetés mértékével megnövelt díj nem elegendő a biztosítási összeg azonos mértékű emeléséhez, úgy a biztosítási összeg a díjnövelés által ténylegesen fedezett mértékig kerül megnövelésre.

VIII. Kizárások

A MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezők II. Rész rendelkezésein túl a biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek az alábbi eseményeket, illetve az alábbi eseményekkel okozati összefüggésben álló eseményeket:

- a) a biztosított mértéktelen alkoholfogyasztása, illetve alkoholbetegsége,
- b) maghasadás, illetve radioaktív vagy egyéb ionizáló sugárzás, kivéve, ha az ilyen sugárzást jogszabályban feljogosított egészségügyi intézmény vagy orvos utasítására gyógyászati céllal alkalmazzák,
- c) mérgező vagy maró anyagok akaratlagos bevétele, illetve gázok, gőzök vagy füst szándékos belélegzése, amennyiben a belélegzett anyagok koncentrációja a jogszabályban meghatározott egészségügyi határértéket meghaladja.

IX. Megszűnés

A biztosítási esemény bekövetkezésével a biztosítási szerződés nem szűnik meg.

FÜGGELÉK

A MetProtect Critical Care daganatos megbetegedésekre szóló, választható tartamú biztosítási szerződés alapján biztosítási eseménynek minősülő események, azok bekövetkezésének időpontja és a biztosítási összeg mértéke

I. Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnál diagnosztizált rosszindulatú daganat az alábbiak szerint.

1. 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 kórboncnok állítja fel.
2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a szövettani lelet kiadásának időpontja.
3. Az I. pontban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki.
4. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződés megszűnik.
5. A biztosítás nem terjed ki a következőkre:
 - a) Hiperkeratózisok, 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;
 - b) 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;
 - c) AIDS megbetegedés, illetve HIV fertőzöttség mellett megjelenő bármely rosszindulatú daganat.

II. Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnál diagnosztizált jóindulatú agydaganat az alábbiak szerint.

1. A jóindulatú agydaganat diagnózisát neurológus vagy idegsebész szakorvos állítja fel, MRI (Mágneses rezonancia), CT (Komputertomográfia) vagy más megbízható képalkotó eljárással készült vizsgálati eredmény alapján. A diagnózis alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges.
 - a) Életfontosságú funkciókat veszélyeztet;
 - b) Agykárosodást okoz;
 - c) Maradandó neurológiai károsodást okoz.
2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis fentiek szerinti felállításának időpontja.
3. Az II. pontban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki.
4. A biztosítási összeg kifizetésével a biztosító további kockázatviselése a II. pont szerinti biztosítási eseményre megszűnik.
5. A biztosítás nem terjed ki a következőkre: ciszták; granulomák; érrendellenesség; vérömleny; agyalapi mirigy és gerincvelő daganatai.

III. Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnál diagnosztizált helyi, a környezetét nem elárasztó, úgynevezett lokális daganatos megbetegedés (carcinoma in situ) az alábbiak szerint.

1. Carcinoma in situ elváltozásnak minősülnek a szövettanilag premalignus (daganatot megelőző állapot, vagyis olyan állapot, melyből rosszindulatú daganat alakul(hat) ki) vagy noninvazív, a szöveti határokat figyelembe vevő, a környezetét nem elárasztó daganatok, ideszámítva az in situ mell-daganatokat és a CIN-2, CIN-3 osztályú méhnyaki diszpláziákat. A carcinoma in situ TNM osztályozás szerint TisNoMo (0. stádium) besorolású kell legyen. A biztosítási esemény igazolásához méhnyak esetében kúpkimetszés (conisatio) során eltávolított, prosztatata esetében biopsziával vett szövetminta szövettani vizsgálati eredménye szükséges. A carcinoma in situ diagnózisát szövettani vizsgálattal onkológus vagy kórboncnok állítja fel.
2. Biztosítási esemény időpontja a carcinoma in situ megbetegedés végleges, szövettani vizsgálattal igazolt diagnózisa.
3. Az III. pontban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási szerződés hatálya alatt legfeljebb két alkalommal fizeti ki a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 50%-át az alábbiak szerint:
 - a) A carcinoma in situ első diagnózisának felállítását követően a biztosító kifizeti az első diagnózis időpontjában aktuális biztosítási összeg 50%-át.
 - b) Azon szerv tekintetében, amelyre vonatkozóan az első carcinoma in situ diagnózis megállapításra került, a biztosító további kockázatviselése megszűnik a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjára visszamenő hatállyal.
 - c) Amennyiben a biztosítási szerződés hatálya alatt a biztosított másik szervét érintően második carcinoma in situ diagnózis kerül felállítására, és a két carcinoma in situ diagnózis között legalább 12 hónap eltelt, úgy a biztosító kifizeti a második diagnózis időpontjában érvényes biztosítási összeg 50%-át.
 - d) Amennyiben az érintett szerv páros (bal és jobb oldali taggal rendelkezik), úgy a két tag a különös rendelkezések alapján egy szervnek tekintendő (például, de nem kizárólagosan, a mell vagy a tüdő).
4. A második carcinoma in situ diagnózis alapján teljesített kifizetéssel a biztosító további kockázatviselése a III. pont szerinti biztosítási eseményre megszűnik.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect változó díjú Critical Care Plus biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-C48, MET-C49)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) változó díjú Critical Care Plus biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész, és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, akinek az életkora a biztosítási szerződés megkötésekor, a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint, legalább 16 év, illetve aki a 69. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 70. életévet.

II. Várakozási idő

A biztosító a nem baleseti eredetű biztosítási esemény kockázatát csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 90 nap elteltével vállalja.

III. A biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a biztosítottnál felállított orvosi diagnózis, amely olyan helyi, a környezetét nem elárasztó, úgynevezett lokális daganatos megbetegedést (carcinoma in situ) igazol, amelyet a biztosított a biztosítási szerződés hatálybalépését követően szenved el.
2. A carcinoma in situ diagnózisát szövettani vizsgálattal onkológus vagy kórboncnok állítja fel.
3. Biztosítási esemény időpontja a carcinoma in situ megbetegedés végleges, szövettani vizsgálattal igazolt diagnózisa.
4. A különös rendelkezések szempontjából carcinoma in situ elváltozásnak minősülnek a szövettanilag pre-malignus (daganatot megelőző állapot, vagyis olyan állapot, melyből rosszindulatú daganat alakul(hat) ki) vagy noninvazív, a szöveti határokat figyelembe vevő, a környezetét nem elárasztó daganatok, ideszámítva az in situ mell-daganatokat és a CIN-2, CIN-3 osztályú méhnyaki diszpláziákat.
5. A carcinoma in situ TNM osztályozás szerint TisNoMo (0. stádium) besorolású kell legyen. A biztosítási esemény igazolásához méhnyak esetében kúpkimetszés (conisatio) során eltávolított, prosztatata esetében biopsziával vett szövetminta szövettani vizsgálati eredménye szükséges.

IV. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási összeget fizeti ki, feltéve, hogy a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában a biztosított életben van.
2. A biztosító a biztosítási szerződés hatálya alatt legfeljebb két alkalommal fizeti ki a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeget az alábbiak szerint:
 - a) A különös rendelkezések szerinti carcinoma in situ első diagnózisának felállítását követően a biztosító kifizeti az első diagnózis időpontjában aktuális biztosítási összeget.

- b) Azon szerv tekintetében, amelyre vonatkozóan az első carcinoma in situ diagnózis megállapításra került, a biztosító további kockázatviselése megszűnik a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjára visszamenő hatállyal.
- c) Amennyiben a biztosítási szerződés hatálya alatt a biztosított másik szervét érintően második carcinoma in situ diagnózis kerül felállítására, és a két carcinoma in situ diagnózis között legalább 12 hónap eltelt, úgy a biztosító kifizeti a második diagnózis időpontjában érvényes biztosítási összeget is.
- d) Amennyiben az érintett szerv páros (bal és jobb oldali taggal rendelkezik), úgy a két tag a különös rendelkezések alapján egy szervnek tekintendő (például, de nem kizárólagosan, a mell vagy a tüdő).

V. A biztosítási díj

A biztosítási díj változó mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján biztosítási évenként emelkedik.

VI. Értékkövetés

1. A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
2. Az értékkövetés nem-arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével nem azonos mértékben növekszik.
3. A díj az értékkövetés mértékével megnövelt biztosítási összeghez képest nagyobb arányban növekedhet, mivel az értékkövetéssel megnövelt díj a biztosított aktuális életkorának figyelembevételével történik.

VII. Kizárások

A MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezésein túl a biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek az alábbi eseményeket, illetve az alábbi eseményekkel okozati összefüggésben álló eseményeket:

- a) a biztosított mértéktelen alkoholfogyasztása, illetve alkoholbetegsége,
- b) maghasadás, illetve radioaktív vagy egyéb ionizáló sugárzás, kivéve, ha az ilyen sugárzást jogszabályban feljogosított egészségügyi intézmény vagy orvos utasítására gyógyászati céllal alkalmazzák,
- c) mérgező vagy maró anyagok akaratlagos bevétele, illetve gázok, gőzök vagy füst szándékos belélegzése, amennyiben a belélegzett anyagok koncentrációja a jogszabályban meghatározott egészségügyi határértéket meghaladja.

VIII. Megszűnés

A második biztosítási esemény bekövetkezésével a biztosítási szerződés megszűnik.

IX. Egyéb rendelkezések

1. A biztosítási szerződés megkötésének feltétele, hogy a szerződő rendelkezzen a biztosított javára a biztosítóval kötött MetProtect változó díjú Critical Care-9 biztosítási szerződéssel (MET-C52, MET-C53) vagy MetProtect változó díjú Critical Care-50 biztosítási szerződéssel (MET-C44, MET-C45), illetve, ha nem rendelkezik, úgy azt a biztosítási szerződés megkötésével egy időben a biztosítóval kösse meg.
2. A biztosítási szerződés tartamának lejáratát nem lehet későbbi időpont, mint a IX. 1. pontban meghatározott biztosítási szerződés lejáratát időpontja.
3. A biztosítási összeg kifizetésének feltétele, hogy a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában a biztosított javára a IX. 1. pontban meghatározott biztosítási szerződés hatályban legyen.
4. A biztosítási szerződés megszűnik abban az időpontban, amikor a IX. 1. pontban meghatározott biztosítási szerződés megszűnik, vagy a IX. 1. pontban meghatározott biztosítási szerződés keretében szolgáltatást teljesít a biztosító az annak Függelék szerinti I. kategóriára tekintettel.

MetProtect Critical Care Plus választható tartammal biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-C50, MET-C55)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) Critical Care Plus választható tartammal biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész, és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, akinek az életkora a biztosítási szerződés megkötésekor, a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint, legalább 16 év, illetve aki a 69. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 70. életévet.

II. Várakozási idő

A biztosító a nem baleseti eredetű biztosítási esemény kockázatát csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 90 nap elteltével vállalja.

III. A biztosítási szerződés tartama

1. A biztosítási szerződés egész években meghatározható tartamát a szerződő a szerződéskötéskor választja meg.
2. A biztosítási szerződés legrövidebb tartama 1 év, leghosszabb tartama 54 év azzal, hogy a biztosítási szerződés tartama legfeljebb annak a biztosítási évnek a végéig tart, amelyben a biztosított a 69. életévét betölti.

IV. A biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a biztosítottnál felállított orvosi diagnózis, amely olyan helyi, a környezetét nem elárasztó, úgynevezett lokális daganatos megbetegedést (carcinoma in situ) igazol, amelyet a biztosított a biztosítási szerződés hatálybalépését követően szenved el.
2. A carcinoma in situ diagnózisát szövettani vizsgálattal onkológus vagy kórboncnok állítja fel.
3. Biztosítási esemény időpontja a carcinoma in situ megbetegedés végleges, szövettani vizsgálattal igazolt diagnózisa.
4. A különös rendelkezések szempontjából carcinoma in situ elváltozásnak minősülnek a szövettanilag pre-malignus (daganatot megelőző állapot, vagyis olyan állapot, melyből rosszindulatú daganat alakul(hat) ki) vagy noninvazív, a szöveti határokat figyelembe vevő, a környezetét nem elárasztó daganatok, ideszámítva az in situ mell-daganatokat és a CIN-2, CIN-3 osztályú méhnyaki diszpláziákat.
5. A carcinoma in situ TNM osztályozás szerint TisNoMo (0. stádium) besorolású kell legyen. A biztosítási esemény igazolásához méhnyak esetében kúpkimetszés (conisatio) során eltávolított, prosztatata esetében biopsziával vett szövetminta szövettani vizsgálati eredménye szükséges.

V. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási összeget fizeti ki, feltéve, hogy a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában a biztosított életben van.

2. A biztosító a biztosítási szerződés hatálya alatt legfeljebb két alkalommal fizeti ki a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeget az alábbiak szerint:
 - a) A különös rendelkezések szerinti carcinoma in situ első diagnózisának felállítását követően a biztosító kifizeti az első diagnózis időpontjában aktuális biztosítási összeget.
 - b) Azon szerv tekintetében, amelyre vonatkozóan az első carcinoma in situ diagnózis megállapításra került, a biztosító további kockázatviselése megszűnik a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjára visszamenő hatállyal.
 - c) Amennyiben a biztosítási szerződés hatálya alatt a biztosított másik szervét érintően második carcinoma in situ diagnózis kerül felállítására, és a két carcinoma in situ diagnózis között legalább 12 hónap eltelt, úgy a biztosító kifizeti a második diagnózis időpontjában érvényes biztosítási összeget is.
 - d) Amennyiben az érintett szerv páros (bal és jobb oldali taggal rendelkezik), úgy a két tag a különös rendelkezések alapján egy szervnek tekintendő (például, de nem kizárólagosan, a mell vagy a tüdő).

VI. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

VII. Értékkövetés

1. A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
2. Az értékkövetés nem-arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével nem azonos mértékben növekszik.
3. Amennyiben az értékkövetés mértékével megnövelt díj nem elegendő a biztosítási összeg azonos mértékű emeléséhez, úgy a biztosítási összeg a díjnövelés által ténylegesen fedezett mértékig kerül megnövelésre.

VIII. Kizárások

A MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezésein túl a biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek az alábbi eseményeket, illetve az alábbi eseményekkel okozati összefüggésben álló eseményeket:

- a) a biztosított mértéktelen alkoholfogyasztása, illetve alkoholbetegsége,
- b) maghasadás, illetve radioaktív vagy egyéb ionizáló sugárzás, kivéve, ha az ilyen sugárzást jogszabályban feljogosított egészségügyi intézmény vagy orvos utasítására gyógyászati céllal alkalmazzák,
- c) mérgező vagy maró anyagok akaratlagos bevétele, illetve gázok, gőzök vagy füst szándékos belélegzése, amennyiben a belélegzett anyagok koncentrációja a jogszabályban meghatározott egészségügyi határértéket meghaladja.

IX. Megszűnés

A második biztosítási esemény bekövetkezésével a biztosítási szerződés megszűnik.

X. Egyéb rendelkezések

1. A biztosítási szerződés megkötésének feltétele, hogy a szerződő rendelkezzen a biztosított javára a biztosítóval kötött MetProtect Critical Care-9 választható tartammal biztosítási szerződéssel (MET-C59, MET-C60) vagy MetProtect Critical Care-50 választható tartammal biztosítási szerződéssel (MET-C46, MET-C47), illetve, ha nem rendelkezik, úgy azt a biztosítási szerződés megkötésével egy időben a biztosítóval kösse meg.

-
2. A biztosítási szerződés választott tartamának lejáratára nem lehet későbbi időpont, mint a X. 1. pontban meghatározott biztosítási szerződés lejáratának időpontja.
 3. A biztosítási összeg kifizetésének feltétele, hogy a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában a biztosított javára a X. 1. pontban meghatározott biztosítási szerződés hatályban legyen.
 4. A biztosítási szerződés megszűnik abban az időpontban, amikor a X. 1. pontban meghatározott biztosítási szerződés megszűnik, vagy a X. 1. pontban meghatározott biztosítási szerződés keretében szolgáltatást teljesít a biztosító az annak Függeléke szerinti I. kategóriára tekintettel.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect Critical Care Diabetes Plus biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-DI2, MET-DI4)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) Critical Care Diabetes Plus biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész, és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, akinek az életkora a biztosítási szerződés megkötésekor, a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint, legalább 16 év, illetve aki a 69. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 70. életévet.

II. Várakozási idő

A biztosító a biztosítási esemény kockázatát csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 180 nap elteltével vállalja.

III. A biztosítási esemény

1. A biztosítási esemény a biztosított cukorbetegségével kapcsolatban kialakuló súlyos szövődmény, feltéve, hogy a cukorbetegség, illetve annak súlyos szövődménye a biztosítási szerződés hatálybalépését követően alakult ki, és feltéve, hogy a cukorbetegség, illetve a cukorbetegség súlyos szövődménye diagnosztizálásának időpontjában a biztosítási szerződés hatályban van. A cukorbetegség súlyos szövődményeit a III. 4-6. pont tartalmazza.
2. A különös rendelkezések alapján cukorbetegség a szénhidrát-anyagcsere zavara, amelyet az inzulin elégtelen termelése vagy a szövetek csökkent inzulin-érzékenysége idéz elő.
3. A különös rendelkezések alapján a diagnosztizálás időpontja az az időpont, amikor a cukorbetegséget, illetve annak súlyos szövődményét szakorvos megállapítja.
4. A különös rendelkezések alapján a cukorbetegség súlyos szövődményeként kialakuló vesemegbetegedés diagnosztizálása a vesék gyulladást nem okozó betegségét jelenti, ideértve a vesék kis véreinek és a vesezsáknak a cukorbetegség miatti károsodását, amely a biztosítottnak a következők közül legalább egy súlyos komplikációt okoz:
 - a) a vesék ereinek visszafordíthatatlan károsodása,
 - b) olyan teljes és végleges veseelégtelenség, amely rendszeres hemodialízist/peritoneális dialízist vagy vese transzplantációt igényel.
5. A különös rendelkezések alapján a cukorbetegség súlyos szövődményeként kialakuló szemfenéki elváltozás diagnosztizálása a retina cukorbetegség által okozott gyulladást nem okozó betegségét jelenti, amely a biztosítottnak a következők közül legalább egy súlyos komplikációt okoz:
 - a) sejtburjánzásra (proliferatív) képes, cukorbetegség okozta szemfenéki elváltozás,
 - b) vakság.

6. A különös rendelkezések alapján a cukorbetegség súlyos szövődményeként kialakuló állapot az az állapot, amely az alsó végtag(ok) részleges vagy teljes eltávolítását teszi szükségessé. Kizárólag a lábujj(ak) eltávolítása nem biztosítási esemény.
7. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a cukorbetegség súlyos szövődménye diagnosztizálásának időpontja.

IV. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási összeget fizeti ki, feltéve, hogy a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában a biztosított életben van.
2. Bokaízület alatti amputáció esetén a biztosító a biztosítási összeg 25%-os mértékét fizeti ki. Ez esetben a biztosítás nem szűnik meg, és amennyiben újabb biztosítási esemény következik be, úgy a biztosító a biztosítási összeg további 75%-át fizeti ki.
3. Amennyiben a III. 4-6. pontokban meghatározott cukorbetegség súlyos szövődményei ugyanazon időpontban következnek be, úgy a biztosító azon biztosítási esemény alapján teljesít szolgáltatást, amelynek esetében a biztosítási összeg magasabb.

V. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

VI. Értékkövetés

1. A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
2. Az értékkövetés nem-arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével nem azonos mértékben növekszik.
3. Amennyiben az értékkövetés mértékével megnövelt díj nem elegendő a biztosítási összeg azonos mértékű emeléséhez, úgy a biztosítási összeg a díjnövelés által ténylegesen fedezett mértékig kerül megnövelésre.

VII. Kizárások

A MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezésein túl a biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek az alábbi eseményeket, illetve az alábbi eseményekkel okozati összefüggésben álló eseményeket:

- a) a biztosított mértéktelen alkoholfogyasztása, illetve alkoholbetegsége,
- b) a biztosítottnak a biztosítási szerződés hatálybalépését megelőzően diagnosztizált cukorbetegsége.

Ez utóbbi esetben, ha igazolást nyer, hogy a szerződés hatálybalépése előtt a biztosítottnál már diagnosztizáltak cukorbetegséget és erről a biztosított nem nyilatkozott, úgy e tény ismertté válsakor a biztosító kockázatviselése megszűnik.

VIII. Megszűnés

A teljes biztosítási összeg kifizetésével a biztosítási szerződés megszűnik.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect Critical Care Mother Plus biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-BC1, MET-BC2)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) Critical Care Mother Plus biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződések Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész, és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződések Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, akinek az életkora a biztosítási szerződés megkötésekor, a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint, legalább 16 év, illetve aki a 49. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 50. életévet.

II. Várakozási idő

A biztosító az asszisztált reprodukciós eljárás esetén a biztosítási esemény kockázatát csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 180 nap elteltével vállalja.

III. A biztosítási esemény

1. Biztosítási eseménynek minősülnek a különös rendelkezések függelékének (a továbbiakban: Függelék) I-VI. pontjában meghatározott események, feltéve, hogy a terhesség a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 180 nap elteltével következik be.
2. A biztosítási események bekövetkezésének időpontját a Függelék tartalmazza.

IV. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási összegnek a Függelékben meghatározott mértékét fizeti ki.
2. A biztosító szolgáltatásának részletes szabályait a Függelék tartalmazza.
3. A Függelék II. és VI. pontjaiban meghatározott biztosítási események egyidejű bekövetkezése esetén a biztosító a Függelék II. pontjában meghatározott biztosítási esemény alapján fizeti ki a biztosítási összeget.

V. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

VI. Értékkövetés

A biztosítási szerződés nem rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.

VII. Kizárások

A MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződések Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezésein túl a biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek az alábbi eseményeket, illetve az alábbi eseményekkel okozati összefüggésben álló eseményeket:

- a) a biztosított mértéktelen alkoholfogyasztása, illetve alkoholbetegsége,

-
- b) a biztosított dohányzása,
 - c) a biztosított gyermekének várható születési rendellenessége a terhesség során felismerésre került és javaslatot tettek a terhesség művi megszakítására, de a biztosított azt elutasította,
 - d) a biztosított élve született gyermekénél diagnosztizált veleszületett rendellenesség, valamint a gyermek (24. hetesnél idősebb magzat vagy 0-6 napos újszülött) halála, ha az orvosilag igazoltan az alábbiak következménye:
 - da) a gyermek nem kórházban születik meg (otthonszülés) és a születési rendellenesség igazoltan ennek a következménye,
 - db) a gyermek vérfertőző kapcsolatból születik,
 - dc) a biztosított a terhességgel kapcsolatban előírt orvosi vizsgálatoknak, kezelésnek nem vetette alá magát, vagy nem követte az orvosi utasításokat,
 - de) a biztosított bármely, a születendő gyermek életét, egészségét veszélyeztető sérülés, vagy káros hatás bekövetkezését követően nem fordul orvoshoz,
 - df) a biztosított öngyilkossága vagy öngyilkossági kísérlete,
 - dg) a biztosított hivatásos, vagy amatőr sportolóként gyakorolt sporttevékenység (mérkőzés, verseny, edzés) során elszenvedett balesete,
 - e) az asszisztált reprodukciós eljárás abban az esetben, ha:
 - ea) a biztosítási szerződés létrejötte előtt a biztosítottak már volt nem-orvosi okból elvégzett terhességmegszakítása, vagy a biztosítottat meddőséggel diagnosztizálták,
 - eb) a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 180 napon belül a biztosított nem-orvosi okból elvégzett terhességmegszakításon esik át, vagy a biztosítottnál meddőséget diagnosztizáltak,
 - ec) a biztosított a biztosítási esemény bekövetkezésekor a 50. életévét betöltötte.

VIII. Megszűnés

A Függelék IV. és V. pontjaiban meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén a biztosítási szerződés nem szűnik meg. A IV. pontban meghatározott biztosítási eseményen e rendelkezéssel összefüggésben az első magán egészségügyi ellátás keretében végzett asszisztált reprodukciós eljárás értendő.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

Függelék

A Critical Care Mother Plus biztosítási szerződés alapján biztosítási eseménynek minősülő események, azok bekövetkezésének időpontja és a biztosítási összeg mértéke

I. Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnál diagnosztizált terhességi, szülési és szülés utáni komplikáció az alábbiak szerint.

1) Placenta eredetű rosszindulatú daganat (Choriocarcinoma) diagnosztizálása

Placenta eredetű rosszindulatú daganat a trophoblast sejtekből (a humán embrió egy meghatározott sejtcsoportja) eredeztethető rosszindulatú daganat, mely a méh üregéből indul ki a terhesség alatt. A diagnózist szakorvosnak kell megállapítani szövettani vizsgálat és egyéb vizsgálati eredmények birtokában.

A biztosítási esemény időpontja a diagnózis megállapításának időpontja.

2) Méhen kívüli terhesség sebészeti úton történő befejezése

Méhen kívüli terhesség sebészeti úton történő befejezésének minősül, ha a blastocysta állapotban (igen korai embrionális szakaszban) lévő embrió a méh üregén kívüli ágyazódik be, melynek következményeként a terhesség csak sebészeti beavatkozás révén fejezhető be. A diagnózist szakorvosnak kell megállapítani szövettani vizsgálat és egyéb vizsgálati eredmények birtokában.

A biztosítási esemény időpontja a sebészeti beavatkozás időpontja.

3) A méh szülés körüli időszakban való eltávolítása (Peripartum hysterectomy)

A méh szülés körüli időszakban való eltávolításának minősül a méh szükségszerű eltávolítása terhesség vagy a szülés alatt, illetve szövődényes szülést követően életmentő beavatkozás keretei között (pl. placenta increta). A diagnózist szakorvosnak kell megállapítani szövettani vizsgálat és egyéb vizsgálati eredmények birtokában.

A biztosítási esemény időpontja a sebészeti beavatkozás időpontja.

4) Terhességi toxémia (Preeclampsia) diagnosztizálása

Terhességi toxémia a terhesség során felállított súlyos fokú preeclampsia diagnózisa, mely a fokozott anyai és magzati kockázat miatt bennfekvő kórházi ellátást igényel.

A biztosítási esemény bekövetkezéséhez az alábbiak közül legalább 3 diagnosztikus feltételnek kell teljesülnie: 160 mm Hg-t meghaladó szisztolés vérnyomás; 100 mm Hg-t meghaladó diasztolés vérnyomás; proteinuria (>5g fehérje/24h); szérum kreatinin szint emelkedése; ödéma; HELLP szindróma (emelkedett májenzim szintek, thrombocytopenia és hemolysis). A diagnózist szakorvosnak kell megállapítani.

A biztosítási esemény időpontja a diagnózis megállapításának időpontja.

5) Magzatvíz embolizáció diagnosztizálása

Magzatvíz embolizációnak minősül a magzatvíz anyai keringésbe való bejutása. A diagnózist szakorvosnak kell felállítania, és annak klinikai tünetek megjelenésén kell alapulnia az egyéb kórállapotok (szövődmények, betegségek) kizárásával.

A biztosítási esemény időpontja a diagnózis megállapításának időpontja.

6) Terhességi eklampszia (Eclampsia gravidarium) diagnosztizálása

Terhességi eklampsziának minősül a tónusos-klónusos görcsökkel (periodikus izomkontrakciók az alsó és felső végtagokon) és eszméletvesztéssel jellemezhető kóros, életet veszélyeztető terhességi állapot. A diagnózist szakorvosnak kell megállapítania.

Nem minősül biztosítási eseménynek, ha a kórállapot szülés után több mint 24 órával jelentkezik.

A biztosítási esemény időpontja a diagnózis megállapításának időpontja.

7) Méhrepedés (Uterus ruptura) diagnosztizálása

Méhrepedésnek minősül a méhtest falának folytonosság-megszakadása a szülés következtében. A diagnózist szakorvosnak kell megállapítania.

Nem minősül biztosítási eseménynek a méhrepedés akkor, ha a méhen korábban császármetszést vagy egyéb sebészeti beavatkozást hajtottak végre.

A biztosítási esemény időpontja a diagnózis megállapításának időpontja.

8) Disszeminált intravascularis koaguláció (DIC) diagnosztizálása

Disszeminált intravascularis koaguláció (DIC) a véralvadási rendszer komplex működészavara, ami testszerte microthrombus képződéssel jár és a véralvadási faktorok szintjének, a keringő thrombocyták számának jelentős fokú csökkenését eredményezi, és mindezek következményeként olyan súlyos vérzéses szövődmények lépnek fel, hogy az állapot azonnali orvosi közbelépést igényel.

A diagnózis szakorvosnak kell megállapítania, továbbá nőgyógyász szakorvosnak kell igazolnia, hogy a kórállapot a terhesség és/vagy a szülés következménye.

Nem minősülnek biztosítási eseménynek az egyéb okú vérzések és/vagy azok az esetek, melyeknél a biztosított örökletes véralvadási zavarban szenved.

A biztosítási esemény időpontja a diagnózis megállapításának időpontja.

- 9) A biztosítási összeg kifizetésének feltétele, hogy a biztosított a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában életben van.
- 10) Az I. 1-8. pontokban meghatározott biztosítási események bármelyikének bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki. Amennyiben egy időben több biztosítási esemény következik be, úgy a biztosító kizárólag az egyik biztosítási esemény alapján nyújt szolgáltatást.
- 11) Az I. 1-8. pontokban meghatározott biztosítási események bármelyikének bekövetkezése esetén a biztosítási szerződés megszűnik.

II. Biztosítási eseménynek minősül a biztosított halála szülés közben vagy a szülést követően abban az esetben, ha a haláleset közvetlen összefüggésbe hozható a szüléssel vagy a szülés után közvetlenül bekövetkező szövődményekkel, feltéve, ha a szülésre és a halálesetre a kórházban, a kórházi elbocsátást megelőzően kerül sor, vagy ha a haláleset úgynevezett „rohamos szülés” következménye.

Rohamos szülésnek minősül, ha az először szülők esetében a szülés egy órán belül, míg többször szülők esetében két órán belül lezajlik.

A biztosítási esemény időpontja a haláleset időpontja.

A II. pontban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási összeg 400%-át fizeti ki.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződés megszűnik.

III. Biztosítási eseménynek minősül a biztosított újszülött gyermekénél diagnosztizált veleszületett rendellenesség az alábbiak szerint.

1) Down szindróma (21-es kromoszóma triszómiája)

A gyermek meghatározott kromoszóma rendellenességgel, a 21-es kromoszóma triszómiájával születik. A biztosítási esemény igazolásához szükséges, hogy a gyermekben a betegség klinikai tünetei is megjelenjenek: epichantus redő (a belső szemzugot fedő bőrredő), az izomzat hypotóniája, négyujjas redő

a tényéren, macroglossia (magnagyobbodott nyelv), enyhe vagy közép súlyos fokú mentális retardáció, meglassult pszichomotoros fejlődés. A diagnózist szakorvosnak kell felállítania legkésőbb a gyermek első életévében.

A biztosítási esemény időpontja a diagnózis megállapításának időpontja.

A III. 1. pontban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződés megszűnik.

2) Nyitott gerinc (Spina bifida)

A gyermek olyan, a gerinc területére lokalizálható fejlődési rendellenességgel születik, melynek esetében a csigolyaívek nem záródnak teljesen a gerinccsatorna körül és a gerincvelő és/vagy a gerincvelő burok (agyhártya) sérvszerű kiboltosulása észlelhető. A diagnózist szakorvosnak kell megállapítania.

Nem minősülnek biztosítási eseménynek azon állapotok, mikor a gerincvelő és az azt borító burok (agyhártya) pozíciója normális és a nyitott gerincszakaszt bőrreteg borítja (spina bifida occulta).

A biztosítási esemény időpontja a diagnózis megállapításának időpontja.

A III. 2. pontban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító:

- a) Agyhártyasér (meningokele) esetén a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki,
- b) Együttes agyhártya-, és gerincvelősér (meningomyelokele) esetén a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződés megszűnik.

3) Nyelőcső fejlődési rendellenességek

A gyermek nyelőcső fejlődési rendellenességgel születik (oesophagus atresia (veleszületett nyelőcső elzáródás) és/vagy tracheoesophagealis fistula (nyelőcső és légcső közötti járat veleszületett jelenléte). Ezen rendellenesség akkor kerül diagnosztizálásra, ha az újszülött gyermek esetében a nyelőcsőnek nincs közvetlen összeköttetése a gyomorral és vakon végződik és/vagy a nyelőcső és a légcső között összeköttetés van, melynek révén a lenyelt táplálék a légutakba jut a légcsövön keresztül. A diagnózist szakorvosnak kell megállapítania.

A biztosítási esemény időpontja a diagnózis megállapításának időpontja.

A III. 3. pontban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződés megszűnik.

4) Szívfejlődési rendellenesség (Fallot tertalógia)

A gyermek szívfejlődési rendellenességgel születik, ha olyan specifikus, szívfejlődési rendellenességgel rendelkezik, mely a következő 4 eltéréssel jellemezhető: a) kamrai septumdefectus (a kamrai sövény folytonossághiánya), b) infundibularis vagy valvularis pulmonalis stenosis (a fő tüdőverőér törzsének szűkülete), c) az aorta dextropozíciója (jobbra helyezett aorta), d) jobb kamrai tágulat. Biztosítási esemény az is, ha a Fallot tetralogián felül egyéb szívfejlődési rendellenességek is fennállnak (pl. Fallot pentalogia stb.). A diagnózist szakorvosnak kell megállapítania, a diagnózis megállapításához echocardiographiás vagy szívkatéteres vizsgálat szükséges.

A biztosítási esemény időpontja a diagnózis megállapításának időpontja.

A III. 4. pontban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződés megszűnik.

5) Hypoplasiás bal szívfél szindróma (szívfejlődési rendellenesség)

A gyermek olyan specifikus, szívfejlődési rendellenességgel születik, melynek esetében a bal kamra nem képes a test megfelelő oxigenizációját biztosítani. A diagnózist szakorvosnak kell felállítania szakintézményben és a diagnózis megállapításához kardiológiai vizsgálat szükséges.

A biztosítási esemény időpontja a fentiek szerinti diagnózis echocardiographiás vizsgálattal történő megállapításának időpontja.

A III. 5. pontban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződés megszűnik.

6) Az aorta valamely szakaszának veleszületett szűkülete (Coarctatio aortae)

A gyermek olyan fejlődési rendellenességgel születik, melynek esetében az aortaív jelentős fokú (szignifikáns mértékű) szűkülete észlelhető. A diagnózist kardiológusnak kell megállapítania megfelelő képalkotó vizsgálati eszközzel (pl. echocardiographia).

A biztosítási esemény időpontja a diagnózis echocardiographiás vizsgálattal történő megállapításának időpontja.

A III. 6. pontban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződés megszűnik.

7) Osteogenesis imperfecta

A gyermek örökletes kötőszöveti megbetegedéssel rendelkezik, mely alapvetően a csontok, elsősorban a hosszú csöves csontok fokozott törékenységevel jellemezhető. A diagnózist szakorvosnak kell felállítania a gyermek első életében.

A biztosítási esemény időpontja a diagnózis megállapításának időpontja.

A III. 7. pontban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződés megszűnik.

8) Ajakhasadék (nyúlajak), szájpadhasadék (farkastorok) /izolált ajak-, vagy szájpadhasadék, vagy komplett archasadék

A gyermek az ajkak és/vagy a szájpad területét érintő fejlődési rendellenességgel születik. Nem biztosítási esemény az a kis kiterjedésű elváltozás, amely nem okoz táplálási nehezítettséget és nem igényel sebészi korrekciót.

A diagnózist szakorvosnak kell megállapítania.

A biztosítási esemény időpontja a betegség miatt szükségessé váló műtéti beavatkozás időpontja.

A III. 8. pontban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén

- ha csak a felső ajak érintett (inkomplett ajakhasadék), a biztosító a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki,
- ha az ajakhasadék az orrüregig húzódik (komplett ajakhasadék), a biztosító a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki,
- ha a defektus csak a primer szájpadnyúlvány fejlődési területét érinti (inkomplett szájpadhasadék), a biztosító a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki,
- ha a defektus a primer és secunder szájpadnyúlvány fejlődési területét egyaránt érinti (komplett szájpadhasadék), a biztosító a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki,

- e) kombinált ajak-, és szápadhasadék esetén a biztosító a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződés megszűnik.

9) Dongaláb (Pes equinovarus)

A gyermek az alsó végtagot érintő veleszületett fejlődési rendellenességgel születik, mely az egyik vagy mindkét lábfej befelé (ellenoldali láb irányába) fordulásával jellemezhető és az ízületek kóros pozícióban való rögzülésével jár.

Nem biztosítási esemény a lábfejek kevésbé súlyos elváltozása (pl. metatarsus adductus) és minden olyan eltérés, melyeknek spontán javulása várható vagy egyszerű gyakorlatokkal korrigálható.

A diagnózist ortopéd szakorvosnak kell megállapítania.

A biztosítási esemény időpontja a műtéti ellátás időpontja, illetve a diagnózis megállapításának időpontja.

A III. 9. pontban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén:

- a) ha az elváltozás korrekciójához sebészeti beavatkozás szükséges, a biztosító a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki,
- b) ha sebészeti beavatkozásra nincs szükség (konzervatív terápia, melyet ortopéd szakorvosnak kell dokumentálnia), a biztosító a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződés megszűnik.

10) Rectoanal atresia (a végbél és/vagy a végbélnyílás veleszületett elzáródása)

A gyermek olyan fejlődési rendellenességgel születik, amikor az anorectalis nyílás (végbélnyílás) veleszületett elzáródása vagy abnormális mértékű szűkülete diagnosztizálható, mely sebészi korrekciót igényel (anus és rectum plastica vagy colostoma képzés).

A diagnózist szakorvosnak kell megállapítania.

A biztosítási esemény időpontja a diagnózis megállapításának időpontja.

A III. 10. pontban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződés megszűnik.

- 11) A biztosítási összeg kifizetésének feltétele, hogy a biztosított veleszületett rendellenességgel diagnosztizált gyermeke a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában életben van.
- 12) Amennyiben a III. 1-10. pontokban meghatározott biztosítási esemény alapján a biztosító a biztosítási összeg 100%-át fizette ki, és a biztosítási eseménynek minősülő veleszületett rendellenesség igazoltan súlyosbodik, melynek alapján a biztosító a fentiek szerint a biztosítási összeg 200%-át köteles kifizetni, úgy a biztosító a biztosítási összeg különbözetét kifizeti, amennyiben a súlyosbodás igazolására a gyermek egy éves koráig sor kerül.

IV. Biztosítási eseménynek minősül a biztosított által vállalt asszisztált reprodukciós eljárás az alábbiak szerint.

- 1) Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnál egészségügyi ellátás keretében végzett, legfeljebb két asszisztált reprodukciós eljárás, feltéve, hogy azokra a kockázatviselés kezdetét követő 3 sikertelen próbálkozás után került sor, a finanszírozás módjától függetlenül és azok nem végződnek gyermek megszületésével, feltéve továbbá, hogy a legelső asszisztált reprodukciós eljárásra a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 180 nap elteltével kerül sor.
- 2) A IV./1. pontban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási összeg 10%-át fizeti ki.

3) A második biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződés megszűnik.

V. Biztosítási eseménynek minősül a biztosított gyermekének élve születése.

Az V. pontban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén:

- a) egy gyermek élve születése esetén a biztosító a biztosítási összeget fizeti ki, amely az éves biztosítási díj 30%-a,
- b) két ikergyermek élve születése esetén a biztosító a biztosítási összeg 10%-át fizeti ki,
- c) három, vagy több ikergyermek élve születése esetén a biztosító a biztosítási összeg 20%-át fizeti ki.

Nem biztosítási esemény, ha az ikrek vagy a többes ikrek asszisztált reprodukciós eljárást követő terhességből születnek meg.

A biztosítási esemény időpontja a szülés időpontja.

Az V. pontban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító legfeljebb a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződés nem szűnik meg.

VI. Biztosítási eseménynek minősül a biztosított gyermekének perinatális elhalálása a biztosítás tartama alatt.

Perinatális elhalálásnak minősül a késői magzati és a korai újszülöttkori elhalálás.

Késői magzati elhalálás: Ha a magzat az anya testétől történt elválasztás után az élet semmilyen jelét nem adta és a fogamzástól számított teljes 24 hétnél hosszabb ideig volt az anya testében, vagy a magzat kora nem állapítható meg, de a magzat testhossza a 30 cm-t, vagy a magzat testtömege az 500 grammot eléri, illetve ikerszülés esetén a magzat korától függetlenül, ha legalább az egyik magzat élve született.

Korai újszülöttkori halálzás: 0–6 napos korban történt csecsemőhalálzás.

Iker- vagy többes terhességből eredően bekövetkező több perinatális halálzás esetén a biztosító egy alkalommal fizeti ki a biztosítási összeget.

Nem minősül biztosítási eseménynek a biztosított születendő gyermekének (magzat) a halála, ha az a terhesség orvosilag igazolt kezdetétől számított 24. hét betöltését megelőzően következik be (vetélés).

A biztosítási esemény időpontja a gyermek perinatális elhalálásának időpontja.

A VI. pontban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződés megszűnik.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect baleseti maradandó egészségkárosodás (1%-) esetére szóló biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-RC1, MET-RC9)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) baleseti maradandó egészségkárosodás (1% -) esetére szóló biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, aki a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint legalább 16 éves, és a 79. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 80. életévét.

II. A biztosítási esemény

1. A biztosítási esemény a biztosított, balesettel összefüggésben bekövetkező, teljes vagy részleges maradandó egészségkárosodása, feltéve, hogy a baleset a biztosítási szerződés hatálybelépését követően következett be. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.
2. Teljes maradandó egészségkárosodás a balesettel összefüggésben, a baleset időpontjától számított 180 napon belül bekövetkezett, orvos által igazoltan kialakultnak és stabilnak tekinthető egészségkárosodás, amennyiben annak mértéke eléri a 100%-ot, továbbá 12 egymást követő hónapban folyamatosan fennáll és ezen időszak végén is maradandónak, véglegesnek és visszafordíthatatlannak minősül.
3. Teljes maradandó egészségkárosodásnak minősülnek a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész, Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás című, 1. számú mellékletében (a továbbiakban 1. számú melléklet) meghatározott egyes egészségkárosodások abban az esetben is, ha azok nem álltak fenn 12 egymást követő hónapban folyamatosan.
4. Részleges maradandó egészségkárosodás a balesettel összefüggésben, a baleset időpontjától számított 180 napon belül bekövetkezett, orvos által igazoltan kialakultnak és stabilnak tekinthető egészségkárosodás, amennyiben annak mértéke eléri az 1%-ot, és nem éri el a 100%-ot. A részleges maradandó egészségkárosodás eseteit az 1. számú melléklet tartalmazza.
5. Amennyiben a biztosított olyan teljes vagy részleges maradandó egészségkárosodást szenved, amelyet az 1. számú melléklet nem tartalmaz, úgy jellege alapján az egészségkárosodás az 1. számú mellékletben meghatározott egészségkárosodásokkal kerül összehasonlításra és annak alapján elbírálásra.

III. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a biztosított, a baleset bekövetkezésének időpontja szerinti, életkora alapján az alábbi táblázatban meghatározott mértékét veszi figyelembe a biztosítási összeg meghatározásakor (korfüggő biztosítási összeg).

A biztosított életkora a baleset bekövetkezésének időpontjában	A korfüggő biztosítási összeg mértéke a biztosítási összeg százalékában
16-64 év	100%
65-69 év	70%
70-74 év	60%
75-80 év	50%

2. Teljes maradandó egészségkárosodás esetén a biztosító a korfüggő biztosítási összegnek az 1. számú melléklet I. pontjában meghatározott mértékét fizeti ki (térítés összege).
3. A biztosító a biztosítási összegből levonja azt az összeget, amelyet az ugyanazon balesetből származó ugyanazon egészségkárosodásra részleges maradandó egészségkárosodás esetén már kifizetett.
4. Részleges maradandó egészségkárosodás esetén a biztosító a korfüggő biztosítási összegnek a III. 5. pontban meghatározott mértékét fizeti ki (térítés összege).
5. A korfüggő biztosítási összeg mértékének alapjául szolgáló mértéket az 1. számú melléklet II. pontja tartalmazza (korfüggő biztosítási összeg mértékének alapjául szolgáló mérték). A részleges maradandó egészségkárosodás százalékos mértékét, a biztosító döntése alapján, a biztosító orvosszakértője állapítja meg. A térítés összege a korfüggő biztosítási összeg mértékének alapjául szolgáló mértéknek az orvosszakértő által megállapított százalékos mértéke.
6. Az ugyanazon balesetből származó több egészségkárosodásra meghatározott térítési összegek összeadásra kerülnek azzal, hogy a térítés teljes összege nem haladhatja meg a korfüggő biztosítási összeget.
7. A biztosító az egészségkárosodás jellegének, maradandóságának és mértékének egyértelmű orvosi megállapítását megelőzően szolgáltatást nem teljesít. Az egészségkárosodás mértékét és maradandóságát a baleset bekövetkezését követő 2 éven belül meg kell állapítani.
8. Amennyiben a biztosított egészségi állapota tovább romlik azon biztosítási esemény következményeként, amelynek alapján a biztosító már részbeni kifizetést teljesített, a biztosított - a baleset bekövetkezésétől számított 2 éven belül - további igényt érvényesíthet a biztosítóval szemben. Az igényt írásban, az egészségi állapotot igazoló egészségügyi dokumentációval együtt kell benyújtani a biztosítóhoz. A biztosító az egészségkárosodás mértékét felülvizsgálja, és annak eredményeként a baleset időpontjában aktuális korfüggő biztosítási összeg erejéig további szolgáltatást teljesíthet. A baleset bekövetkezésétől számított 2 éven túl további igény nem érvényesíthető.
9. Az egyösszegű kifizetés helyett a kedvezményezett a biztosító által a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában kínált feltételek szerinti járadék kifizetését is választhatja.
10. A biztosító az igényelbírálás tartama alatt jogosult a saját költségén a biztosítottat az általa megnevezett orvosokkal megvizsgáltatni olyan gyakran, ahogyan az orvosszakmai szempontból indokolt.

IV. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

V. Értékkövetés

1. A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
2. Az értékkövetés arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével azonos mértékben nő.

VI. Kizárások

A MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezők II. Rész rendelkezésein túl a biztosító – a maradandó egészségkárosodás mértékéig - kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek azt a maradandó egészségkárosodást, amely a biztosítási szerződés hatálybalépését megelőzően bekövetkezett balesettel összefüggésben következett be.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect baleseti maradandó egészségkárosodás (1%-) esetén 250%-ig terjedő progresszív térítést nyújtó biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-RC2, MET-RC0)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) baleseti maradandó egészségkárosodás (1% -) esetén 250%-ig terjedő progresszív térítést nyújtó biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, aki a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint legalább 16 éves, és a 79. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 80. életévet.

II. A biztosítási esemény

1. A biztosítási esemény a biztosított, balesettel összefüggésben bekövetkező, teljes vagy részleges maradandó egészségkárosodása, feltéve, hogy a baleset a biztosítási szerződés hatálybelépését követően következett be. A biztosítási esemény időpontja a baleset időpontja.
2. Teljes maradandó egészségkárosodás a balesettel összefüggésben, a baleset időpontjától számított 180 napon belül bekövetkezett, orvos által igazoltan kialakultnak és stabilnak tekinthető egészségkárosodás, amennyiben annak mértéke eléri a 100%-ot, továbbá 12 egymást követő hónapban folyamatosan fennáll és ezen időszak végén is maradandónak, véglegesnek és visszafordíthatatlannak minősül.
3. Teljes maradandó egészségkárosodásnak minősülnek a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás című 1. számú mellékletében (a továbbiakban 1. számú melléklet) meghatározott egyes egészségkárosodások abban az esetben is, ha azok nem álltak fenn 12 egymást követő hónapban folyamatosan.
4. Részleges maradandó egészségkárosodás a balesettel összefüggésben, a baleset időpontjától számított 180 napon belül bekövetkezett, orvos által igazoltan kialakultnak és stabilnak tekinthető egészségkárosodás, amennyiben annak mértéke eléri az 1%-ot, és nem éri el a 100%-ot. A részleges maradandó egészségkárosodás eseteit az 1. számú melléklet tartalmazza.
5. Amennyiben a biztosított olyan teljes vagy részleges maradandó egészségkárosodást szenved, amelyet az 1. számú melléklet nem tartalmaz, úgy jellege alapján az egészségkárosodás az 1. számú mellékletben meghatározott egészségkárosodásokkal kerül összehasonlításra és annak alapján elbírálásra.

III. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a biztosított, a baleset bekövetkezésének időpontja szerinti, életkora alapján az alábbi táblázatban meghatározott mértékét veszi figyelembe a biztosítási összeg meghatározásakor (korfüggő biztosítási összeg).

A biztosított életkora a baleset bekövetkezésének időpontjában	A korfüggő biztosítási összeg mértéke a biztosítási összeg százalékában
16-64 év	100%
65-69 év	70%
70-74 év	60%
75-80 év	50%

2. Teljes maradandó egészségkárosodás esetén a biztosító a korfüggő biztosítási összegnek az 1. számú melléklet I. pontjában meghatározott mértékét a III. 6. pontban meghatározott progressziós mértékkel megnövelten fizeti ki (progressziós térítés összege).
3. A biztosító a biztosítási összegből levonja azt az összeget, amelyet az ugyanazon balesetből származó ugyanazon egészségkárosodásra részleges maradandó egészségkárosodás esetén már kifizetett.
4. Részleges maradandó egészségkárosodás esetén a biztosító a korfüggő biztosítási összegnek a III. 5. pontban meghatározott mértékét fizeti ki (progressziós térítés összege).
5. A korfüggő biztosítási összeg mértékének alapjául szolgáló mértéket az 1. számú melléklet II. pontja tartalmazza (korfüggő biztosítási összeg mértékének alapjául szolgáló mérték). A részleges maradandó egészségkárosodás százalékos mértékét, a biztosító döntése alapján, a biztosító orvosszakértője állapítja meg. A térítés összege a korfüggő biztosítási összeg mértékének alapjául szolgáló mértéknek az orvosszakértő által megállapított százalékos mértéke, megnövelve a III. 6. pontban meghatározott progressziós mértékkel.
6. Az egészségkárosodás mértékét és az annak alapján megállapított progressziós mértéket az alábbi táblázat tartalmazza.

Az egészségkárosodásra meghatározott százalékos mérték	A progressziós térítés összege a térítési összeg százalékában
0-25%	100%
26-30%	110%
31-35%	120%
36-40%	130%
41-45%	140%
46-50%	150%
51-55%	160%
56-60%	170%
61-65%	180%
66-70%	190%
71-75%	200%
76-80%	210%
81-85%	220%
86-90%	230%
91-95%	240%
96-100%	250%

7. Az ugyanazon balesetből származó több egészségkárosodásra meghatározott térítési összegek összeadásra kerülnek azzal, hogy a térítés teljes összege nem haladhatja meg a korfüggő biztosítási összeg 250%-át.
8. A biztosító az egészségkárosodás jellegének, maradandóságának és mértékének egyértelmű orvosi megállapítását megelőzően szolgáltatást nem teljesít. Az egészségkárosodás mértékét és maradandóságát a baleset bekövetkezését követő 2 éven belül meg kell állapítani.

-
9. Amennyiben a biztosított egészségi állapota tovább romlik azon biztosítási esemény következményeként, amelynek alapján a biztosító már részbeni kifizetést teljesített, a biztosított - a baleset bekövetkezésétől számított 2 éven belül - további igényt érvényesíthet a biztosítóval szemben. Az igényt írásban, az egészségi állapotot igazoló egészségügyi dokumentációval együtt kell benyújtani a biztosítóhoz. A biztosító az egészségkárosodás mértékét felülvizsgálja, és annak eredményeként a baleset időpontjában aktuális korfüggő biztosítási összeg 250%-os mértékének erejéig további szolgáltatást teljesíthet. A baleset bekövetkezésétől számított 2 éven túl további igény nem érvényesíthető.
 10. Az egyösszegű kifizetés helyett a kedvezményezett a biztosító által a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában kínált feltételek szerinti járadék kifizetését is választhatja.
 11. A biztosító az igényelbírálás tartama alatt jogosult a saját költségén a biztosítottat az általa megnevezett orvosokkal megvizsgáltatni olyan gyakran, ahogyan az orvosszakmai szempontból indokolt.

IV. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

V. Értékkövetés

1. A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
2. Az értékkövetés arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével azonos mértékben nő.

VI. Kizárások

A MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezésein túl a biztosító – a maradandó egészségkárosodás mértékéig - kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek azt a maradandó egészségkárosodást, amely a biztosítási szerződés hatálybalépését megelőzően bekövetkezett balesettel összefüggésben következett be.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect baleseti maradandó egészségkárosodás (31%-) esetére szóló biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-RC7, MET-RD5)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) baleseti maradandó egészségkárosodás (31% -) esetére szóló biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, aki a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint legalább 16 éves, és a 79. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 80. életévét.

II. A biztosítási esemény

1. A biztosítási esemény a biztosított, balesettel összefüggésben bekövetkező, teljes vagy részleges maradandó egészségkárosodása, feltéve, hogy a baleset a biztosítási szerződés hatálybelépését követően következett be. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.
2. Teljes maradandó egészségkárosodás a balesettel összefüggésben, a baleset időpontjától számított 180 napon belül bekövetkezett, orvos által igazoltan kialakultnak és stabilnak tekinthető egészségkárosodás, amennyiben annak mértéke eléri a 100%-ot, továbbá 12 egymást követő hónapban folyamatosan fennáll és ezen időszak végén is maradandónak, véglegesnek és visszafordíthatatlannak minősül.
3. Teljes maradandó egészségkárosodásnak minősülnek a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész, Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás című, 1. számú mellékletében (a továbbiakban 1. számú melléklet) meghatározott egyes egészségkárosodások abban az esetben is, ha azok nem álltak fenn 12 egymást követő hónapban folyamatosan.
4. Részleges maradandó egészségkárosodás a balesettel összefüggésben, a baleset időpontjától számított 180 napon belül bekövetkezett, orvos által igazoltan kialakultnak és stabilnak tekinthető egészségkárosodás, amennyiben annak mértéke eléri a 31%-ot, és nem éri el a 100%-ot. A részleges maradandó egészségkárosodás eseteit az 1. számú melléklet tartalmazza.
5. Amennyiben a biztosított olyan teljes vagy részleges maradandó egészségkárosodást szenved, amelyet az 1. számú melléklet nem tartalmaz, úgy jellege alapján az egészségkárosodás az 1. számú mellékletben meghatározott egészségkárosodásokkal kerül összehasonlításra és annak alapján elbírálásra.

III. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a biztosított, a baleset bekövetkezésének időpontja szerinti, életkora alapján az alábbi táblázatban meghatározott mértékét veszi figyelembe a biztosítási összeg meghatározásakor (korfüggő biztosítási összeg).

A biztosított életkora a baleset bekövetkezésének időpontjában	A korfüggő biztosítási összeg mértéke a biztosítási összeg százalékában
16-64 év	100%
65-69 év	70%
70-74 év	60%
75-80 év	50%

2. Teljes maradandó egészségkárosodás esetén a biztosító a korfüggő biztosítási összegnek az 1. számú melléklet I. pontjában meghatározott mértékét fizeti ki (térítés összege).
3. A biztosító a biztosítási összegből levonja azt az összeget, amelyet az ugyanazon balesetből származó ugyanazon egészségkárosodásra részleges maradandó egészségkárosodás esetén már kifizetett.
4. Részleges maradandó egészségkárosodás esetén a biztosító a korfüggő biztosítási összegnek a III. 5. pontban meghatározott mértékét fizeti ki (térítés összege).
5. A korfüggő biztosítási összeg mértékének alapjául szolgáló mértéket az 1. számú melléklet II. pontja tartalmazza (korfüggő biztosítási összeg mértékének alapjául szolgáló mérték). A részleges maradandó egészségkárosodás százalékos mértékét, a biztosító döntése alapján, a biztosító orvosszakértője állapítja meg. A térítés összege a korfüggő biztosítási összeg mértékének alapjául szolgáló mértéknek az orvosszakértő által megállapított százalékos mértéke.
6. Az ugyanazon balesetből származó több egészségkárosodásra meghatározott térítési összegek összeadásra kerülnek azzal, hogy a térítés teljes összege nem haladhatja meg a korfüggő biztosítási összeget.
7. A biztosító az egészségkárosodás jellegének, maradandóságának és mértékének egyértelmű orvosi megállapítását megelőzően szolgáltatást nem teljesít. Az egészségkárosodás mértékét és maradandóságát a baleset bekövetkezését követő 2 éven belül meg kell állapítani.
8. Amennyiben a biztosított egészségi állapota tovább romlik azon biztosítási esemény következményeként, amelynek alapján a biztosító már részbeni kifizetést teljesített, a biztosított - a baleset bekövetkezésétől számított 2 éven belül - további igényt érvényesíthet a biztosítóval szemben. Az igényt írásban, az egészségi állapotot igazoló egészségügyi dokumentációval együtt kell benyújtani a biztosítóhoz. A biztosító az egészségkárosodás mértékét felülvizsgálja, és annak eredményeként a baleset időpontjában aktuális korfüggő biztosítási összeg erejéig további szolgáltatást teljesíthet. A baleset bekövetkezésétől számított 2 éven túl további igény nem érvényesíthető.
9. Az egyösszegű kifizetés helyett a kedvezményezett a biztosító által a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában kínált feltételek szerinti járadék kifizetését is választhatja.
10. A biztosító az igényelbírálás tartama alatt jogosult a saját költségén a biztosítottat az általa megnevezett orvosokkal megvizsgáltatni olyan gyakran, ahogyan az orvosszakmai szempontból indokolt.

IV. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

V. Értékkövetés

1. A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
2. Az értékkövetés arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével azonos mértékben nő.

VI. Kizárások

A MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezők II. Rész rendelkezésein túl a biztosító – a maradandó egészségkárosodás mértékéig - kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek azt a maradandó egészségkárosodást, amely a biztosítási szerződés hatálybalépését megelőzően bekövetkezett balesettel összefüggésben következett be.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect baleseti maradandó egészségkárosodás (61%-) esetére szóló biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-RC8, MET-RD6)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) baleseti maradandó egészségkárosodás (61% -) esetére szóló biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, aki a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint legalább 16 éves, és a 79. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 80. életévét.

II. A biztosítási esemény

1. A biztosítási esemény a biztosított, balesettel összefüggésben bekövetkező, teljes vagy részleges maradandó egészségkárosodása, feltéve, hogy a baleset a biztosítási szerződés hatálybelépését követően következett be. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.
2. Teljes maradandó egészségkárosodás a balesettel összefüggésben, a baleset időpontjától számított 180 napon belül bekövetkezett, orvos által igazoltan kialakultnak és stabilnak tekinthető egészségkárosodás, amennyiben annak mértéke eléri a 100%-ot, továbbá 12 egymást követő hónapban folyamatosan fennáll és ezen időszak végén is maradandónak, véglegesnek és visszafordíthatatlannak minősül.
3. Teljes maradandó egészségkárosodásnak minősülnek a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás című 1. számú mellékletében (a továbbiakban 1. számú melléklet) meghatározott egyes egészségkárosodások abban az esetben is, ha azok nem álltak fenn 12 egymást követő hónapban folyamatosan.
4. Részleges maradandó egészségkárosodás a balesettel összefüggésben, a baleset időpontjától számított 180 napon belül bekövetkezett, orvos által igazoltan kialakultnak és stabilnak tekinthető egészségkárosodás, amennyiben annak mértéke eléri a 61%-ot, és nem éri el a 100%-ot. A részleges maradandó egészségkárosodás eseteit az 1. számú melléklet tartalmazza.
5. Amennyiben a biztosított olyan teljes vagy részleges maradandó egészségkárosodást szenved, amelyet az 1. számú melléklet nem tartalmaz, úgy jellege alapján az egészségkárosodás az 1. számú mellékletben meghatározott egészségkárosodásokkal kerül összehasonlításra és annak alapján elbírálásra.

III. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a biztosított, a baleset bekövetkezésének időpontja szerinti, életkora alapján az alábbi táblázatban meghatározott mértékét veszi figyelembe a biztosítási összeg meghatározásakor (korfüggő biztosítási összeg).

A biztosított életkora a baleset bekövetkezésének időpontjában	A korfüggő biztosítási összeg mértéke a biztosítási összeg százalékában
16-64 év	100%
65-69 év	70%
70-74 év	60%
75-80 év	50%

2. Teljes maradandó egészségkárosodás esetén a biztosító a korfüggő biztosítási összegnek az 1. számú melléklet I. pontjában meghatározott mértékét fizeti ki (térítés összege).
3. A biztosító a biztosítási összegből levonja azt az összeget, amelyet az ugyanazon balesetből származó ugyanazon egészségkárosodásra részleges maradandó egészségkárosodás esetén már kifizetett.
4. Részleges maradandó egészségkárosodás esetén a biztosító a korfüggő biztosítási összegnek a III. 5. pontban meghatározott mértékét fizeti ki (térítés összege).
5. A korfüggő biztosítási összeg mértékének alapjául szolgáló mértéket az 1. számú melléklet II. pontja tartalmazza (korfüggő biztosítási összeg mértékének alapjául szolgáló mérték). A részleges maradandó egészségkárosodás százalékos mértékét, a biztosító döntése alapján, a biztosító orvosszakértője állapítja meg. A térítés összege a korfüggő biztosítási összeg mértékének alapjául szolgáló mértéknek az orvosszakértő által megállapított százalékos mértéke.
6. Az ugyanazon balesetből származó több egészségkárosodásra meghatározott térítési összegek összeadásra kerülnek azzal, hogy a térítés teljes összege nem haladhatja meg a korfüggő biztosítási összeget.
7. A biztosító az egészségkárosodás jellegének, maradandóságának és mértékének egyértelmű orvosi megállapítását megelőzően szolgáltatást nem teljesít. Az egészségkárosodás mértékét és maradandóságát a baleset bekövetkezését követő 2 éven belül meg kell állapítani.
8. Amennyiben a biztosított egészségi állapota tovább romlik azon biztosítási esemény következményeként, amelynek alapján a biztosító már részbeni kifizetést teljesített, a biztosított - a baleset bekövetkezésétől számított 2 éven belül - további igényt érvényesíthet a biztosítóval szemben. Az igényt írásban, az egészségi állapotot igazoló egészségügyi dokumentációval együtt kell benyújtani a biztosítóhoz. A biztosító az egészségkárosodás mértékét felülvizsgálja, és annak eredményeként a baleset időpontjában aktuális korfüggő biztosítási összeg erejéig további szolgáltatást teljesíthet. A baleset bekövetkezésétől számított 2 éven túl további igény nem érvényesíthető.
9. Az egyösszegű kifizetés helyett a kedvezményezett a biztosító által a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában kínált feltételek szerinti járadék kifizetését is választhatja.
10. A biztosító az igényelbírálás tartama alatt jogosult a saját költségén a biztosítottat az általa megnevezett orvosokkal megvizsgáltatni olyan gyakran, ahogyan az orvosszakmai szempontból indokolt.

IV. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

V. Értékkövetés

1. A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
2. Az értékkövetés arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével azonos mértékben nő.

VI. Kizárások

A MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezők II. Rész rendelkezésein túl a biztosító – a maradandó egészségkárosodás mértékéig - kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek azt a maradandó egészségkárosodást, amely a biztosítási szerződés hatálybalépését megelőzően bekövetkezett balesettel összefüggésben következett be.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect maradandó egészségkárosodás (40%-) esetére szóló biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-Y10, MET-Y11)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) maradandó egészségkárosodás (40%-) esetére szóló biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész, és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, akinek az életkora a biztosítási szerződés megkötésekor, a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint, legalább 16 év, illetve aki a 69. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 70. életévet.

II. Várakozási idő

A biztosító a nem baleseti eredetű biztosítási esemény kockázatát csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 90 nap elteltével vállalja.

III. A biztosítási esemény

A biztosított balesettel vagy betegséggel összefüggésben kialakult maradandó egészségkárosodása, feltéve, hogy a baleset vagy a betegség a biztosítási szerződés hatálybalépését követően következett be, és a betegség nem áll okozati összefüggésben a biztosított olyan betegségével, amely a biztosítási szerződés hatálybalépését megelőzően keletkezett. A különös rendelkezések alapján maradandó egészségkárosodás a 40%-ot elérő mértékű egészségkárosodás, amennyiben a biztosított rehabilitációja nem javasolt. A maradandó egészségkárosodás mértékét az annak megállapítására jogosult közigazgatási szerv szakvéleményében állapítja meg. A biztosítási esemény bekövetkezésének további feltétele, hogy a maradandó egészségkárosodás megállapítása iránti kérelem a biztosítási szerződés hatálya alatt kerül benyújtásra a közigazgatási szerv részére. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a szakvélemény kiállításának időpontja.

IV. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben meghatározott összeget fizeti ki.
2. Az egyösszegű kifizetés helyett a kedvezményezett a biztosító által a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában kínált feltételek szerinti járadék kifizetését is választhatja.

V. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

VI. Értékkövetés

1. A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
2. Az értékkövetés nem-arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével nem azonos mértékben növekszik.

-
3. Amennyiben az értékkövetés mértékével megnövelt díj nem elegendő a biztosítási összeg azonos mértékű emeléséhez, úgy a biztosítási összeg a díjnövelés által ténylegesen fedezett mértékig kerül megnövelésre.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect Hitel Care Basic biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-MD7, MET-ME7)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) Hitel Care Basic biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződések Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződések Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, akinek az életkora a biztosítási szerződés megkötésekor, a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint, legalább 16 év, illetve aki a 79. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 80. életévet.

II. A biztosítási szerződés tartama

1. A biztosítási szerződés egész években meghatározható tartamát a szerződő a szerződéskötéskor választja meg.
2. A biztosítási szerződés legrövidebb tartama 1 év, leghosszabb tartama 63 év azzal, hogy a biztosítási szerződés tartama legfeljebb annak a biztosítási évnek a végéig tart, amelyben a biztosított a 79. életévét betölti.

III. A biztosítási esemény

A biztosítási esemény a biztosított halála.

IV. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben meghatározott összeget fizeti ki.
2. A szerződéskötéskor meghatározott biztosítási összeg az első biztosítási évre vonatkozik.
3. A biztosítási tartam további éveiben a biztosítási összeg minden biztosítási évben a biztosítási szerződés létrejöttékor kibocsátott kötvényben meghatározott mértékben csökken.
4. A biztosítási tartam során a biztosítási összeg csökkenésének mértéke nem módosítható.
5. Az adott biztosítási évben érvényes biztosítási összegről a biztosító legkésőbb 60 nappal a biztosítási évforduló előtt írásban értesíti a szerződőt.

V. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik, illetve a biztosítási összeg csökkenésével nem csökken.

VI. Értékkövetés

A biztosítási szerződés nem rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect Hitel Care Plus biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-MA7, MET-MB7)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) Hitel Care Plus biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződések Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződések Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, akinek az életkora a biztosítási szerződés megkötésekor, a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint, legalább 16 év, illetve aki a 69. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 70. életévet.

II. Várakozási idő

A biztosító a nem baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás, mint biztosítási esemény kockázatát csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 90 nap elteltével vállalja.

III. A biztosítási szerződés tartama

1. A biztosítási szerződés egész években meghatározható tartamát a szerződő a szerződéskötéskor választja meg.
2. A biztosítási szerződés legrövidebb tartama 1 év, leghosszabb tartama 54 év azzal, hogy a biztosítási szerződés tartama legfeljebb annak a biztosítási évnek a végéig tart, amelyben a biztosított a 69. életévét betölti.

IV. Biztosítási esemény

1. A biztosítási esemény:
 - a) a biztosított halála, vagy
 - b) a biztosított balesettel vagy betegséggel összefüggésben kialakult maradandó egészségkárosodása, feltéve, hogy a baleset vagy a betegség a biztosítási szerződés hatálybalépését követően következett be, és a betegség nem áll okozati összefüggésben a biztosított olyan betegségével, amely a biztosítási szerződés hatálybalépését megelőzően keletkezett.
2. A különös rendelkezések alapján maradandó egészségkárosodás a 40%-ot elérő mértékű egészségkárosodás, amennyiben a biztosított rehabilitációja nem javasolt. A maradandó egészségkárosodás mértékét az annak megállapítására jogosult közigazgatási szerv szakvéleményében állapítja meg. A biztosítási esemény bekövetkezésének további feltétele, hogy a maradandó egészségkárosodás megállapítása iránti kérelem a biztosítási szerződés hatálya alatt kerül benyújtásra a közigazgatási szerv részére. A biztosítási esemény időpontja a szakvélemény kiállításának napja.

V. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben meghatározott összeget fizeti ki.
2. A biztosítási összeg az időben hamarabb bekövetkező biztosítási esemény alapján kerül kifizetésre.

-
3. A szerződéskötéskor meghatározott biztosítási összeg az első biztosítási évre vonatkozik.
 4. A biztosítási tartam további éveiben a biztosítási összeg minden biztosítási évben a biztosítási szerződés létrejöttékor kibocsátott kötvényben meghatározott mértékben csökken.
 5. A biztosítási tartam során a biztosítási összeg csökkenésének mértéke nem módosítható.
 6. Az adott biztosítási évben érvényes biztosítási összegről a biztosító legkésőbb 60 nappal a biztosítási évforduló előtt írásban értesíti a szerződőt.

VI. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik, illetve a biztosítási összeg csökkenésével nem csökken.

VII. Értékkövetés

A biztosítási szerződés nem rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.

VIII. Megszűnés

A biztosítási szerződés az időben hamarabb bekövetkező biztosítási esemény bekövetkezésével megszűnik.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect tanulmányi járadékot nyújtó biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-TJ1, MET-TJ2)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) tanulmányi járadékot nyújtó biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, akinek az életkora a biztosítási szerződés megkötésekor, a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint, legalább 16 év, illetve aki a 65. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 70. életévet.

II. Várakozási idő

A biztosító a nem baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás, mint biztosítási esemény kockázatát csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 90 nap elteltével vállalja.

III. A biztosítási szerződés tartama

1. A biztosítási szerződés tartama egész években, a kedvezményezett gyermek életkora alapján kerül meghatározásra. A biztosítási szerződés tartama legalább 5 év, és legfeljebb 20 év lehet.
2. A kedvezményezett gyermek életkora a szerződéskötéskor nem haladhatja meg a 16. életévet.

IV. A biztosítási esemény

1. A biztosítási esemény:
 - a) a biztosított halála, vagy
 - b) a biztosított balesettel vagy betegséggel összefüggésben kialakult maradandó egészségkárosodása, feltéve, hogy a baleset vagy a betegség a biztosítási szerződés hatálybalépését követően következett be, és a betegség nem áll okozati összefüggésben a biztosított olyan betegségével, amely a biztosítási szerződés hatálybalépését megelőzően keletkezett.
2. Maradandó egészségkárosodás a 40%-ot elérő mértékű egészségkárosodás, amennyiben a biztosított rehabilitációja nem javasolt. A maradandó egészségkárosodás mértékét az annak megállapítására jogosult közigazgatási szerv szakvéleményében állapítja meg. A biztosítási esemény bekövetkezésének további feltétele, hogy a maradandó egészségkárosodás megállapítása iránti kérelem a biztosítási szerződés hatálya alatt kerül benyújtásra a közigazgatási szerv részére, továbbá a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában a biztosított életben van, és a biztosítási esemény a biztosító részére a biztosítási szerződés hatálya alatt bejelentésre kerül.
3. A biztosítási esemény időpontja maradandó egészségkárosodás esetén a szakvélemény kiállításának napja.

V. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási összegnek megfelelő mértékű havi járadékot fizet.

-
2. A biztosítási összeget, ami megegyezik a járadék havi összegével, a szerződő a biztosítási szerződés megkötésekor választja meg.
 3. A járadék kifizetésére az időben elsőként bekövetkező biztosítási esemény alapján kerül sor.
 4. A járadék kifizetésére a biztosítási esemény bekövetkezését követő hónap első napjától kerül sor, amennyiben a biztosító a szolgáltatásra való jogosultságot megállapítja. A havi járadék kifizetésére a tárgyhó nap 10. napjáig kerül sor. A biztosító a havi járadékot a kedvezményezett 25. életévének betöltéséig fizeti (a továbbiakban: járadékszolgáltatási időszak).
 5. A szerződéskötéskor meghatározott biztosítási összeg kizárólag az értékkövetés alkalmával emelkedhet.
 6. A havi járadék összege megegyezik azzal a biztosítási összeggel, amely a biztosítási esemény bekövetkezése előtti utolsó értékkövetés alkalmával került megállapításra.
 7. A havi járadék összege a járadékszolgáltatási időszak alatt nem változik.
 8. Amennyiben a járadékszolgáltatási időszak alatt a kedvezményezett betölti a 18. életévét, úgy a biztosítótól kérheti a havi járadék egyösszegű kifizetését.
 9. Amennyiben a járadékszolgáltatási időszak alatt a kedvezményezett elhalálozik, úgy a még nem teljesített járadékszolgáltatást a biztosító a kedvezményezett örökösének/örököseinek kifizeti.

VI. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

VII. Értékkövetés

1. A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
2. Az értékkövetés nem-arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével nem azonos mértékben növekszik.
3. Amennyiben az értékkövetés mértékével megnövelt díj nem elegendő a biztosítási összeg azonos mértékű emeléséhez, úgy a biztosítási összeg a díjnövelés által ténylegesen fedezett mértékig kerül megnövelésre.

VIII. Megszűnés

A biztosítási szerződés az időben hamarabb bekövetkező biztosítási esemény bekövetkezésével megszűnik.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect Táppénz Basic keresőképtelenség esetén napi térítést nyújtó biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-IR1, MET-IR2)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) Táppénz Basic keresőképtelenség esetén napi térítést nyújtó biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, akinek az életkora a biztosítási szerződés megkötésekor, a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint, legalább 16 év, illetve aki a 64. életévét még nem töltötte be, továbbá aki a biztosítási szerződés megkötésekor:
 - a) Magyarországon társadalombiztosítási jogviszonnyal rendelkezik, melynek alapján táppénzre jogosult,
 - b) megváltozott munkaképesség miatt nem részesül ellátásban, így különösen, de nem kizárólag rokkantsági vagy rehabilitációs ellátásban és erre vonatkozóan igényt sem nyújtott be,
 - c) nem saját jogú nyugdíjas, és
 - d) nem várandós.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 65. életévet.

II. Várakozási idő

A biztosító a nem baleseti eredetű biztosítási esemény kockázatát csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 60 nap elteltével vállalja.

III. A biztosítási esemény

1. A biztosítási esemény a biztosítottnak, a biztosítási szerződés hatálybalépését követően bekövetkezett, balesetből vagy betegségből eredő, megszakitás nélkül 21 napot meghaladó, orvos által igazolt keresőképtelensége, feltéve, hogy annak alapján a biztosított részére táppénzt folyósítanak, és feltéve, hogy a táppénz folyósításának időtartama alatt, de legalább annak kezdetekor a biztosítási szerződés hatályban van.
2. Nem minősül biztosítási eseménynek az olyan keresőképtelenség, amelynek tartama alatt a biztosított kereső tevékenységet folytat.
3. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a keresőképtelenség 22. napja.

IV. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási összeget a keresőképtelenség 22. napjától kezdődően napi térítésként fizeti ki. A biztosítási összeg tehát a térített napokra fizetett napi térítés összege.
2. Amennyiben a keresőképtelenség és annak alapján a táppénz folyósítása a biztosítási szerződés megszűnését követően folytatódik, a biztosító csak a biztosítási szerződés megszűnésének napjáig terjedő időszakra teljesít szolgáltatást.

3. A napi térítés összegét a szerződő a biztosítási szerződés megkötésekor választja meg. A napi térítés legmagasabb választható összegét a biztosító a biztosított rendszeres havi jövedelme alapján határozza meg. A biztosító kérésére a biztosított a rendszeres havi jövedelmét igazolni köteles.
4. A biztosító a napi térítés összegét egy biztosítási esemény alapján legfeljebb 365 napra fizeti ki.
5. A keresőképtelenség tartamának lezárultát követő 6 hónapon belül bekövetkező újabb keresőképtelenség ugyanazon biztosítási eseménynek minősül, feltéve, hogy az újabb keresőképtelenség ugyanazon balesetből vagy betegségből ered, mint a korábbi keresőképtelenség.
6. A biztosító a biztosítási összegre való jogosultság vizsgálata során jogosult a saját költségén a biztosítottat az általa megnevezett orvosokkal megvizsgáltatni olyan gyakran, ahogyan az orvosszakmai szempontból indokolt.
7. A biztosítási évforduló időpontját legalább 30 nappal megelőzően a szerződő kérheti a napi térítés összegének módosítását annak figyelembevételével, hogy a napi térítés legmagasabb választható összegét a biztosító a biztosított rendszeres havi jövedelme alapján határozza meg. Amennyiben a napi térítés kifizetése megkezdődött, úgy annak összege nem módosítható.
8. A biztosított igazolt rendszeres havi jövedelmének függvényében a biztosítónak jogában áll a napi térítés legmagasabb összegét módosítani.

V. A biztosítás díja

1. A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.
2. A napi térítés összegének módosítása esetén a biztosítási díj módosul.

VI. Értékkövetés

A biztosítási szerződés nem rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.

VII. Kizárások

1. **A MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezésein túl a biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek az alábbi eseményeket, illetve az alábbi eseményekkel okozati összefüggésben álló eseményeket:**
 - a) a biztosított pszichiátriai betegsége és egyéb nem organikus idegbetegsége miatti ápolás, pszichoterápiás gyógykezelés,
 - b) az alkohol-elvonókúra, drog-, illetve egyéb függőség megszüntetésére irányuló kórházi ápolás,
 - c) a biztosított olyan izületi vagy gerincsérülése, betegsége, amelyet nem támaszt alá képalkotó diagnosztikai (CT, MR) vagy röntgenvizsgálat,
 - d) terhesség-megszakítással, terméketlenséggel, mesterséges megtermékenyítéssel kapcsolatos kezelés,
 - e) esztétikai vagy kozmetikai céllal végzett kezelések, plasztikai sebészeti beavatkozások, kivéve az olyan plasztikai és korrekciós műtéteket, melyek balesetek, betegségek következményeinek helyrehozatalára szolgálnak,
 - f) halasztott vagy orvosilag nem indokolt kórházi ápolás és/vagy sebészi beavatkozás, amelynek szükségét a biztosítási szerződés hatálybalépését megelőzően már megállapították, vagy megállapítható volt, és amelynek szükségéről a biztosított tudott, vagy tudnia kellett,
 - g) beteg gyermek ápolása,
 - h) terhesség, szülés és veszélyeztetett terhesség miatti keresőképtelenség, kivéve, ha a biztosított legalább 72 órás folyamatos kórházi ápolásra szorult az alábbi okok valamelyike miatt:

-
- ha) terhesség alatti vérzés,
 - hb) terhesség alatti hányás,
 - hc) a láb duzzanata, ödémásodása a terhesség alatt,
 - hd) terhességi dorsopathia, hátbántalom,
 - he) húgyúti és nemi szervek fertőzése a terhesség alatt,
 - hf) terhesség alatti magas vagy alacsony vérnyomás betegsége,
 - hg) terhességi cukorbetegség.

VIII. A biztosítási szerződés megszűnése

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződés nem szűnik meg.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect Táppénz Plus gyermekápolás miatti keresőképtelenség esetén napi térítést nyújtó biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-IR3, MET-IR4)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) Táppénz Plus gyermekápolás miatti keresőképtelenség esetén napi térítést nyújtó biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított és a társbiztosított

1. A biztosított az a szülő vagy örökbefogadó szülő lehet, aki a biztosítási szerződés megkötésekor:
 - a) Magyarországon keresőtevékenységet folytat és társadalombiztosítási jogviszonnyal rendelkezik, és
 - b) nem keresőképtelen.
2. A társbiztosított a biztosított saját háztartásában élő vér szerinti-, vagy örökbe fogadott gyermeke, akinek az életkora a biztosítási szerződés megkötésekor, a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint, legfeljebb 16 év, és akinek életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 17. évet. A társbiztosított személyét a szerződő a biztosítási szerződés megkötésekor határozza meg.

II. Várakozási idő

A biztosító a nem baleseti eredetű biztosítási esemény kockázatát csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 60 nap elteltével vállalja.

III. A biztosítási szerződés tartama

A biztosítási szerződés legfeljebb annak a biztosítási évnek a végéig tart, amelyben a társbiztosított a 17. életévét betölti.

IV. A biztosítási esemény

1. A biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítási szerződés hatálybalépését követően bekövetkezett, megszakítás nélküli, 21 napot meghaladó, jövedelem kieséssel járó keresőképtelensége, amelynek oka a társbiztosítottnak, a biztosítási szerződés hatálybalépését követően, balesettel vagy betegséggel összefüggésben bekövetkezett, orvos által igazolt egészségromlása.
2. Nem minősül biztosítási eseménynek az olyan keresőképtelenség, amelynek tartama alatt a biztosított keresőtevékenységet folytat.
3. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a keresőképtelenség 22. napja.

V. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási összeget a keresőképtelenség 22. napjától kezdődően napi térítésként fizeti ki. A biztosítási összeg tehát a térített napokra fizetett napi térítés összege.
2. Amennyiben a biztosítási esemény a társbiztosított alábbiak szerinti egészségromlásával összefüggésben következik be, a biztosító a keresőképtelenség 16 – 21. napjaira is napi térítést fizet:

- a) antibiotikumos kezelés,
 - b) legalább 24 órás kórházi kezelés,
 - c) baleseti eredetű csonttörés, vagy olyan III. fokú égési sérülés, amely a testfelület több mint 5%-ára kiterjed,
 - d) kritikus, életet veszélyeztető megbetegedés, így különösen, de nem kizárólag daganatos megbetegedés, bénulás, epilepszia,
 - e) az egészségromlás során képalkotó (CT, MR) vagy röntgenvizsgálat történt.
3. Amennyiben a keresőképtelenség a biztosítási szerződés megszűnését követően folytatódik, a biztosító csak a biztosítási szerződés megszűnésének napjáig terjedő időszakra teljesít szolgáltatást.
4. A napi térítés összegét a szerződő a biztosítási szerződés megkötésekor választja meg. A napi térítés legmagasabb választható összegét a biztosító a biztosított rendszeres havi jövedelme alapján határozza meg. A biztosító kérésére a biztosított a rendszeres havi jövedelmét igazolni köteles.
5. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító egy biztosítási év alatt legfeljebb két biztosítási esemény alapján fizet napi térítést, továbbá a napi térítést biztosítási eseményenként legfeljebb 90 nap időtartamra fizeti.
6. A keresőképtelenség tartamának lezárultát követő 6 hónapon belül bekövetkező újabb keresőképtelenség ugyanazon biztosítási eseménynek minősül, feltéve, hogy az újabb keresőképtelenség ugyanazon balesetből vagy betegségből ered, mint a korábbi keresőképtelenség.
7. A biztosító a biztosítási összegre való jogosultság vizsgálata során jogosult a saját költségén a társbiztosítottat az általa megnevezett orvosokkal megvizsgáltatni olyan gyakran, ahogyan az orvosszakmai szempontból indokolt.
8. A biztosítási évforduló időpontját legalább 30 nappal megelőzően a szerződő kérheti a napi térítés összegének módosítását annak figyelembevételével, hogy a napi térítés legmagasabb választható összegét a biztosító a biztosított rendszeres havi jövedelme alapján határozza meg. Amennyiben a napi térítés kifizetése megkezdődött, úgy annak összege nem módosítható.
9. A biztosított igazolt rendszeres havi jövedelmének függvényében a biztosítónak jogában áll a napi térítés legmagasabb összegét módosítani.

VI. A biztosítás díja

- 1. A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a társbiztosított életkora alapján nem emelkedik.
- 2. A napi térítés összegének módosítása esetén a biztosítási díj módosul.

VII. Értékkövetés

A biztosítási szerződés nem rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.

VIII. Kizárások

A MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezésein túl a biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek az alábbi eseményeket, illetve az alábbi eseményekkel okozati összefüggésben álló eseményeket:

- a) a biztosított a társbiztosítottat az előírt orvosi vizsgálatoknak, kezelésnek nem vetette alá, vagy nem követte a társbiztosított ápolására vonatkozó orvosi utasításokat,
- b) a társbiztosított pszichiátriai betegsége, viselkedészavara, és egyéb, nem organikus idegbetegsége, pszichoterápiás gyógykezelése,
- c) a társbiztosított tudatmódosító szerekkel vagy alkohollal történő visszaélése,

-
- d) a társbiztosított terhessége, terhesség megszakítása,
 - e) a társbiztosított halasztott vagy orvosilag nem indokolt kórházi ápolása és/vagy olyan műtete, amelynek szükségességét a biztosítási szerződés hatályba lépését megelőzően megállapították, és arról a biztosított tudott, vagy tudnia kellett.

IX. A biztosítási szerződés megszűnése

- 1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződés nem szűnik meg.
- 2. A X. 1. pont szerinti biztosítási szerződés megszűnésével egy időben a biztosítási szerződés megszűnik.

X. Egyéb rendelkezések

- 1. A biztosítási szerződés megkötésének feltétele, hogy a biztosított javára egyidejűleg MetProtect Táppénz Basic Keresőképtelenség esetén napi térítést nyújtó biztosítási szerződés (MET-IR1, MET-IR2) is megkötésre kerül, vagy az korábban megkötésre került.
- 2. A biztosítási szerződés alapján a biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén akkor fizet napi térítést, ha a biztosított javára kötött IX. 1. pont szerinti biztosítási szerződés a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában hatályban van.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect csonttörés és égési sérülés esetére szóló biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-F14, MET-F20)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) csonttörés és égési sérülés esetére szóló biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, akinek az életkora a biztosítási szerződés megkötésekor, a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint, legalább 16 év, illetve aki a 79. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 80. életévet.

II. A biztosítási esemény

A biztosítási esemény a biztosított balesettel összefüggésben bekövetkezett csonttörése vagy égési sérülése, feltéve, hogy a baleset a biztosítási szerződés hatálya alatt következett be. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.

III. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a biztosított életkora alapján az alábbi táblázatban meghatározott mértékét veszi figyelembe a biztosítási összeg meghatározásakor (korfüggő biztosítási összeg).

A biztosított életkora	A korfüggő biztosítási összeg mértéke a biztosítási összeg százalékában
16-64 év	100%
65-69 év	70%
70-74 év	60%
75-80 év	50%

2. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a korfüggő biztosítási összegnek a csonttörés vagy égési sérülés egyes eseteire meghatározott, százalékos mértékét fizeti ki („térítés összege”).
3. A biztosítási eseménynek minősülő csonttörések és égési sérülések, valamint az azokra meghatározott térítés mértékét a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész, Csonttörések és égési sérülések című, 2. számú melléklete (a továbbiakban: 2. számú melléklet) tartalmazza.
4. Az ugyanazon balesetből származó több csonttörés vagy égési sérülés esetén a csonttörésre vagy égési sérülésre meghatározott térítési összegek összeadásra kerülnek azzal, hogy a térítés teljes összege nem haladhatja meg a korfüggő biztosítási összeget.

5. Amennyiben a biztosított olyan csonttörést vagy égési sérülést szenved, amely a 2. számú mellékletben nem került feltüntetésre, úgy a csonttörés vagy égési sérülés, annak jellege alapján, az ott meghatározott csonttöréssel vagy égési sérüléssel kerül összehasonlításra és az összehasonlítás alapján elbírálásra.
6. A térítés mértékét, szükség esetén, a biztosító orvosszakértője állapítja meg, aki döntését más orvosszakértői testület megállapításától függetlenül hozza meg.
7. A biztosító az igényelbírálás tartama alatt jogosult a saját költségén a biztosítottat az általa megnevezett orvosokkal megvizsgáltatni olyan gyakran, ahogyan az orvosszakmai szempontból indokolt.
8. Amennyiben a térítés mértéke nem éri el az 1%-ot, a biztosító kifizetést nem teljesít.

IV. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

V. Értékkövetés

1. A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
2. Az értékkövetés arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott érték-követés mértékével azonos mértékben növekszik.

VI. Kizárások

A MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezésein túl a biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek az alábbi eseményeket, illetve az alábbi eseményekkel okozati összefüggésben álló eseményeket:

- a) veleszületett rendellenességek és az ebből fakadó következmények,
- b) bármilyen betegség, egészségi rendellenesség, előrehaladott kórfolyamat,
- c) bármely betegségre visszavezethető csontgyengülés, patológiás csonttörések,
- d) a rendszeres túlterhelés eredményeként fellépő törések (stressz törések).

VII. Megszűnés

A biztosítási esemény bekövetkezésével a biztosítási szerződés nem szűnik meg.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect balesetből származó műtéti beavatkozás esetére szóló biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-SB3, MET-SB7)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) balesetből származó műtéti beavatkozás esetére szóló biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, akinek az életkora a biztosítási szerződés megkötésekor, a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint, legalább 16 év, illetve aki a 79. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 80. életévet.

II. A biztosítási esemény

A biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítási szerződés hatálybalépését követően bekövetkezett balesetével összefüggésben, a baleset napjától számított 180 napon belül történő műtéti ellátása.

III. A biztosító szolgáltatása

1. Amennyiben a biztosított műtéti ellátásban részesül, a biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek az egyes műtéti ellátásokra meghatározott százalékos mértékének az alábbi táblázat szerinti mértékét fizeti ki („térítés összege”).

A biztosított életkora	A térítés összege a biztosítási összeg egyes műtéti ellátásokra meghatározott százalékos mértékének százalékában
16-64 év	100%
65-69 év	70%
70-74 év	60%
75-80 év	50%

2. Az egyes műtéti ellátásokat, és a biztosítási összegnek az egyes műtéti ellátásokra meghatározott százalékos mértékét a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész Műtéti beavatkozások táblázata című 3. számú melléklete (a továbbiakban: 3. számú melléklet) határozza meg.
3. Ha ugyanazon műtéti ellátás során több sebészeti beavatkozás szükséges, úgy a térítés összege nem haladhatja meg az egyes műtéti ellátásokra megállapított legmagasabb térítési összeget.
4. Amennyiben a műtéti ellátás nem szerepel a 3. számú mellékletben, úgy a műtéti ellátás, annak jellege alapján, az ott meghatározott műtéti ellátásokkal kerül összehasonlításra és az összehasonlítás alapján elbírálásra. A műtéti eljárás jellegét, bonyolultságának mértékét, a műtéti táblázatban meghatározott műtéti eljárásokkal való összehasonlítás alapján a biztosító orvosszakértője állapítja meg, aki döntését más orvosszakértői testület megállapításától függetlenül hozza meg.

IV. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

V. Értékkövetés

1. A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
2. Az értékkövetés arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott érték-követés mértékével azonos mértékben növekszik.

VI. Kizárások

A MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezésein túl a biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek az alábbi eseményeket, illetve az alábbi eseményekkel okozati összefüggésben álló eseményeket:

- a) bármilyen betegség, bakteriális fertőzés (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzés 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 gyógymód, amelyet kórháztól vagy orvosi rendelőtől eltérő egészségügyi intézményben végeznek,
- e) bármely olyan beavatkozás, amely nem minősül műtétnek, illetve olyan műtéti beavatkozás, amelyet nem orvos végzett,
- f) halasztott vagy orvosilag nem indokolt sebészi beavatkozás, amelynek szükségessége a biztosító jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselésének kezdetét megelőzően már megállapítható volt és amelynek szükségességéről a biztosított tudott, vagy tudnia kellett.

VII. Megszűnés

A biztosítási esemény bekövetkezésével a biztosítási szerződés nem szűnik meg.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect balesetből származó műtéti beavatkozás esetén 200%-ig terjedő progresszív térítést nyújtó biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-SB4, MET-SB8)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) balesetből származó műtéti beavatkozás esetén 200%-ig terjedő progresszív térítést nyújtó biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, akinek az életkora a biztosítási szerződés megkötésekor, a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint, legalább 16 év, illetve aki a 79. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 80. életévet.

II. A biztosítási esemény

A biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítási szerződés hatálybalépését követően bekövetkezett balesetével összefüggésben, a baleset napjától számított 180 napon belül történő műtéti ellátása.

III. A biztosító szolgáltatása

1. Amennyiben a biztosított műtéti ellátásban részesül, a biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek az egyes műtéti ellátásokra meghatározott százalékos mértékének az alábbi táblázat szerinti mértékét fizeti ki („térítés összege”).

A biztosított életkora	A térítés összege a biztosítási összeg egyes műtéti ellátásokra meghatározott százalékos mértékének százalékában
16-64 év	100%
65-69 év	70%
70-74 év	60%
75-80 év	50%

2. Az egyes műtéti ellátásokat, és a biztosítási összegnek az egyes műtéti ellátásokra meghatározott százalékos mértékét a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész Műtéti beavatkozások táblázata című 3. számú melléklete (a továbbiakban: 3. számú melléklet) határozza meg.
3. A biztosító a térítés összegét a 4. pont szerinti progressziós mértékkel megnövelten fizeti ki („progressziós térítés összege”).
4. Az egyes műtéti ellátásokra meghatározott progressziós térítés összegét az alábbi táblázat tartalmazza:

Az egyes műtéti ellátásokra meghatározott százalékos mérték	A progressziós térítés összege a térítési összeg százalékában
1-5%	100%
6-10%	110%
11-25%	125%
26-50%	150%
51-75%	175%
76-100%	200%

- Ha ugyanazon műtéti ellátás során több sebészeti beavatkozás szükséges, úgy a térítés mértéke nem haladhatja meg az egyes műtéti ellátásokra megállapított legmagasabb térítési összeget, a térítés teljes összege pedig nem haladhatja meg a biztosítási összeg 200%-át.
- Amennyiben a műtéti ellátás nem szerepel a műtéti táblázatban, úgy a műtéti ellátás, annak jellege alapján, az ott meghatározott műtéti ellátásokkal kerül összehasonlításra és az összehasonlítás alapján elbírállásra. A műtéti eljárás jellegét, bonyolultságának mértékét, a műtéti táblázatban meghatározott műtéti eljárásokkal való összehasonlítás alapján a biztosító orvosszakértője állapítja meg, aki döntését más orvosszakértői testület megállapításától függetlenül hozza meg.

IV. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

V. Értékkövetés

- A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
- Az értékkövetés arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével azonos mértékben növekszik.

VI. Kizárások

A MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezésein túl a biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek az alábbi eseményeket, illetve az alábbi eseményekkel okozati összefüggésben álló eseményeket:

- bármilyen betegség, bakteriális fertőzés (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzés kivételével),
- kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,
- a kórházi ellátás tartama alatt elszenvedett bármilyen fertőzés,
- bármely olyan kezelés vagy gyógymód, amelyet kórháztól vagy orvosi rendelőtől eltérő egészségügyi intézményben végeznek,
- bármely olyan beavatkozás, amely nem minősül műtétnak, illetve olyan műtéti beavatkozás, amelyet nem orvos végzett,
- halasztott vagy orvosilag nem indokolt sebészi beavatkozás, amelynek szükségessége a biztosító jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselésének kezdetét megelőzően már megállapítható volt és amelynek szükségességéről a biztosított tudott, vagy tudnia kellett.

VII. Megszűnés

A biztosítási esemény bekövetkezésével a biztosítási szerződés nem szűnik meg.

MetProtect műtéti beavatkozás esetére szóló biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-SB5, MET-SB9)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) műtéti beavatkozás esetére szóló biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, akinek az életkora a biztosítási szerződés megkötésekor, a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint, legalább 16 év, illetve aki a 69. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 70. életévet.

II. Várakozási idő

A biztosító a nem baleseti eredetű biztosítási esemény kockázatát csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 60 nap elteltével vállalja. A mandula, illetve az orrpolip eltávolítását célzó kórházi ellátás esetében a várakozási idő 180 nap.

III. A biztosítási esemény

A biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítási szerződés hatálybalépését követően bekövetkezett balesetével vagy betegségével összefüggésben történő műtéti ellátása.

IV. A biztosító szolgáltatása

1. Amennyiben a biztosított műtéti ellátásban részesül, a biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek az egyes műtéti ellátásokra meghatározott százalékos mértékét fizeti ki („térítés összege”).
2. Az egyes műtéti ellátásokat, és a biztosítási összegnek az egyes műtéti ellátásokra meghatározott százalékos mértékét MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész „Műtéti beavatkozások táblázata” című 3. számú melléklete (a továbbiakban: 3. számú melléklet) határozza meg.
3. Ha ugyanazon műtéti ellátás során több sebészeti beavatkozás szükséges, úgy a térítés összege nem haladhatja meg az egyes műtéti ellátásokra megállapított legmagasabb térítési összeget.
4. Amennyiben a műtéti ellátás nem szerepel a 3. számú mellékletben, úgy a műtéti ellátás, annak jellege alapján, az ott meghatározott műtéti ellátásokkal kerül összehasonlításra és az összehasonlítás alapján elbírálásra. A műtéti eljárás jellegét, bonyolultságának mértékét, a műtéti táblázatban meghatározott műtéti eljárásokkal való összehasonlítás alapján a biztosító orvosszakértője állapítja meg, aki döntését más orvosszakértői testület megállapításától függetlenül hozza meg.

V. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

VI. Értékkövetés

1. A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
2. Az értékkövetés nem-arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével nem azonos mértékben növekszik.
3. Amennyiben az értékkövetés mértékével megnövelt díj nem elegendő a biztosítási összeg azonos mértékű emeléséhez, úgy a biztosítási összeg a díjnövelés által ténylegesen fedezett mértékig kerül megnövelésre.

VII. Kizárások

A MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezők II. Rész rendelkezésein túl a biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek az alábbi eseményeket, illetve az alábbi eseményekkel okozati összefüggésben álló eseményeket:

- a) terhesség, szülés, vetélés, művi terhességmegszakítás, koraszülés,
- b) művi megtermékenyítéssel kapcsolatos vagy azt célzó kivizsgálások és kezelések,
- c) kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,
- d) lézeres látásjavító műtétek és fogpótló sebészeti beavatkozások,
- e) orvosi rutinvizsgálat vagy egyéb vizsgálat, ha nincs egészségromlásra utaló tényleges tüneti jel, továbbá laboratóriumi diagnózis és röntgen vizsgálat, kivéve a megelőző orvosi vizsgálat során megállapított, egészségkárosodás következtében alkalmazott ilyen jellegű vizsgálatot,
- f) alkohol és hallucinogén anyag függőségi elvonókúra és gyógykezelésük,
- g) bármely olyan kezelés vagy gyógymód, amelyet kórháztól vagy orvosi rendelőtől eltérő egészségügyi intézményben végeznek,
- h) bármely olyan beavatkozás, amely nem minősül műtétnek, illetve olyan műtéti beavatkozás, amelyet nem orvos végzett,
- i) halasztott vagy orvosilag nem indokolt kórházi ápolás és/vagy sebészi beavatkozás, amelynek szükségessége a biztosító jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselésének kezdetét megelőzően már megállapítható volt és amelynek szükségességéről a biztosított tudott, vagy tudnia kellett

VIII. Megszűnés

A biztosítási esemény bekövetkezésével a biztosítási szerződés nem szűnik meg.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect műtéti beavatkozás esetére szóló, 200%-ig terjedő progresszív térítést nyújtó biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-SB6, MET-SB0)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) műtéti beavatkozás esetére szóló, 200%-ig terjedő progresszív térítést nyújtó biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, akinek az életkora a biztosítási szerződés megkötésekor, a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint, legalább 16 év, illetve aki a 69. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 70. életévet.

II. Várakozási idő

A biztosító a nem baleseti eredetű biztosítási esemény kockázatát csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 60 nap elteltével vállalja. A mandula, illetve az orrpolip eltávolítását célzó kórházi ellátás esetében a várakozási idő 180 nap.

III. A biztosítási esemény

A biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítási szerződés hatálybalépését követően bekövetkezett balesetével vagy betegségével összefüggésben történő műtéti ellátása.

IV. A biztosító szolgáltatása

1. Amennyiben a biztosított műtéti ellátásban részesül, a biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek az egyes műtéti ellátásokra meghatározott százalékos mértékét fizeti ki („térítés összege”).
2. Az egyes műtéti ellátásokat, és a biztosítási összegnek az egyes műtéti ellátásokra meghatározott százalékos mértékét MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész „Műtéti beavatkozások táblázata” című 3. számú melléklete (a továbbiakban: 3. számú melléklet) határozza meg.
3. A biztosító a térítési összeget a 4. pont szerinti progressziós mértékkel megnövelten fizeti ki („progressziós térítés összege”).
4. Az egyes műtéti ellátásokra meghatározott progressziós térítés összegét az alábbi táblázat tartalmazza.

Az egyes műtéti ellátásokra meghatározott százalékos mérték	A progressziós térítés összege a térítési összeg százalékában
1-5%	100%
6-10%	110%
11-25%	125%
26-50%	150%
51-75%	175%
76-100%	200%

- Ha ugyanazon műtéti ellátás során több sebészeti beavatkozás szükséges, úgy a térítés mértéke nem haladhatja meg az egyes műtéti ellátásokra megállapított legmagasabb térítési összeget, a térítés teljes összege pedig nem haladhatja meg a biztosítási összeg 200%-át.
- Amennyiben a műtéti ellátás nem szerepel a műtéti táblázatban, úgy a műtéti ellátás, annak jellege alapján, az ott meghatározott műtéti ellátásokkal kerül összehasonlításra és az összehasonlítás alapján elbírálásra. A műtéti eljárás jellegét, bonyolultságának mértékét, a műtéti táblázatban meghatározott műtéti eljárásokkal való összehasonlítás alapján a biztosító orvosszakértője állapítja meg, aki döntését más orvosszakértői testület megállapításától függetlenül hozza meg.

V. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

VI. Értékkövetés

- A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
- Az értékkövetés nem-arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével nem azonos mértékben növekszik.
- Amennyiben az értékkövetés mértékével megnövelt díj nem elegendő a biztosítási összeg azonos mértékű emeléséhez, úgy a biztosítási összeg a díjnövelés által ténylegesen fedezett mértékig kerül megnövelésre.

VII. Kizárások

A MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezésein túl a biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek az alábbi eseményeket, illetve az alábbi eseményekkel okozati összefüggésben álló eseményeket:

- terhesség, szülés, vetélés, művi terhességmegszakítás, koraszülés,
- művi megtermékenyítéssel kapcsolatos vagy azt célzó kivizsgálások és kezelések,
- kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,
- lézeres látásjavító műtétek és fogpótló sebészeti beavatkozások,
- orvosi rutinvizsgálat vagy egyéb vizsgálat, ha nincs egészségromlásra utaló tényleges tüneti jel, továbbá laboratóriumi diagnózis és röntgen vizsgálat, kivéve a megelőző orvosi vizsgálat során megállapított, egészségkárosodás következtében alkalmazott ilyen jellegű vizsgálatot,
- alkohol és hallucinogén anyag függőségi elvonókúra és gyógykezelésük,
- bármely olyan kezelés vagy gyógymód, amelyet kórháztól vagy orvosi rendelőtől eltérő egészségügyi intézményben végeznek,

-
- h) bármely olyan beavatkozás, amely nem minősül műtétnak, illetve olyan műtéti beavatkozás, amelyet nem orvos végzett,**
 - i) halasztott vagy orvosilag nem indokolt kórházi ápolás és/vagy sebészi beavatkozás, amelynek szükségessége a biztosító jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselésének kezdetét megelőzően már megállapítható volt és amelynek szükségességéről a biztosított tudott, vagy tudnia kellett**

VIII. Megszűnés

A biztosítási esemény bekövetkezésével a biztosítási szerződés nem szűnik meg.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect baleseti okú kórházi ellátás esetén (1. naptól) napi térítést nyújtó biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-NB3, MET-NC1)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) baleseti okú kórházi ellátás esetén (1. naptól) napi térítést nyújtó biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, aki a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint legalább 16 éves, és a 79. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 80. életévet.

II. A biztosítási esemény

A biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítási szerződés hatálybalépését követően bekövetkezett balesetével összefüggésben, a baleset bekövetkezésének napjától számított 180 napon belül történő kórházi ellátása.

III. A biztosító szolgáltatása

1. Amennyiben a biztosított fekvőbetegként kórházi ellátásban részesül, a biztosító a biztosítási összegnek a kórházban töltött napok számával szorzott összegének az alábbi táblázat szerinti mértékét fizeti ki a kórházi ellátás 1. napjától a kórházi ellátás legfeljebb 90. napjáig („térítés összege”). A térítés összege tehát a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a kórházi ellátás napjainak számával, legfeljebb azonban 90 nappal, megszorított összege.

A biztosított életkora	A térítés összege a biztosítási összeg százalékában
16-64 év	100%
65-69 év	70%
70-74 év	60%
75-80 év	50%

2. Amennyiben a biztosított a kórházi ápolás tartama alatt intenzív ellátásban részesül, a biztosító az intenzív ellátás napjaira a térítési összeg 50%-kal növelt mértékét fizeti ki.
3. A kórházi ellátás tartamának legalább 1 napos megszakítása esetén a biztosító a következő kórházi ellátás(oka)t a korábbi kórházi ellátás(ok)tól függetlenül, új kórházi ellátásként veszi figyelembe.
4. Ugyanazon vagy hasonló ok következtében szükségessé váló, egymást követő kórházi ellátások esetén a kórházi ellátások teljes időtartama ugyanazon baleset következményének számít, kivéve, ha az egyes ellátások között legalább 12 hónap eltelik.
5. Ugyanazon vagy hasonló ok következtében szükségessé váló, egymást követő kórházi ellátás(ok) esetén a biztosító a biztosítási szerződés hatálya alatt legfeljebb 2 alkalommal teljesít kórházi napi térítési szolgáltatást.

IV. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

V. Értékkövetés

1. A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
2. Az értékkövetés arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott érték-követés mértékével azonos mértékben növekszik.

VI. Kizárások

A MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezésein túl a biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek az alábbi eseményeket, illetve az alábbi eseményekkel okozati összefüggésben álló eseményeket:

- a) bármilyen betegség, bakteriális fertőzés (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzés 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 gyógymód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben végeznek.

VII. Megszűnés

A biztosítási esemény bekövetkezésével a biztosítási szerződés nem szűnik meg.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect baleseti okú kórházi ellátás esetén (1. naptól) 200%-ig terjedő progresszív napi térítést nyújtó biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-NB5, MET-NC3)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) baleseti okú kórházi ellátás esetén (1. naptól) 200%-ig terjedő progresszív napi térítést nyújtó biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, aki a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint legalább 16 éves, és a 79. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 80. életévét.

II. A biztosítási esemény

A biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítási szerződés hatálybalépését követően bekövetkezett balesetével összefüggésben, a baleset bekövetkezésének napjától számított 180 napon belül történő kórházi ellátása.

III. A biztosító szolgáltatása

1. Amennyiben a biztosított fekvőbetegként kórházi ellátásban részesül, a biztosító a biztosítási összegnek a kórházban töltött napok számával szorzott összegének az alábbi táblázat szerinti mértékét fizeti ki a kórházi ellátás 1. napjától a kórházi ellátás legfeljebb 90. napjáig („térítés összege”). A térítés összege tehát a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a kórházi ellátás napjainak számával, legfeljebb azonban 90 nappal, megszorított összege.

A biztosított életkora	A térítés összege a biztosítási összeg százalékában
16-64 év	100%
65-69 év	70%
70-74 év	60%
75-80 év	50%

2. A biztosító a térítési összeget a 3. pont szerinti progressziós mértékkel megnövelten fizeti ki („progressziós térítés összege”).
3. A kórházi ellátás napjainak száma alapján megállapított progressziós térítés összegét az alábbi táblázat tartalmazza.

A kórházi ellátás napjainak száma	A progressziós térítés összege a biztosítási összeg százalékában
1 – 14	100%
15 – 21	125%
22 – 30	150%
31 – 60	175%
61 – 90	200%

- A kórházi ellátás tartamának legalább 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 ellátások esetén a kórházi ellátások teljes időtartama ugyanazon baleset következményének számít, kivéve, ha az egyes ellátások között legalább 12 hónap eltelik.
- Ugyanazon vagy hasonló ok következtében szükségessé váló, egymást követő kórházi ellátás(ok) esetén a biztosító a biztosítási szerződés hatálya alatt legfeljebb 2 alkalommal teljesít kórházi napi térítési szolgáltatást.
- Ugyanazon vagy hasonló ok következtében szükségessé váló kórházi ellátásra meghatározott térítési összegek összeadásra kerülnek azzal, hogy a térítés teljes összege nem haladhatja meg a biztosítási összeg 200%-át.

IV. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

V. Értékkövetés

- A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
- Az értékkövetés arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével azonos mértékben növekszik.

VI. Kizárások

A MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezésein túl a biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek az alábbi eseményeket, illetve az alábbi eseményekkel okozati összefüggésben álló eseményeket:

- bármilyen betegség, bakteriális fertőzés (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzés kivételével),
- kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,
- a kórházi ellátás tartama alatt elszenvedett bármilyen fertőzés,
- bármely olyan kezelés vagy gyógymód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben végeznek.

VII. Megszűnés

A biztosítási esemény bekövetkezésével a biztosítási szerződés nem szűnik meg.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect baleseti okú kórházi ellátás esetén (5. naptól) napi térítést nyújtó biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-NB4, MET-NC2)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) baleseti okú kórházi ellátás esetén (5. naptól) napi térítést nyújtó biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, aki a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint legalább 16 éves, és a 79. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 80. életévét.

II. A biztosítási esemény

A biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítási szerződés hatálybalépését követően bekövetkezett balesetével összefüggésben, a baleset bekövetkezésének napjától számított 180 napon belül történő kórházi ellátása.

III. A biztosító szolgáltatása

1. Amennyiben a biztosított fekvőbetegként 5 napot meghaladó folyamatos kórházi ellátásban részesül, a biztosító a biztosítási összegnek a kórházban töltött napok számával szorzott összegének az alábbi táblázat szerinti mértékét fizeti ki a kórházi ellátás 1. napjától a kórházi ellátás legfeljebb 90. napjáig („térítés összege”). A térítés összege tehát a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a kórházi ellátás napjainak számával, legfeljebb azonban 90 nappal, megszorított összege.

A biztosított életkora	A térítés összege a biztosítási összeg százalékában
16-64 év	100%
65-69 év	70%
70-74 év	60%
75-80 év	50%

2. A kórházi ellátás tartamának legalább 1 napos megszakítása esetén a biztosító a következő kórházi ellátás(oka)t a korábbi kórházi ellátás(ok)tól függetlenül, új kórházi ellátásként veszi figyelembe.
3. Ugyanazon vagy hasonló ok következtében szükségessé váló, egymást követő kórházi ellátások esetén a kórházi ellátások teljes időtartama ugyanazon baleset következményének számít, kivéve, ha az egyes ellátások között legalább 12 hónap eltelik.
4. Ugyanazon vagy hasonló ok következtében szükségessé váló, egymást követő kórházi ellátás(ok) esetén a biztosító a biztosítási szerződés hatálya alatt legfeljebb 2 alkalommal teljesít kórházi napi térítési szolgáltatást.

IV. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

V. Értékkövetés

1. A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
2. Az értékkövetés arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott érték-követés mértékével azonos mértékben növekszik.

VI. Kizárások

A MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezésein túl a biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek az alábbi eseményeket, illetve az alábbi eseményekkel okozati összefüggésben álló eseményeket:

- a) bármilyen betegség, bakteriális fertőzés (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzés 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 gyógymód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben végeznek.

VII. Megszűnés

A biztosítási esemény bekövetkezésével a biztosítási szerződés nem szűnik meg.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect baleseti okú kórházi ellátás esetén (5. naptól) 200%-ig terjedő progresszív napi térítést nyújtó biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-NB6, MET-NC4)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) baleseti okú kórházi ellátás esetén (5. naptól) 200%-ig terjedő progresszív napi térítést nyújtó biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, aki a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint legalább 16 éves, és a 79. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 80. életévét.

II. A biztosítási esemény

A biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítási szerződés hatálybalépését követően bekövetkezett balesetével összefüggésben, a baleset bekövetkezésének napjától számított 180 napon belül történő kórházi ellátása.

III. A biztosító szolgáltatása

1. Amennyiben a biztosított fekvőbetegként 5 napot meghaladó folyamatos kórházi ellátásban részesül, a biztosító a biztosítási összegnek a kórházban töltött napok számával szorzott összegének az alábbi táblázat szerinti mértékét fizeti ki a kórházi ellátás 1. napjától a kórházi ellátás legfeljebb 90. napjáig („térítés összege”). A térítés összege tehát a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a kórházi ellátás napjainak számával, legfeljebb azonban 90 nappal, megszorított összege.

A biztosított életkora	A térítés összege a biztosítási összeg százalékában
16-64 év	100%
65-69 év	70%
70-74 év	60%
75-80 év	50%

2. A biztosító a biztosítási összeget a 3. pont szerinti progressziós mértékkel megnövelten fizeti ki („progressziós térítés összege”).
3. A kórházi ellátás napjainak száma alapján megállapított progressziós térítés összegét az alábbi táblázat tartalmazza.

A kórházi ellátás napjainak száma	A progressziós térítés összege a biztosítási összeg százalékában
1 – 14	100%
15 – 21	125%
22 – 30	150%
31 – 60	175%
61 – 90	200%

- A kórházi ellátás tartamának legalább 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 ellátások esetén a kórházi ellátások teljes időtartama ugyanazon baleset következményének számít, kivéve, ha az egyes ellátások között legalább 12 hónap eltelik.
- Ugyanazon vagy hasonló ok következtében szükségessé váló, egymást követő kórházi ellátás(ok) esetén a biztosító a biztosítási szerződés hatálya alatt legfeljebb 2 alkalommal teljesít kórházi napi térítési szolgáltatást.
- Ugyanazon vagy hasonló ok következtében szükségessé váló kórházi ellátásra meghatározott térítési összegek összeadásra kerülnek azzal, hogy a térítés teljes összege nem haladhatja meg a biztosítási összeg 200%-át.

IV. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

V. Értékkövetés

- A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
- Az értékkövetés arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével azonos mértékben növekszik.

VI. Kizárások

A MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezésein túl a biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek az alábbi eseményeket, illetve az alábbi eseményekkel okozati összefüggésben álló eseményeket:

- bármilyen betegség, bakteriális fertőzés (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzés kivételével),
- kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,
- a kórházi ellátás tartama alatt elszenvedett bármilyen fertőzés,
- bármely olyan kezelés vagy gyógymód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben végeznek.

VII. Megszűnés

A biztosítási esemény bekövetkezésével a biztosítási szerződés nem szűnik meg.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect kórházi ellátás esetén (1. naptól) napi térítést nyújtó biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-NB7, MET-NC5)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) kórházi ellátás esetén (1. naptól) napi térítést nyújtó biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, aki a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint legalább 16 éves, és a 69. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 70. életévet.

II. Várakozási idő

A biztosító a nem baleseti eredetű biztosítási esemény kockázatát csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 60 nap elteltével vállalja. A mandula, illetve az orrpolip eltávolítását célzó kórházi ellátás esetében a várakozási idő 180 nap.

III. A biztosítási esemény

A biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítási szerződés hatálybalépését követően bekövetkezett balesetével vagy betegségével összefüggésben történő kórházi ellátása.

IV. A biztosító szolgáltatása

1. Amennyiben a biztosított fekvőbetegként kórházi ellátásban részesül, a biztosító a biztosítási összegnek a kórházban töltött napok számával szorzott összegét fizeti ki a kórházi ellátás 1. napjától a kórházi ellátás legfeljebb 90. napjáig („térítés összege”). A térítés összege tehát a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a kórházi ellátás napjainak számával, legfeljebb azonban 90 nappal, megszorított összege.
2. Amennyiben a biztosított a kórházi ellátás tartama alatt intenzív ellátásban részesül, a biztosító az intenzív ellátás napjaira a térítési összeg 50%-kal növelt mértékét fizeti ki.
3. A kórházi ellátást követően a biztosító a térítési összeg 50%-ával megegyező összeget fizet ki a biztosított rehabilitációja céljából.
4. A kórházi ellátás tartamának legalább 1 napos megszakítása esetén a biztosító a következő kórházi ellátás(ok)at a korábbi kórházi ellátás(ok)tól függetlenül, új kórházi ellátásként veszi figyelembe.
5. Ugyanazon vagy hasonló ok következtében szükségessé váló, egymást követő kórházi ellátások esetén a kórházi ellátások teljes időtartama ugyanazon baleset vagy betegség következményének számít, kivéve, ha az egyes ellátások között legalább 12 hónap eltelik.
6. Ugyanazon vagy hasonló ok következtében szükségessé váló, egymást követő kórházi ellátás(ok) esetén a biztosító a biztosítási szerződés hatálya alatt legfeljebb 2 alkalommal teljesít kórházi napi térítési szolgáltatást.

V. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

VI. Értékkövetés

1. A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
2. Az értékkövetés nem-arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével nem azonos mértékben növekszik.
3. Amennyiben az értékkövetés mértékével megnövelt díj nem elegendő a biztosítási összeg azonos mértékű emeléséhez, úgy a biztosítási összeg a díjnövelés által ténylegesen fedezett mértékig kerül megnövelésre.

VII. Kizárások

A MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezésein túl a biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek az alábbi eseményeket, illetve az alábbi eseményekkel okozati összefüggésben álló eseményeket:

- a) terhesség, szülés, vetélés, művi terhességmegszakítás, koraszülés,
- b) művi megtermékenyítéssel kapcsolatos vagy azt célzó kivizsgálások és kezelések,
- c) kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,
- d) lézeres látásjavító műtétek és fogpótló sebészeti beavatkozások,
- e) orvosi rutinvizsgálat vagy egyéb vizsgálat, ha nincs egészségromlásra utaló tényleges tüneti jel, továbbá laboratóriumi diagnózis és röntgen vizsgálat, kivéve a megelőző orvosi vizsgálat során megállapított, egészségkárosodás következtében alkalmazott ilyen jellegű vizsgálatot,
- f) alkohol és hallucinogén anyag függőségi elvonókúra és gyógykezelésük,
- g) bármely olyan kezelés vagy gyógymód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben végeznek,
- h) bármely olyan beavatkozás, amely nem minősül műtétnek, illetve olyan műtéti beavatkozás, amelyet nem orvos végzett,
- i) halasztott vagy orvosilag nem indokolt kórházi ápolás és/vagy sebészi beavatkozás, amelynek szükségessége a biztosító jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselésének kezdetét megelőzően már megállapítható volt, és amelynek szükségességéről a biztosított tudott, vagy tudnia kellett.

VIII. Megszűnés

A biztosítási esemény bekövetkezésével a biztosítási szerződés nem szűnik meg.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect kórházi ellátás esetén (1. naptól) 200%-ig terjedő progresszív napi térítést nyújtó biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-NB9, MET-NC7)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) kórházi ellátás esetén (1. naptól) 200%-ig terjedő progresszív napi térítést nyújtó biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, aki a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint legalább 16 éves, és a 69. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 70. életévet.

II. Várakozási idő

A biztosító a nem baleseti eredetű biztosítási esemény kockázatát csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 60 nap elteltével vállalja. A mandula, illetve az orrpolip eltávolítását célzó kórházi ellátás esetében a várakozási idő 180 nap.

III. A biztosítási esemény

A biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítási szerződés hatálybalépését követően bekövetkezett balesetével vagy betegségével összefüggésben történő kórházi ellátása.

IV. A biztosító szolgáltatása

1. Amennyiben a biztosított fekvőbetegként kórházi ellátásban részesül, a biztosító a biztosítási összegnek a kórházban töltött napok számával szorzott összegét fizeti ki a kórházi ellátás 1. napjától a kórházi ellátás legfeljebb 90. napjáig („térítés összege”). A térítés összege tehát a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a kórházi ellátás napjainak számával, legfeljebb azonban 90 nappal, megszorított összege.
2. A biztosító a térítési összeget a 3. pont szerinti progressziós mértékkel megnövelten fizeti ki („progressziós térítés összege”).
3. A kórházi ellátás napjainak száma alapján megállapított progressziós térítés összegét az alábbi táblázat tartalmazza.

A kórházi ellátás napjainak száma	A progressziós térítés összege a biztosítási összeg százalékában
1 – 14	100%
15 – 21	125%
22 – 30	150%
31 – 60	175%
61 – 90	200%

- A kórházi ellátás tartamának legalább 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 ellátások esetén a kórházi ellátások teljes időtartama ugyanazon baleset vagy betegség következményének számít, kivéve, ha az egyes ellátások között legalább 12 hónap eltelik.
- Ugyanazon vagy hasonló ok következtében szükségessé váló, egymást követő kórházi ellátás(ok) esetén a biztosító a biztosítási szerződés hatálya alatt legfeljebb 2 alkalommal teljesít kórházi napi térítési szolgáltatást.
- Ugyanazon vagy hasonló ok következtében szükségessé váló kórházi ellátásra meghatározott térítési összegek összeadásra kerülnek azzal, hogy a térítés teljes összege nem haladhatja meg a biztosítási összeg 200%-át.

V. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

VI. Értékkövetés

- A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
- Az értékkövetés nem-arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével nem-azonos mértékben növekszik.
- Amennyiben az értékkövetés mértékével megnövelt díj nem elegendő a biztosítási összeg azonos mértékű emeléséhez, úgy a biztosítási összeg a díjnövelés által ténylegesen fedezett mértékig kerül megnövelésre.

VII. Kizárások

A MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezésein túl a biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek az alábbi eseményeket, illetve az alábbi eseményekkel okozati összefüggésben álló eseményeket:

- terhesség, szülés, vetélés, művi terhességmegszakítás, koraszülés,
- művi megtermékenyítéssel kapcsolatos vagy azt célzó kivizsgálások és kezelések,
- kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,
- lézeres látásjavító műtétek és fogpótló sebészeti beavatkozások,
- orvosi rutinvizsgálat vagy egyéb vizsgálat, ha nincs egészségromlásra utaló tényleges tüneti jel, továbbá laboratóriumi diagnózis és röntgen vizsgálat, kivéve a megelőző orvosi vizsgálat során megállapított, egészségkárosodás következtében alkalmazott ilyen jellegű vizsgálatot,
- alkohol és hallucinogén anyag függőségi elvonókúra és gyógykezelésük,

-
- g) bármely olyan kezelés vagy gyógymód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben végeznek,
 - h) bármely olyan beavatkozás, amely nem minősül műtétnek, illetve olyan műtéti beavatkozás, amelyet nem orvos végzett,
 - i) halasztott vagy orvosilag nem indokolt kórházi ápolás és/vagy sebészi beavatkozás, amelynek szükségessége a biztosító jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselésének kezdetét megelőzően már megállapítható volt, és amelynek szükségességéről a biztosított tudott, vagy tudnia kellett.

VIII. Megszűnés

A biztosítási esemény bekövetkezésével a biztosítási szerződés nem szűnik meg.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect kórházi ellátás esetén (5. naptól) napi térítést nyújtó biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-NB8, MET-NC6)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) kórházi ellátás esetén (5. naptól) napi térítést nyújtó biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, aki a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint legalább 16 éves, és a 69. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 70. életévet.

II. Várakozási idő

A biztosító a nem baleseti eredetű biztosítási esemény kockázatát csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 60 nap elteltével vállalja. A mandula, illetve az orrpolip eltávolítását célzó kórházi ellátás esetében a várakozási idő 180 nap.

III. A biztosítási esemény

A biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítási szerződés hatálybalépését követően bekövetkezett balesetével vagy betegségével összefüggésben történő kórházi ellátása.

IV. A biztosító szolgáltatása

1. Amennyiben a biztosított fekvőbetegként 5 napot meghaladó folyamatos kórházi ellátásban részesül, a biztosító a biztosítási összegnek a kórházban töltött napok számával szorzott összegét fizeti ki a kórházi ellátás 1. napjától a kórházi ellátás legfeljebb 90. napjáig („térítés összege”). A térítés összege tehát a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a kórházi ellátás napjainak számával, legfeljebb azonban 90 nappal, megszorzott összege.
2. A kórházi ellátás tartamának legalább 1 napos megszakítása esetén a biztosító a következő kórházi ellátás(oka)t a korábbi kórházi ellátás(ok)tól függetlenül, új kórházi ellátásként veszi figyelembe.
3. Ugyanazon vagy hasonló ok következtében szükségessé váló, egymást követő kórházi ellátások esetén a kórházi ellátások teljes időtartama ugyanazon baleset vagy betegség következményének számít, kivéve, ha az egyes ellátások között legalább 12 hónap eltelik.
4. Ugyanazon vagy hasonló ok következtében szükségessé váló, egymást követő kórházi ellátás(ok) esetén a biztosító a biztosítási szerződés hatálya alatt legfeljebb 2 alkalommal teljesít kórházi napi térítési szolgáltatást.

V. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

VI. Értékkövetés

1. A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.

2. Az értékkövetés nem-arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével nem azonos mértékben növekszik.
3. Amennyiben az értékkövetés mértékével megnövelt díj nem elegendő a biztosítási összeg azonos mértékű emeléséhez, úgy a biztosítási összeg a díjnövelés által ténylegesen fedezett mértékig kerül megnövelésre.

VII. Kizárások

A MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezők II. Rész rendelkezésein túl a biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek az alábbi eseményeket, illetve az alábbi eseményekkel okozati összefüggésben álló eseményeket:

- a) terhesség, szülés, vetélés, művi terhességmegszakítás, koraszülés,
- b) művi megtermékenyítéssel kapcsolatos vagy azt célzó kivizsgálások és kezelések,
- c) kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,
- d) lézeres látásjavító műtétek és fogpótló sebészeti beavatkozások,
- e) orvosi rutinvizsgálat vagy egyéb vizsgálat, ha nincs egészségromlásra utaló tényleges tüneti jel, továbbá laboratóriumi diagnózis és röntgen vizsgálat, kivéve a megelőző orvosi vizsgálat során megállapított, egészségkárosodás következtében alkalmazott ilyen jellegű vizsgálatot,
- f) alkohol és hallucinogén anyag függőségi elvonókúra és gyógykezelésük,
- g) bármely olyan kezelés vagy gyógymód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben végeznek,
- h) bármely olyan beavatkozás, amely nem minősül műtétnek, illetve olyan műtéti beavatkozás, amelyet nem orvos végzett,
- i) halasztott vagy orvosilag nem indokolt kórházi ápolás és/vagy sebészi beavatkozás, amelynek szükségessége a biztosító jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselésének kezdetét megelőzően már megállapítható volt és amelynek szükségességéről a biztosított tudott, vagy tudnia kellett.

VIII. Megszűnés

A biztosítási esemény bekövetkezésével a biztosítási szerződés nem szűnik meg.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect kórházi ellátás esetén (5. naptól) 200%-ig terjedő progresszív napi térítést nyújtó biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-NB0, MET-NC8)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) kórházi ellátás esetén (5. naptól) 200%-ig terjedő progresszív napi térítést nyújtó biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, aki a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint legalább 16 éves, és a 69. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 70. életévét.

II. Várakozási idő

A biztosító a nem baleseti eredetű biztosítási esemény kockázatát csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 60 nap elteltével vállalja. A mandula, illetve az orrpolip eltávolítását célzó kórházi ellátás esetében a várakozási idő 180 nap.

III. A biztosítási esemény

A biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítási szerződés hatálybalépését követően bekövetkezett balesetével vagy betegségével összefüggésben történő kórházi ellátása.

IV. A biztosító szolgáltatása

1. Amennyiben a biztosított fekvőbetegként 5 napot meghaladó folyamatos kórházi ellátásban részesül, a biztosító a biztosítási összegnek a kórházban töltött napok számával szorzott összegét fizeti ki a kórházi ellátás 1. napjától a kórházi ellátás legfeljebb 90. napjáig („térítés összege”). A térítés összege tehát a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a kórházi ellátás napjainak számával, legfeljebb azonban 90 nappal, megszorzott összege.
2. A biztosító a térítési összeget a 3. pont szerinti progressziós mértékkel megnövelten fizeti ki („progressziós térítés összege”).
3. A kórházi ellátás napjainak száma alapján megállapított progressziós térítés összegét az alábbi táblázat tartalmazza.

A kórházi ellátás napjainak száma	A progressziós térítés összege a biztosítási összeg százalékában
1 – 14	100%
15 – 21	125%
22 – 30	150%
31 – 60	175%
61 – 90	200%

4. A kórházi ellátás tartamának legalább 1 napos megszakítása esetén a biztosító a következő kórházi ellátás(ok)at a korábbi kórházi ellátás(ok)tól függetlenül, új kórházi ellátásként veszi figyelembe.
5. Ugyanazon vagy hasonló ok következtében szükségessé váló, egymást követő kórházi ellátások esetén a kórházi ellátások teljes időtartama ugyanazon baleset vagy betegség következményének számít, kivéve, ha az egyes ellátások között legalább 12 hónap eltelik.
6. Ugyanazon vagy hasonló ok következtében szükségessé váló, egymást követő kórházi ellátás(ok) esetén a biztosító a biztosítási szerződés hatálya alatt legfeljebb 2 alkalommal teljesít kórházi napi térítési szolgáltatást.
7. Ugyanazon vagy hasonló ok következtében szükségessé váló kórházi ellátásra meghatározott térítési összegek összeadásra kerülnek azzal, hogy a térítés teljes összege nem haladhatja meg a biztosítási összeg 200%-át.

V. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

VI. Értékkövetés

1. A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
2. Az értékkövetés nem-arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével nem-azonos mértékben növekszik.
3. Amennyiben az értékkövetés mértékével megnövelt díj nem elegendő a biztosítási összeg azonos mértékű emeléséhez, úgy a biztosítási összeg a díjnövelés által ténylegesen fedezett mértékig kerül megnövelésre

VII. Kizárások

A MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezésein túl a biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek az alábbi eseményeket, illetve az alábbi eseményekkel okozati összefüggésben álló eseményeket:

- a) terhesség, szülés, vetélés, művi terhességmegszakítás, koraszülés,
- b) művi megtermékenyítéssel kapcsolatos vagy azt célzó kivizsgálások és kezelések,
- c) kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,
- d) lézeres látásjavító műtétek és fogpótló sebészeti beavatkozások,
- e) orvosi rutinvizsgálat vagy egyéb vizsgálat, ha nincs egészségromlásra utaló tényleges tüneti jel, továbbá laboratóriumi diagnózis és röntgen vizsgálat, kivéve a megelőző orvosi vizsgálat során megállapított, egészségkárosodás következtében alkalmazott ilyen jellegű vizsgálatot,
- f) alkohol és hallucinogén anyag függőségi elvonókúra és gyógykezelésük,
- g) bármely olyan kezelés vagy gyógymód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben végeznek,
- h) bármely olyan beavatkozás, amely nem minősül műtétnak, illetve olyan műtéti beavatkozás, amelyet nem orvos végzett,
- i) halasztott vagy orvosilag nem indokolt kórházi ápolás és/vagy sebészeti beavatkozás, amelynek szükségessége a biztosító jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselésének kezdetét megelőzően már megállapítható volt és amelynek szükségességéről a biztosított tudott, vagy tudnia kellett.

VIII. Megszűnés

A biztosítási esemény bekövetkezésével a biztosítási szerződés nem szűnik meg.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect dr. MetLine Magyarország Asszisztencia biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-A27)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) Dr. MetLine Magyarország Asszisztencia biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész, és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, aki a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint legalább 16 éves, és a 74. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 75. életévet.
3. A biztosítási szolgáltatást a biztosítottal egy háztartásban élő hozzátartozója is igénybe veheti. A biztosított és a vele egy háztartásban élő hozzátartozója a továbbiakban ügyfélként kerül meghatározásra.

II. Az asszisztencia szolgáltató

1. Az asszisztencia szolgáltatásokat a Teladoc Hungary Tanácsadó és Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság (székhelye: 1092 Budapest, Köztelek utca 6., telefonszáma: +36 1 461 1515), (a továbbiakban: asszisztencia szolgáltató) nyújtja.
2. A biztosító fenntartja a jogot az asszisztencia szolgáltatást nyújtó személyének módosítására.

III. Az asszisztencia szolgáltatás igénybevételének feltételei

Az ügyfél telefonhívását követően az asszisztencia szolgáltató az ügyfél neve, születési helye és ideje, valamint a biztosítási szerződés kötvényszáma alapján azonosítja az ügyfelet és ellenőrzi jogosultságát a szolgáltatás igénybevételére.

IV. Az asszisztencia szolgáltató 7/24 telefonos orvosi tanácsadási szolgáltatása

1. Az asszisztencia szolgáltató az év minden napján, 24 órában, a +36 1 461 1512 telefonszámon fogadja az ügyfél hívását, amely rögzítésre kerül.
2. Az asszisztencia szolgáltató a következőkről ad tájékoztatást magyar és angol nyelven:
 - a) betegséggel, gyógykezeléssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdésekről,
 - b) gyógyszerek összetételéről, alkalmazhatóságáról, mellékhatásairól, helyettesíthetőségéről, áráról,
 - c) orvosi-, gyermekorvosi-, és fogorvosi ügyeletekről,
 - d) ügyeleti gyógyszertárakról,
 - e) egészségügyi intézmények elérhetőségéről.
3. Az asszisztencia szolgáltató által nyújtott információk kizárólag tájékoztató jellegűek. Az asszisztencia szolgáltató erre a tényre az ügyfél figyelmét a telefonbeszélgetés előtt szóban is felhívja.
4. Orvosszakmai kérdés esetén az asszisztencia szolgáltató az ügyfél hívását orvosnak továbbítja, aki megválaszolja az ügyfél kérdéseit. Egyéb kérdés esetén az asszisztencia szolgáltató a különös feltételek V. pontjában meghatározott szolgáltatásokat nyújtja.

V. Az asszisztencia szolgáltató szakorvosi vizsgálat, és konzultáció ajánlásával, és megszervezésével kapcsolatos szolgáltatása

1. Amennyiben az ügyfél, a biztosítási szerződés hatálybalépését követően bekövetkezett balesete vagy előzmény nélkül kialakult betegsége miatt szakorvosi vizsgálatra vagy konzultációra szorul, úgy az asszisztencia szolgáltató segítséget nyújt abban, hogy megtalálja az ügyfél szükségleteinek megfelelő egészségügyi szolgáltatót, ahol az igényelt szakorvosi ellátás vagy konzultáció térítéses szolgáltatásként igénybe vehető.
2. Az asszisztencia szolgáltató az ügyfél kérése esetén a szakorvosi vizsgálat vagy a konzultáció megszervezését is vállalja.
3. Az asszisztencia szolgáltató által megszervezett egészségügyi szolgáltatások díját az ügyfél fizeti meg.
4. A szakorvosi vizsgálat vagy a konzultáció megszervezésének határideje az ügyfél igényének előterjesztésétől számított 10 munkanap.
5. Amennyiben az ügyfél a számára megrendelt szolgáltatást a megszervezett időpontban nem kívánja igénybe venni, és erről a szolgáltatás időpontját megelőzően legalább 1 munkanappal korábban nem értesíti az asszisztencia szolgáltatót, úgy a szolgáltatás ismételt megszervezésére az adott biztosítási éven belül a továbbiakban nem jogosult.

VI. A biztosító szolgáltatása közlekedési baleseti halál esetén

A IV-V. pontban meghatározott szolgáltatásokon túl a biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki a biztosított közlekedési balesettel összefüggésben, a közlekedési baleset időpontját követő 180 napon belül bekövetkezett halála esetén, feltéve, hogy a közlekedési baleset bekövetkezésének időpontjában a biztosítási szerződés hatályban van. A biztosítási összeg 1.000.000,- Ft.

VII. A biztosítás díja

A biztosító évente egyszer, minden év május 1. napjával módosíthatja a biztosítási díjat. A biztosító a módosítás mértékét az asszisztencia szolgáltató mindenkorai szolgáltatási díja alapján határozza meg.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

MetProtect dr. MetOnline Asszisztencia biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-A47)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) Dr. MetOnline Asszisztencia biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződések Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész, és a MetProtect Kockázati Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-247, MET-248) Biztosítási Szerződések Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, aki a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint legalább 16 éves, és a 74. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 75. életévet.
3. A biztosítási szolgáltatást a biztosítottal egy háztartásban élő hozzátartozója is igénybe veheti. A biztosított és a vele egy háztartásban élő hozzátartozója a továbbiakban ügyfélként kerül meghatározásra.

II. Az asszisztencia szolgáltató

1. Az asszisztencia szolgáltatásokat a Teladoc Hungary Tanácsadó és Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság (székhelye: 1092 Budapest, Köztelek utca 6., telefonszáma: +36 1 461 1515), (a továbbiakban: asszisztencia szolgáltató) nyújtja.
2. A biztosító fenntartja a jogot az asszisztencia szolgáltatást nyújtó személyének módosítására.

III. Az asszisztencia szolgáltatás igénybevételének feltételei

Az ügyfél telefonhívását követően az asszisztencia szolgáltató az ügyfél neve, születési helye és ideje, valamint a biztosítási szerződés kötvényszáma alapján azonosítja az ügyfelet és ellenőrzi jogosultságát a szolgáltatás igénybevételére.

IV. Várakozási idő

A biztosító a második orvosi vélemény szolgáltatást csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 90 nap elteltével nyújtja, kivéve, ha a második orvosi szakvélemény szolgáltatásra balesettel összefüggésben bekövetkezett betegség vagy egészségi állapottal kapcsolatban kerül sor.

V. Az asszisztencia szolgáltató 7/24 telefonos orvosi tanácsadási szolgáltatása

1. Az asszisztencia szolgáltató az év minden napján, 24 órában, a +36 1 461 1512 telefonszámon fogadja az ügyfél hívását, amely rögzítésre kerül.
2. Az asszisztencia szolgáltató a következőkről ad tájékoztatást magyar és angol nyelven:
 - a) betegséggel, gyógykezeléssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdésekről,
 - b) gyógyszerek összetételéről, alkalmazhatóságáról, mellékhatásairól, helyettesíthetőségéről, áráról,
 - c) orvosi-, gyermekorvosi-, fogorvosi ügyeletekről,
 - d) ügyeletet nyújtó gyógyszertárakról,
 - e) egészségügyi intézmények elérhetőségéről.

3. Az asszisztencia szolgáltató által nyújtott információk kizárólag tájékoztató jellegűek. Az asszisztencia szolgáltató erre a tényre az ügyfél figyelmét a telefonbeszélgetés előtt szóban is felhívja
4. Orvosszakmai kérdés esetén az asszisztencia szolgáltató az ügyfél hívását orvosnak továbbítja, aki megválaszolja az ügyfél kérdéseit. Egyéb kérdés esetében az asszisztencia szolgáltató a különös rendelkezések VI. fejezetében meghatározott szolgáltatást nyújtja.

VI. Az asszisztencia szolgáltató szakorvosi vizsgálat és konzultáció ajánlásával és megszervezésével, valamint második orvosi szakvélemény beszerzésével kapcsolatos szolgáltatása

1. Amennyiben az ügyfél, a biztosítási szerződés hatálybalépését követően bekövetkezett balesete vagy előzmény nélkül kialakult betegsége miatt szakorvosi vizsgálatra vagy konzultációra szorul, úgy az asszisztencia szolgáltató segítséget nyújt abban, hogy megtalálja az ügyfél szükségleteinek megfelelő egészségügyi szolgáltatót, ahol az igényelt szakorvosi ellátás vagy konzultáció térítéses szolgáltatásként igénybe vehető.
2. Az asszisztencia szolgáltató az ügyfél kérése esetén a szakorvosi vizsgálat vagy a konzultáció megszervezését is vállalja.
3. Az asszisztencia szolgáltató által megszervezett egészségügyi szolgáltatások díját az ügyfél fizeti.
4. A szakorvosi vizsgálat vagy a konzultáció megszervezésének határideje az ügyfél igényének előterjesztésétől számított 10 munkanap.
5. Amennyiben az ügyfél a számára megrendelt szolgáltatást a megszervezett időpontban nem kívánja igénybe venni, és erről a szolgáltatás időpontját megelőzően legalább 1 munkanappal korábban nem értesíti az asszisztencia szolgáltatót, úgy a szolgáltatás ismételt megszervezésére az adott biztosítási éven belül a továbbiakban nem jogosult.
6. Az ügyfél balesetével vagy súlyos betegségével kapcsolatban magas szintű szakmai tapasztalattal rendelkező, nemzetközileg elismert, általában külföldi szakorvos által készített orvosi távszakvélemény („második orvosi vélemény”) elkészítését kezdeményezheti, feltéve, ha a baleset, illetve a súlyos betegség a biztosítási szerződés hatálybalépését követően következett be vagy alakult ki, és a súlyos betegség nem áll összefüggésben olyan betegséggel, amely a biztosítási szerződés hatálybalépését megelőzően fennállt.
7. A második orvosi vélemény az alábbi betegségek esetén igényelhető:
 - a) az életet fenyegető rosszindulatú daganatos megbetegedés,
 - b) szívbetegségek, beleértve a szív- és érsebészeti beavatkozást szükségessé tevő kórképeket,
 - c) szervátültetések,
 - d) neurológiai és idegsebészeti betegségek,
 - e) az idegrendszer degeneratív betegségei,
 - f) a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és állapotok,
 - g) az életet fenyegető egyéb betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás.
8. A 7. pontban nem meghatározott betegségek, állapotok esetén az asszisztencia szolgáltató a második orvosi vélemény nyújtása tekintetében mérlegelési jogkörrel rendelkezik.
9. A második orvosi vélemény örökletes vagy veleszületett betegségek, illetve rendellenességek esetén nem vehető igénybe.
10. A második orvosi vélemény igénybevételének a további feltételei vannak:
 - a) az asszisztencia szolgáltató által megküldött kérdőív kitöltése,
 - b) jogi nyilatkozat aláírása, és mindezek megküldése az asszisztencia szolgáltató részére.

-
11. Az igény beérkezését követően az asszisztencia szolgáltató esetfelelős orvost jelöl ki, akinek feladata a következő:
 - a) az ügyféltől dokumentáció bekérése és ezek összesítése,
 - b) második orvosi vélemény iránti igény jogosságának orvos-szakmai szempontú mérlegelése,
 - c) második orvosi véleményt adó orvos kiválasztása, részére a dokumentáció megküldése, illetve az eset kezelése folyamán a kapcsolattartás,
 - d) a második orvosi vélemény végső formájának összeállítása.
 12. Az asszisztencia szolgáltató a második orvosi véleményt postán vagy elektronikusan küldi meg az ügyfél részére.
 13. Az asszisztencia szolgáltató a második orvosi vélemény átadása után további konzultációt biztosít az ügyfél számára, amennyiben erre igényt tart.
 14. A biztosító mentesül a második orvosi vélemény beszerzésének kötelezettsége alól, amennyiben az ügyfelet a második orvosi vélemény tárgyát képező betegség tekintetében Magyarországon orvos nem vizsgálta meg, így betegségéről nem áll rendelkezésre dokumentáció.
 15. A második orvosi vélemény igénylésekor az ügyfélnek a csatolnia kell az esetről készült orvosi/kórházi leleteket, laboratóriumi vizsgálati eredményeket, orvosi jelentéseket, szövetmintákat, és minden egyéb vizsgálati eredményt, melyek alátámasztják a kezdeti diagnózist, továbbá csatolnia kell az asszisztencia szolgáltató által kért további jelentéseket és vizsgálati eredményeket.
 16. Az ügyfél kérésére és felhatalmazásával az asszisztencia szolgáltató kapcsolatba lép a kezelőorvossal, hogy megbeszélje vele az esetet, és bekérje tőle a megfelelő második orvosi véleményhez szükséges információt.
 17. A második orvosi vélemény iránti kérelem benyújtása magyar nyelven történik. A második orvosi vélemény kiállítása magyar és angol nyelven történik, eltérés esetén az angol nyelvű szöveg irányadó.
 18. A második orvosi vélemény az ügyfél által benyújtott adatok megbízhatóságától és pontosságától függ.
 19. A második orvosi vélemény nem használható fel az ügyfél kezelőorvosa döntésének helyettesítésére, tekintve, hogy bármely klinikai döntés meghozatalához személyes orvos-beteg találkozás és tényleges orvosi kivizsgálás szükséges.
 20. A második orvosi vélemény elkészítésének határideje 15 munkanap attól az időponttól kezdve, amikor a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges összes dokumentum és lelet az asszisztencia szolgáltató rendelkezésére áll.

VII. Az asszisztencia szolgáltató online szolgáltatása

1. Online orvosi tanácsadás
 - a) Az asszisztencia szolgáltató orvosa az ügyfél online felületen, e-mail üzenet formájában eljuttatott kérdéseit az üzenet fogadásától számított 24 órán belül megválaszolja.
 - b) A válaszok kizárólag tájékoztató jellegűek, és nem helyettesíthetik a személyes orvosi vizsgálatot.
2. Online táplálkozási tanácsadás
 - a) Az asszisztencia szolgáltató dietetikusa az ügyfél online felületen, e-mail üzenet formájában eljuttatott, egészséges táplálkozással, diétával kapcsolatos kérdéseit az üzenet fogadásától számított 24 órán belül megválaszolja, illetve ez irányú kérés esetén telefonon tájékoztatja az ügyfelet.
 - b) A válaszok kizárólag tájékoztató jellegűek, és nem helyettesíthetik a személyes orvosi vizsgálatot.
3. Szakorvosi vizsgálat és szűrővizsgálat megszervezése

-
- a) Amennyiben az ügyfél betegsége vagy balesete miatt szakorvosi vizsgálatra vagy szűrővizsgálatra szorul, online felületen, e-mail üzenet formájában kérheti ezek megszervezését, vagy jelezheti, hogy ezzel kapcsolatban visszahívást kér. Az asszisztencia szolgáltató az üzenet fogadásától számított 24 munkaórán belül írásban választ küld, vagy visszahívja az ügyfelet, és a telefonbeszélgetés során tisztázza a fentiek megszervezésével kapcsolatos körülményeket.
 - b) A szakorvosi vizsgálat és a szűrővizsgálat költségeit az ügyfél viseli.
 - c) Amennyiben az ügyfél a megrendelt szolgáltatást a megbeszélt időpontban nem kívánja igénybe venni, és erről legalább 1 munkanappal korábban nem értesíti az asszisztencia szolgáltatót, úgy az ügyfél a megszervezett szolgáltatás ismételt megszervezésére az adott biztosítási éven belül a továbbiakban nem jogosult.
4. Online egészségfelmérés
- a) Az ügyfél az egészségügyi szolgáltató életmóddal, szív- és érrendszeri kockázatokkal kapcsolatos kérdéseket tartalmazó kérdőívének kitöltésével életmód tanácsot és értékelést kérhet.
 - b) Az online szolgáltatások igénybevételéhez az ügyfél az e-mail címének megadásával regisztrálja magát az asszisztencia szolgáltató www.drmetonline.hu internetes oldalán.
 - c) A kérések beérkezése után az asszisztencia szolgáltató ellenőrzi a szolgáltatás igénybevételére való jogosultságot.
 - d) Jogosult felhasználó esetében az asszisztencia szolgáltató e-mail visszaigazolásom keresztül megerősíti az ügyfél regisztrációját, és ettől kezdve válik jogosulttá az ügyfél az online szolgáltatások igénybevételére.

VII. A biztosítás díja

A biztosító évente egyszer, minden év május 1. napjával módosíthatja a biztosítási díjat. A biztosító a módosítás mértékét az asszisztencia szolgáltató mindenkorai szolgáltatási díja alapján határozza meg.

Budapest, 2024. május 9.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe